

psicoterapeuti in-formazione

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

Numero 33, giugno 2024

ISSN 2035-2328

ARTICOLI TEORICI

- Tommaso Filippini *Abbiamo bisogno di un Doc da relazione?* p. 4-22
- Camilla Santini *La patologia cronica e i disturbi di personalità* pp. 23 - 41
- Arianna Negri, Maria Cusinato, Elena Righetto, Carlo Moretti, Francesca Baggio, Federica Mansutti
L'accettazione nelle malattie croniche pp. 42 - 67
- Silvia Mion *Il Trauma migratorio e la Teoria dell'Esposizione Narrativa* pp. 68-92
- Elena Maria Tamburrini, Francesca Baggio, Federica Mansutti
*Psicoterapia cognitiva del paziente adulto con Disturbo dello Spettro Autistico
ad Alto Funzionamento* pp. 93-120

CASI CLINICI

- Francesco Pavani, Sara Bernardelli
Sofia: se l'attacco di panico lascia il segno pp. 121-137

psicoterapeuti in-formazione

DIRETTORE

Claudia Perdighe

RESPONSABILI DI REDAZIONE

Chiara Mignona, Giuseppe Romano,

COMITATO DI REDAZIONE

Marzia Albanese, Rossella Cascone, Elena Cirimbilla, Gilda Franceschini, Alessandra Iannucci, Chiara Lignola, Giulia Pelosi, Chiara Riso, Priscilla Rosini, Caterina Villirillo

Iscrizione ISSN 2035-2328

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

Mail: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Sito: www.psicoterapeutiinformazione.it

di

Claudia Perdighe

Questo numero inizia con un articolo che ha per titolo una domanda ***Abbiamo bisogno di un Doc da relazione?*** La risposta data dall'autore Tommaso Filippini è "sì". In che senso è utile distinguere questa tipologia di disturbo ossessivo? Funziona in modo diverso dalle altre forme di disturbo ossessivo. In realtà, spiega l'autore, in linea con la teoria del disturbo di Francesco Mancini (La mente ossessiva), il disturbo ossessivo è sempre regolato dal medesimo scopo, indipendentemente dalle forme che prende: il timore è sempre esporsi a una qualche forma di colpa deontologica e le compulsioni sono un tentativo di prevenire o ridurre questa possibile minaccia. Che senso ha allora distinguere le varie forme di disturbo? Una delle funzioni centrali è aiutare il paziente a riconoscere i suoi sintomi; questo scopo lo si ottiene più facilmente se il paziente si riconosce nelle compulsioni descritte. Questo è tanto più importante in questa tipologia di Doc, dal momento che occupa grande spazio nei social media e può essere facilmente confuso con varie forme di gelosia o di problemi relazionali. Una buona comprensione degli scopi in gioco è la premessa per una terapia efficace.

Il numero prosegue con due articoli dedicati alle patologie organiche e alle implicazioni psicologiche associate. Ricordiamo che la diagnosi di una patologia organica è una degli eventi che più predice un rischio suicidario.

Il primo lavoro è di Camilla Santini, ***La patologia cronica e i disturbi di personalità***, lavoro interessante dal momento che affronta il problema dell'accettazione e adattamento a una diagnosi di patologia cronica in pazienti già affetti da un disturbo mentale tendenzialmente cronico, vale a dire di personalità. La dott.ssa Santini prova a rispondere alla domanda: come gli scopi alla base dei disturbi di personalità possono essere inficiati dalla compromissione di uno scopo di salute fisica?

Anche Arianna Negri e colleghi si occupano di patologie organiche croniche nel lavoro ***L'accettazione nelle malattie croniche***, nello specifico di come avviene il processo di accettazione e di quelle che sono le difficoltà psicologiche. La diagnosi di una malattia, infatti, può esitare da un lato di gravi problematiche psicologiche dall'altro nella percezione di un miglioramento della qualità

della vita e del senso di valore personale. La domanda cui gli autori cercano una risposta è: come favorire il secondo esito?

Silvia Mion presenta il lavoro *Il Trauma migratorio e la Teoria dell'Esposizione Narrativa*. Il processo migratorio e i diversi disturbi associati, come ad esempio l'ansia, la depressione e, soprattutto, il disturbo post-traumatico da stress sono un tema molto attuale. In questo articolo si analizza il concetto di trauma, il suo trattamento, approfondendo in particolare uno dei più efficaci interventi psicoterapeutici, la Terapia dell'Esposizione Narrativa.

Anche i disturbi dello spettro autistico sono un tema che suscita molto interesse, soprattutto da quando nel DSM 5 sono stati modificati i criteri diagnostici. Elena Maria Tamburrini e colleghe presentano la *Psicoterapia cognitiva del paziente adulto con Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento*, che dunque mira non al trattamento del disturbo in sé quanto al riconoscimento e cura di sintomi associati.

Il numero si conclude con un caso clinico di Francesco Pavani e Sara Bernardelli dal titolo *Sofia: se l'attacco di panico lascia il segno*.

Questo caso ha due aspetti di particolare interesse: in primo luogo descrive un fenomeno che l'esperienza clinica ci insegna, vale a dire che l'uso di cannabis è spesso un evento scompensante negli attacchi di panico. In secondo luogo il caso mette bene in luce il ruolo del problema secondario in relazione ai sintomi dissociativi nella genesi e mantenimento del panico.

Sperando che sia piacevole e arricchente, buona lettura.

Abbiamo bisogno di un disturbo ossessivo da relazione?

Tommaso Filippini

¹Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Ancona

Riassunto

Il disturbo ossessivo da relazione (ROCD) è una forma di disturbo ossessivo con contenuti ossessivi che si presentano come dubbi riguardanti la qualità della propria relazione, i sentimenti provati e le caratteristiche del proprio partner. Il paziente al fine di non percepirsi all'interno di una relazione "sbagliata" metterà in atto una serie di comportamenti compulsivi come: il monitoraggio dei propri sentimenti esperiti all'interno del rapporto, richieste di conferme al proprio partner oppure la messa in atto di un pensiero ruminante al fine di rassicurarsi. L'ROCD può essere compreso all'interno di un modello di mente ossessiva il quale considera il timore di colpa deontologica, intesa in questo caso come il percepire la propria relazione o partner non adeguati ai propri standard e ideali associati ad un rapporto, un ingrediente fondamentale al fine di determinare i sintomi ossessivi. Il trattamento consisterà una iniziale comprensione del disturbo per poi effettuare una graduale esposizione con prevenzione della risposta al fine di promuovere l'accettazione del senso di colpa deontologico sperimentato all'interno della relazione. Quindi abbiamo bisogno di un Disturbo ossessivo da relazione? All'interno dei social media l'ROCD è molto conosciuto e spesso i pazienti ci chiedono delle delucidazioni in merito, ritengo quindi che abbiamo bisogno di conoscere questa forma di disturbo ossessivo per un'attenta e puntuale diagnosi per venire in aiuto ai clinici ed ai pazienti al fine di promuovere la comprensione di ciò che accade in termini di disturbo e non di gelosia, dubbi, o problemi relazionali ma, nonostante ciò, non abbiamo bisogno di dedicare una maggiore attenzione al Doc da relazione rispetto ad altre forme di disturbo ossessivo, con le quali condivide il medesimo funzionamento e quindi anche trattamenti simili. Il rischio che si può correre nel dedicare così tanta attenzione alla categoria di un disturbo è di perdere il focus sul sistema di schemi, scopi e credenze alla base di quella sofferenza, limitandosi a delle tecniche di intervento molto specifiche

Parole chiave: Disturbo Ossessivo da relazione, ROCD, Colpa deontologica

Do we need relationship obsessive disorder?

Summary

Relationship Obsessive-Compulsive Disorder (ROCD) is a form of obsessive-compulsive disorder characterized by obsessive content manifesting as doubts about the quality of one's relationship, the feelings experienced, and the characteristics of one's partner. To avoid perceiving themselves as being in a "wrong" relationship, the patient engages in a series of compulsive behaviors such as: monitoring their own feelings within the relationship, seeking reassurance from their partner, or engaging in ruminative thinking to self-soothe. ROCD can be understood within a model of the obsessive mind, which considers the fear of deontological guilt—perceived in this case as viewing one's relationship or partner as inadequate according to their standards and ideals associated with a relationship—as a fundamental component in determining obsessive symptoms. Treatment involves an initial understanding of the disorder, followed by gradual exposure with response prevention to promote acceptance of the deontological guilt experienced within the relationship. So, do we need a specific classification for Relationship Obsessive-Compulsive Disorder? On social media, ROCD is well-known, and patients often seek clarification on it. Therefore, I believe we need to recognize this form of obsessive disorder for accurate and timely diagnosis to aid clinicians and patients in understanding what is happening in terms of a disorder rather than jealousy, doubts, or relationship issues. However, we do not need to pay more attention to ROCD than

Tommaso Filippini, Abbiamo bisogno di un disturbo ossessivo da relazione?, N. 33, 2024, pp. 4-22.

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

to other forms of obsessive-compulsive disorder, with which it shares the same functioning and thus similar treatments. The risk of focusing too much on one specific category of disorder is losing sight of the underlying system of schemas, goals, and beliefs that cause the suffering, leading to the use of highly specific intervention techniques.

Key-words: Relationship Obsessive-Compulsive Disorder, ROCD, Deontological guilt

Introduzione

Lo spunto per questa tesi giunse qualche mese fa, quando ricevetti una paziente che si presentò dicendomi di avere la diagnosi di “Doc da relazione”. Prima di allora non mi ero interessato ad una simile specificazione, considerando una delle diverse manifestazioni che può presentare un disturbo ossessivo compulsivo. Esplorando il contenuto ossessivo inerente alla vita relazionale come una social media ho scoperto tuttavia pagine instagram, canali telegram e gruppi facebook dedicati a questo tipo di Doc, tutti aventi lo scopo di fornire informazioni e strategie per far fronte a questa patologia. Da qui nacque la mia domanda un po' provocatoria che dà titolo a questo lavoro: abbiamo davvero bisogno di un Doc da relazione? Mi chiedo se, in quanto clinici, sentiamo la necessità di classificare in modo così specifico una categoria del disturbo ossessivo allo scopo di fornire forme d'intervento più mirate, oppure se la conoscenza del funzionamento ossessivo sia già sufficiente alla comprensione e al trattamento.

In una prima parte prenderò in analisi le informazioni che la ricerca fornisce in merito al Doc da relazione, per poi confrontarle con un più generale modello di funzionamento di una mente ossessiva. Dedicherò poi la parte finale alle varie forme di intervento consigliate e verificherò se queste siano effettivamente differenti da quelle che già conosciamo.

Quali ossessioni e compulsioni

Il Doc da relazione (ROCD) è una forma di disturbo ossessivo incentrata sulle relazioni intime che possono riguardare il partner, il rapporto genitore - figlio e la fede nei confronti del proprio Dio (Doron et al.,2014a). I contenuti ossessivi si presentano come dubbi riguardanti la qualità della relazione (“è la relazione che merito?”)ed i sentimenti provati; questi vengono a volte messi a confronto con ciò che si provava per altri partner o con lo stesso ma durante un periodo ritenuto meno problematico della relazione (“perché non sento più quello che sentivo un mese fa quando eravamo in vacanza?”). In altri casi, i sintomi possono essere maggiormente focalizzati sulle caratteristiche del proprio partner, presentandosi come preoccupazioni nei confronti dell'aspetto imperfetto, dell'intelligenza, della moralità e dell'affidabilità (Brandes et al.,2020; Doron et al., 2012b). Nel caso in cui i pensieri ossessivi siano diretti verso propri figli, il genitore metterà in dubbio le qualità fisiche, intellettive e sociali della prole, per poi arrivare a chiedersi se sia un

padre/madre abbastanza giusto e bravo. Il valore e l'autostima percepita sembrano direttamente associati ai comportamenti del proprio figlio. Alcune ricerche ipotizzano un ROCD incentrato sul rapporto con il proprio Dio, dove la scrupolosità nel mettere in atto le adeguate preghiere e rituali genera il dubbio ossessivo di aver commesso degli errori e fomenta la preoccupazione di non amarlo abbastanza.

Diverse situazioni possono innescare il pensiero ossessivo e andrebbero indagate direttamente con il paziente. Per aiutare il lavoro del clinico è possibile individuare contesti trigger "tipici" quando si parla di ROCD: situazioni relazionali dove, in compagnia del partner, si percepisce una variazione del trasporto emotivo attribuibile o all'inadeguatezza della relazione o ai presunti difetti del partner medesimo. Altre cause possono essere situazioni di confronto o con coppie viste come maggiormente "felici" oppure con i propri sentimenti provati con altri compagni o infine con quelli che si vorrebbero provare all'interno di un'idealizzazione della relazione. I comportamenti compulsivi messi in atto a seguito del pensiero ossessivo possono essere di vario tipo: un ripetuto controllo dei propri stati interni, per monitorare quanto si è realmente innamorati, la ricerca di rassicurazioni, visualizzazioni immaginative ("essere felici insieme"), la ricerca di conferme e rassicurazioni tramite internet ("che devo fare se il mio fidanzato non è abbastanza intelligente?"), un rimuginio volto ad auto-rassicurarsi (Doron et al., 2014a; 2014b). Come in altre forme di disturbo ossessivo, le compulsioni hanno il ruolo di ridurre il disagio causato dai pensieri intrusivi nel breve termine, con l'effetto però di garantire l'insorgenza in un secondo momento.

Sviluppo e meccanismi di mantenimento

Secondo il modello cognitivo comportamentale, le interpretazioni disfunzionali nei confronti di stimoli interni o esterni hanno un ruolo centrale nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo ossessivo. Nel momento in cui si presenta un pensiero ossessivo, gli individui interpretano la sua manifestazione e/o contenuto come un indicatore di pericolo imminente per sé stessi oppure per gli altri. Un insieme di fattori e bias cognitivi, come la sovrastima della minaccia, la tendenza al perfezionismo, l'intolleranza verso l'incertezza ed un rigido senso di responsabilità, aumentano la tendenza ad interpretazioni catastrofiche nei disturbi correlati a quello ossessivo (OCCWG, 2005; Storch et al., 2008). Tali fattori incrementano l'attenzione nei confronti dei vari stimoli ritenuti potenzialmente angoscianti; inoltre, strategie inefficaci per affrontare tali stimoli, come ad esempio i ripetuti controlli o la ricerca di rassicurazioni, paradossalmente esacerbano la frequenza e l'impatto emotivo delle preoccupazioni. Alcuni dei processi e meccanismi evidenziati del DOC

sono presenti anche nel ROCD (Doron, Szepsenwol, Derby, & Naaloni, 2012) e potrebbero avere un ruolo significativo nello sviluppo e nel mantenimento delle ossessioni da relazione.

Credenze e bias cognitivi

Immaginiamo un paziente con un ROCD nel momento in cui si presenta un pensiero ossessivo con un tema relativo alla relazione: la sovrastima della minaccia influenzerà le interpretazioni relative ai sentimenti del partner (ad esempio: "Non ha chiamato per ore, lui non mi ama davvero") e l'idea di avere un compagno non adatto al tipo di rapporto desiderato (ad esempio, "è estremamente instabile, quindi non potrà mai provvedere al sostentamento della nostra famiglia"). La tendenza al perfezionismo condurrà il nostro paziente a preoccuparsi della "giustezza" della relazione (ad esempio: "Non mi sento sempre perfetto con lei, quindi... forse non è quella giusta"); inoltre, il perfezionismo orientato verso l'altro (Hewitt & Flett, 1991) può provocare un'estrema preoccupazione per caratteristiche specifiche della personalità o dell'aspetto (ad esempio, "non è abbastanza morale", "il suo naso è troppo grande"). La credenza che sia possibile e si debbano controllare i propri pensieri può favorire sforzi di soppressione dei dubbi relazionali o valutazioni negative sul partner, aumentando così la loro presenza. L'intolleranza all'incertezza può svolgere un ruolo particolarmente importante nel ROCD in quanto afferisce ad uno dei suoi elementi fondamentali: l'incertezza sull'essere nella giusta relazione. Inoltre, i sintomi ROCD (G.Doron et al. / *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 3 (2014) 169–180 171) spesso riguardano stati interni vaghi e intangibili (ad esempio, l'amore) che per loro natura implicano intrinsecamente incertezza. La difficoltà nel tollerare questo fattore può aumentare il disagio e la gestione problematica dei comuni dubbi relazionali che si verificano in ogni relazione.

Monitoraggio degli stati interni

Al fine di valutare o ridurre l'incertezza in merito ai propri sentimenti ed alle proprie emozioni, i pazienti ROCD spesso investono tempo e fatica a monitorarli (ad esempio, "Sento amore in questo momento?"; "Mi sembra giusto?"). In tali casi, il monitoraggio degli stati interni viene utilizzato come tentativo deliberato di rassicurarsi sulla forza e qualità dei propri sentimenti. Ciò che si ricerca è un metro di misura "oggettivo" che possa definire quanto ciò che si prova per il partner sia reale e sincero. Ad esempio, si potrebbe quantificare l'amore provato per il proprio compagno/a confrontando compulsivamente il tempo trascorso con lui/lei con quello trascorso con altre figure significative (ad esempio la mamma). Più spesso, tuttavia, i pazienti valutano la qualità o la correttezza della relazione facendo riferimento agli aspetti cognitivi (dubbi e preoccupazioni) e caratteristiche comportamentali (la richiesta ripetuta di rassicurazione) tipici del ROCD. I pazienti possono considerare i dubbi che provano come un indicatore negativo della "correttezza" della

relazione o dei loro sentimenti verso il partner. Il monitoraggio degli stati interni inoltre potrà portare sollievo nel breve termine, ma in seguito potrebbe essere considerato come una prova a conferma del fatto che la relazione non è adeguata (“se sto sempre a riflettere su quello che provo significa che probabilmente non lo amo”). Si viene quindi a creare un meccanismo paradossale dove la strategia per rassicurarsi sulla qualità dei sentimenti provati funge da fattore di mantenimento del disturbo, esacerbando i dubbi e le preoccupazioni.

Convinzioni nei confronti della relazione

Recentemente Doron et al. (2012a) hanno riflettuto su come le convinzioni che gli individui hanno nei confronti delle relazioni possano contribuire allo sviluppo e mantenimento del ROCD. Adams e Jones (1997) hanno proposto tre concettualizzazioni dimensionali dell’impegno relazionale: *a)* una dimensione di impegno personale (sentimenti di affetto, intimità e amore verso il partner); *b)* una normativa-morale (il proprio obbligo morale nei confronti della relazione e del compagno/a); *c)* un vincolo (sociale, finanziario e costi emotivi in caso di separazione). Gli studi hanno scoperto che alti livelli di impegno personale aiutano il coinvolgimento romantico, stimolando le persone ad apprezzare le buone qualità di un partner e distogliendole dalla ricerca di possibili amanti (cfr Lydon, 2010). Nel caso di pazienti con ROCD, bassi livelli di impegno personale possono intensificare i dubbi ossessivi riguardo la qualità della relazione e l’attrattiva sperimentata verso il partner. Inoltre, questi dubbi potrebbero ridurre ulteriormente l’impegno personale il che, a sua volta, può portare il paziente a disinvestire nella relazione ed a provare interesse e attrazione per altre persone. Il risultato di tutto ciò sarà un intensificarsi dei sintomi ossessivo compulsivi. Secondo Doron e Derby la dimensione normativa e quella vincolante riflettono la presenza di convinzioni negative e catastrofiche riguardanti la morale (“Se la lascio sarò una persona immorale”) e la vita pratica (“Dovrò lasciare la mia casa”, “sarò scomunicato dalla mia Chiesa”), conseguenze temute a seguito della possibile fine del rapporto. In effetti, non è raro che i pazienti esprimano con forza la dimensione morale connessa all’impegno ed alle convinzioni personali (“una volta sposato devo fare di tutto per questa relazione”). Sembra che tali credenze amplifichino il bisogno di certezza sulla relazione o sul partner, aumentando di conseguenza la tendenza a utilizzare comportamenti volti alla rassicurazione (ad esempio, monitoraggio degli stati interni, monitoraggio di comportamenti del partner). Allo stesso modo, concentrandosi sulle conseguenze sociali, emotive ed economiche a cui la separazione potrebbe portare, il paziente avrà il timore di prendere la “decisione sbagliata”, cadendo nuovamente nella spirale di dubbi e preoccupazioni.

Un ulteriore fattore legato alla relazione, che potrebbe essere coinvolto nel mantenimento dei sintomi ROCD, è un rimpianto “anticipatorio”. Il rimpianto si sperimenta quando ci rendiamo conto che la nostra situazione attuale avrebbe potuto essere più soddisfacente se avessimo fatto una scelta diversa. Con l’espressione “rimpianto anticipato” ci si riferisce a ciò che anticipiamo di sperimentare nel futuro in seguito ad una nostra decisione (Zeelenberg, 1999). La paura del rimpianto anticipato può aumentare significativamente la reattività ai pensieri intrusivi. La caratteristica principale del ROCD è l’estrema paura di prendere la decisione sbagliata verso la propria relazione. I pazienti oscillano tra l’essere terrorizzati da pensieri di separazione (“E se poi mi rendessi conto di aver lasciato la persona della mia vita?”) ed essere intrappolati nella relazione sbagliata (“Rimarrò per sempre in una relazione che non è giusta per me”).

L’ambiente familiare

I genitori probabilmente rappresentano il primo modello di relazione romantica a cui una persona è esposta durante l’infanzia. È ragionevole ipotizzare, quindi, che la qualità della relazione genitoriale abbia un impatto sulle credenze relazionali che l’individuo sviluppa nel corso della vita. In effetti, i conflitti genitoriali sono stati teoricamente ed empiricamente associati ad altri fattori legati al ROCD, come una maggiore ansia da attaccamento, visioni di sé disfunzionali e problemi di salute mentale (ad es. Amato, 2001). Infine, molti pazienti con ROCD ricordano una lunga storia di intenso e palese conflitto genitoriale. Si può quindi ipotizzare che un ambiente familiare composto da ripetuti conflitti fra le figure genitoriali possa rappresentare un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di un Doc relazionale. Ovviamente sono necessarie ulteriori ricerche a riguardo.

Il tipo di attaccamento

Le tipologie di attaccamento possono essere organizzate attorno a due dimensioni ortogonali che rappresentano le modalità di attaccamento insicuro, evitante ed ansioso (Brennan, Clark, 1998; revisionato da Mikulincer & Shaver, 2007). La prima dimensione, l’attaccamento ansioso, riflette il grado di preoccupazione di un individuo circa la disponibilità e l’adeguata reattività di una figura di riferimento significativa nei momenti di bisogno, oltre che la misura in cui adotta strategie di attaccamento “iperattivanti” (cioè, tentativi insistenti di ottenere cure, sostegno e amore) e gli strumenti utilizzati per regolare il disagio e far fronte alle minacce ed ai fattori di stress. La seconda dimensione, l’attaccamento evitante, riflette la misura in cui una persona diffida delle capacità di presa di cura proprie della figura di riferimento e si sforza di mantenere l’autonomia emotiva. Un individuo con attaccamento evitante si affida a strategie “disattivanti”, come la negazione dei bisogni di attaccamento e la soppressione di quei pensieri o emozioni correlati all’attaccamento. Infine, secondo Doron, Derby et al., (2014a), negli individui con attaccamento ansioso

l'ipervigilanza verso le minacce relazionali reali o immaginarie può renderli particolarmente vulnerabili ai pensieri intrusivi che mettono alla prova la percezione di sé all'interno della relazione. Inoltre, la loro dipendenza da strategie di iperattivazione può predisporre alla ricerca compulsiva di rassicurazioni e al controllo dei comportamenti, in particolare nel contesto delle relazioni intime. Inoltre, gli individui con attaccamento ansioso tenderanno a reagire a delle esperienze relazionali negative con l'attivazione di comportamenti disadattivi, credenze disfunzionali e paure correlate all'attaccamento (Mikulincer & Shaver, 2003)

Similitudini e differenze con altri costrutti

Al fine di rendere il Doc da relazione una psicopatologia distinta, le ricerche hanno messo in luce le differenze empiriche e concettuali con costrutti dal funzionamento simile.

Ansia generalizzata

Le ricerche suggeriscono che sia possibile fare una distinzione fra le ossessioni incentrate sulla relazione e le più generiche preoccupazioni. Come altre forme di ossessioni, quelle incentrate sulla relazione sono vissute come preoccupazioni più indesiderate, invadenti e inaccettabili rispetto delle semplici preoccupazioni e sembrano incontrare una resistenza più forte (G. Doron et al. / *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 3 (2014) 169–180 175). Inoltre, le preoccupazioni comunemente appaiono in formato verbale; al contrario, le ossessioni con tema la relazione si presentano in varie forme, comprese immagini, pensieri e impulsi.

Ansia sociale

Sia le ossessioni centrate sulla relazione che l'ansia sociale hanno come tema le relazioni intime e influenzano le relazioni interpersonali. Tuttavia, le ossessioni incentrate sulla relazione riguardano valutazioni relazionali, i sentimenti e vari aspetti del partner, mentre l'ansia sociale riguarda il timore del giudizio all'interno di particolari contesti sociali. I sintomi da ansia sociale includono maggiori sintomi fisici (ad esempio, arrossire e sudare) rispetto ai sintomi ROCD, i quali si manifestano prevalentemente come un dialogo interiore per rassicurarsi rispetto il dubbio ossessivo.

Gelosia

Sia il Doc da relazione che la gelosia riguardano la relazione. La gelosia presuppone la rabbia e preoccupazione per la presenza di una terza figura che potrebbe condurre il partner all'infedeltà e di conseguenza alla fine del rapporto; diversamente, le ossessioni non presuppongono l'esistenza di un potenziale rivale e hanno meno probabilità di implicare monitoraggio e controllo dei comportamenti del partner per scoprire una presunta infedeltà. Tuttavia, un aumento dei sintomi ROCD (ad

esempio, dubbi riguardo- l'amore del partner) può essere associato ad un incremento della gelosia che può condurre a nuovi dubbi ossessivi ("devo verificare se ama me e non qualcun altro").

Dismorfismo Corporeo

Come con il dismorfismo corporeo, nel Doc da relazione le preoccupazioni possono riguardare difetti relativi all'aspetto fisico, con un'iperfocalizzazione su specifiche parti del corpo e conseguenze valutate come catastrofiche a seguito di tali difetti. Rispetto a ciò, possiamo aspettarci delle correlazioni fra alcuni aspetti del dismorfismo corporeo e il ROCD (Doron et al., 2012b). Per quanto riguarda una diagnosi differenziale nel ROCD, l'attenzione si focalizza sui difetti fisici del partner e non sul proprio corpo, inoltre spesso il contenuto non è rivolto ad aspetti fisici, ma sociali oppure morali ("Non posso stare con una persona così poco acculturata").

Narcisismo Vulnerabile

Il narcisismo vulnerabile si associa a sentimenti di inadeguatezza ed inferiorità, con una generale sensibilità alla vergogna e al giudizio altrui. L'autostima risulta essere ipersensibile ad esperienze valutate come negative, come il fallimento, il rifiuto ed il timore di essere disapprovati (Pistole, 1995; Smolewska & Dion, 2005). In un recente studio di Melli e collaboratori si è indagato su come tratti di personalità di narcisismo vulnerabile possano costituire un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di un Doc da relazione. Nello specifico, lo studio si è posto il fine d'indagare la relazione tra narcisismo vulnerabile, la percezione di valore personale correlato alle caratteristiche del partner e le ossessioni incentrate sui difetti del proprio compagno/a. Gli esiti della ricerca suggeriscono che i tratti di narcisismo vulnerabile sono correlati ad un senso di autostima contingente alle caratteristiche del partner e che ciò contribuisce a favorire lo sviluppo di preoccupazioni ossessive. In effetti, altre ricerche (tra gli altri, Besser & Priel, 2010; Dickinson & Pincus, 2003) avevano già evidenziato come pazienti con diagnosi di narcisismo vulnerabile mostrassero relazioni interpersonali caratterizzate da alti livelli di angoscia ed estrema dipendenza dai propri partner per modulare l'autostima. In attesa di ulteriori ricerche, si potrebbe ipotizzare che nel caso in cui un paziente con ROCD manifesti una personalità narcisistica, un lavoro clinico incentrato su altri ambiti verso cui direzionare e regolare la propria autostima possa risultare efficace nel ridurre le preoccupazioni ossessive nei confronti del partner.

Strumenti di Assessment

Uno strumento specifico utilizzato per l'assessment del Doc da relazione è il Relationship Obsessive Compulsive Inventory (ROCI; Doron et al 2012 a., Melli et al., 2018), un questionario auto valutativo volto alla valutazione delle ossessioni con tema la relazione. Il test è composto da 12

affermazioni alle quali il paziente dovrà rispondere valutando quanto esse riflettano il suo modo di vivere la sua relazione; dovrà segnare la risposta tramite scala che va da 0 “per niente ” a 4 “moltissimo”. Se la somma dei punteggi supera il 21, allora con buona probabilità vi sarà la presenza di un Doc da relazione. Il ROCI è composto da 3 sottoscale relative a: preoccupazioni inerenti l’amore provato nei confronti del partner, preoccupazioni relative all’adeguatezza della relazione, preoccupazioni inerenti l’amore che il partner nutre nei nostri confronti. Un secondo questionario è il Partner Related Obsessive Compulsive Symptoms Inventory (PROCSI; Doron et al., Melli et al., 2018), strumento auto valutativo indicato per indagare le ossessioni nei confronti delle caratteristiche del proprio partner. Il PROCSI è composto da 24 affermazioni alle quali si dovrà indicare il grado di accordo su scala da 0 “per niente ” a 4 “moltissimo”. Durante lo scoring un punteggio superiore a 17 può essere considerato un buon indicatore della presenza di ossessioni incentrate sul proprio partner. Lo strumento è suddiviso in 6 sottoscale che valutano vari aspetti del partner come: la moralità, le abilità sociali, l’aspetto fisico, l’intelligenza e stabilità emotiva.

Un modello del disturbo ossessivo compulsivo: un approccio scopistico

Il modello ossessivo basato sull’approccio scopistico pone l’enfasi sugli scopi coinvolti nella valutazione alla base dei sintomi ossessivi (La mente ossessiva a cura di Francesco Mancini, 2016). La mente è un apparato di regolazione finalistica, (Castelfranchi, 2012) attiva in modo costante nel rilevare e ridurre le discrepanze percepite tra le rappresentazioni del mondo reale e le rappresentazioni di come lo si vorrebbe o di come dovrebbe essere. Gli scopi sono dunque un insieme di rappresentazioni che includono i bisogni, i valori, i desideri, aspettative ed obiettivi. In questa prospettiva, le ossessioni sono dei pensieri che la persona valuta come minacciosi e discrepanti rispetto ai suoi scopi, con conseguenti emozioni negative che fungono da segnale di tale minaccia. Dunque le compulsioni sono comportamenti che hanno il fine di ridurre il senso di minaccia percepito.

Uno degli scopi centrali dietro le valutazioni ossessive è quello di prevenire o neutralizzare un timore di colpa. A tal proposito, è necessario fare una distinzione tra senso di colpa altruistico, sperimentato nel momento in cui siamo consapevoli di aver provocato un danno ad un altro individuo, e senso di colpa deontologico, nel quale ci sentiamo colpevoli di aver violato una norma morale (“Come ho potuto fare una cosa del genere”). Le ricerche e le varie analisi cliniche (Mancini 2016.) danno conferma di come nel disturbo ossessivo il timore di colpa deontologica sia un ingrediente importante nel determinare i sintomi ossessivi. A prova di ciò, le ricerche mostrano come l’induzione del senso di colpa deontologico in soggetti non clinici induce sintomi ossessivi e

ciò non avviene inducendo il senso di colpa altruistico (*D'Olimpio, Mancini, 2014*). Ad esempio, un paziente controllerà ripetutamente lo sportello del freezer per essere sicuro che sia chiuso correttamente al fine di non compromettere lo scopo di non sentirsi responsabile di un possibile guasto degli alimenti. Fra gli altri scopi in gioco all'interno del disturbo rileviamo quello di evitare una possibile contaminazione e il prevenire o eliminare la sensazione della *not just right experience* (NJRE), cioè la percezione che “qualcosa non va”, potenzialmente causa di conseguenze impicanti il dominio della colpa (“Se non metto i calzini verdi litigherò con il mio fidanzato”). L'induzione del senso di colpa nei soggetti non ossessivi implica una maggiore sensibilità alla NJRE e aumenta la motivazione a cambiarla (Psicoterapia Cognitiva comprendere e curare i disturbi mentali a cura di Perdighe e Gragnani 2021). Si può inoltre osservare che i pazienti perseguono lo scopo di non avere più le ossessioni e le compulsioni utilizzando in modo paradossale strategie ossessive. In linea con questo modello, possiamo ipotizzare che nel Doc da relazione il timore di colpa deontologica possa essere rappresentato dallo scopo del non percepirsi in una relazione ritenuta “sbagliata” secondo i propri standard ed ideali associati ai rapporti. Inoltre, la scelta di concludere la relazione può condurre al rimorso di aver commesso un errore compromettendo lo scopo del non percepirsi con

que
sta responsabilità.

Un profilo interno del Doc da relazione

Lo schema del funzionamento ossessivo è composto da varie parti ed è utile nell'individuare gli stati mentali e le determinanti in gioco nella sintomatologia. Prima di tutto s'individua un *evento critico*, ovvero una situazione che può essere esterna (ad esempio, osservare i difetti del proprio partner) oppure interna, come un pensiero o una sensazione che può provocare una NJRE (ad esempio, il sentire che qualcosa non va mentre si è con il proprio partner). La *prima valutazione* riguarda invece quanto l'evento sia valutato minaccioso in funzione ai propri scopi. In questa parte dello schema le ossessioni rimandano ad uno scopo centrale, ovvero non sperimentare una colpa deontologica.

Nel caso del Doc da relazione, i dubbi rispetto alla propria relazione faranno sperimentare la minaccia o in riferimento allo scopo di non essere colpevoli di terminare una relazione se non assolutamente certi, oppure a quello di perseverare in un rapporto non considerato “giusto”. I *tentativi di soluzione 1 (TS1)* includono i comportamenti che vengono messi in atto al fine di prevenire oppure neutralizzare la minaccia percepita a seguito delle ossessioni: monitorare i propri stati interni per essere certi di amare il proprio fidanzato/a, rimuginare sul passato per trovare rassicurazioni rispetto a come prima ci si sentisse presi dalla relazione e chiedere rassicurazioni. La

seconda valutazione affronta il problema secondario, ovvero come il paziente si valuta a seguito delle compulsioni messe in atto; solitamente riguarda la critica verso le proprie preoccupazioni e verso le conseguenze che le compulsioni possono portare nella vita personale. In altri termini, è una riflessione sui costi del disturbo. Ad esempio, essere consapevole di come il preoccuparsi verso la propria relazione influisce sul rapporto generando ancora più dell'oggetto stesso della preoccupazione. I *tentativi di soluzione 2 (TS2)* rappresentano che cosa il paziente cerca di fare per evitare di ripiombare nel circuito delle ossessioni e compulsioni. Alcuni di questi possono essere volti alla neutralizzazione (ad esempio cercare di evitare determinate attività con il partner) oppure paradossalmente all'incremento di altri tipi di controlli per annullare quelli precedenti (ad esempio per rassicurarsi sui propri sentimenti potrebbe effettuare dei controlli sulle caratteristiche del partner che trova attraenti). Ecco di seguito la rappresentazione dello schema realizzato con la paziente che è stata fonte d'ispirazione per questo lavoro. Nell'esempio si nominerà Irene che è la partner della paziente.

Evento

“Ripenso quando al pub con gli amici Irene fa una battuta davvero stupida”

Prima Valutazione

“Non la sopporto quando dice queste scemenze, come posso avere una relazione con una persona del genere?”

TS1

Rimugina su cosa le piace di Irene, confessa per messaggio ad Irene i dubbi che sente, consulta la chat telegram sul Doc da relazione per chiedere rassicurazioni, confronta i suoi stati interni con quelli che provava in passato quando sentiva che le piaceva stare con Irene

Seconda Valutazione

“Se continuo così non mi godrò mai la mia relazione e sto rovinando la vita a Irene”

“Ma ormai questi dubbi vanno e vengono così spesso che forse se ci penso così tanto è la prova che dobbiamo lasciarci”

TS2

Per neutralizzare i dubbi iniziali chiede a Irene una pausa nel frequentarsi.

Osservando lo schema si può notare come l'evento attivante sia riferito ad un processo di rivalutazione interna rispetto ad un comportamento della fidanzata; ciò innesca i pensieri ossessivi che hanno come tema caratteristiche della partner non ritenute tollerabili. Uno degli scopi minacciati fa riferimento all'avere una partner "adeguata", strumentale al non percepirsi colpevole ed in difetto nel portare avanti questo tipo di relazione. Indagando tramite *laddering* emergono valutazioni come "io non posso stare con una persona così stupida, la relazione giusta per me non può essere così", accompagnate dalla preoccupazione di cosa possano pensare gli amici nel vederla con una persona così "stupida". Il timore di colpa deontologica appare chiaro nel momento in cui la paziente riflette su come alcune caratteristiche di Irene potrebbero comportare il rischio di violare la norma morale di avere una relazione "giusta". Inoltre possiamo anche osservare un tema secondario di vergogna nel momento in cui la paziente riflette sui possibili giudizi dei suoi amici. Fra i vari TSI la paziente mette in atto una modalità di rimuginio di tipo dialettico fondata sul falsificare l'ipotesi di pericolo ("non è possibile che all'improvviso non mi piaccia più Irene") a favore dell'ipotesi di sicurezza. Ciò provoca un effetto paradossale: non essendo infatti possibile arrivare ad una certezza totale di sicurezza, i dubbi aumentano fino a confermare l'ipotesi di pericolo che con tanta fatica tentava di disconfermare. Anche le ricerche di rassicurazione tramite Irene o la chat del gruppo telegram hanno un effetto rassicurante sul breve periodo, continuando tuttavia a confermare che è presente una minaccia che necessita di rassicurazioni. In seguito alle varie compulsioni, la paziente riflette su come questo possa forse essere prova del fatto che la relazione dovrebbe essere chiusa. Le compulsioni, che inizialmente avevano scopo di rassicurare, divengono una conferma del pericolo temuto, ovvero che la relazione dovrebbe terminare (*behaviour as input*). Quando la paziente decide di non vedere più Irene per prendersi ciò che definisce una "pausa di riflessione", entrano in gioco una nuova serie di ossessioni non più incentrate sulla qualità della relazione o sulle caratteristiche della partner ma su come questa scelta possa essere davvero risolutiva, se in qualche modo stia rischiando di perdere una persona importante. Tutto ciò innesca una nuova serie di compulsioni che contribuiscono ad incrementare la sofferenza della paziente.

Cicli interpersonali con il partner

Nel disturbo ossessivo si possono innescare vari cicli interpersonali con familiari ed amici che possono contribuire al mantenimento del disturbo; nel Doc da relazione occorre considerare come tali cicli possono presentarsi maggiormente con il proprio partner.

Le varie tipologie di risposta che i familiari mettono in atto nei confronti delle manifestazioni ossessive compulsive dei propri cari possono essere classificate all'interno di un continuum dove ad un estremo troviamo le risposte *accomodanti* e dall'altro le risposte *antagoniste* (Van Noppen,

Rasmussen, Eisen et al.; 1991). Immaginiamo un partner accomodante: egli potrà fornire rassicurazioni al compagno/a nei confronti della qualità della relazione (ad esempio, condividendo i propri sentimenti) oppure potrà cercare di apportare dei cambiamenti alla sua persona nel caso in cui i dubbi ossessivi riguardino qualche sua caratteristica personale (ad esempio, mettersi a dieta, oppure organizzare una vacanza per mostrare il suo investimento nella relazione). Nel breve termine tali comportamenti possono aiutare a ridurre l'ansia ed il disagio dovuto alle ossessioni; tuttavia, sul lungo periodo, l'effetto sarà quello di incrementare la frequenza delle ossessioni in quanto rassicurare e prendere parte alle compulsioni confermerà al paziente le credenze relative alla loro utilità, non permettendogli quindi di sperimentare l'ansia e tollerare il senso di incertezza sperimentato. Proviamo ora invece ad immaginare un partner che adotta dei comportamenti antagonisti nei confronti delle compulsioni della compagno/a: questi, ad esempio, potrebbe disinvestire emotivamente dalla relazione oppure decidere di chiudere il rapporto accusando il paziente di averlo condotto a questo punto. Il disinvestimento emotivo potrebbe comportare un incremento delle ossessioni ("non mi dice più che mi ama quindi la nostra relazione non sta andando bene") così come la chiusura del rapporto condurrà a sperimentare un senso di colpa ("la relazione alla fine è finita per causa mia") che innescherà nuovi cicli ossessivo compulsivi. Risulta perciò fondamentale durante il trattamento coinvolgere il partner del paziente, spiegandogli il funzionamento del disturbo ossessivo e concordare insieme delle modalità di risposta appropriate per ridurre la sofferenza del proprio compagno/a.

Il trattamento: distinguere il disturbo ossessivo compulsivo da altre manifestazioni

A differenza di altre forme di disturbo ossessivo, sui social media si parla spesso di Doc da relazione attraverso pagine instagram e forum dedicati. Conseguentemente, alcuni pazienti potrebbero presentarsi dal terapeuta con un'idea precisa rispetto alla loro diagnosi e con una specifica richiesta di cura. È opportuno considerare come il Doc da relazione possa essere confuso con altre tipologie di problematiche relazionali e di coppia; su queste basi possiamo fare un'importante distinzione: da un lato le altre tipologia di difficoltà di coppia (comunicazione inefficace, obiettivi condivisi, riduzione dell'intimità) possono essere indagate e sono indipendenti dalle ossessioni e compulsioni del partner; dall'altro, di fronte ad un Doc da relazione, la coppia avrà certamente delle problematiche ma esse saranno una diretta conseguenza del disturbo. Una terapia di coppia con un paziente ossessivo potrebbe non solo essere inefficace ma iatrogena alla sintomatologia. Difatti, gli interventi pensati per la coppia incrementano i dubbi ossessivi proprio in quanto simili alle strategie già messe in atto dal paziente per gestire le ossessioni. La sintomatologia

ossessiva va trattata in un setting individuale in quanto il focus del trattamento non sarà centrato sulla coppia ma sul disturbo.

Altra distinzione va fatta per quella categoria di preoccupazioni legata all'infedeltà del partner o al timore di essere lasciati. Queste possono avere degli ingredienti ossessivi (ad esempio, possono essere vissute come intrusive e si possono mettere in atto delle strategie compulsive), rimanendo tuttavia distinte da un disturbo ossessivo compulsivo per quanto riguarda gli scopi in gioco. Difatti, lo scopo minacciato in un Doc da relazione riguarda la propria persona ed ha ingredienti perfezionistici e di colpa, come abbiamo visto in precedenza, mentre le preoccupazioni legate al partner possono essere connesse al timore di essere abbandonati oppure a quello di essere traditi ed umiliati, sfiorando a volte tratti paranoidei. Il colloquio clinico e la testistica saranno di aiuto in fase di assessment a comprendere se si tratta di un disturbo ossessivo oppure di altri costrutti.

Condivisione del disturbo

La condivisione del funzionamento del disturbo ossessivo ha una funzione rassicurante nei confronti della sofferenza esperita dal paziente. È un intervento utile nel dare un significato ai cambiamenti ed ai costi che il Doc ha portato nella sua vita, riducendo gli effetti negativi che la valutazione secondaria comporta (ad esempio, il pensiero “sono crudele perché con questi dubbi faccio soffrire il mio partner” potrebbe modificarsi in “ho questi dubbi a causa di un disturbo ossessivo”). Strumenti di monitoraggio come ABC e lo schema visto nel secondo capitolo sono fondamentali per aiutare il clinico e il paziente a comprendere cosa innesca determinate ossessioni, quali compulsioni vengono messe in pratica e come queste provochino un incremento sul lungo periodo delle ossessioni. Nel Doc da relazione è importante ampliare questa condivisione anche con il partner, il quale è spesso il focus delle ossessioni relazionali. Se il paziente è d'accordo può essere utile proporre una seduta condivisa allo scopo di spiegare il funzionamento del disturbo ossessivo al proprio partner. Questo intervento ha una duplice utilità: trovare insieme delle risposte efficaci davanti alle varie ossessioni e compulsioni, al fine di contrastare il disturbo, e non mettere in atto dei cicli interpersonali di mantenimento (ad esempio, concordare che quando il Doc si manifesta il partner aiuterà il paziente a riconoscerlo senza dover intervenire con rassicurazioni o altri comportamenti). Ciò inoltre aiuterà il partner del paziente a non percepirsi come “un problema” all'interno della coppia, comprendendo come i dubbi ossessivi, per quanto dolorosi e critici, sono parte del disturbo e non attacchi alla sua persona. Una buona sintesi degli interventi verso il partner potrebbe essere la consapevolezza di come le ossessioni non siano prova di problemi relazionali o di difetti fisici o caratteriali, ma più che altro sintomi di una difficoltà nel percepire la relazione in modo oggettivo.

Intervento sulle credenze disfunzionali

Nel Doc da relazione possono essere presenti varie credenze disfunzionali a sostegno dello scopo morale di avere una relazione “giusta”. In questo paragrafo prenderò in esame i possibili interventi nei confronti della categoria di credenze più frequente.

Crede che i sentimenti debbano essere costantemente intensi e forti come nelle prime fasi dell'innamoramento non è realistico e tali pensieri assumono nei pazienti delle caratteristiche dicotomiche: “se sento questa emozione vuol dire che lo amo, se domani la avverto in modo differente significa che non lo amo più”. Valutare i propri sentimenti su simili basi confligge con la naturale variabilità e mutamento delle emozioni. Alla luce di ciò è importante condividere una psicoeducazione alle emozioni volta a sviluppare una conoscenza meno rigida e più flessibile della continua variabilità degli stati emotivi. Non prendere in considerazione questo dato di realtà può condurre a domande estreme come “Sono realmente innamorato?” “Quale intensità di amore è quella giusta per dirmi innamorato?”; nei loro confronti sarà impossibile trovare una risposta definitiva, il che alimenterà di conseguenza i dubbi e le ossessioni.

Un buon intervento di ristrutturazione cognitiva tramite dialogo socratico dovrebbe condurre il paziente a mettere in dubbio tale credenza, considerando così che non esistono risposte a queste domande per il semplice fatto che le emozioni variano costantemente. Un esperimento comportamentale da proporre potrebbe essere quello di chiedere al paziente di effettuare una piccola intervista ad una coppia che stima e che ritiene affiatata: le domande verranno scritte insieme al terapeuta e riguarderanno i sentimenti che entrambi provano, chiedendo nello specifico se nel corso del rapporto essi sono mutati e in quali circostanze. Ecco un esempio di possibili quesiti:

- Hai mai sentito rabbia, disinteresse, fastidio verso il tuo partner?
- Hai mai pensato di tradire il tuo partner?
- Hai mai sentito attrazione verso un'altra persona?
- Ci sono caratteristiche del tuo partner che non ti piaccio o che col tempo ti sono piaciute meno?

Questo intervento, oltre che aiutare la messa in discussione della credenza, ha una funzione rassicurante: mette infatti in luce come la regola che i pazienti seguono in riferimento ai loro sentimenti, allo scopo di determinare una relazione che funzioni, non è attendibile e soprattutto non vale per altre coppie che nonostante ciò continuano ad investire nel loro rapporto.

Immaginarsi di concludere la relazione può tradursi in uno scenario catastrofico. Ciò alimenta l'investimento verso lo scopo di avere una relazione "giusta" e sul cercare in tutti i modi di non avere dubbi, raggiungendo così la certezza di non essere intrappolati in una relazione "sbagliata". Prima di tutto è necessario indagare con il paziente quale significato attribuisce alla possibilità di interrompere il rapporto; possiamo a proposito immaginare che non ci saranno tematiche di abbandono o amabilità, bensì un timore di essere responsabile della scelta di terminare un rapporto senza esserne assolutamente certo. Lo stato mentale dell'incertezza è estremamente attivante e permane sia quando si sceglie di continuare il rapporto sia quando si immagina di concluderlo; in entrambi gli scenari ci si percepirà responsabili e colpevoli di non star intraprendendo la scelta migliore.

Un intervento efficace sarà quello, anche tramite pratiche immaginative, di far entrare il paziente a contatto con lo scenario temuto trovando insieme delle risorse personali o esterne che possano aiutarlo a tollerare quel momento, rendendo così l'evenienza meno catastrofica, certo dolorosa ma più tollerabile. In ultima analisi, va considerata la credenza rispetto alla fusione pensiero-azione, ovvero l'idea rispetto cui pensare o desiderare qualcosa non ha lo stesso valore che metterla in atto. Si può pensare di lasciare o tradire il proprio partner ma questo non vuol dire che ciò avverrà; inoltre non è un indicatore di quanto il rapporto sia più o meno valido. Per mettere in discussione tale credenza è possibile ad esempio chiedere di pensare per qualche minuto di tradire il proprio fidanzato non appena sarà terminata la seduta e notare se, una volta uscita dallo studio, chiederà il contatto alla prima persona che troverà attraente.

Promuovere l'accettazione

Come visto in precedenza, nel Doc da relazione vi è un iper-investimento verso lo scopo di non percepirsi all'interno di una relazione ritenuta moralmente "sbagliata". Promuovere l'accettazione è il primo passo per aiutare il paziente a tollerare la compromissione di tale scopo; egli, nel momento in cui, ad esempio, percepisse di essere meno innamorato del partner, sentirà tale scopo minacciato e, come conseguenza, arriveranno le ossessioni, le emozioni di allarme e le successive compulsioni. Se cominciamo ad essere consapevoli che non abbiamo il potere di perseguire uno scopo come vorremmo, e che ciò porta a dei costi all'interno della nostra vita, allora staremo facendo un passo avanti verso l'accettazione. Si possono utilizzare una serie di tecniche, come ad esempio tracciare una ipotetica linea della vita di una persona e notare quante volte questa persona si sia potuta sentire in dubbio nei confronti delle proprie relazioni senza avere avuto il potere di impedirlo; oppure, per evidenziare i costi del disturbo, si può usare una lista dei pro e dei contro o la tecnica delle sedie. Inoltre, tanto più si dà valore ad uno scopo quanto più si dedicheranno energie nel perseguirlo,

soprattutto nel momento in cui lo si percepirà come un diritto o un dovere. Nel momento in cui facciamo sperimentare al paziente l'intervista da somministrare ad altre coppie, egli noterà che tale dovere vale solo per lui, in quanto le altre coppie si concedono di avere dubbi e variazioni di sentimento verso il proprio partner. Aiutare il paziente ad essere consapevole che accettare è una scelta che lo aiuterà a guarire dal disturbo, è il primo passo per poi sperimentarsi attraverso le procedure di esposizione con prevenzione della risposta (ERP). Inizialmente si costruirà con il paziente una gerarchia di situazioni, da quella meno a quella più attivante emotivamente, a cui ci si esporrà senza mettere in atto alcuna compulsione o comportamenti protettivi. Ecco una possibile lista di situazioni che potremmo scrivere con il paziente:

- Guardare prima il mio partner e poi una foto di Brad Pitt
- Leggere i vecchi messaggi di WhatsApp dove scrive "ti amo"
- Uscire a bere una birra con la mia fidanzata e i miei amici
- Osservare la mia partner struccata

Un'ultima fase del trattamento potrà essere dedicata ad investire su nuovi scopi più funzionali ad avere un rapporto sano e piacevole. Ad esempio, piuttosto che cercare di non essere in una relazione "sbagliata", si può cercare d'investire su cosa si vorrebbe da un rapporto in termini di condivisione e progetti di coppia.

Conclusioni

Al termine di questo lavoro, possiamo ancora affermare che abbiamo bisogno di un Doc da relazione? Alla luce di quanto è emerso dalle ricerche, si tratta semplicemente di una forma di disturbo ossessivo compulsivo simile a quello da checking-controllo oppure da contaminazione; sosteniamo ciò sulla base del fatto che può esserne compreso il funzionamento utilizzando il più generale modello di una mente ossessiva.

Per quanto riguarda il trattamento ci sono degli elementi che andrebbero presi maggiormente in considerazione, come il partner del paziente, rappresentante spesso il focus delle ossessioni nel mantenimento del disturbo tramite cicli interpersonali, e la sovrapposizione con altri costrutti non collegati con il Doc, quali la gelosia e le problematiche di coppia; infine, è importante considerare anche una dimensione perfezionistica spesso centrale che conduce il paziente ad una scarsa tolleranza all'incertezza. Abbiamo bisogno di conoscere questa forma di disturbo ossessivo per un'attenta e puntuale diagnosi per venire in aiuto ai clinici ed ai pazienti al fine di promuovere la comprensione di ciò che accade in termini di disturbo e non di gelosia, dubbi, o problemi relazionali ma, nonostante ciò, non abbiamo bisogno di dedicare una maggiore attenzione al Doc da

relazione rispetto ad altre forme di disturbo ossessivo, con le quali condivide il medesimo funzionamento e quindi anche trattamenti simili. Il rischio che si può correre nel dedicare così tanta attenzione alla categoria di un disturbo è di perdere il focus sul sistema di schemi, scopi e credenze alla base di quella sofferenza, limitandosi a delle tecniche di intervento molto specifiche.

Bibliografia

- Amato P. R.,(2001) *Children of divorce in 1990s. An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis*, in *Journal of family psychology* , 15 (3).
- Castelfranchi Cristiano, «Cognitivo»: una visione non riduttiva e la forza dell'artificiale, in *Sistemi Intelligenti*, (2012) 2/2012.
- Doron, G., Brandes, O., Stern, A., (2020) "I just can't trust my partner": evaluating associations between untrustworthiness obsessions, relationship obsessions and couplet violence, in *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 24.
- Doron G., Derby D.,(2012) *IROCD assessment and treatment Assessment and Treatment of Relationship-Related OCD Symptoms (ROCD): A Modular Approach*, in *Handbook of Obsessive-Compulsive Disorder Across the Lifespan*, scritto ed edito da J. Abramowitz, D. McKay, & E. Storch, Hoboken, NJ: Wiley.
- Doron G., Melli G., Caccico L., Micheli E., Bulli F.,(2024) *Pathological narcissism and relationship obsessive-compulsive disorder (ROCD) symptoms: Exploring the role of vulnerable narcissism*, in *Journal of Clinical Psychology*, Volume 80, Anno 4, Aprile 2024.
- Doron G., Melli G., Carraresi C., Bulli F.,(2018) *Maladaptive beliefs in relationship obsessive compulsive disorder (ROCD): Replication and extension in a clinical sample*, in *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18.
- Doron G., Cerea S., Ghisi M., Bottesia G., Carraro E., Broggio D.,(2020) *Reaching reliable change using short, daily, cognitive training exercises delivered on a mobile application: The case of Relationship Obsessive Compulsive Disorder (ROCD) symptoms and cognitions in a subclinical color*, in *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 276
- Doron G., Derby D., Szepsenwol O.,(2014) *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, in *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3
- Doron, G., Derby, D., Szepsenwol, O., Talmor, D.,(2012) *Flaws and all: exploring partner-focused obsessive-compulsive symptoms*, in *Journal of Obsessive-Compulsive Related Disorder*, 1.
- Doron G., Kyrios M, *Adult Attachment Insecurities are Related to Obsessive Compulsive Phenomena*, in *Journal of Social and Clinical Psychology*, (2005) Vol. 28, No. 8.
- Gragani A., Perdighe C. (a cura di),(2021) *Psicoterapia cognitiva. Comprendere e curare i disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Hewitt P., Flett G.,(1991) *Perfectionism in the self and social context: Conceptualization, assessment and socialization with psychopathology*, in *Journal of personality and social psychology*, 60.
- Mancini F., D'Olimpio F.,(2014) *Role of Deontological Guilt in Obsessive-Compulsive Disorder-Like Checking and Washing Behaviors in Clinical Psychological Science*,vol. 2, n. 6,
- Mancini Francesco (a cura di),(2016) *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo – compulsivo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Mancini F. Carlo E.,(2017) *La mente non accettata*, in *Cognitivismo clinico* 14, 2.
- Storch E.A. et al.,(2008) *Where does obsessive-compulsive disorder belong in DSM-V?*, in *Depression and Anxiety*, 25:336–347,
- Venturini Drabik Marta, Melli G., (2021) *L'amo o non l'amo. Vincere le ossessioni sulla relazione e sul partner*, Erikson.

Tommaso Filippini, Psicologo Bologna

Specializzando in psicoterapia cognitiva, training Romano Monticelli, Ancona

e-mail: dott.tommasofilippini@protonmail.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

La patologia cronica e i disturbi di personalità

Camilla Santini¹

¹Psicologa, 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

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., Quattropani, 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., & Quattropani, 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

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

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

L'accettazione nelle malattie croniche: teorie ed interventi

Arianna Negri¹, Maria Cusinato¹, Elena Righetto¹, Carlo Moretti¹, Francesca Baggio², Federica Mansutti²

¹. UOSD Diabetologia Pediatrica e Malattie Metaboliche dell'Età Evolutiva, Azienda Ospedale
Università di Padova

². Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta APC sede di Verona

Riassunto

Le malattie croniche sono definite come condizioni di lunga durata e lenta progressione che richiedono una gestione continua e si differenziano dalle malattie acute per la durata estesa e il loro impatto, durando spesso per tutta la vita. L'impatto psicologico delle malattie croniche è maggiormente associato ad ansia, depressione e altri problemi di salute mentale a causa della gestione costante, dei regimi di trattamento complessi e delle limitazioni imposte, che alimentano sentimenti di impotenza e perdita di controllo. Una gestione efficace richiede spesso una combinazione di trattamento medico, cambiamenti nello stile di vita e supporto psicologico per alleviare lo stress emotivo e migliorare la qualità della vita.

L'identità di malattia, ovvero come la malattia cronica si integra nel senso di sé di una persona, varia. Alcuni individui lottano con il soprafare o rifiutare la loro malattia, mentre altri raggiungono l'accettazione o addirittura l'arricchimento, trovando cambiamenti positivi e crescita attraverso l'avversità. L'accettazione, cruciale nella terapia, implica l'adattamento alle limitazioni e l'investimento in obiettivi raggiungibili, promuovendo il benessere psicologico e la resilienza. L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), la Compassion Focused Therapy (CFT) e la Mindfulness si sono dimostrate efficaci nell'aiutare le persone a gestire le sfide emotive delle malattie croniche.

Parole chiave: malattie croniche, identità di malattia, accettazione, terapie cognitivo comportamentale

Acceptance in chronic diseases: theories and interventions

Summary

Chronic illnesses are defined as long-term, slowly progressing conditions that require continuous management and differ from acute diseases in their extended duration and impact, often lasting a lifetime. The psychological impact of chronic illnesses is more closely associated with anxiety, depression, and other mental health issues due to constant management, complex treatment regimens, and imposed limitations, which foster feelings of helplessness and loss of control. Effective management often requires a combination of medical treatment, lifestyle changes, and psychological support to alleviate emotional stress and improve quality of life.

Illness identity, or how chronic illness integrates into a person's sense of self, varies. Some individuals struggle with overwhelming or rejecting their illness, while others achieve acceptance or even enrichment,

Arianna Negri et al., L'accettazione nelle malattie croniche: teorie ed interventi, N. 33, 2024, pp. 42-67.

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

finding positive changes and growth through adversity. Acceptance, crucial in therapy, involves adapting to limitations and investing in attainable goals, promoting psychological well-being and resilience. Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Compassion Focused Therapy (CFT) and Mindfulness have proven effective in helping individuals manage the emotional challenges of chronic illnesses.

Key-words: chronic illness, illness identity, acceptance, cognitive behavioural therapies

Le malattie croniche

Caratteristiche e impatto psicologico

I cambiamenti demografici avvenuti nel XX secolo nel mondo occidentale, come l'invecchiamento e l'aumento dell'aspettativa di vita, hanno provocato un aumento significativo delle malattie croniche nella società odierna. In particolare, le malattie croniche sono diventate il principale problema sanitario. Il termine "malattia cronica" è definito come un processo di "lunga durata e generalmente a lenta progressione che richiede una gestione continua per un periodo di anni o decenni" (WHO, 2018).

Le patologie croniche, a differenza delle malattie acute, si sviluppano lentamente e tendono a durare per un lungo periodo di tempo, spesso per tutta la vita del paziente. Esse rappresentano una parte significativa del carico globale delle malattie e sono responsabili di un numero considerevole di morti premature e disabilità. Secondo studi epidemiologici, le malattie croniche sono in costante aumento, non solo nei paesi occidentali, ma anche nei paesi in via di sviluppo/emergenti, con alcune differenze prevalenti per quanto riguarda la tipologia (Vos et al., 2016), sollevando interrogativi sulla genesi multifattoriale di questo fenomeno. Per quanto riguarda le malattie croniche si è osservato che i fattori di rischio per lo sviluppo includono spesso comportamenti legati allo stile di vita, come una dieta poco salutare, la mancanza di attività fisica, il consumo eccessivo di alcol e fumo, ma anche l'età avanzata, la predisposizione genetica e l'esposizione a determinate sostanze chimiche o ambientali.

Le malattie croniche si distinguono dalle malattie acute per diverse ragioni, alcune delle loro principali caratteristiche includono (Piano Nazionale Cronicità, 2016): durata prolungata, progressione lenta, gestione e trattamento e coinvolgimento multifattoriale. Le malattie croniche possono rientrare in diverse categorie, alcune delle categorie più comuni includono (Piano Nazionale Cronicità, 2016): malattie cardiache, malattie respiratorie, diabete, malattie oncologiche, malattie renali croniche, malattie autoimmuni e malattie neurologiche. Queste condizioni richiedono una gestione continua e possono avere un impatto significativo sulla qualità della vita dei pazienti. Possono causare sintomi debilitanti, disabilità a lungo termine e riduzione dell'aspettativa di vita. La

gestione delle malattie croniche richiede spesso una combinazione di trattamenti medici, cambiamenti nello stile di vita e supporto psicologico, poiché possono provocare uno stress significativo per la persona.

Gli studi hanno osservato come, il carico emotivo che deriva dalla gestione quotidiana di queste patologie può causare sintomi d'ansia, depressione e altri disturbi psicologici. Gli elementi che maggiormente sembrano avere un impatto a livello psicologico sono la costante preoccupazione per il controllo dei sintomi, il bisogno di seguire regimi terapeutici complessi e le limitazioni imposte dalla malattia, le quali contribuiscono a generare un senso di impotenza e perdita di controllo, aumentando il rischio di problemi di salute mentale. La gestione della terapia e delle diverse patologie croniche più comuni è spesso complicata da sintomi psichiatrici o sofferenza soggettiva emotivo/psicologica (Martino et al., 2019; Rosa et al., 2019), dato che sottolinea la stretta correlazione che esiste tra tali condizioni.

In conclusione, le malattie croniche hanno un notevole impatto psicologico sulla vita delle persone, influenzando la salute mentale, l'equilibrio emotivo e lo stile di vita delle persone colpite. È fondamentale riconoscere e affrontare l'aspetto psicologico delle malattie croniche, offrendo supporto psicologico e sociale ai pazienti, al fine di migliorare la loro qualità di vita e promuovere un benessere globale. Gli interventi psicologici, come la terapia cognitivo-comportamentale o il supporto di gruppo, possono aiutare le persone a sviluppare strategie per affrontare l'impatto emotivo delle loro condizioni e migliorare la loro qualità di vita complessiva. Si è visto che la consapevolezza, l'empatia e il sostegno sociale sono risultati fondamentali per aiutare coloro che vivono con malattie croniche a gestire le sfide psicologiche che si trovano ad affrontare (Conversano, 2019).

Identità di malattia

Avere una malattia cronica può portare a grandi sfide nella vita di una persona a causa di molti cambiamenti nello stile di vita, come per esempio l'adesione a un regime terapeutico quotidiano. Sebbene la maggior parte dei pazienti riesca ad adattarsi alla propria malattia, alcuni pazienti sperimentano difficoltà sostanziali, che possono influenzare negativamente il loro funzionamento fisico e psicosociale (Morea et al., 2008). In linea con Charmaz (1995), definiamo l'identità di malattia come il grado in cui una malattia cronica si integra nell'identità di una persona (Oris et al., 2016). Erikson (1968) descrive l'identità come il grado in cui un individuo (riesce a) integra diverse risorse del senso di sé, in un sé coerente, e tale senso di sé si traduce in una vita orientata da scelte e valori. Ciò dà origine a una sensazione di continuità e identità ed è stato dimostrato che questo

senso coerente di sé contribuisce al benessere psicologico (Campbell et al., 2003; Erikson, 1968; Schwartz, 2001). Quando si confrontano con una malattia cronica, gli individui devono capire cosa ciò significa per la loro identità e cercare di creare o riconquistare un senso di sé coerente (Leventhal et al., 1999). In altre parole, hanno bisogno di integrare la malattia cronica nella loro identità, un processo originariamente concettualizzato come identità di malattia nella letteratura sociologica (Charmaz, 1995).

Oris et al. (2016) hanno distinto quattro diversi stati d'identità della malattia (rifiuto, travolgimento, accettazione e arricchimento) ed è stata esaminata la loro relazione con il funzionamento psicologico e fisico della persona. I primi due stati identitari riscontrati, travolgimento e rifiuto, colgono una mancanza di integrazione della malattia (Oris et al., 2016). Il travolgimento si riferisce al grado in cui la malattia cronica domina l'identità e la vita quotidiana di una persona. Gli individui hanno una concezione di sé completamente in termini di malattia, che invade tutti gli ambiti della vita, a discapito di altri importanti beni personali (Morea et al., 2008). Mentre, lo stato di rifiuto si basa principalmente su studi qualitativi che hanno cercato di comprendere la scarsa aderenza al trattamento nei pazienti con diabete ed asma (Adams et al., 1997; Tilden et al., 2005). Questi studi hanno concluso che alcuni pazienti tendono a trascurare la loro malattia, con una conseguente aderenza al trattamento non ottimale (Oris et al., 2016). Quindi il rifiuto si riferisce al grado in cui la malattia cronica viene rifiutata, come parte della propria identità e vista come una minaccia o inaccettabile per il sé.

In contrasto con questi due stati d'identità della malattia, altri due stati catturano una modalità di integrazione adattiva della malattia: accettazione e arricchimento (Oris et al., 2016). L'accettazione si riferisce al grado con cui gli individui accettano la malattia come parte della loro identità senza esserne sopraffatti da essa. La malattia cronica gioca un ruolo periferico nell'identità dell'individuo, oltre ad altri aspetti personali, relazionali e sociali, e non pervade tutti gli ambiti della vita (Morea et al., 2008). I pazienti cercano di condurre una vita quanto più normale possibile, ma allo stesso tempo non negano di avere una malattia cronica (Adams et al., 1997). Infine, rispetto all'arricchimento, si osservano dei cambiamenti positivi, come risultato degli eventi di vita negativi (per esempio le malattie croniche) e sono stati definiti come ricerca di benefici o crescita correlata allo stress (Helgeson et al., 2006; Senol-Durak, 2014). Tali cambiamenti positivi si manifestano in modi diversi, tra cui un maggiore apprezzamento per la vita, un cambiamento delle priorità della vita, una maggiore forza personale e relazioni interpersonali più positive (Tedeschi e Calhoun, 2004).

Diversi studi hanno evidenziato che il raggiungimento di una struttura identitaria in cui diverse risorse personali sono integrate in un insieme coerente contribuisce al benessere psicologico (Campbell et al., 2003). Pertanto, il grado in cui gli individui riescono a raggiungere un'identità coerente nel contesto della malattia cronica può influenzare anche il funzionamento psicologico (Morea et al., 2008). Infatti, l'accettazione e l'arricchimento sono stati correlati ad un funzionamento psicologico adattivo (Helgelson et al., 2006; Oris et al., 2016). Oris et al. (2018), mostrano che l'accettazione è correlata a minori sintomi depressivi e di ansia, nonché a minori sintomi di malattia e dolore. L'accettazione potrebbe consentire ai pazienti di affrontare meglio le sfide della malattia e potrebbe anche portare a migliori comportamenti di cura di sé (Luyckx et al., 2010; Richardson et al., 2001), che inoltre potrebbero portare ad un migliore funzionamento psicologico e fisico (Karademas et al., 2009).

Accettazione

Concetto generale

Il concetto di accettazione assume un ruolo significativo nella psicoterapia cognitiva, e negli ultimi anni si è assistito ad un notevole aumento di approcci terapeutici basati su questo principio; due delle metodologie più rilevanti sono la pratica della *Mindfulness* (Kabat-Zinn, 2005) in tutte le sue varianti e la Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (*Acceptance and Commitment Therapy* - Hayes et al., 1999).

L'accettazione può essere un concetto vago o confuso, in parte perché con lo stesso termine si fa riferimento sia al processo che al risultato di tale processo. L'oggetto dell'accettazione può riguardare sia una perdita effettiva, come per esempio la compromissione di uno scopo, sia la minaccia di una perdita. Nell'accettare una perdita, l'individuo deve affrontare un evento già verificatosi, come ad esempio l'arrivo di una malattia, la consapevolezza di avere avuto genitori invalidanti o il fallimento di una relazione sentimentale. Nel caso dell'accettazione di una minaccia, invece, l'individuo deve confrontarsi non con un evento già accaduto, ma con il rischio che si concretizzi uno stato temuto, ovvero che un proprio obiettivo sia compromesso. Ad esempio, ciò potrebbe includere il rischio di essere bocciati ad un esame, affrontare un fallimento relazionale o la paura di potersi ammalare (Mancini et al., 2002). L'accettazione come risultato del processo può fondamentalmente implicare due aspetti: ridurre o eliminare l'impegno in un obiettivo compromesso o minacciato e investire in qualcosa di diverso, ossia concentrarsi su obiettivi e comportamenti su cui si ha una certa capacità di controllo. Per "processo di accettazione" si intende il percorso che porta da uno stato di investimento nella direzione di uno scopo (nel tentativo di contenere o

prevenire una compromissione) a uno stato di disinvestimento, di rinuncia. Questo è particolarmente rilevante dal momento che viene definita la sofferenza psicopatologica come una difficoltà nell'accettare una compromissione o una minaccia, indicando quindi una difficoltà nel compiere il processo contrario all'investimento: accettare, in questo contesto, significa disinvestire (Perdighe e Mancini, 2011).

Secondo quanto emerso da alcune ricerche, sembra che ci siano elementi essenziali che costituiscono la base dell'investimento verso uno scopo (Mancini et al., 2002; Barcaccia, 2008; Perdighe e Mancini, 2011). Quindi la presenza di uno scopo significativo per l'individuo è fondamentale, affinché vi sia un impegno verso di esso, ed è essenziale che quest'ultimo abbia un valore soggettivo. Un alto valore è correlato a un forte investimento, con una percezione di invalidazione elevata se lo scopo viene compromesso. Quindi affinché un individuo si impegni verso uno scopo, non solo deve desiderarlo soggettivamente, ma deve anche credere che sia raggiungibile.

Il processo opposto all'investimento è rappresentato dall'accettazione, che si traduce nella consapevolezza di una compromissione e nel disinvestimento dallo scopo. Mentre l'investimento è supportato da specifici fattori, il processo di accettazione implica la modifica di tali elementi per favorire un processo inverso di disinvestimento. Quindi accettare significa:

- riconsiderare o ridurre il valore di uno scopo;
- modificare la credenza o la percezione riguardo alla possibilità di successo e al potere di raggiungere lo scopo;
- ridefinire i propri standard di normalità e i concetti di diritti o doveri personali;
- identificare scopi alternativi desiderabili e/o modificare la convinzione di poterli conseguire.

La ricerca evidenzia anche due condizioni che impediscono l'arrivo all'accettazione:

1. Investire in un obiettivo, soprattutto nel tentativo di proteggerlo o evitarne la compromissione, potrebbe innescare effetti che incoraggiano ulteriori investimenti, anziché accettare la compromissione o la minaccia. Questo ciclo si genera perché l'impegno intenso in un obiettivo crea una spirale di investimenti continui, aumentando di conseguenza la sofferenza (Johnson-Laird et al., 2006; Mancini e Gangemi, 2002; Mancini e Gangemi, 2004). Questi effetti si attivano in proporzione all'intensità dell'investimento: maggiore è l'impegno nell'obiettivo, maggiore è la probabilità di generare questa spirale di investimenti continui. Per esempio una donna che non può avere figli in modo naturale, continuerà ad

investire nell'aver una gravidanza cambiando diversi dottori e svolgendo diversi esami e visite specialistiche. Inoltre, tenderà a frequentare sempre meno le amiche che hanno figli e lasciare il lavoro come educatrice in un doposcuola, perché sono delle situazioni che le ricordano costantemente che non potrà avere figli; aumentando di conseguenza un possibile sentimento di solitudine nell'affrontare l'infertilità. Infine, il continuare ad investire sulla ricerca di una gravidanza, non accettando la situazione, la porterà a non vedere che ci sono altre modalità per poter diventare mamma, come per esempio l'adozione.

2. Elementi legati alla definizione degli obiettivi e agli standard etici personali possono rendere un individuo più vulnerabile nel fronteggiare la difficoltà nell'accettare la compromissione o la minaccia di un obiettivo personale. Questi fattori rappresentano delle vulnerabilità individuali che predispongono ad un investimento "eccessivo" nel tentativo di preservare o evitare la compromissione del proprio obiettivo. Per esempio, un medico che ha deciso di intraprendere questa carriera per poter aiutare tutte le persone in egual modo, avendo come tema etico che la cura deve essere uguale per tutti, si troverà di fronte ad una minaccia del suo scopo nel momento in cui parteciperà ad una missione umanitaria in un paese non sviluppato. Infatti, questo medico sicuramente si troverà davanti a delle situazioni in cui non avendo gli strumenti adatti, non riuscirà ad aiutare e salvare delle persone che invece nei paesi sviluppati avrebbe sicuramente potuto salvare; quindi rimanendo attaccato al suo tema etico, la sofferenza sarà molto elevata e magari investirà le sue energie nel cercare di trovare una soluzione a livello politico o nel cambiare qualcosa, purtroppo scontrandosi contro una realtà che non cambia; trovando come unica soluzione lasciare la missione perché troppo dolorosa per lui. Se invece, riuscisse a disinvestire dal suo tema etico, oltre a percepire meno la sofferenza e la minaccia, potrebbe investire le sue energie nell'aiutare le persone con i mezzi che ha in quel momento, fornendo comunque la cura migliore possibile.

Quindi, in linea con la Teoria dell'Iper-emozione (*Hyper-emotion Theory*) di Johnson-Laird et al. (2006), nella sofferenza patologica si osserva una reazione emotiva appropriata, cioè coerente con la compromissione o la minaccia e funzionale alla risposta (ad esempio, sperimento tristezza di fronte al fallimento di un esame), ma inappropriata nella sua intensità (ad esempio, iperinvesto per passare quell'esame, lasciando indietro gli altri e limitando la vita sociale). L'eccessiva intensità favorisce poi effetti e automatismi che rinforzano le credenze anziché indebolirle.

Quindi facilitare l'accettazione implica istruire il paziente a immergersi nella propria sofferenza, anziché cercare di contrastarla attivamente; questo comporta il riconoscimento di ciò che non può essere modificato e la focalizzazione delle energie su ciò che è invece sotto il proprio controllo.

Nell'ambito dell'accettazione, non si cerca uno stato di benessere o l'assenza di disagio, e ancor meno l'indifferenza verso ciò che è stato perduto o la minaccia di perdita. L'obiettivo mentale che si intende promuovere è piuttosto quello di investire meno o non investire affatto in uno scopo irraggiungibile, spostando la propria attenzione nel rappresentare e perseguire obiettivi personali significativi e realizzabili (Perdighe e Mancini, 2011).

Uno degli esiti previsti degli interventi basati sull'accettazione è che il paziente non solo sviluppi una maggiore capacità di accettare una specifica compromissione o minaccia, ma diventi in generale meno vulnerabile ai cicli ricorsivi e, di conseguenza, alla sofferenza patologica derivante da altre compromissioni o minacce. Promuovere l'accettazione significa transitare da uno stato mentale di insistenza a uno di rinuncia, intervenendo sui fattori che regolano l'investimento. Questo comporta innanzitutto l'indebolimento dei processi che mantengono l'investimento, in particolare mediante interventi di ricostruzione, normalizzazione e riduzione dell'attenzione ad elementi secondari (Perdighe e Mancini, 2011).

Accettazione nella malattia cronica

L'aderenza terapeutica si riferisce al grado con cui un individuo segue il trattamento prescritto, che sia l'assunzione di farmaci, il rispetto di una dieta o la modifica dello stile di vita, in linea con le indicazioni stabilite dall'operatore sanitario. Questo concetto implica l'attiva collaborazione del paziente nella pianificazione e nell'attuazione del trattamento, basato su un consenso condiviso, distinguendosi dal concetto di *compliance*, che si riferisce al grado di adesione alle raccomandazioni mediche. La bassa adesione ai trattamenti per le malattie croniche rappresenta un problema globale di considerevole portata. Si stima che nei paesi sviluppati, l'adesione alle terapie a lungo termine per queste malattie sia in media del 50%. Questo scarso seguire del trattamento compromette significativamente la sua efficacia, diventando critico sia per la qualità di vita dei pazienti che per l'economia sanitaria. Migliorare i livelli di adesione richiede investimenti significativi, con un impatto positivo sia sulla prevenzione primaria dei fattori di rischio che sulla prevenzione secondaria degli esiti sanitari avversi (WHO, 2005).

Il processo di adattamento e apprendimento a convivere con la malattia cronica è molto complesso, comporta fluttuazioni e movimenti avanti e indietro, poiché l'individuo si trova ad affrontare la perdita di una condizione di salute, che quindi porta dei cambiamenti nella sua vita (Kralik, 2002). Centrale per la costruzione di una realtà alternativa è ristabilire l'identità personale e l'esperienza che la persona ha degli atteggiamenti e delle reazioni degli altri che contribuiscono in modo significativo a questo delicato processo (Bury, 1982; Charmaz, 1983; Kralik, 2002). Una

delle teorie più conosciute nella spiegazione dei termini accettazione e negazione di una malattia è quella di Kubler-Ross, il quale identificò la negazione come una risposta precoce al dolore, la quale protegge la persona dalla dolorosa inevitabilità della perdita. Sulla base di questo lavoro, Kubler-Ross (1969) ha sviluppato un modello del dolore, osservando 5 fasi lineari che le persone attraversano per arrivare ad un adattamento emotivo alla nuova condizione: negazione, rabbia, contrattazione, depressione e accettazione. Inizialmente, Kubler-Ross considerava l'accettazione come la fase finale prima della morte, per coloro che affrontavano una malattia terminale; successivamente, occupandosi di malattie croniche, ma non terminali, considerò l'accettazione come uno stato di adattamento in cui la persona raggiunge uno stato di pace e rassegnazione all'inevitabile stato di malattia (Kubler-Ross, 1987).

Da una revisione di diversi studi, Ambrosio et al. (2015) propongono un processo di convivenza con una malattia cronica diviso in cinque attributi dinamici, con progressi ed insuccessi, di natura dipendente e progressiva, evidenziando che il vivere con una malattia cronica deve essere inteso come un processo il cui obiettivo finale è raggiungere un "positivo" convivere con la malattia. La "vita positiva" in questa analisi concettuale è intesa come l'obiettivo finale desiderato, ed avviene quando le persone raggiungono gli adattamenti necessari per vivere una vita "normale" in base alla loro nuova situazione e/o contesto (Ambrosio et al., 2015). Secondo gli autori, il processo di convivenza con una malattia cronica si divide in:

- accettazione: definita come la consapevolezza della propria condizione di salute e la disponibilità ad affrontare i cambiamenti che questa comporta (Kralik et al., 2004; Portillo et al., 2012). Pertanto, l'accettazione si manifesta nell'assenza di sentimenti di negazione o rabbia (Stanton et al., 2007; Portillo et al., 2012). In aggiunta, secondo Simmons et al. (2007), l'accettazione rappresenta il punto di partenza cruciale per convivere in modo efficace con una malattia cronica. L'accettazione è sempre il primo attributo necessario per raggiungere il "vivere positivo", perché solo quando la persona ha accettato la propria malattia, e quindi la nuova condizione, può progredire nel processo del vivere con una patologia cronica;
- coping: implica imparare ad affrontare la condizione cronica e attuare diverse strategie per affrontarla. Quest'aspetto nel convivere con una malattia cronica è definito come un processo cognitivo ed emotivo in cui la persona impara a tollerare e sopportare la patologia (Stanton et al., 2007). Le strategie sono classificate in due gruppi: strategie focalizzate sulle emozioni e strategie focalizzate sul problema. Entrambe le tipologie di strategie sono necessarie per affrontare la malattia, le prime si riferiscono ai meccanismi di controllo delle risposte emotive, mentre le seconde

fanno riferimento ai meccanismi che favoriscono, o rendono possibile, il cambiamento della situazione (Lazarus e Folkman, 1984);

- autogestione: implica avere una certa conoscenza della malattia, aderire ad un piano terapeutico e partecipare attivamente alle decisioni nella gestione di quest'ultima (Whittemore e Dixon, 2008; Yu et al., 2008). L'autogestione implica un processo dinamico e attivo di apprendimento, pratica ed esplorazione delle competenze necessarie per creare una vita sana ed emotivamente soddisfacente (Whittemore e Dixon, 2008). È considerato un attributo attraverso il quale le persone affette da patologie croniche si assumono la responsabilità della propria salute in modo proattivo (Whittemore et al., 2002; Whittemore e Dixon, 2008);
- integrazione: vivere con una malattia cronica richiede un adeguamento nella vita quotidiana per trovare una nuova "normalità". Gli studi evidenziano che questo processo di adeguamento coinvolge il "riconciliare" delle emozioni, stabilire una struttura, lottare per raggiungere la soddisfazione, esplorare sé stessi e i conflitti, trovare un nuovo equilibrio e sviluppare una prospettiva rinnovata sulla vita (Whittemore e Dixon, 2008, Schulman-Green et al., 2012).
- regolazione: progressivo processo di trasformazione dell'identità della persona in quanto ne fa parte anche la malattia. Pertanto, Schulman-Green et al. (2012) sostengono che la regolazione si riferisce alle funzioni e competenze che contribuiscono ad affrontare un cambiamento di vita e un'evoluzione dell'identità della persona, come conseguenza della patologia. La regolazione implica adattarsi sia alla malattia che all'evoluzione dell'identità della persona, con l'obiettivo finale di raggiungere una "convivenza positiva" con la malattia cronica (Schulman-Green et al., 2012; Ambrosio et al., 2015).

Dal modo in cui questi cinque attributi si sviluppano possiamo identificare quattro modi di vivere la malattia cronica (Ambrosio et al., 2015).

1. Disconoscimento: modo di vivere in cui una persona sperimenta una mancanza di controllo ed equilibrio nella propria vita.
2. Falsa normalità: la persona sperimenta un controllo ed un equilibrio parziali nella propria vita. Essa potrebbe essere il risultato dello sviluppo di alcuni attributi del processo, con la conseguenza che il paziente potrebbe aver acquisito le conoscenze esperienziali nel corso degli anni e sembra mantenere un certo controllo sulle attività della vita quotidiana, come la gestione dei farmaci; ma si osserva una mancanza di riconoscimento ed accettazione della malattia.

3. Nuova normalità: la persona vive una vita normale, perché ha raggiunto l'attributo dell'accettazione ed ha raggiunto l'obiettivo di vivere una "vita positiva" con la malattia cronica, poiché trova un equilibrio nella vita quotidiana dandole un significato (Kralik et al., 2006; Telford et al., 2006). Inoltre, raggiungendo i livelli desiderati di una nuova normalità, si sviluppano delle nuove capacità e strategie che rendono meno vulnerabili a qualsiasi fattore di disagio che potrebbe mettere in discussione l'equilibrio acquistato.
4. Interruzione: situazione in cui la persona perde la stabilità e l'equilibrio raggiunti e ritorna agli attributi iniziali, dovendo affrontare nuovamente il processo dall'inizio, superare le avversità e raggiungere la nuova normalità. Queste situazioni si possono verificare quando c'è una situazione stressante o di crisi, come un nuovo sintomo o un problema familiare, ecc.

La convivenza con una malattia cronica è concepita come un processo dinamico, complesso, ciclico e multidimensionale con l'obiettivo finale desiderato di raggiungere una "vita positiva". È considerato complesso, perché genera cambiamenti in tutti gli aspetti della vita della persona; dinamico, perché si muove nel tempo; ciclico, perché attraversa progressi e battute d'arresto nel corso dell'esperienza; multidimensionale, perché include attributi diversi (Kralik et al., 2005; Kralik e Van Loon, 2009).

In conclusione, accettare e riconciliarsi con la presenza di una malattia permette un adattamento a una nuova condizione, consentendo la convivenza con la malattia. Questa forma di accettazione conduce a una prospettiva in cui la vita con la malattia rimane preziosa e meritevole di sostegno (Dijkstra et al., 2008). Accettare la malattia implica sviluppare un atteggiamento positivo nei confronti di una situazione specifica, incoraggiando i pazienti a mobilitare la propria forza vitale per prevenire il deterioramento della qualità della vita a causa della patologia cronica. È riconosciuto che il livello di accettazione dipende dalla natura della malattia, dalla sua gravità e dal disagio che essa comporta, oltre a fattori associati al paziente e determinanti socio-demografici (Czerw et al., 2016; Galuszko 2013).

L'analisi della letteratura suggerisce che un maggiore livello di accettazione della malattia è correlato positivamente con una maggiore soddisfazione per la propria vita. Inoltre, molte ricerche mostrano come la qualità generale della vita è significativamente influenzata dall'accettazione della malattia (Czerw et al., 2017; Denys et al., 2015; Jankowska-Polanska et al., 2014). L'accettazione della malattia ha un impatto positivo sulla qualità della vita percepita dai pazienti e aumenta la motivazione dei pazienti ad intraprendere azioni finalizzate a migliorare il loro benessere (Pompey et al., 2019; Van Bost et al., 2019).

In conclusione, l'accettazione emerge come il fattore più significativo per l'adattamento alla vita con una malattia cronica, influenzando positivamente l'atteggiamento del paziente nei confronti della malattia e del processo terapeutico, e contribuendo alla soddisfazione complessiva della vita (Galuszko, 2013; Pasek et al., 2017).

Approcci di Terza Onda che si occupano di malattie croniche e accettazione

Mindfulness-Based Cognitive Therapy

La comunità scientifica si interessò seriamente per la prima volta alle applicazioni cliniche delle pratiche meditative e contemplative negli anni '70, in particolare dopo alcuni dei lavori pionieristici di Herbert Benson sulla "risposta al rilassamento" (Benson et al., 1975). Nel contesto degli anni '70, Ainslie Meares, è stata tra le prime a portare la meditazione all'attenzione di medici e psicoterapeuti, in particolare per le sue applicazioni nel controllo del dolore e dell'ansia nelle persone con il cancro. In tempi più recenti, il lavoro di Jon Kabat-Zinn ha portato l'attenzione sulle applicazioni cliniche e psicoterapeutiche della *mindfulness*. La *mindfulness*, nota anche come "consapevolezza", ha radici antiche nella pratica buddista, ma è stata introdotta nel mondo occidentale grazie al lavoro di diversi individui nel corso del tempo. Jon Kabat-Zinn ha contribuito a renderla accessibile e adattabile al contesto occidentale attraverso la creazione del programma di riduzione dello stress basato sulla *mindfulness* (MBSR), con l'obiettivo di aiutare le persone a gestire lo stress, il dolore e migliorare il benessere generale. L'MBSR è un corso intensivo che si estende per diverse settimane e coinvolge sessioni settimanali di pratica formale della *mindfulness*, finalizzato a sviluppare consapevolezza, gestire lo stress derivato da sfide quotidiane o situazioni di malattia cronica, migliorare la resilienza e infine, favorire uno stato di benessere generale.

Il concetto generale di *mindfulness* implica "prestare attenzione in modo particolare: intenzionalmente, nel momento presente e in modo non giudicante" (Kabat-Zinn, 1990, 1994). Si riferisce alla coltivazione della consapevolezza e dell'attenzione cosciente momento per momento. La qualità della consapevolezza ricercata dalla pratica della *mindfulness* include apertura e ricettività, curiosità e un atteggiamento non giudicante. L'accento è posto sul vedere ed accettare le cose così come sono senza cercare di cambiarle. La consapevolezza può essere coltivata con una varietà di tecniche, tutte con una componente meditativa.

L'affermazione secondo cui la *mindfulness* implica "prestare attenzione intenzionalmente, nel momento presente e in modo non giudicante" (Kabat-Zinn, 1994) riassume in modo conciso alcuni dei processi psicologici chiave proposti come base delle azioni terapeutiche della consapevolezza.

1. Prestare attenzione in modo particolare: richiede essere consapevoli del modo in cui l'attenzione viene prestata, cioè monitorare il centro dell'attenzione. Questo monitoraggio è una condizione necessaria per la direzione attiva dell'attenzione, ma può anche avere benefici di per sé. I processi metacognitivi consentono lo sviluppo di un "decentramento" del pensiero, tale per cui i pensieri sono intesi come eventi mentali transitori piuttosto che come rappresentazioni direttamente della realtà, portando a una forma di *insight* metacognitivo (Vescovo et al., 2004; Mason et al., 2001; Teasdale, 1999; Teasdale et al., 1995).
2. Prestare attenzione di proposito e nel momento presente: include la direzione intenzionale dell'attenzione verso l'esperienza del momento presente. Praticare l'abitudine di mantenere una posizione attentiva nel momento presente può aumentare la consapevolezza delle deviazioni da questa posizione. Ruminazioni o immagini relative al passato o futuro possono essere identificate in modo rapido e affidabile, potenzialmente con un conseguente maggiore senso di padronanza sui processi attenzionali. L'addestramento alla consapevolezza enfatizza una riduzione della ruminazione come tecnica di risoluzione dei problemi, avviando un allontanamento dell'elaborazione basata sugli obiettivi (Vescovo et al., 2004; Teasdale et al., 2003) ed inibendo l'elaborazione ruminativa disfunzionale (Teasdale et al., 2003). La riduzione dell'evitamento e della reattività alle emozioni e alla cognizione "negativa" consente l'esplorazione e l'accettazione di queste esperienze (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al., 1992; Teasdale et al., 1995; Teasdale, 1999; Teasdale et al., 2003; Hayes, 1994; Roemer e Orsillo, 2002).
3. Prestare attenzione in modo non giudicante: giudicare le proprie esperienze è visto come una tendenza ad amplificare gli effetti. Un meccanismo proposto che è coinvolto nei benefici della pratica della *mindfulness* è l'erosione dell'uso del linguaggio critico e valutativo (Hayes e Shenk, 2004; Hayes e Wilson, 2003). Piuttosto che valutare le nostre esperienze cognitive ed emotive, la *mindfulness* ci insegna a notarle. Riducendo le tendenze abituali a categorizzare l'esperienza in modo dicotomico, la *mindfulness* è vista come un miglioramento della gamma disponibile e dell'adattabilità delle azioni cognitive e comportamentali (Hayes e Wilson, 2003). Questa maggiore "flessibilità cognitiva" (Roemer e Orsillo, 2002) aumenta l'apertura all'esperienza e riduce la tendenza a etichettare alcune esperienze come "nemiche".

Tra i primi studi empirici che hanno valutato l'efficacia della consapevolezza ci sono studi di interventi che affrontano il dolore cronico. Diversi studi di intervento hanno mostrato miglioramenti statisticamente significativi nella valutazione del dolore e dei sintomi psicologici generali,

miglioramenti che si sono mantenuti anche nelle valutazioni di follow-up (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al., 1985, 1987; Randolph et al., 1999). È stato anche segnalato l'uso della *mindfulness* nel lavorare con i correlati psicologici e fisici di alcune condizioni mediche. La ricerca sull'MBSR e sulle malattie croniche è scarsa, ma alcuni studi mostrano risultati promettenti. Gli studi hanno dimostrato una significativa diminuzione dell'ansia, dello stress e della depressione ed un miglioramento della qualità della vita nei pazienti con malattie croniche come cancro, ipertensione, diabete, HIV/AIDS, dolore cronico e disturbi della pelle, dopo la terapia con MBSR.

Ad oggi, alcuni trattamenti clinici più promettenti per la riduzione dello stress, il miglioramento del benessere psicologico e l'aiuto per le persone che cercano di affrontare un disturbo cronico si basano sui principi della consapevolezza basata sulla meditazione. Attraverso la pratica della consapevolezza meditativa è possibile raggiungere uno stato emotivo ed affettivo più sereno ed equilibrato, che a sua volta è una buona precondizione per la resistenza allo stress e la resilienza (Teasdale et al., 1995). Gli effetti di una maggiore attenzione consapevole alla variabilità e alle circostanze distinte che danno origine ai diversi sintomi delle malattie croniche, hanno il potenziale di portare risposte fisiologiche, emozioni e comportamenti sotto il controllo delle persone (Langer, 2009).

Acceptance and Commitment Therapy

L'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes et al., 1999) è un approccio terapeutico transdiagnostico basato sui processi comportamentali che si concentra sulla promozione della flessibilità psicologica. Quest'ultima è definita come la capacità di persistere o modificare un comportamento in base ai valori personali, mantenendo consapevolezza ed apertura verso le esperienze interne (Hayes et al., 2006). L'ACT ha identificato i principali processi comportamentali che sottendono all'accettazione ed ai trattamenti basati sulla "defusione cognitiva", cercando di fornire, all'interno della tradizione comportamentale, un fondamento scientifico per concetti e pratiche provenienti dalla tradizione buddista. Hayes (2004) caratterizza l'ACT come un approccio comportamentale che si basa sull'analisi clinica del comportamento umano, aderendo al contestualismo funzionale. Egli sottolinea l'importanza del "funzionalismo contestuale" che enfatizza l'inizio dell'azione nel contesto, ponendo l'accento sulla totalità di un evento e sul ruolo del contesto nell'attribuirgli valenza funzionale.

L'ACT mira a trattare le difficoltà psicologiche con l'obiettivo generale di accrescere la flessibilità psicologica: la capacità di essere pienamente presenti nel momento attuale come individui consapevoli e di modificare o persistere nel comportamento in base agli scopi desiderati.

Questi processi sono integrati nell'acronimo *Hexaflex*, il modello cardine dell'ACT, composto da sei processi psicologici interconnessi che contribuiscono alla flessibilità psicologica e al benessere emotivo.

1. Accettazione: processo che coinvolge la volontà di abbracciare pienamente le proprie esperienze, inclusi pensieri ed emozioni dolorose, senza tentare di cambiarle o evitarle.
2. Defusione: capacità di distanziarsi dai propri pensieri, osservandoli come eventi mentali, piuttosto che accettarli come verità assolute. Ciò permette di ridurre l'identificazione con i pensieri e di non essere schiavi delle proprie convinzioni.
3. Presenza nel momento presente: vivere consapevolmente nel qui ed ora, lasciando andare il rimpianto per il passato o l'ansia per il futuro.
4. Il Sé Osservatore: implica una consapevolezza distaccata delle proprie esperienze, consentendo di osservare i propri pensieri, sentimenti e sensazioni senza identificarsi completamente con essi.
5. Valori: identificare i valori personali, ciò che è davvero importante nella vita, e orientare le azioni di conseguenza. Vivere in armonia con i valori porta a una vita significativa e soddisfacente.
6. Azioni impegnate: prendere azioni consapevoli e significative, in linea con i valori personali, anche quando si sperimentano difficoltà o emozioni scomode.

L'interconnessione di questi sei processi aiuta a promuovere la flessibilità mentale e comportamentale, consentendo alle persone di affrontare meglio lo stress, vivere una vita più soddisfacente ed agire in modo coerente con i propri valori.

L'efficacia dell'ACT è ampiamente dimostrata per un'ampia gamma di condizioni di salute mentale e fisica (Gloster et al., 2020). Dato che il 50% delle persone con malattia cronica presenta almeno due patologie concomitanti (Barnett et al., 2012), la natura transdiagnostica dell'ACT basata sul processo, la rende un approccio adatto alla gestione delle condizioni a lungo termine. Inoltre, l'attenzione dell'ACT sulla promozione di azioni basate sui valori e sull'accettazione delle esperienze interne, invece di puntare alla ristrutturazione cognitiva, la rende un approccio particolarmente adatto alle malattie croniche, dove le convinzioni negative sulla malattia e i pensieri angoscianti anticipatori possono essere effettivamente realistici (Graham et al., 2016).

Infatti, l'ACT è una forma più recente di terapia cognitivo comportamentale (Hayes et al., 2006) che si è evoluta dal lavoro sperimentale riguardante l'influenza del linguaggio sul comportamento (Zettle, 2005) ed è, in parte, influenzata dalla teoria dei frame relazionali (De Houwer et al., 2016). La principale implicazione per il trattamento è che l'elaborazione del linguaggio è vista all'interno

del paradigma del comportamento. Pertanto, si può comprendere come il “pensiero” influenzi il comportamento manifesto, in questo caso i modelli di comportamento inefficaci, mantengono la sofferenza senza la necessità di concentrarsi sul contenuto dei pensieri. L'ACT si rivolge a processi di cambiamento diversi rispetto alla CBT tradizionale. In primo luogo, invece di tentare di cambiare le convinzioni (ad esempio, cercando di sostituire i pensieri “negativi” o “disadattivi” con pensieri più “adattivi”), l'ACT mira al processo di pensiero, o per essere più precisi, mira a ridurre le conseguenze comportamentali e influenza la parte funzionale del pensiero. Si cerca quindi di favorire un processo generale chiamato flessibilità psicologica, quindi l'essere aperti, consapevoli ed in contatto con il momento presente e l'impegno flessibile in comportamenti che facilitano gli obiettivi generali della vita (Bond et al., 2006). In secondo luogo, a differenza della CBT tradizionale, l'ACT vede molte forme di disagio come una conseguenza naturale dell'essere umano: insicurezza, paura, incertezza, autocritica, pensiero negativo, disforia, ecc., come normali esperienze umane. L'ACT non mira esplicitamente a ridurre il disagio (sebbene ciò possa verificarsi come effetto collaterale di una maggiore flessibilità psicologica o di una maggiore attività significativa), ma adotta piuttosto un approccio sfumato al disagio, mirando principalmente ad aumentare la capacità di intraprendere attività significative in sua presenza.

Molte ricerche hanno evidenziato come, l'ACT ha un'utilità rispetto ad altri modelli psicoterapeutici esistenti nel contesto di condizioni a lungo termine (Angiola e Bowen, 2013; Graham et al., 2015; Hadlandsmyth et al., 2013; Low et al., 2012; Whittingham, 2014). Una *review* di articoli che hanno preso in considerazione i cambiamenti avvenuti in seguito all'applicazione di una pratica ACT, ha evidenziato diversi contributi della sua efficacia; sottolineando come l'ACT riduce il disagio emotivo nelle persone con patologia cronica (Burke et al., 2014; Feros et al., 2013; Hawkes et al., 2013, 2014; Nordin e Rorsman, 2012; Sheppard et al., 2010). Quindi, gli interventi ACT sono stati costantemente associati a miglioramenti post-intervento riducendo la sofferenza; tuttavia non è chiaro se l'ACT sia superiore ad altri trattamenti psicologici, o se i miglioramenti post-intervento non siano il risultato di una regressione dalla media, il placebo o di fattori terapeutici non specifici. Inoltre, è stato dimostrato anche che l'ACT può migliorare l'autogestione della malattia e lo stile di vita (Hawkes et al., 2013, 2014; Gregg et al., 2007); oltre ad evidenziare dei miglioramenti nella flessibilità psicologica dopo un intervento ACT, dove la dimensione dell'effetto sembra superiore ad un altro intervento psicologico (Hawkes et al., 2013, 2014).

In sintesi, l'ACT è stata applicata ed è risultata efficace in molte condizioni croniche, per ridurre il disagio (Nordin e Rorsmann, 2012; Rost et al., 2012; Sheppard et al., 2010) e migliorare la qualità della vita (Feros et al., 2013; Lundgren et al., 2006, 2008).

Compassion Focused Therapy

La *Compassion Focused Therapy* (CFT) ha le sue basi in un'analisi evolutiva e funzionale dei sistemi motivazionali sociali fondamentali (come la vita in gruppo, la formazione di gerarchie e ranghi, la ricerca di relazioni intime, l'aiuto reciproco e la cura dei propri cari) e dei diversi sistemi emotivi funzionali (come la risposta alle minacce, la ricerca di risorse e di stati di sicurezza/affetto). Gli esseri umani hanno sviluppato una serie di competenze cognitive per ragionare, riflettere, anticipare, immaginare, mentalizzare e creare un senso di sé socialmente contestualizzato, generando talvolta difficoltà nell'organizzazione dei sistemi motivazionali ed emotivi più antichi. Secondo la CFT, il nostro cervello evoluto può essere problematico a causa della sua "progettazione" di base, essendo facilmente incline a comportamenti distruttivi e problemi di salute mentale. Tuttavia, mammiferi in generale e gli esseri umani in particolare hanno sviluppato motivazioni ed emozioni per comportamenti affettuosi, premurosi e altruistici che possono organizzare il nostro cervello in modo da compensare notevolmente i potenziali comportamenti distruttivi. La CFT enfatizza dunque, l'importanza di sviluppare la capacità delle persone di accedere consapevolmente, tollerare e indirizzare motivazioni ed emozioni affettuose, sia per sé stessi che per gli altri, promuovendo la coltivazione della compassione interiore. Questo approccio aiuta a organizzare il nostro "complesso cervello" in modalità prosociali e mentalmente sane.

La CFT forma le persone alla compassione e può avere una vasta gamma di benefici fisiologici e psicologici (Desbordes et al., 2013; Jazaieri et al., 2013; Weng et al., 2013) e molti benefici terapeutici (Hoffman et al., 2011), anche per le persone con gravi psicopatologie (Braehler et al., 2013).

Mentre molte terapie si concentrano sulla riduzione diretta dei sistemi negativi e basati sulla minaccia, la CFT ne sostiene la necessità anche per sviluppare la capacità di sperimentare e tollerare motivazioni ed emozioni affiliative. Questo perché questi sistemi si sono evoluti per essere, e sono programmati per essere, potenti regolatori del sistema delle minacce e creeranno un senso diverso del sé e del modo di relazionarsi con sé stessi e gli altri. Nella CFT generare sentimenti affiliativi verso noi stessi e gli altri e sapere che gli altri si sentono così nei nostri confronti, ci aiuta a funzionare meglio. La terapia focalizzata sulla compassione (Gilbert, 2014) è stata sviluppata per affrontare la vergogna e l'autocritica nei pazienti con patologie croniche e complesse di salute mentale (Gilbert, 2010) coltivando motivazioni di cura affiliativa attraverso l'allenamento mentale compassionevole (Gilbert, 2006).

Si ipotizza teoricamente che la CFT sia un approccio pertinente alle malattie croniche, a causa del suo sostegno fisiologico, e le prove suggeriscono che l'auto-compassione sia collegata al coping adattivo (Sirois et al., 2015) e sia un fattore protettivo per la salute mentale (Trindade e Sirois, 2021) nelle patologie a lungo termine. Nello specifico, la compassione, ovvero, la sensibilità alla sofferenza e la motivazione per alleviarla e prevenirla (Gilbert, 2019), ha un impatto positivo sulla funzione immunitaria, sulla risposta fisiologica allo stress (Matos et al., 2017) e sui sistemi psicofisiologici rilevanti nelle malattie croniche, come la modulazione del dolore (esempio ossitocina, vasopressina) (Rockliff et al., 2011).

Un contributo per aiutare le persone ad accettare ed affrontare le sfide di una condizione fisica a lungo termine può essere la compassione, definita come “una sensibilità alla sofferenza propria e degli altri con l'impegno a cercare di alleviarla e prevenirla” (Gilbert, 2014). In questo caso, il lavoro sulla compassione comprende il riconoscimento che tutti gli esseri umani attraversano esperienze difficili e implica l'affrontare quelle esperienze difficili con gentilezza, azione saggia e premurosa (Gilbert, 2014; Neff, 2011; Strauss et al., 2016). La compassione per noi stessi, o auto-compassione, è associata ad una minore sofferenza (Costa e Pinto-Gouveia, 2013; Friis et al., 2015; Pinto-Gouveia et al., 2014), coping adattivo (Sirois et al., 2015), regolazione delle emozioni (Sedighimornani et al., 2017), comportamenti che promuovono la salute (Dunne et al., 2018; Homan e Sirois, 2017), ricerca di sostegno sociale (Brion et al., 2014) e aderenza al trattamento (Sirois e Hirsch, 2019) in varie condizioni fisiche a lungo termine e in popolazioni sane. L'auto-compassione, inoltre, è associata a un minor disagio e a una riduzione dei sentimenti di vergogna (anche corporea) e può favorire risposte adattive relative alla malattia, come la ricerca di supporto sociale e promozione di vita sana. Pertanto, la compassione è una risorsa rilevante nell'affrontare le sfide specifiche della convivenza, come una malattia cronica.

Per quanto riguarda gli interventi di CFT applicati a diverse popolazioni con malattie croniche (Austin et al., 2021), si nota che i cambiamenti e benefici che i partecipanti hanno sperimentato dopo l'intervento sono stati identificati in tre temi.

1. Accettazione della condizione, nel corpo cambiato e delle limitazioni risultanti. Gli interventi basati sulla compassione hanno aiutato i partecipanti ad accettare la propria condizione ed i limiti ad essa legati, invece di sentirsi in colpa o incolpare sé stessi. Inoltre, l'accettazione della condizione ha consentito un senso di sé meno legato alla malattia, ed è diventata possibile la riscoperta di altre parti di sé.
2. Capacità di regolazione delle emozioni (ad esempio in situazioni mediche minacciose). I partecipanti hanno raccontato di essere riusciti a calmarsi in situazioni difficili, come ad

esempio durante un controllo medico. Inoltre, i partecipanti hanno scoperto di poter essere una fonte di sostegno e conforto per sé stessi, invece di limitarsi a confrontarsi con gli altri o fare affidamento esclusivamente sugli altri per il supporto emotivo.

3. Riduzione della sensazione di isolamento ed aumento della connessione. I partecipanti hanno riferito come la CFT e il “far parte di un gruppo”, li abbia aiutati a sentirsi compresi e meno isolati, sia attraverso esercizi di compassione che attraverso il senso di umanità basato su lotte condivise.

Ricerche mostrano indicazioni promettenti sull’efficacia di interventi basati sulla compassione per quanto riguarda il miglioramento della depressione, dell’ansia, dell’auto-compassione e della qualità della vita correlato alla salute. La CFT mira sia alle difficoltà di salute fisica che alle risorse per la salute mentale, come il benessere mentale, emotivo, psicologico e sociale (Lamers et al., 2011).

Conclusioni

Le condizioni mediche croniche richiedono cure a lungo termine, una gestione continua della terapia che spesso richiede una combinazione di trattamenti medici, un cambiamento nello stile di vita e un supporto psicologico alla persona che ne è affetta. Le ricerche hanno mostrato che le patologie croniche hanno un grande impatto sulla qualità della vita dei pazienti. Inoltre, la letteratura mostra che i disturbi psicologici si osservano in maggiore presenza in persone con malattie croniche rispetto alla popolazione generale, rilevando una comorbilità soprattutto con sintomi legati all’ansia e alla depressione. La ricerca sottolinea, inoltre, che la gestione della patologia medica spesso viene complicata da sintomi psichiatrici o la presenza di sofferenza di tipo emotivo o psicologico. Le ricerche testimoniano l’importanza di integrare una malattia nella propria identità e di mantenere un’identità coerente, oltre a ciò, osservano come l’accettazione è fortemente correlata al funzionamento adattivo. L’accettazione consente ai pazienti di affrontare meglio le sfide della malattia e potrebbe anche portare a migliori comportamenti di auto-cura (Luyckx et al., 2010; Richardson et al., 2001), che di conseguenza possono portare un miglioramento del funzionamento psicologico e fisico (Karademas et al., 2009). Il grado in cui gli individui riescono a raggiungere un’identità coerente nel contesto della malattia cronica può influenzare anche il funzionamento psicologico (Morea et al., 2008).

L’accettazione, in un contesto psicologico, rappresenta il processo mentale di riconoscere ed accogliere consapevolmente le esperienze, i pensieri, le emozioni o le situazioni che si presentano nella propria vita. Accettare non significa necessariamente piacere o approvazione verso la

situazione, ma piuttosto comprendere che è presente ed accoglierla senza alimentare la lotta contro di essa. Quindi, accettare significa riconsiderare o ridurre il valore di uno scopo, ridefinire i propri standard di normalità e i concetti di diritti o doveri personali, modificare la credenza o la percezione riguardo alla possibilità di successo e al poter raggiungere lo scopo ed infine identificare scopi alternativi desiderabili.

Autori come, Ambrosio et al. (2015) propongono il concetto che vivere con una malattia cronica deve essere inteso come un processo il cui obiettivo finale è raggiungere un “positivo” convivere con la malattia, e l'accettazione è il punto di partenza per convivere con successo con la patologia cronica. Il livello di accettazione dipende dalla natura, dalla gravità e dal disagio della malattia, oltre a fattori associati al paziente e determinanti socio-demografici (Czerw et al., 2016; Galuszko, 2013). Nel convivere con una malattia cronica, l'accettazione emerge come il fattore più significativo per l'adattamento, influenzando positivamente l'atteggiamento del paziente nei confronti della patologia e del processo terapeutico, e portando ad un miglioramento della qualità della vita (Galuszko, 2013; Pasek et al., 2017).

La *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, l'*Acceptance and Commitment Therapy* e la *Compassion Focused Therapy* sono delle terapie che all'interno della Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) vengono chiamate di Terza Onda. Queste terapie vengono considerate un'evoluzione della pratica terapeutica che integra elementi della *mindfulness*, della consapevolezza e delle strategie comportamentali e cognitive della TCC tradizionale. Queste nuove terapie si concentrano sulla comprensione e sulla gestione delle emozioni, dei pensieri e dei comportamenti in modo più profondo ed integrato. Integrano al loro interno la consapevolezza, l'accettazione e la flessibilità psicologica come strumenti per il cambiamento e il miglioramento del benessere psicologico dei pazienti.

Esistono diverse pubblicazioni scientifiche e corsi dedicati a questi approcci che negli ultimi dieci anni hanno mostrato il ruolo sempre più rilevante che le pratiche di accettazione stanno assumendo nella pratica clinica all'interno della Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), e anche nella popolazione clinica di persone con patologia cronica. Uno degli esiti previsti da questi interventi basati sull'accettazione è che il paziente non solo sviluppi una maggiore capacità di accettare una specifica compromissione o minaccia, ma diventi in generale meno vulnerabile ai cicli ricorsivi e, di conseguenza, alla sofferenza patologica derivante da altre compromissioni o minacce. Molti studi hanno dimostrato come la *Mindfulness*, l'ACT e la CFT, portano a risultati statisticamente significativi nel diminuire la disorganizzazione cognitiva e ridurre i sintomi

depressivi e ansiosi, migliorare l'autogestione della malattia e lo stile di vita, aumentare la qualità della vita e il benessere generale in pazienti affetti da diverse patologie croniche.

Bibliografia

- Adams, S., Pill, R. & Jones, A. (1997). Medication, chronic illness and identity: The perspective of people with asthma. *Social Science & Medicine*, *45*, 189-201.
- Ambrosio, L., Garcia, J.M.S., Fernandez, M.R., Bravo, S.A., Diaz De Cerio Ayesa, S., Sesma, M.E.U., Caparros, N.U. & Portillo, M.C. (2015). Living with chronic illness in adults: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, *24*, 2357-2367.
- Angiola, J.E. & Bowen, A.M. (2013). Quality of life in advanced cancer: An acceptance and commitment therapy view. *The Counseling Psychologist*, *41*, 313-335.
- Austin, J., Drossaert, C.H.C., Schroevers, M.J., Sanderman, R., Kirby, J.N. & Bohlmeijer, E.T. (2021). Compassion-based interventions for people with long-term physical conditions: a mixed methods systematic review. *Psychology & Health*, *36*, 16-42.
- Barcaccia, B. (2008). *Accepting limitations of life: leading our patients through a painful but healing path*. Lecture conducted from Ludwig-Maximilians Universität, June, Munich, (DE).
- Barnett, K., Mercer, S.W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S. & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, *380*, 37-43.
- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York: William Morrow.
- Bond, F.W., Hayes, S.C. & Barnes-Holmes D. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, *26*, 25-54.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J. & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, *52*, 199-214.
- Brion, J.M., Leary, M.R. & Drabkin, A.S. (2014). Self-compassion and reactions to serious illness: The case of HIV. *Journal of Health Psychology*, *19*, 218-229.
- Burke, K., Muscara, F., McCarthy, M., Dimovski, A., Hearps, S., Anderson, V. & Walsler, R. (2014). Adapting acceptance and commitment therapy for parents of children with life-threatening illness: Pilot study. *Families, Systems & Health*, *32*, 122.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, *4*, 167-182.
- Campbell, J.D., Assanand, S. & Paula, A.D. (2003). The structure of self-concept and its relation to psychological adjustment. *Journal of Personality*, *71*, 115-140.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness*, *5*, 168-195.
- Charmaz, K. (1995). The body, identity and self. *The Sociological Quarterly*, *36*, 657-680.
- Conversano, C. (2019). Common Psychological Factors in Chronic Diseases. *Front. Psychol.* *10*, 2727.
- Costa, J. & Pinto-Gouveia, J. (2013). Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain. *Journal of Applied Social Psychology*, *43*, 1578-1591.
- Czerw, A., Religioni, U. & Deptata, A. (2016). Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer*, *23*, 654-661.
- Czerw, A.I., Bilinska, M. & Deptata, A. (2016). The assessment of the impact of socio-economic factors in accepting cancer using the Acceptance of Illness Scale (AIS). *Contemporary Oncology*, *20*, 261-265.
- Czerw, A.I., Religioni, U., Deptata, A. & Walewska_Zielecka, B. (2016). Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in colorectal cancer patients. *Gastroenterology Review*, *11*, 96-103.
- Czerw, A.I., Religioni, U., Deptata, A. & Fronczak, A. (2017). Pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in prostate cancer patients. *Archives of Medical Science*, *13*, 1459-1466.
- De Houwer, J., Barnes-Holmes, Y. & Barnes-Holmes, D. (2016). Riding the waves: A functional-cognitive perspective on the relations among behaviour therapy, cognitive behaviour therapy and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology*, *51*, 40-44.

- Denys, K., Denys, P., Macander, M. & Zboralski K. (2015). Quality of life, acceptance of illness and a sense of health control in patients with chronic musculoskeletal disorders during the rehabilitation process. *Pol Merkur Lekarski*, 38, 155-158.
- Desbordes, G., Negi, L.T., Pace, T.W., Wallace, A.B., Raison, C.L. & Schwartz, E.L. (2013). Effects of mindful-attention and compassion meditation training on amygdala response to emotional stimuli in an ordinary, non-meditative state. *Frontiers in Human Neuroscience*. Advance online publication.
- Dijkstra, A., Buunk, A.P., Toth, G. & Jager, N. (2008). Psychological adjustment to chronic illness: the role of prototype evaluation in acceptance of illness. *Journal of Applied Biobehavioural Research*, 12, 119-140.
- Dunne, S., Sheffield, D. & Chilcot, J. (2018). Brief report: Self-compassion, physical health and the mediating role of health-promoting behaviours. *Journal of Health Psychology*, 23, 993-999.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: youth and crisis*. New York (NY): WW Norton & Company.
- Feros, D.L., Lane, L., Ciarrochi, J. & Blackledge, J.T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22, 459-464.
- Friis, A.M., Johnson, M.H., Cutfield, R.G. & Consedine, N.S. (2015). Does kindness matter? Self-compassion buffers the negative impact of diabetes-distress on HbA1c. *Diabetic Medicine*, 32, 1634-1640.
- Galuszko, A. (2013). Acceptance of chronic disease and level of distress in ambulatory patients. *Chowanna*, 1, 159-177.
- Gilbert, P. (2006). Evolution and depression: Issues and implications (invited review). *Psychological Medicine*, 36, 287-297.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: The CBT distinctive features series*. London, UK: Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.
- Gilbert, P., Basran, J., MacArthur, M. & Kirby, J.N. (2019). Differences in the semantics of pro-social words: An exploration of compassion and kindness. *Mindfulness*, 10, 2259-2271.
- Gloster, A.T., Walder, N., Levin, M.E., Twohig, M.P. & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192.
- Graham, C.D., Simmons, Z., Stuart, S.R. & Rose, M.R. (2015). The potential of psychological interventions to improve quality of life and mood in muscle disorders. *Muscle & Nerve*, 52, 131-136.
- Graham, C.D., Gouick, J., Krahé, C. & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*, 46, 46-58.
- Gregg, J.A., Callaghan, G.M., Hayes, S.C. & Glenn-Lawson, J.L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 336-343.
- Hadlandsmyth, K., White, K.S., Nesin, A.E. & Greco, L.A. (2013). Proposing an Acceptance and Commitment Therapy intervention to promote improved diabetes management in adolescents: A treatment conceptualization. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 12-15.
- Hawkes, A.L., Chambers, S.K., Pakenham, K.I., Patrao, T.A., Baade, P.D., Lynch, B.M., ..., Courneya, K.S. (2013). Effects of a telephone-delivered multiple health behavior change intervention (CanChange) on health and behavioral outcomes in survivors of colorectal cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*.
- Hawkes, A., Pakenham, K., Chambers, S., Patrao, T. & Courneya, K. (2014). Effects of a multiple health behavior change intervention for colorectal cancer survivors on psychosocial outcomes and quality of life: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 48, 359-370.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S.C. & Wilson, K.G. (2003). Mindfulness: method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 161-165.
- Hayes, S.C. & Shenk, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science Practice*, 11, 249-254.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Helgeson, V.S., Reynolds, K.A. & Tomich, P.L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.

- Homan, K.J. & Sirois, F.M. (2017). Self-compassion and physical health: Exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychology Open*, 4.
- Jankowska-Polanska, B., Ilko, A. & Wleklik, M. (2014). Influence the acceptance of the disease on quality of life of patients with hypertension. *Arterial Hypertension*, 18, 143-150.
- Jazaieri, H., Jinpa, G.T., McGonigal, K., Rosenberg, E.I., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., ..., Goldin, P.R. (2013). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1113–1129.
- Johnson-Laird, P.N., Mancini, F. & Gangemi, A. (2006). A theory of psychological illnesses. *Psychological Reviews*, 113, 822-842.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An out-patient program in Behavioral Medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Journal of General Hospital Psychiatry*, 4, 33–47.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163–190.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. & Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159–173.
- Kabat-Zinn, J., University of Massachusetts Medical Center/ Worcester; Stress Reduction Clinic (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York (NY): Delta.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., ..., Kristeller, J. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. New York (NY): Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Vivere momento per momento*. Roma: Corbaccio.
- Karademas, E.C., Tsagaraki, A. & Lambrou, N. (2009). Illness acceptance, hospitalization stress and subjective health in sample of chronic patients admitted to hospital. *Journal of Health Psychology*, 14, 1243-1250.
- Kralik, D. (2002). The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 146-154.
- Kralik, D., Koch, T., Price, K. & Howrd, N. (2004). Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 259-267.
- Kralik, D., Telford, K., Price, K. & Koch, T. (2005). Women's experiences of fatigue in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 372-380.
- Kralik D., Visentin, K. & Van Loon, A. (2006). Transition: a litterature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 320-329.
- Kralik, D. & Van Loon, A. (2009). Editorial: transition and chronic illness experience. *Journal of Nursing and Health-care of Chronic Illness*, 1, 113-115.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York (NY): Springer.
- Kubler-Ross, E. (1987). *AIDS: The Ultimate Challenge*. New York (NY): Macmillan.
- Lamers, S.M., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Ten Klooster, P.M. & Keyes, C.L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC- SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110.
- Langer, E.J. (2009). *Counterclockwise: Mindful health and the power of possibility*. Ballantine Books.
- Lazarus, R.S. e Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York (NY): Springer Publishing Company.
- Leventhal, H., Idler, E.L. & Leventhal, E.A. (1999). The impact of chronic illness on the self system. In R.J. Contrada e R.D. Ashmore (Eds.), *Self, social identity, and physical health* (Vol. 2, pp. 185-208). New York (NY): Oxford University Press.
- Low, J., Davis, S., Drake, R., King, M., Tookman, A., Turner, K., ..., Jones, L. (2012). The role of acceptance in rehabilitation in life-threatening illness. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43, 20-28.
- Lundgren, T., Dahl J., Melin, L. & Kies, B. (2006). Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial in South Africa-A pilot study. *Epilepsia*, 47, 2173-2179.
- Lundgren T., Dahl J., Yardi N. e Melin L. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: A randomized controlled trial. *Epilepsy & Behavior*, 13, 102-108.

- Luyckx, K., Vanhalst, J., Seiffge-Krenke, I. & Weets, I. (2010). A typology of coping with type 1 diabetes in emerging adulthood: Associations with demographic, psychological and clinical parameters. *Journal of Behavioural Medicine*, 33, 228-238.
- Mancini, F., Barcaccia, B. & Perdighe, C. (2002). I processi cognitivi dell'accettazione: un esempio di cambiamento opportuno e possibile. *Manoscritto non pubblicato*.
- Mancini, F. & Gangemi, A. (2002). Ragionamento e irrazionalità. In Mancini F., Castelfranchi C. e Miceli M. (a cura di) *I fondamenti psicologici della psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri: Torino (TO).
- Mancini, F. & Gangemi, A. (2004). Il ragionamento emozionale come fattore di mantenimento della patologia. *Sistemi Intelligenti*, 2, 237-254.
- Martino, M.L., Gargiulo, A., Lemmo, D., Dolce, P., Barberio, D., ..., Abate, V. (2019). Longitudinal effect of emotional processing on psychological symptoms in women under 50 with breast cancer. *Health Psychology*.
- Mason, O. & Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Psychology and Psychotherapy*, 74, 197-212.
- McGuire, M.T. & Troisi, A. (1998). *Darwinian psychiatry*. New York (NY): Oxford University Press.
- Morea, J., Friend, R. & Bennett, R.M. (2008). Conceptualizing and measuring illness self-concept: a comparison with self-esteem and optimism in predicting fibromyalgia adjustment. *Research in Nursing & Health*, 31, 563-575.
- Matos, M., Duarte, C., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N., Basran, J. & Gilbert, P. (2017). Psychological and physiological effects of compassionate mind training: A pilot randomised controlled study. *Mindfulness*, 8, 1699-1712.
- Neff, K. (2011). *Self compassion*. Morrow: New York (NY).
- Nesse, R. (2005). Evolutionary psychology and mental health. In D. Buss (Ed.), *The handbook of evolutionary psychology* (pp. 903-929). John Wiley and Sons: Hoboken (NJ).
- Nordin, L. & Rorsman, I. (2012). Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: A randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44, 87-90.
- Oris, L., Rassart, J., Prikken, S., Verschueren, M., Goubert, L., Moons, P., ..., Luyckx, K. (2016). Illness identity in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes: Introducing the illness identity questionnaire. *Diabetes Care*.
- Oris, L., Luyckx, K., Rassart, J., Goubert, L., Goossens, E., Apers, S., Arat, S., Vanderberghe, J., Westhovens, R. & Moons, P. (2018). Illness identity in adults with chronic illness. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25, 429-440.
- Pasek, M., Debska, G. & Woityna, E. (2017). Perceived social support and sense of coherence in patient-caregiver dyad versus acceptance illness in cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4985-4993.
- Parkes C.M. (1972). *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*; publ. Pelican and Routledge, London e New York (NY). Tr. it. (1980) *Il lutto*. Studi sul cordoglio negli adulti. Feltrinelli, Milano (MI).
- Perdighe, C. & Mancini, F. (2011). *Introduzione alla terapia cognitiva*. In Perdighe C. e Mancini F. (a cura di) *Elementi di psicoterapia cognitiva*. Giovanni Fioriti Editore: Roma (RM).
- Piano Nazionale della Cronicità (PNC), Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria; Bolzano, 15 settembre 2016.
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M. & Fraguas, S. (2014). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21, 311-323.
- Pompey, C.S., Ridwan, M.N., Zahra, A.N. & Yona, S. (2019). Illness acceptance and quality of life among end state renal disease patients undergoing hemodialysis. *Enfermeria Clinica*, 8621, 30112-30113.
- Portillo, M.C., Senoisaiin, J.M., Arantzamendi, M., Zaragoza, A., Navarta, M.V., Martinez, E., Luquin, M.R., Urstia, M.E., Corchon, S. & Moreno, V. (2012). Proyecto ReNACE. Convivencia de pacientes y familiares con la enfermedad de Parkinson: resultados preliminares de la Fase I. *Revista científica de la Sociedad Espanola de Enfermeria Neurologica*, 36, 31-38.
- Randolph, P.D., Caldera, Y.M., Tacone, A.M. & Greak, B.L. (1999). The long-term combined effects of medical treatment and a mindfulness- based behavioral program for the multidisciplinary management of chronic pain in West Texas. *Pain Digest*, 9, 103-112.
- Richardson, A., Adner, N. & Nordstrom, G. (2001). Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: Acceptance and coping ability. *Journal Of Advanced Nursing*, 33, 758-763.

- Rockliff, H., Karl, A., McEwan, K., Gilbert, J., Matos, M. & Gilbert, P. (2011). Effects of intranasal oxytocin on 'compassion focused imagery'. *Emotion*, 11, 1388-1396.
- Roemer, L. & Orsillo, S.M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Rosa, V., Tomai, M., Lauriola, M., Martino, G. & Di Trani, M. (2019). Body mass index, personality traits, and body image in Italian pre-adolescents: an opportunity for overweight prevention. *Psihologija*.
- Rost, A.D., Wilson, K., Buchanan, E., Hildebrandt, M.J. & Mutch, D. (2012). Improving psychological adjustment among late-stage ovarian cancer patients: Examining the role of avoidance in treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 508-517.
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonz, A., Grey, M., McCorkle, R., Redeker, N.S., Reynolds, N. & Whittenmore, R. (2012). Process of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44, 136-144.
- Schwartz, S.J. (2001). The evolution of Eriksonian and neo-Eriksonian identity theory and research: a review and integration. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 1, 7-58.
- Sedighimornani, N., Rimes, K.A. & Verplanken, B. (2017). Exploring the relationships between mindfulness, self-compassion, and shame. *SAGE Open*, 9.
- Senol-Durak, E. (2014). Stress related growth among diabetic out-patients: role of social support, self-esteem, and cognitive processing. *Social Indicators Research*, 118, 729-739.
- Sheppard, S.C., Forsyth, J.P., Hickling, E.J. & Bianchi, J. (2010). A novel application of Acceptance and Commitment Therapy for psychosocial problems associated with multiple sclerosis. *International Journal of MS Care*, 12, 200-206.
- Simmons, K.L., Smith, J.A., Bobb, K-A, & Liles, L.L.m: (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 627-635.
- Sirois, F.M., Molnar, D.S. & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*, 14, 334-347.
- Sirois, F.M. & Hirsch, J.K. (2019). Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness*, 10, 46-54.
- Stanton, A.L., Revenson, T.A. & Tennen, H. (2007). Health Psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
- Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J. Kuyken, W., Baer, R., Jones, F. & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15-27.
- Teasdale, J.D., Segal, Z. & Williams, J.M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J.D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
- Teasdale, J.D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S53-S77.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V. & Williams, J.M.G. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 157-160.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*, 15, 1-18.
- Telford, K., Kralik, D. & Koch, T. (2006). Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 457-464.
- Tilden, B., Charman, D., Sharples, J. & Fosbury, J. (2005). Identity and adherence in diabetes patient: trasformatios in psycho-therapy. *Qualitative Health Research*, 15, 312-324.
- Trindade, I. A. & Sirois, F. (2021). The prospective effects of self-compassion on depressive symptoms, anxiety, and stress: A study in inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 146.
- Van Bost, G., Van Damme, S. & Crombez, G. (2019). Goal reengagement is related to mental well-being, life satisfaction and acceptance in people with an acquired brain injury. *Neuropsychol Rehabilitation*, 29, 1-15.
- Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R.M., Bhutta, Z.A., ..., Brown, A. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388, 1545–1602.

- Weng, H.Y., Fox, A.S., Shackman, A.J., Stodola, D.E., Caldwell, J.Z.K., Olson, M.C., ..., Davidson, R.J. (2013). Compassion training alters altruism and neural responses to suffering. *Psychological Science*, 24, 1171–1180.
- Whittemore, R., Chase, S.K., Mandle, C.I. & Roy, S.C. (2002). Lifestyle change in type 2 diabetes. A process Model. *Nursing Research*, 51, 18-25.
- Whittemore, R. & Dixon, J (2008). Chronic illness: the process of integration. *Journal of Nursing and Health-care of Chronic Illness*, 17, 177-187.
- Whittingham, K. (2014). Parents of children with disabilities, mindfulness and acceptance: A review and a call for research. *Mindfulness*, 5, 704–709.
- World Health Organization (WHO) (2005). Noncommunicable Disease. Available from: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
- World Health Organization (WHO). (2018). Noncommunicable diseases. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- Yu, D., Lee, D., Kwong, A., Thompson, D. & Woo, J. (2008). Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 474-483.
- Zettle, R.D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1, 77–89.

Arianna Negri Psicologa, Psicoterapeuta, Vicenza

Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Baggio e Mansutti

e-mail: arianna.negri@ordinepsicologiveneto.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 Trauma migratorio e la Teoria dell'Esposizione Narrativa

Silvia Mion

¹Associazione di Psicoterapia Cognitiva, APC Verona

Riassunto

Con questo elaborato è stato approfondito l'attuale tema del trauma che si sviluppa durante il processo migratorio. Partendo dalla spiegazione di parole chiave legate al tema della migrazione, come territorio, cultura, confine e identità, sono state analizzate poi le conseguenze dell'intero processo, prima della partenza, durante e dopo l'arrivo nella nazione ospitante, specificando le problematiche di salute mentale che possono derivare dalle condizioni vissute fino al momento della possibile presa in carico. Vi sono diversi disturbi associati al processo migratorio, come ad esempio l'ansia, la depressione e il disturbo post-traumatico da stress; dato che quest'ultimo secondo alcuni studi è risultato uno dei disturbi più frequenti per questa fascia di popolazione, è stato successivamente analizzato il concetto di trauma, distinguendone le possibili tipologie, ed è stato introdotto il suo trattamento, approfondendo uno dei più recenti interventi psicoterapeutici sviluppato proprio per trattare il PTSD e altre complicanze legate a traumi importanti: la Terapia dell'Esposizione Narrativa, qui descritta, che si fonda sull'idea che rielaborare e condividere la propria storia personale possa svolgere un ruolo cruciale nel processo di guarigione.

Parole chiave: trauma, migrazione, PTSD, terapia dell'esposizione narrativa

Summary

This paper delves into the current issue of trauma that develops during the migration process. Starting with an explanation of key terms related to migration, such as territory, culture, border, and identity, it then analyzes the consequences of the entire process: before departure, during the journey, and after arrival in the host nation, highlighting the mental health issues that can arise from the conditions experienced up to the point of possible intervention. There are several disorders associated with the migration process, such as anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder (PTSD). Given that PTSD, according to some studies, is one of the most common disorders in this population group, the concept of trauma was subsequently analyzed, distinguishing its possible types, and its treatment was introduced. The focus was on one of the most recent psychotherapeutic interventions developed specifically to treat PTSD and other complications related to significant traumas: Narrative Exposure Therapy. This therapy, described here, is based on the idea that reworking and sharing one's personal story can play a crucial role in the healing process.

Parole chiave: trauma, migration, PTSD, narrative exposure therapy

Introduzione

Il trauma è un complesso fenomeno che può colpire chiunque, indipendentemente dal contesto culturale di provenienza.

Nel campo dell'etnopsicologia, lo studio del trauma va oltre le tradizionali prospettive psicologiche, e tiene conto dei fattori culturali, sociali e storici che ne influenzano la manifestazione e l'esperienza. Il trauma, pertanto, non può essere compreso separatamente dal contesto culturale in cui avviene, in quanto le diverse culture hanno modi distinti di interpretare ed esprimere l'angoscia, e questo influenza il modo in cui il trauma viene percepito e trattato all'interno di una comunità.

È importante quindi riconoscere il valore dei fattori culturali nel modellare la comprensione e la risposta al trauma, e incorporare le credenze, le pratiche e le tradizioni di guarigione in interventi terapeutici, al fine di garantire che il trattamento sia culturalmente sensibile e rilevante.

Questo è un tema a me caro sin dal mio primo tirocinio della triennale nella facoltà di Psicologia a Padova, svolto nelle baraccopoli di Nairobi, Kenya, per la durata di un mese; esperienza che mi ha permesso di avvicinarmi e approfondire le tematiche psicologiche collegate a quelle culturali sino ad oggi, e che mi ha portato a lavorare tutt'ora in un Centro di Accoglienza Straordinaria nella provincia di Verona. Con questo elaborato vorrei quindi far comprendere qual è il processo migratorio di una persona costretta a lasciare il proprio paese e le conseguenze ad esso collegate, l'incidenza dei disturbi psichiatrici connessi alla migrazione e quali possono essere i diversi traumi correlati.

L'intento poi è di dare enfasi ad un trattamento psicoterapeutico recente, la Narrative Exposure Therapy (NET) che ha la sua ultima revisione nel 2019¹, e che ha come scopo principale quello di «facilitare l'elaborazione delle memorie traumatiche nell'autobiografia dell'individuo, traducendo in “parola” quanto fino a quel momento è rimasto a livello sensoriale»².

Il processo migratorio

Il fenomeno migratorio è un processo che coinvolge milioni di individui in tutto il mondo, dando vita a dinamiche sociali, economiche e psicologiche di ampia portata.

Per comprendere la migrazione e i disturbi ad essa collegati, è necessario in primo luogo definire alcuni concetti senza i quali non si riuscirebbe a cogliere le molteplici sfumature e le conseguenze che ne derivano. I primissimi aspetti da considerare nell'analisi di un fenomeno multifattoriale ed in continuo mutamento sono: il territorio; il confine; la cultura; l'identità.

¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6450467/>

² <https://www.sisst.it/net/>

Per poter analizzare il disagio della persona migrante, non si può non tenere in considerazione che è una persona con le sue caratteristiche individuali, sociali e culturali, ma al contempo è un individuo che è mutato durante il viaggio, e che continua a mutare per potersi adattare ai contesti che lo accolgono.

Con la parola territorio spesso ci si sofferma alla definizione geografica del termine e si è subito portati a pensare ad uno spazio con determinate caratteristiche fisiche e biologiche; oltre agli aspetti naturali, la definizione è strettamente legata al concetto di antropizzazione, ovvero l'insieme degli interventi di trasformazione dell'ambiente naturale da parte dell'uomo. L'uomo è un organizzatore dello spazio, come afferma Leroi-Gourhan, nel 1977: il territorio, quindi, non dipende solo dalla sua conformazione, ma viene modificato dall'essere umano. *“Il territorio non è solo l'ambiente ma determina le specie viventi, che sono parte del territorio e che contribuiscono a definirlo e, eventualmente, a modificarlo. Le specie, percependo l'ambiente, creano una loro immagine interna e riflessa; ciò permette l'adattamento ... Il territorio antropizzato è lo spazio su cui l'essere umano proietta il proprio pensare ed agire. È tutto ciò che la nostra specie percepisce come forma simile a sé.”* (Cianconi, 2015, pg.20).

L'uomo, quindi, interviene sull'ambiente creando significati, e contemporaneamente assorbe i significati dei luoghi che attraversa durante il suo passaggio. Tutto questo lascia un segno nel migrante, che deve imparare ad interpretare una realtà differente dalla sua, trovandosi impossibilitato a replicare il suo sistema di consapevolezza interiorizzato tramite gli schemi culturali di origine.

Il concetto di sistema di consapevolezza è collegato a quello di cultura, che viene così definita da Ugo Fabietti (2010): «Un complesso di idee, simboli, azioni e disposizioni storicamente tramandati, acquisiti, selezionati e largamente condivisi da un certo numero di individui, mediante i quali questi ultimi si accostano al mondo in senso pratico e intellettuale». I sistemi appresi possono cambiare nel corso del tempo sia per logiche interne, come il passaggio generazionale, sia per dinamiche esterne, come l'incontro/scontro con culture differenti (Cianconi, 2015).

La cultura quindi «è fatta dagli uomini e fa gli uomini» (Cianconi, 2015 pg. 20-21). In altre parole, fa riferimento a sistemi di conoscenze, concetti, regole e pratiche che vengono appresi e trasmessi da una generazione all'altra, ma contemporaneamente guida l'uomo nella comprensione dell'ambiente circostante. Questi valori coinvolgono aspetti come le relazioni sociali, il linguaggio, la comunicazione non verbale di pensieri ed emozioni, il sacro, la moralità, la tecnologia e l'economia. I contenuti culturali condivisi trasmettono sicurezza e creano un senso di appartenenza e di identità in chi si riconosce in essi. Ciò avviene perché la nostra capacità di comprendere la realtà

in quanto esseri umani è limitata: gli stimoli esterni vengono acquisiti, decodificati ed immagazzinati (Atkinson e Shiffrin, 1971) attraverso schemi precedentemente costituiti. Come sostiene Michael Gazzaniga (2007), disponiamo di un modulo interprete che ha il compito di fornire spiegazioni rispetto al mondo che ci circonda per fornire stabilità alla nostra mente.

La mente, quindi, ha bisogno di ordine. Deve poter riconoscere l'ambiente e gli stimoli attorno a sé. In altre parole, come anticipato sopra, l'essere umano ritaglia la realtà in base alle proprie esperienze, e la classifica per poterla comprendere. Ma per poter fare questo, occorre separare ciò a cui si dà un significato, da un "qualcosa" che diventa automaticamente altro. Questa linea, che separa, viene definita confine, concetto ripreso da diversi autori, i quali hanno cercato di comprenderne le accezioni sociologiche e psicologiche. Georg Simmel (1998) definisce il confine come fatto sociologico che si costruisce in uno spazio determinato; Cuttitta (2012) divide il concetto in confine territoriale, ovvero la linea che segna una discontinuità tra proprietà materiali, (siano esse Stati, beni privati, terreni ecc...) e confine non territoriale, quello che segna la differenza tra entità immateriali, come ad esempio le culture, le credenze religiose, i gruppi etnici, le classi sociali o la pelle delle persone (Fanon, 1952; Aime e Papotti, 2023). La funzione dei confini è quindi quella di limitare un'identità da tutto ciò che viene considerato diverso.

La cultura crea i confini entro i quali si definisce e, di conseguenza, le identità delle persone che in essa si riconoscono. Secondo Giovanni Jervis (1997), l'identità può essere definita come l'esercizio di riconoscersi ed essere riconoscibili, ossia l'insieme descrivibile delle nostre caratteristiche. A questo proposito, è importante tenere a mente che le categorie di "noi" e "altro" non esistono in natura ma sono costruzioni che i gruppi umani fanno per formare le proprie unità sociali (Aime e Papotti, 2023).

Inoltre, il concetto di identità è strettamente collegato al cambiamento. La percezione di sé è infatti soggetta a molteplici mutamenti durante l'esistenza per i diversi avvenimenti che occorrono durante la vita (Jervis, 1997). E migrare corrisponde ad un cambiamento radicale nella vita di chi compie questa scelta.

Migrare, spostarsi ed esplorare sono caratteristiche intrinseche nell'essere umano, che da sempre si è mosso alla ricerca di territori che permettessero la sua sopravvivenza sia biologica che culturale (Cameron et al., 2012). Il termine migrante, quindi, si riferisce in prima battuta non alla persona ma all'azione che mette in atto, ovvero cambiare, muoversi, spostarsi. (Finco, 2022). È in quest'ottica che la persona migrante può essere definita come «una persona, un essere umano, che si muove e che mai, o quasi, si ferma. Si muove da un paese all'altro, da un territorio ad un altro e non arriva mai. Il migrante oggi è una persona senza nazionalità della quale, se facilmente possiamo

individuare la provenienza, difficilmente possiamo individuare una destinazione. O meglio, possiamo individuare solo il destino, quello di muoversi, viaggiare, esplorare, imparare, e, rare volte, essere compreso» (Dean, 2011). Il migrante è quindi un individuo che lascia il proprio luogo di residenza abituale per stabilirsi in un'altra nazione per un periodo di almeno un anno; chi compie il viaggio non lascia solo la sua terra, ma porta con sé simboli, memorie, relazioni e sistemi di significato. La persona, infatti, non si separa simbolicamente dal suo gruppo di appartenenza, con il quale rimane in contatto. Allo stesso tempo però, proprio perché migra, non appartiene più a nulla, diventa una persona diversa (Cianconi, 2015). Uno dei rischi, infatti, è che la persona non riesca a mantenere una continuità tra il prima e il dopo, una coerenza tra i mondi culturali che sperimenta.

Il migrante che decide di partire può essere spinto da diverse motivazioni, che possono variare da fattori economici a situazioni di conflitto o persecuzione o ancora per sfuggire a crisi ecologiche. Tutto ciò può dar vita ad un'esperienza spaventosa, soverchiante, di fronte alla quale un individuo si sente impotente, ovvero un'esperienza traumatica (Hermann, 1992).

La letteratura (Bhruga, Jones, 2001) afferma che il trauma legato alla migrazione, può manifestarsi nelle diverse fasi del processo migratorio: prima del viaggio, durante il viaggio stesso e successivamente all'arrivo nel nuovo contesto.

Prima del viaggio, queste persone spesso affrontano situazioni traumatiche legate alla loro decisione di migrare, come la povertà estrema, l'insicurezza, la discriminazione o la violenza nei loro luoghi di origine. Essi sperimentano un insieme di emozioni contrastanti: l'anticipazione di cosa avverrà, l'ansia e la paura unite spesso con speranze e aspettative di una vita migliore. Questi fattori possono avere un impatto molto significativo sulla loro salute mentale, predisponendo queste persone, anche ad esperienze traumatiche.

Durante il viaggio, le persone migranti affrontano sfide uniche e spesso pericolose. La mancanza di cibo, acqua e denaro, l'esposizione a situazioni di violenza, inclusi abusi fisici e sessuali, lutti e la separazione dalla propria famiglia possono contribuire all'insorgenza di sintomi post-traumatici. Il viaggio può essere particolarmente difficile per i rifugiati costretti a fuggire da situazioni di conflitto armato, dove la violenza è onnipresente e le risorse sono molto limitate. L'instabilità emotiva derivante dalla mancanza di sicurezza durante il viaggio, inoltre, può contribuire significativamente all'emergere di disturbi psichiatrici post-migrazione.

Una volta giunti a destinazione, il post-viaggio può essere altrettanto difficile. L'adattamento a una nuova cultura, la mancanza di sostegno sociale e gli ostacoli legati all'integrazione possono avere un impatto significativo. Non tutti i contenuti culturali, ad esempio, possono essere modificati facilmente senza minacciare la continuità identitaria dell'individuo (Cianconi, 2015). Inoltre, le

persone migranti sono spesso esposte a discriminazioni, razzismo e xenofobia, isolamento, ed a ulteriori problematiche come l'incertezza legale e sanitaria (Losi, 2000).

Appena giungono in Italia, queste persone vengono portate nei primi centri di accoglienza (hotspot), dove viene loro garantito un primo soccorso medico per i casi più gravi, un fotosegnalamento e una pre-identificazione. A causa di diversi fattori quali l'incertezza verso il proprio presente e il proprio futuro, l'incomprensione linguistica e il sovraffollamento, uno studio del 2020 ha rilevato che negli hotspot con più di 1000 migranti "le condizioni di vita precarie nei grandi e sovraffollati centri di accoglienza producono effetti negativi sulla salute mentale dei rifugiati e dei richiedenti asilo al pari delle violenze subite nei paesi di origine o lungo la rotta migratoria"³. Coloro che intendono procedere con la permanenza nel Paese e quindi con la richiesta di asilo poi, vengono poi trasferiti nei Centri Governativi o nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), dove viene garantita una prima assistenza di base.

La migrazione, quindi, può essere considerata un fattore di rischio per la salute mentale, e la vulnerabilità individuale può essere influenzata da un insieme di fattori genetici, esperienze pregresse di trauma, risorse personali e sociali disponibili. La mancanza di supporto sociale e di risorse, inoltre, può aumentare il rischio di disturbi come ansia, depressione e disturbo post-traumatico da stress. Secondo i dati di Medici Senza Frontiere, in uno studio effettuato nel 2015/2016 nei centri di accoglienza straordinaria siti nella provincia di Ragusa, il 60,5% delle persone che vi hanno partecipato mostravano problematiche di salute mentale. Tra queste, il 42% dei pazienti presentavano disturbi di stress post traumatico, il 27% disturbi d'ansia, e il 19% disturbi depressivi. L'età media del campione era di circa 24 anni⁴. Un altro studio, effettuato da Tarricone et al., citato nelle stime dell'OMS nel 2022⁵, conferma l'incidenza dei disturbi psichiatrici connessi alla migrazione, e afferma che i disturbi mentali raggiungono il 22,1% nelle popolazioni colpite da conflitti; sempre nel report dell'OMS⁶, troviamo una metanalisi globale, effettuata da Henkelmann et al. (2020), con la quale hanno rilevato che i rifugiati e i richiedenti asilo avevano un alto tasso di ansia e depressione. Tuttavia, la prevalenza di questi disturbi in rifugiati e migranti, varia ampiamente tra i paesi dell'OMS. Nella Regione Europea dell'OMS, i rifugiati hanno una situazione in qualche modo simile riguardo la presenza dell'ansia (13%) rispetto alla popolazione generale (9%), ma un valore nettamente più elevato di prevalenza di disturbi depressivi (32% contro

³ <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020764020959095?journalCode=ispa>

⁴ https://www.medicisenzafrontiere.it/wp-content/uploads/2018/06/Rapp_Traumi_Ignorati_180716.pdf

⁵ https://www.inmp.it/pubblicazioni/WHO-INMP_World_Health_Report_Summary.pdf

⁶ https://www.inmp.it/pubblicazioni/WHO-INMP_World_Health_Report.pdf p.124-125

il 4%). La separazione dalla cultura d'origine, le difficoltà legate all'integrazione in un nuovo contesto sociale e la costruzione di una nuova identità possono essere fattori che contribuiscono all'insorgenza di questo tipo di problematiche.

L'ansia nelle persone migranti può manifestarsi in diverse forme, ed è influenzata da una serie di fattori legati al processo migratorio (Henkelmann e al., 2020). Le manifestazioni di ansia possono essere di diverso tipo, ma spesso includono sintomi emotivi, comportamentali e fisici. Alcuni modi in cui l'ansia può manifestarsi nelle persone migranti sono:

1. *Ansia sociale*: può nascere dall'isolamento, causato sia dalla separazione dalla famiglia e dalla comunità d'origine, che dalla difficoltà di costruire nuove relazioni nel paese ospitante; e dalla paura del giudizio, ovvero la paura di essere giudicati o discriminati;

2. *Ansia culturale e linguistica*: può essere causata dalle barriere linguistiche, quindi dalla difficoltà nel comunicare, che a sua volta può generare un senso di impotenza, e dalla difficoltà di adattamento culturale: in quanto la percezione di essere "fuori luogo" o di non comprendere appieno le dinamiche culturali può generare la cosiddetta "doppia assenza" (Sayad, 2002);

3. *Ansia riguardo al futuro*: nasce generalmente dall'incertezza riguardo al futuro, legata ad aspetti come lo status di immigrazione, l'occupazione (soprattutto quando la persona migrante ha il compito di provvedere economicamente alla famiglia, anche se rimasta nel Paese di nascita) e il percorso di integrazione, può causare preoccupazione costante. L'ansia sulle prospettive future può essere particolarmente elevata nei migranti che fuggono da situazioni di conflitto o instabilità;

4. *Ansia legata al trauma migratorio*: causata dai sintomi post-traumatici come flashback, incubi o ipervigilanza, dati da esperienze traumatiche vissute durante il viaggio o nei loro paesi d'origine;

5. *Ansia economica*: data dalle preoccupazioni economiche, inclusa la ricerca di lavoro, il mantenimento della famiglia e la gestione delle risorse finanziarie limitate;

6. *Sintomi fisici*: generalmente l'ansia nel corpo può causare problemi gastrointestinali come dolori addominali, nausea o diarrea, e/o tensione muscolare e mal di testa;

7. *Ansia legata all'identità*: causata dai cosiddetti conflitti identitari, ovvero la ricerca di un equilibrio tra la preservazione dell'identità culturale di origine e l'adattamento a nuove identità; l'ansia può derivare dai conflitti interni legati all'identità e alla costruzione di una nuova narrativa personale.

Per quanto riguarda la depressione, essa può manifestarsi come una risposta al senso di perdita, al trauma migratorio e alle difficoltà di integrazione. Queste persone arrivano in un territorio straniero, dove le disparità socioeconomiche emergono immediatamente, e le barriere linguistiche

ostacolano ulteriormente l'integrazione, portando così ad un isolamento forzato. Secondo Scaringi (2008), la depressione può manifestarsi come:

1. *Sensazione di perdita e nostalgia*: la separazione dalla famiglia, dalla comunità d'origine e dal proprio paese può generare sentimenti di perdita e nostalgia. La mancanza di radici culturali e sociali può contribuire all'insorgenza della depressione;

2. *Isolamento sociale*: l'adattamento a una nuova cultura e società può comportare difficoltà nel costruire reti sociali significative, così come l'isolamento, la mancanza di amicizie e di supporto sociale;

3. *Barriere linguistiche*: le barriere linguistiche possono rappresentare un ostacolo significativo all'integrazione sia sociale che lavorativa. La difficoltà a comunicare può isolare ulteriormente la persona migrante, contribuendo alla sensazione di estraneità;

4. *Stress legato alla situazione legale*: l'incertezza sulla situazione legale, come l'attesa del riconoscimento del permesso di soggiorno, può generare uno stress significativo. La paura di problemi legali o di espulsione può contribuire alla depressione;

5. *Esperienze traumatiche*: molti migranti portano con sé storie di esperienze traumatiche non elaborate, come la fuga da conflitti, la violenza o la persecuzione nei loro paesi d'origine;

6. *Difficoltà di adattamento culturale*: l'adattamento a nuove norme sociali, valori culturali e pratiche quotidiane può essere fonte di stress psicologico;

7. *Perdita di ruoli e identità*: la migrazione può comportare la perdita di ruoli sociali e di identità; la mancanza di riconoscimento delle competenze professionali, la difficoltà nel trovare lavoro e la percezione di inutilità possono influenzare negativamente la salute mentale;

8. *Stress economico*: le difficoltà nel trovare lavoro, le disparità socioeconomiche e l'instabilità finanziaria possono aumentare lo stress economico, e la preoccupazione costante per il sostentamento proprio e della famiglia può contribuire all'insorgenza della depressione;

9. *Sintomi fisici e psicologici*: attraverso sintomi fisici come affaticamento, disturbi del sonno, cambiamenti nell'appetito e sintomi psicologici come sentimenti persistenti di tristezza, disinteresse nelle attività quotidiane, sentimenti di colpa o indegnità;

10. *Carenza di sostegno sociale*: la mancanza di reti di supporto sociale, sia nella comunità d'origine che nella società ospitante, può aumentare la vulnerabilità alla depressione. La percezione di solitudine può accentuare l'impatto negativo sulla salute mentale.

Infine, come precedentemente visto, il disturbo che si presenta con la maggior frequenza nelle persone migranti è il disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Quando si parla di eventi potenzialmente traumatici, ci si riferisce ad eventi che la persona subisce direttamente o di cui è

testimone, o di cui viene a conoscenza quando riguardano persone con cui sente vicinanza, e sono caratterizzati da “morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale” (American Psychiatric Association, 2013). Nei migranti può manifestarsi attraverso una serie di sintomi che riflettono le esperienze traumatiche vissute durante tutto il processo migratorio. Le manifestazioni più comuni del PTSD nelle persone migranti (Morina et al., 2018) sono:

1. *Flashback e intrusioni*: le persone con PTSD possono sperimentare flashback, ossia ricordi vividi e involontari degli eventi traumatici. Questi possono manifestarsi attraverso immagini, suoni o sensazioni fisiche, riportando la persona immediatamente all'evento traumatico;

2. *Evitamento*: la tendenza a evitare situazioni, luoghi o persone che ricordano l'evento traumatico è un sintomo tipico. Nei migranti, questo potrebbe tradursi nell'evitare luoghi che richiamano il viaggio o le situazioni di pericolo;

3. *Iperarousal*: in coloro che soffrono di questo disturbo si ritrova spesso un elevato stato di allerta e ipervigilanza;

4. *Sintomi fisici*: i più comuni sono i disturbi del sonno (spesso causati da incubi legati alle esperienze traumatiche vissute pre-durante-post viaggio), problemi gastrointestinali, e dolori fisici. Questi sintomi possono essere una risposta diretta allo stress cronico associato alle esperienze traumatiche;

5. *Disturbi dell'umore*: il PTSD può influenzare in modo negativo l'umore, causando depressione, irritabilità e una generale sensazione di disperazione;

6. *Irritabilità e problemi di concentrazione*: i migranti con PTSD possono manifestare irritabilità e difficoltà di concentrazione, come conseguenza alla tensione psicologica e all'iperarousal associati al disturbo;

7. *Alterazioni negative del pensiero e delle emozioni*: possono portare ad amnesia verso parti importanti dell'evento traumatico, ed a convinzioni negative relative a sé stessi, agli altri o al mondo; si presentano inoltre pensieri di colpa e responsabilità verso l'evento o verso le sue conseguenze;

8. *Alterazioni negative delle emozioni*: si può sperimentare una forte diminuzione di interesse verso le attività quotidiane, accompagnata da sentimenti di estraneità e distacco nei confronti delle altre persone, e una difficoltà significativa e persistente nel provare emozioni positive verso gli altri;

9. *Risposte Emotive Intense*: generalmente le persone con PTSD spesso sperimentano risposte emotive intense, come paura, rabbia o tristezza, che possono essere scatenate da stimoli che ricordano l'evento traumatico.

Il trauma migratorio è quindi un fenomeno complesso che richiede un'analisi multifattoriale. Va ricordato, infatti che la sofferenza si delinea su più “territori” che spaziano dal livello psicologico a quello culturale, sociale e relazionale. Un approccio di questo tipo è essenziale per comprendere appieno l'impatto della migrazione sulla salute mentale. La creazione di programmi di supporto psicosociale, la sensibilizzazione culturale e l'accesso a servizi sanitari mentali possono contribuire a ridurre i rischi legati al trauma migratorio, favorendo così un processo di integrazione più sano e resiliente per le persone migranti.

Il trauma

Prima di andare ad analizzare in modo approfondito il trauma, ritengo sia importante fare una distinzione tra i termini evento traumatico e trauma. Con “evento traumatico” si intende un’esperienza singola o un evento (o serie di eventi) protratto nel tempo e in grado di produrre una reazione emotiva negativa sufficientemente intensa da interferire con la capacità di integrare idee, emozioni, e sensazioni presenti nel corso dell’esperienza stessa. Il “trauma” invece, è l’effetto psicologico causato dall’evento traumatico (Herman, 1992); la reazione emotiva di sopraffazione può verificarsi nell’immediato oppure a distanza di tempo dall’evento traumatico. La differenza chiave tra questi due elementi sta quindi nel fatto che un evento traumatico è un’esperienza esterna che potenzialmente può causare danni, mentre il trauma è la risposta interna o l’effetto psicologico di quell’evento sull’individuo. Questa distinzione è cruciale perché sottolinea come le esperienze traumatiche siano soggettive e uniche per ogni individuo. Fattori come la storia personale, il supporto sociale, e le risorse interne, quindi, influenzano il modo in cui un individuo elabora e risponde al trauma.

Dal momento in cui il trauma è l’effetto psicologico di un evento, esso risulta imprescindibile dal concetto di memoria, e ritengo sia importante fare la distinzione tra memoria "calda" e "fredda", come le definisce Zelazo (2004), parlando più in generale delle funzioni esecutive. Questi termini si riferiscono a due diversi modi in cui le esperienze e i ricordi possono essere elaborati e memorizzati.

La memoria calda è emotivamente carica e spesso legata a esperienze traumatiche o molto stressanti. Questi ricordi sono intensi, vividi e spesso accompagnati da una forte risposta emotiva. Essa può attivare il sistema di risposta allo stress del corpo, portando a reazioni fisiologiche come aumento della frequenza cardiaca, sudorazione o tensione muscolare. I ricordi caldi possono manifestarsi sotto forma di flashback o ricordi intrusivi, dove l’esperienza traumatica è rivissuta in modo intenso e talvolta soverchiante. Per questo motivo, questo tipo di memoria è un componente chiave nel disturbo da stress post-traumatico (PTSD), dove i ricordi del trauma rimangono vividi e emotivamente disturbanti.

La memoria fredda invece, è più distaccata e oggettiva. Questi ricordi tendono ad essere descrittivi, focalizzati sui fatti e privi di una forte carica emotiva. Questo tipo di memoria è associata a un’elaborazione cognitiva più razionale e analitica. È tipicamente ciò che utilizziamo per ricordare informazioni quotidiane, come fatti o eventi storici.

Nel trattamento del trauma, come ad esempio con la NET uno degli obiettivi può essere trasformare i ricordi caldi in ricordi freddi, e ciò implica ridurre la carica emotiva dei ricordi

traumatici, rendendoli più gestibili e meno disturbanti. Questo è possibile, ad esempio, tramite la ristrutturazione cognitiva, dove si possono aiutare i pazienti a trasformare i ricordi caldi in ricordi freddi, incoraggiandoli a rivedere e reinterpretare i loro ricordi traumatici in un modo più distaccato e oggettivo, e tramite l'abituazione. Pertanto, la distinzione tra memoria calda e fredda è fondamentale nella comprensione di come i ricordi traumatici influenzino gli individui e nel guidare gli approcci terapeutici per il trattamento di condizioni come il PTSD. Questa distinzione aiuta a capire come un'esperienza traumatica possa essere trasformata e integrata nella storia personale in un modo che riduca il suo impatto disturbante.

Un'ulteriore classificazione del trauma (Herman, 1992) è la suddivisione in traumi singoli, derivanti da un unico grande evento, definibile come “esperienza traumatica di natura estrema” che comprende la percezione di pericolo al corpo, attacco al sé, che può portare alla morte o minaccia all'integrità fisica propria o delle persone care, e traumi continuativi, che si verificano ripetutamente o per lunghi periodi. Questo tipo di traumi, sono spesso legati a esperienze come abusi continui e duraturi, come vissuti di guerra, atti di negligenza da parte delle figure di attaccamento e accudimento durante l'infanzia, ma anche abusi verbali ripetuti o l'essere ignorati, squalificati, invalidati e derisi. Nelle vittime di trauma singolo, l'emergere della psicopatologia si presenta con il “Disturbo post traumatico da stress Simplex” che presenta le seguenti caratteristiche: flashback, memorie e pensieri intrusivi, incubi e insonnia, reazioni emotive intense, condotte di evitamento, iperarousal, alterazioni della memoria e difficoltà di concentrazione. Nelle persone vittime di traumi di tipo continuativo invece, la probabile conseguenza è l'insorgenza del disturbo post traumatico da stress di tipo Complex il quale, oltre a presentare le caratteristiche del DPTS Simplex, si caratterizza, secondo Van der Hart et al. (2011), per l'interferenza con lo sviluppo alterando 6 macroaree della sua esistenza:

- Regolazione delle emozioni e controllo degli impulsi: si riflette nell'incapacità di gestire le emozioni intense ed improvvise e nell'attuazione di condotte autodistruttive messe in atto nel tentativo di ripristinare un senso di autocontrollo (esempi sono l'abuso di alcol o di sostanze ed i comportamenti autolesionistici);
- Alterazione dell'attenzione e della consapevolezza con la presenza di continui episodi dissociativi e amnesie collegate all'impossibilità di sottrarsi a pensieri e ricordi traumatici;
- Percezione di sé: i sopravvissuti hanno una visione di sé spesso alterata, percependosi come deboli e impotenti. Sono soggetti che rimangono aperti, la cui identità viene spezzata quando l'attentatore compie l'atto traumatico e che vengono privati della loro unicità di persone;

- Rapporti interpersonali: sono caratterizzati dalla perdita di fiducia e dall'impossibilità di entrare in intimità con l'altro. Generalmente le persone tendono ad isolarsi ed a ritirarsi. Caratteristica principale è il silenzio, dovuto ad una convinzione di non poter essere capite;

- Somatizzazione: le vittime tendono a presentare sintomi somatici non riconducibili a cause mediche.

Il trauma sperimentato dai richiedenti asilo e rifugiati, ha caratteristiche, gravità e durata differenti rispetto a quelle generalmente osservate in altre popolazioni, sviluppa un decorso fluttuante nel lungo termine, e si presenta con una elevata comorbidità ad altre patologie (Nosè et al., 2017).

Oltre alle differenze culturali presenti però, come in parte già visto, le basi fisiologiche che determinano e mantengono i sintomi dati dalla traumatizzazione sono le stesse per tutte le persone: quando vi sono segnali di allarme, secondo la psicofisiologia e la biologia evoluzionistica, il nostro cervello ci può dare una serie di risposte difensive (congelamento, fuga, combattimento, terrore, immobilità, e svenimento, chiamati *meccanismi di difesa a cascata*), che diventano più intense a seconda della vicinanza al pericolo e alla minaccia percepiti (Schauer e Elbert, 2010).

Queste risposte difensive nascono in reazione a degli stressor, come la privazione fisica o eventi paurosi, che possono condurre a disturbi nello spettro del trauma. La sequenza di queste risposte allo stress, secondo Elbert e Rockstroh (2003), McEwen (2002), e Teicher et al (2002) possono dipendere da:

- Ippocampo: responsabile delle funzioni associate alla costruzione della memoria;
- Asse ipotalamo- ipofisi- surrene: punto di forza per il meccanismo di difesa a cascata, coinvolto nella regolazione retroattiva di un ormone dello stress, ovvero del cortisolo;
- Asse amigdala- locus coeruleus- ghiandola surrenale- sistema nervoso simpatico: dirige il flusso sanguigno, aumenta la consapevolezza e mobilita la risposta difensiva corrispondente;
- sistema immunitario: è coinvolto sia nelle risposte adattive del corpo, in quanto stressor naturali brevi ed intensi sono associati alla regolazione adattiva di alcuni parametri immunitari, sia a risposte disadattive, infatti lo stress cronico porta alla soppressione immunitaria.

Nei mammiferi generalmente la risposta allo stress si interrompe quando il pericolo cessa di esistere. Per gli esseri umani invece questo non avviene, in quanto l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene potrebbe rimanere attiva per un tempo indefinito. Ciò può provocare delle risposte che ritornano nel tempo, con il rischio, in presenza di uno stress prolungato, di trasformare le risposte fisiologiche adattive in disturbi disadattivi (Schauen, Neuer, Elbert, 2014). Sempre per gli autori non è detto, quindi, che a seguito di un evento traumatico derivi necessariamente l'esordio patologico: ciò che

discrimina la nascita della patologia è la rielaborazione personale del soggetto rispetto all'evento. L'imprevedibilità della situazione, infatti, compromette l'elaborazione emotiva della persona. Da una parte, il sopravvissuto vive un costante sentimento di paura e perdita di sicurezza (l'informazione infatti viene archiviata senza essere elaborata dalla corteccia prefrontale che, nel momento di pericolo, non si attiva in tempo; per questo in presenza di trigger la persona mette in atto la risposta traumatica) e si trova quindi in un costante limbo tra presente e passato; dall'altra, la persona mette in atto risposte emotive che sono legate al trauma e alla personale attribuzione causale dell'evento. Queste risposte possono essere:

- senso di colpa: utilizzato per diminuire il senso di impotenza e legato al sentimento di sentirsi responsabili di aver commesso un'azione sbagliata che ha portato al carnefice a compiere l'atto traumatico nei suoi confronti (tipico dell'autoaccusa comportamentale);
- sentimento di vergogna: si presenta quando la persona attribuisce a delle sue inclinazioni interne la causa dell'evento (autoaccusa caratterologica);
- disgusto: emerge quando il trauma è caratterizzato da un agente contaminante (come nel caso degli abusi sessuali).

Come visto quindi, il processo migratorio è intrinsecamente connesso al trauma, e la comprensione approfondita di questo fenomeno richiede una visione più ampia rispetto a quella a cui normalmente siamo abituati, che consideri i molteplici elementi che contribuiscono al vissuto complesso delle persone migranti. Solo attraverso un approccio completo e sensibile possiamo sperare di fornire un adeguato sostegno psicologico e sociale a coloro che affrontano questo difficile percorso (Losi, 2000).

La Terapia dell'Esposizione Narrativa (NET)

Come visto fino ad ora, gli studi concordano nell'affermare che uno dei disturbi mentali più frequenti nelle persone rifugiate e richiedenti asilo, sia il disturbo post-traumatico da stress, all'interno del quale è importante analizzare ciò che avviene alle funzioni cognitive. L'aver subito uno o più traumi, spesso comporta diverse problematiche legate alla concentrazione, alla memoria, alla fissazione e alla rievocazione di ricordi autobiografici (Petta e al., 2018). Ancor di più, nei migranti con PTSD correlato a depressione, si è notato una difficoltà importante nell'accedere a ricordi specifici della propria vita (Graham e al., 2014). Questo fenomeno, chiamato Overgeneral Memory, può derivare dalle interruzioni del processo di recupero della traccia mnestica, in cui la ricerca viene bloccata a livello generale senza che si verifichi l'accesso a memorie più specifiche. Hanno un ruolo centrale le ruminazioni, e quindi anche i pensieri intrusivi, i deficit di codifica dell'informazione, l'evitamento di emozioni negative correlate ad eventi traumatici o ancora le problematiche di controllo esecutivo. Questi dati sono confermati anche da studi precedenti su richiedenti asilo e su altri gruppi di pazienti con PTSD" (Moradi et al., 2008; Lagarde et al., 2009; Koso et al., 2012)". Per rispondere a queste difficoltà di recupero dei ricordi, nasce la NET.

La terapia dell'esposizione narrativa (NET) è un recente intervento psicoterapeutico breve e focale (il cui numero di sedute varia a seconda del setting e della gravità del PTSD), sviluppato per aiutare le persone che soffrono di disturbo da stress post-traumatico e altre complicanze legate a traumi importanti, in particolare i traumi complessi e cumulativi (Schauer, Neuner, Elbert, 2014). Questa forma di terapia è particolarmente utilizzata per trattare persone sopravvissute ad atti di violenza, guerra, prigionia e tortura, come la maggior parte delle persone migranti che arrivano nei paesi occidentali. Affrontare tutto ciò, risulta quantomeno destabilizzante per un essere umano, e per questo motivo è importante aiutare la persona ad affrontare questi temi con sensibilità: la NET aiuta in questo, in quanto è sì un'esposizione narrativa, ma parte dall'affrontare questi temi utilizzando il non verbale (il processo inizia facendo concretamente una linea della vita con una corda, aggiungendo i sassi per gli eventi negativi, e i fiori per quelli positivi), supportata poi dalla scrittura di un testo da parte del terapeuta (spesso aiutato da un mediatore linguistico), e dalla sua rilettura assieme. Questa terapia appare così funzionale, in quanto prevede anche la scrittura di un report finale, e ciò è utile alla persona migrante non solo per integrare i propri vissuti, ma anche per poter dare una testimonianza scritta, valida e riconosciuta del proprio passato, che può essere inviata, previo accordo del paziente, alle organizzazioni che si occupano di diritti umani e alla Commissione Territoriale (ente che valuta il riconoscimento di una protezione internazionale).

Come detto in precedenza, le persone migranti hanno vissuto esperienze emotive intense e spesso soverchianti, derivate da eventi estremamente stressanti o minacciosi per l'integrità fisica o psicologica di un individuo. Hanno pertanto vissuto traumi, che possono derivare da una vasta gamma di esperienze, come incidenti, disastri naturali, violenze, abusi, o perdite significative (Herman, 1992). Questi hanno un impatto profondo sull'individuo, e possono arrivare ad influenzarne la salute mentale, quella fisica e il benessere emotivo, portando la psiche della persona a rispondere al trauma in diversi modi, come tramite il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), l'ansia, la depressione, e i disturbi dissociativi.

Anche il DSM V tratta delle differenze culturali nella sezione “Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza”, dove dice: *Il rischio di insorgenza e gravità del PTSD può variare tra gruppi culturali come conseguenza della variazione del tipo di esposizione traumatica (per es. genocidio), dell'impatto del significato attribuito all'evento traumatico (es. impossibilità di riti funerari dopo un'uccisione di massa), del contesto socioculturale quotidiano (es. risiedere tra colpevoli impuniti in un ambiente post-conflittuale) e di altri fattori culturali di reinserimento tra gli immigrati.*

L'approccio NET è stato sviluppato da Maggie Schauer, Thomas Elbert e Frank Neuner e rappresenta un metodo innovativo all'interno della pratica psicoterapeutica cognitivo-comportamentale. Si ispira alle precedenti tecniche di esposizione per il disturbo post-traumatico da stress, descritte da Foa et al. nel 1991, e si fonda sui principi della terapia espositiva integrata nell'approccio cognitivo-comportamentale. Questo metodo è stato poi adattato per rispondere alle esigenze delle persone con PTSD, integrando queste tecniche con quelle della Terapia della Testimonianza, che è stata particolarmente utile durante e dopo la dittatura di Pinochet in Cile per sostenere le vittime di persecuzioni politiche e violazioni dei diritti umani. Nell'approccio della Terapia della Testimonianza, ideato da Lira e Weinstein (conosciuti anche come Cienfuegos e Monelli nel 1983), si incoraggiano i pazienti a creare una narrazione complessiva della propria vita, affrontando, attraverso il racconto, le diverse esperienze traumatiche vissute; questa narrazione, poi trascritta come testimonianza scritta, serve da potente strumento di elaborazione del trauma. La NET prende quindi spunto da questo, ma si distingue per il suo focus sull'autobiografia, mirando a trattare non solo gli eventi traumatici individualmente, ma anche ad esplorare le connessioni tra le varie esperienze di trauma all'interno di un contesto di poli traumatizzazione. Viene riconosciuto quindi, che le persone affette da PTSD spesso non riescono a percepire la totalità della loro storia a causa dell'attivazione continua dei sintomi del trauma e delle sue conseguenze, pertanto, si interviene sulla rielaborazione delle esperienze traumatiche inserendole nel contesto più ampio in

cui sono avvenute, e integrandole nella narrazione complessiva della vita del paziente. Ciò consente di riorganizzare e dare un nuovo significato alla narrazione personale, integrando le interruzioni causate dai traumi e contribuendo a rendere coerente l'intera biografia dell'individuo. La NET offre quindi un percorso di guarigione che considera il trauma non come un evento isolato, ma come parte integrante della storia di vita della persona, aiutandola a ristrutturare la propria narrazione in modo che possa comprendere e dare senso all'intera propria esperienza (Micheli, 2020)

Questa terapia si concentra sulla ricostruzione e sul racconto dell'esperienza traumatica in un contesto sicuro e strutturato, enfatizzando la centralità delle storie personali. Essa si basa sull'idea che la rielaborazione e la condivisione della propria storia personale possano svolgere un ruolo fondamentale nel processo di guarigione.

I principi fondamentali della NET includono:

- La creazione di un racconto coerente e dettagliato dell'esperienza traumatica;
- L'identificazione e l'elaborazione di memorie traumatiche specifiche;
- La desensibilizzazione e la rielaborazione dell'evento traumatico in un contesto sicuro.

Un elemento chiave dell'esposizione narrativa è, quindi, la costruzione di una narrazione coerente e significativa. Questo processo non solo aiuta i pazienti a integrare i loro vissuti passati, ma permette anche loro di costruire una visione più equilibrata e adattativa del presente e del futuro. La consapevolezza della propria storia personale diventa un potente strumento di auto-conoscenza e auto-empowerment, promuovendo il benessere psicologico a lungo termine.

Gli obiettivi principali poi di questo tipo di terapia includono:

- Ridurre i sintomi del PTSD;
- Aiutare i pazienti a integrare le esperienze traumatiche nel loro concetto di sé e nella loro storia di vita;
- Migliorare la capacità del paziente di funzionare nella vita quotidiana.

L'obiettivo nella relazione invece, è quello di creare uno spazio terapeutico inclusivo e protetto in cui la voce del paziente sia ascoltata, rispettata e validata, al fine di ridare dignità a coloro che trovano la forza di affidarsi al terapeuta.

A differenza di altre forme di terapia per il PTSD, la NET si concentra più intensamente sul racconto dettagliato e sequenziale degli eventi traumatici, al fine di aiutare il paziente a creare una narrazione coerente e integrata dell'esperienza traumatica.

Fasi della Terapia

Come spiegato da Schauer M., Neuer N., ed Elbert T. (2014), la NET si svolge generalmente in una serie di sedute (minimo 4), con una durata variabile tra i 90 e i 120 minuti, ognuna delle quali ha passaggi specifici:

1. *Diagnosi e psicoeducazione*: il terapeuta stabilisce un rapporto di fiducia con il paziente e valuta la storia del trauma e i sintomi PTSD. Questo lo si ottiene tramite inizialmente una presentazione da parte del terapeuta, dove spiega chi è, lo scopo del progetto e i relativi principi etici. Segue la diagnosi del PTSD e dei disturbi correlati, tramite specifici strumenti. Infine, il terapeuta fa un lavoro di psicoeducazione specifico sulla condizione del paziente e sui relativi sintomi, al fine di fargli ben comprendere la diagnosi. Ciò dovrebbe avvenire tramite la normalizzazione e la legittimazione dello stato vissuto, tramite la descrizione delle reazioni al trauma e la spiegazione della procedura terapeutica;

2. *La Linea della Vita*: in questa fase (generalmente svolta nella seconda seduta), il paziente e il terapeuta costruiscono una linea del tempo degli eventi significativi della vita del paziente. Questo lo si fa chiedendo al paziente di stendere una corda o un filo, il quale rappresenterà la sua vita. Gli si chiederà poi di posizionare, per quanto possibile in ordine cronologico, dei fiori, che rappresenteranno i momenti positivi, e delle pietre, che invece simboleggeranno eventi paurosi e/o traumatici. Il paziente viene invitato a posizionare per primo un fiore, come simbolo della propria nascita. Sarà poi compito del terapeuta guidare il paziente a nominare e classificare i vari eventi (facendo sì che egli rimanga nell'ambito della memoria fredda), e successivamente a verbalizzarli e a riassumere la Linea della Vita. Una volta finita la seduta, sarà compito di entrambi, del terapeuta e del paziente assieme, di mettere via gli oggetti utilizzati;

3. *Iniziare la narrazione*: il paziente racconta dettagliatamente l'esperienza traumatica, mentre il terapeuta aiuta a strutturare la narrazione e ad elaborare le emozioni ed i pensieri associati. Anche in questa fase è importante che il terapeuta inizi l'incontro spiegando cosa si andrà a fare in seduta e successivamente si aiuterà il paziente ad iniziare la narrazione chiedendogli il luogo e la data di nascita. I passaggi successivi della narrazione sono: infanzia (dove si chiede al paziente il background familiare), periodo precedente al trauma (breve; qui è utile incoraggiare il paziente a non ricordare solo i fatti, ma anche ad iniziare l'elaborazione emotiva se non sono presenti eventi stressanti), primo evento traumatico (nel dettaglio; il racconto del paziente può diventare più incoerente e frammentato, o può anche essere interrotto se il paziente diventa troppo nervoso o emotivo. È importante che il terapeuta mantenga un ritmo rallentato della narrazione. Durante il racconto si attiverà la memoria calda, che a sua volta attiverà i sintomi derivanti dal trauma; sarà compito del terapeuta accompagnare il paziente attraverso una fase di abituazione, grazie alla quale

l'impatto emotivo delle sensazioni e dell'attivazione fisiologica calerà), post trauma (breve), vita nel frattempo (molto breve), altri eventi traumatici dal secondo in poi (nel dettaglio, nella stessa modalità del primo evento traumatico), prospettive per il futuro (breve);

4. *Chiusura*: il paziente integra l'esperienza traumatica nella propria storia di vita, e si lavora per rafforzare le strategie di coping e migliorare la funzionalità quotidiana. Nell'ultima seduta poi, il terapeuta verifica che siano stati raggiunti i criteri per la chiusura, e in quel caso legge tutto il resoconto al paziente, e, se c'è bisogno, si fanno dovute correzioni.

Questi passaggi avvengono tramite degli elementi base (Shauer, Neuer, Elbert, 2014 p.70):

- Costruzione di una narrazione coerente della biografia del paziente;
- Il terapeuta supporta il rivivere mentale degli eventi che il paziente attraverserà e la conseguente elaborazione emotiva. Il terapeuta assiste il paziente nel creare una struttura cronologica dei frammenti iniziali e delle esperienze traumatiche, dando enfasi al contesto spazio-temporale;
- Il terapeuta scrive la testimonianza del sopravvissuto. Nella seduta successiva la rilegge al paziente, cui viene chiesto di correggere/integrare dettagli. La procedura viene ripetuta nelle sedute successive fino a raggiungere una versione finale della biografia che includa tutte le esperienze traumatiche rilevanti;
- Nell'ultima seduta, il sopravvissuto, il traduttore ed il terapeuta firmano la testimonianza scritta;
- Il sopravvissuto tiene la narrazione della sua vita. In quanto documento scritto da un testimone, può anche servire come prova documentale di violazioni dei diritti umani e per scopi legali.

Le tecniche utilizzate per fare ciò sono per la maggiore tre: l'esposizione graduale e l'abituazione, dove il paziente è gradualmente esposto ai ricordi del trauma in un ambiente sicuro e controllato, per ridurre la risposta di paura (trasformazione da memoria calda a memoria fredda); la ristrutturazione cognitiva, grazie alla quale si lavora per modificare le convinzioni negative o distorte legate al trauma; e la desensibilizzazione, nella quale, attraverso la ripetizione della narrazione, il paziente riduce la reattività emotiva agli eventi traumatici (Schauer, Neuer, Elbert, 2014).

Nella messa in atto delle diverse strategie, il terapeuta nella NET gioca un ruolo attivo e di supporto, guidando il paziente attraverso il processo di narrazione e aiutando a gestire le reazioni emotive che emergono. Fondamentale è che il terapeuta mantenga una posizione empatica, ma neutrale, durante il racconto del trauma.

Questo tipo di terapia ha un impatto così forte a livello etnopsicologico in quanto può essere applicata con successo in diversi contesti e popolazioni, tra cui:

- Sopravvissuti di Guerra e Conflitti: È stata utilizzata efficacemente per trattare i rifugiati e i sopravvissuti di guerre, compresi i bambini e gli adolescenti (Neuer e al., 2018);
- Vittime di Violenza e Abusi: Si è dimostrata efficace nel trattamento di individui che hanno subito violenze fisiche, sessuali o psicologiche (Schauer e al. 2005);
- Sopravvissuti di Catastrofi Naturali: La NET è stata impiegata per aiutare le persone colpite da disastri naturali, come terremoti o alluvioni (Shauer e al., 2019).

Vi sono diversi benefici osservati dell'applicazione della NET in questi contesti, tra i quali la riduzione dei Sintomi di PTSD, un buon miglioramento della funzionalità psicosociale, e l'elaborazione del lutto e della perdita, in quanto la NET aiuta i pazienti a elaborare i sentimenti di lutto e perdita associati agli eventi traumatici.

A prova di ciò, Kaltenbach et al., in un loro recente studio del 2020⁷, indagano proprio l'andamento dei sintomi del PTSD durante e dopo la somministrazione della NET in un gruppo campione di persone rifugiate, che vivono in Germania. Questo studio nasce per il timore di una "ritraumatizzazione" in una percentuale molto maggiore, nelle persone a cui è stata somministrata la terapia dell'esposizione narrativa e che vivono in condizioni di instabilità. Per indagare ciò, oltre all'osservazione e ai colloqui con i membri del gruppo campione, essi hanno fatto compilare un questionario prima di ogni sessione di trattamento e durante i colloqui di follow up. I clinici hanno inoltre monitorato e documentato costantemente gli eventi di vita positivi e negativi e il contenuto delle sessioni di trattamento. Da questo studio è emerso che più della metà del gruppo campione ha mostrato una diminuzione dei sintomi durante la NET, e la percentuale aumenta nei follow-up a 3 e 6 mesi. Inoltre, durante il trattamento, l'esposizione agli eventi più angoscianti non ha evocato un aumento dei sintomi del PTSD, essi si aggravavano però all'esposizione di eventi di vita stressanti.

Nonostante la sua efficacia, l'implementazione della NET può presentare diverse sfide. Questo tipo di terapia, come visto precedentemente, risulta potenzialmente una strategia d'eccellenza in contesti di crisi o all'interno dei circuiti di accoglienza; purtroppo, però questi risultano anche i contesti con meno risorse economiche, e trovare terapeuti adeguatamente formati può essere un ostacolo. La formazione e la sensibilità del terapeuta risultano fondamentali sia per limitare quanto possibile il rischio di ritraumatizzazione, sia per contenere e gestire in modo adeguato il processo di narrazione del paziente, in quanto raccontare dettagliatamente gli eventi traumatici, può essere

⁷ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298826/>

estremamente difficile ed emotivo, e può portare anche ad episodi dissociativi (in quel caso può essere utile utilizzare tecniche di grounding e/o stimolazioni sensoriali, richiamando il paziente nel qui ed ora), all'utilizzo di coping disfunzionali, o alla non abituaione, la quale spesso demarca una mancanza di narrazione di eventi chiave, per evitamento, colpa o vergogna (Neuer et al. 2010).

Infine, la NET come ogni intervento terapeutico, ha le sue critiche e limitazioni⁸; possiamo vedere ad esempio la limitazione legata alla sua generalizzabilità: pur essendo efficace in diversi contesti culturali, potrebbe non essere ugualmente adatta a tutti i tipi di traumi o a tutte le popolazioni. Ad esempio, la sua applicabilità in pazienti con disturbi complessi di personalità o con gravi problemi di salute mentale è stata messa in discussione, come afferma uno studio recentissimo pubblicato nell'ottobre 2023, “la NET riduce costantemente i sintomi del PTSD nei rifugiati, ma (...) non ci sono prove sufficienti che la NET migliori i sintomi depressivi. L'esercizio fisico, in aggiunta alla NET, sembra un'opzione promettente per migliorare i sintomi del PTSD e della depressione”⁹. Inoltre, presenta una forte dipendenza dal racconto verbale: la forte enfasi sulla narrazione verbale potrebbe non essere adatta per tutti i pazienti, specialmente per coloro che hanno difficoltà nell'esprimersi verbalmente o per coloro che hanno vissuto traumi in età molto precoce. Infine, vi è la necessità di fare ulteriori ricerche al fine di esplorare pienamente l'efficacia della NET in diversi contesti e con diverse popolazioni, soprattutto per valutare la sua efficacia a lungo termine, per minimizzare sempre più i rischi, e massimizzare i benefici di questa terapia.

Conclusioni

*“Poiché un monaco si lamentava col suo superiore del gran numero di emigranti che affluivano in Egitto attraversando il Mar Rosso, abba Filocolo disse:
- Perché ti lamenti? Siamo tutti discendenti di emigranti, da quando Adamo ed Eva han dovuto lasciare il Paradiso...” (Kern R., 1995)*

La complessa intersezione tra processo migratorio, trauma e la Terapia dell'Esposizione Narrativa (NET) a mio parere rappresenta un campo di indagine cruciale nel contesto della psicologia contemporanea. Attraverso questa tesi, ho cercato di descrivere come le esperienze delle

⁸ Neuer, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2018). Critiques of Narrative Exposure Therapy: A Rebuttal. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(2)

⁹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10591536/>

persone che migrano dal loro paese d'origine, siano frequentemente intrecciate con storie di traumi significativi, legati sia a motivi della migrazione sia a quelli del processo migratorio stesso. Analizzando le loro storie, la NET emerge come un approccio terapeutico che sembra promettente, in quanto può offrire una strada per l'elaborazione e la guarigione da questi traumi profondamente radicati.

Il suo approccio unico, che combina l'esposizione graduale ai ricordi traumatici con la costruzione di una narrazione personale coerente, si adatta bene alle esigenze di coloro che faticano a portare alla memoria in modo congruo una storia di vita così difficile e tumultuosa. Inoltre, la capacità della NET di essere adattata a diversi contesti culturali rende questo metodo terapeutico ancora più prezioso, considerando la diversità culturale e linguistica presente tra gli immigrati.

Tuttavia, è importante riconoscere anche le sfide inerenti all'impiego della NET in questo contesto. La barriera linguistica, le differenze culturali nella percezione e nell'espressione del trauma, e la difficoltà di stabilire un rapporto di fiducia con i pazienti immigrati sono alcuni degli ostacoli che i terapeuti possono incontrare. È essenziale, quindi, che i terapeuti (ma anche, e non meno importante, i mediatori linguistici) che impiegano la NET con la popolazione immigrata ricevano una formazione adeguata non solo nella tecnica stessa ma anche nelle competenze sociali e interculturali, adottando una visione più ampia, rispetto alla visione occidentale alla quale siamo abituati.

In conclusione, con questa tesi intendo sottolineare l'importanza di un approccio multifattoriale e culturalmente sensibile nel trattare il trauma tra gli immigrati. La NET, con le sue caratteristiche distintive e la sua efficacia dimostrata, offre un mezzo essenziale per affrontare le sfide uniche presentate da questa esperienza umana complessa e stratificata. Ulteriori ricerche sono necessarie per continuare a ottimizzare e adattare la NET alle necessità specifiche degli immigrati, assicurando che questa terapia possa essere accessibile e efficace per tutti coloro che cercano aiuto nel loro percorso verso la guarigione e l'integrazione.

Bibliografia

- Aime M., Papotti D., Confini (2023). *Realtà e invenzioni*. Gruppo Abele, Torino
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association, Washington DC
- Atkinson R. C., Shiffrin R. M. (1971). "Il controllo della memoria a breve termine", *Le scienze*
- Bhugra, D., Jones, P. (2001). Migration and mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(3), 216–223
- Cameron M. S., Evan T.D. (2012). *Emigrating beyond earth. Human adaptation and space colonization*, Springer, New York
- Cianconi P., (2015). *Le chiavi dell'orizzonte circolare*. Ed. no ed.

- Cutitta P., (2012). *Lo spettacolo del confine. Lampedusa tra produzione e messa in scena della frontiera*, Mimesi, Milano
- Dean M., (2011), *Ser migrante*, Palabras en movimiento, Ya Basta Globalproject
- Fabietti U., (2010). *Elementi di antropologia culturale*. Mondadori
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of Serious Mental Disorder in 7000 Refugees Resettled in Western Countries: A Systematic Review
- Finco R., (2022). *Esperienze di cura in migrazione*, Ombre Corte, Citta' di Castello
- Gazzaniga M. S., (2007). *L' interprete. Come il cervello decodifica il mondo*. Di Renzo Editore
- Graham B, Herlihy J, Brewin CR. (2014) Overgeneral memory in asylum seekers and refugees. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 45
- Herman J.L., (1992). *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Edizioni Magi
- Jervis G., (1997). *La conquista dell'identità. Essere sé stessi, essere diversi*. The dot company editore
- Kern R., (1995). *Arguzie e facezie dei padri del deserto*. Gribaudi Editore
- Leroi-Gourhan A., (1997), *Il gesto e la parola*. Giulio Einaudi Editore
- Losi N., (2000), *Vite altrove. Migrazioni e disagio psichico*, Feltrinelli
- Micheli E., (2020), *La terapia dell'esposizione narrativa (NET) per il disturbo da stress post-traumatico*. Ipsico
- Moradi AR., Herlihy J, Yasseri G, Shahraray M, Turner S, Dalgleish T. (2008) Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Acta psychologica*, 127
- Morina, N., Akhtar, A., Barth, J., Schnyder, U., (2018), *Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement: a systematic review*. *Front. Psychiatry* 9, 433
- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T., & Schauer, M. (2010). Can Narrative Exposure Therapy (NET) be used in populations with complex trauma exposure? *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(3)
- Neuner, F., Onyut, L. P., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E., & Elbert, T. (2006). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Trained Lay Counselors in an African Refugee Settlement: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4)
- Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2018). Critiques of Narrative Exposure Therapy: A Rebuttal. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(2)
- Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T., (2011), *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*, 2nd rev. and expanded ed.
- Nosè M., Balette F., Bighelli I., Turrini G., Purgato M., Tol W., Priebe S., Barbui C., (2017). Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*.
- Petta AM. (2019) *Indagine sui bisogni sanitari e di salute mentale dei rifugiati e richiedenti asilo ospiti dei centri di accoglienza nel territorio di Roma*. Crossing Dialogues, Roma
- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review. *Clinical Psychology Review. Journal of Psychology*, 218
- Sayad A., (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Raffaello Cortina Editore
- Scaringi E., (2008), *Psichiatria transculturale, «Kúmá. Creolizzare l'Europa»*, XV
- Schauer M., Elbert T. (2010). *Dissociation following traumatic stress: Etiology and treatment*
- Schauer M., Neuner F., Elbert T. (2014). *Terapia dell'esposizione narrativa, un trattamento a breve termine per i disturbi da stress traumatico*. Giovanni Fioriti Editore

- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2005). *Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders After War, Terror, or Torture*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Simmel G., (1998). *Sociologia*, Edizioni di Comunità, Torino
- Stanghellini, G. (1997). *Antropologia e Vulnerabilità*. Milano: Feltrinelli
- Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R.A., Van Ommeren M., (2009). Associations of torture and other potentially traumatic event with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*
- Tarricone I, D'Andrea G, Jongsma HE, Tosato S, GayerAnderson C, Stilo SA et al. (2021), Migration history and risk of psychosis: results from the multinational EU-GEI study. *Psychol Med.* 1–13. doi: 10.1017/S003329172000495X
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2011). *Fantasmî nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Raffaello Cortina
- Van Der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Raffaello Cortina editore.
- Zelazo, P. D., Qu, L., & Müller, U. (2005). Hot and cool aspects of executive function: Relations in early development. In W. Schneider, R. Schumann-Hengsteler, & B. Sodian (Eds.), *Young children's cognitive development: Interrelationships among executive functioning, working memory, verbal ability, and theory of mind* (pp. 71–93). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

SITOGRAFIA

- <https://angolopsicologia.com/traumi-psicologici/>
- https://epiprevit.servversicuro.it/materiali/2017/EP3-4/EP3-4S1_INMP_2017.pdf
- <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020764020959095?journalCode=ispa>
- https://scuolainterazionista.it/wp-content/uploads/2022/03/SDI-2021_5.pdf
- <https://www.aisted.it/trauma#:~:text=In%20psicologia%20e%20in%20psicanalisi,dotato%20di%20notevole%20carica%20emotiva.>
- <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/anxiety-depression-and-posttraumatic-stress-disorder-in-refugees-resettling-in-highincome-countries-systematic-review-and-metaanalysis/8AC75A92D4164C16A8755B333E8D4DB8>
- <https://www.emnitalyncp.it/definizione/migrante/#:~:text=Definizione,irregolari%2C%20usati%20per%20la%20migrazione>
- https://www.inmp.it/pubblicazioni/WHO-INMP_World_Health_Report_Summary.pdf
- https://www.iprs.it/il-profilo-di-salute-mentale-dei-richiedenti-asilo-e-rifugiati/#_ftn2
- https://www.medicisenzafrontiere.it/wp-content/uploads/2018/06/Rapp_Traumi_Ignorati_180716.pdf
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10591536/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298826/>
- https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/migranti_e_salute_mentale_quelle_ferite_invisibili_ancora_troppo_sottovalutate
- <https://www.scielo.br/j/remhu/a/zbKfTVvLNJbyMPdXkzw68jq/?format=pdf&lang=it>
- <https://www.sisst.it/net/>
- <https://www.stateofmind.it/2023/03/rifugiati-salute-mentale/>
- <https://www.wired.it/attualita/politica/2020/09/29/migranti-studio-hotspot-disturbi-mentali/>

Silvia Mion

Specializzanda in psicoterapia cognitiva, training Baggio e Mansutti

e-mail: silviavr.91@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

Psicoterapia cognitiva del paziente adulto con Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento

Elena Maria Tamburrini¹, Francesca Baggio², Federica Mansutti²

¹Associazione di Psicologia Cognitiva

²Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta APC e SPC sede di Verona

Riassunto

Il presente lavoro si propone di offrire una panoramica, sicuramente parziale, della letteratura esistente sull'applicazione della Terapia Cognitivo-Comportamentale e di alcune Terapie di Terza Onda (Hayes, 2004) come la Terapia Dialettico-Comportamentale (Linehan, 2001), i protocolli basati sulla Mindfulness (Kabat-Zinn, 1982; Segal, Williams, & Teasdale, 2002) e la Schema Therapy (Young, Klosko, & Weishaar, 2018) nel trattamento del paziente adulto con Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento. Il filo rosso che sembra accomunare tutte queste forme di intervento è la metacognizione, aspetto immaturo e/o deficitario in tale condizione ma che può diventare un target di lavoro fondamentale per aiutare la persona autistica a sviluppare una consapevolezza metacognitiva del proprio funzionamento interno.

Parole chiave: Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento; CBT; Terapie di Terza Onda

Cognitive Therapy in the treatment of adult patients with High-Functioning Autism Spectrum Disorder

Summary

This work aims to offer an overview, certainly partial, of the existing literature on the application of Cognitive-Behavioral Therapy and some Third Wave Therapies (Hayes, 2004) such as Dialectical-Behavioral Therapy (Linehan, 2001), the protocols based on Mindfulness (Kabat-Zinn, 1982; Segal, Williams, & Teasdale, 2002) and Schema Therapy (Young, Klosko, & Weishaar, 2018) in the treatment of adult patients with High-Functioning Autism Spectrum Disorder. The common thread that seems to unite all these forms of intervention is metacognition, an immature and/or deficient aspect in this condition but which can be a fundamental work target to help the autistic person develop a metacognitive awareness of their own internal functioning.

Key-words: High-Functioning Autism Spectrum Disorder; CBT; Third Wave Therapies

Una descrizione del Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento

Con la 5° edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5, American Psychiatric Association, 2014) si è passati da una visione categoriale dei Disturbi pervasivi dello

Elena Maria Tamburrini et al., Psicoterapia cognitiva del paziente adulto con Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento, N. 33, 2024, pp. 93-120.

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

sviluppo ad una visione di spettro, utilizzando l'espressione "ombrello" di Disturbo dello Spettro dell'Autismo (ASD) proprio ad indicare l'ampia gamma di profili con cui può esprimersi la configurazione sintomatologica di tale condizione.

Il Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento si caratterizza per l'assenza di compromissioni intellettive e linguistiche, a fronte della presenza di persistenti difficoltà nella reciprocità socio-emotiva, nei comportamenti comunicativi non verbali e nello sviluppo, nella gestione e nella comprensione dei rapporti interpersonali. Atwood (2019) definisce questi aspetti come una difficoltà nel "leggere" le situazioni sociali, che può riflettersi in alcune varianti come la tipica tendenza a ridurre o evitare al minimo la partecipazione sociale e il contatto comunicativo con l'altro o, all'opposto, la ricerca attiva di coinvolgimento sociale attraverso atteggiamenti eccessivamente invadenti o dominanti nell'interazione, senza avere consapevolezza delle norme che caratterizzano le convenzioni sociali. Una terza modalità, spesso responsabile di un ritardo diagnostico, è il "*social camouflaging*", un meccanismo di compensazione dei deficit di lettura delle situazioni sociali, che consiste nel partecipare all'interazione sociale, ricorrendo alla creazione e riproduzione fedele di un "copione sociale", interiorizzato a partire dall'osservazione analitica e dall'imitazione dei comportamenti di chi appare socialmente competente nel gruppo (Atwood, 2019; Bargiela, Steward, & Mandy, 2016; Hull et al., 2017; Tubío-Fungueiriño et al., 2020).

Soprattutto durante gli anni dell'adolescenza, le richieste provenienti dall'ambiente sociale si fanno sempre più complesse e le regole che guidano le interazioni sociali diventano progressivamente più sottili e impegnative da comprendere e apprendere per le persone con ASD. Sembra infatti che le abilità di Teoria della Mente (*Theory of Mind*, da qui in poi ToM) siano fondamentali per garantirsi delle interazioni sociali di successo, abilità che nel ASD sembra essere deficitaria o in ritardo rispetto allo sviluppo neurotipico (Atwood, 2019). Possedere una Teoria della Mente significa essere in grado di riconoscere e comprendere i pensieri, le convinzioni, i desideri e le intenzioni degli altri, nel tentativo di prevedere il loro comportamento e di adattare il proprio di conseguenza (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985). Le persone con ASD sembrano presentare difficoltà in una specifica componente della ToM, quella cognitiva (Şahin et al., 2019) che coinvolge sia la capacità di rispondere alla domanda "Cosa stai pensando?" sia la capacità di osservare il comportamento degli altri e di interpretarne gli stati mentali sottostanti. Al contrario, in loro sembrerebbe rimanere inalterata la ToM emotiva, che permette di rispondere alla domanda "Cosa provi?" e si riferisce alla capacità di percepire le emozioni e gli stati d'animo degli altri, sulla base della loro diretta osservazione (Atwood, 2019). In relazione a questo, è possibile sfatare il luogo comune secondo cui le persone con ASD non hanno "in mente" l'altro: il loro apparente disinteresse sociale fa capo ad

un'immaturità o una difficoltà nella componente cognitiva della ToM, che rende loro difficile distinguere fra stati mentali propri e altrui. Tale confusione può esitare in reazioni emotive intense, frutto di un eccessivo coinvolgimento emotivo, e in un necessario allontanamento da situazioni emotivamente gravose. Inoltre, le difficoltà nella ToM non consentono loro di tenere conto dei contesti e delle gerarchie sociali, oltre che del grado di "intimità" che può diversificare la natura delle relazioni con gli altri, mostrando delle carenze nell'area della pragmatica della comunicazione. Spesso non sono in grado di modificare flessibilmente la tipologia, l'uso e l'intonazione del linguaggio in funzione del contesto sociale di riferimento, ingaggiandosi in lunghi monologhi dove l'altro trova poco spazio per essere coinvolto (Atwood, 2019). Le carenze nella ToM fanno sì che tali individui siano socialmente "ingenui", interpretando alla lettera le comunicazioni dei propri interlocutori, oltre che renderli sinceri e molto fedeli ai fatti, cosa che può esitare nella formulazione di osservazioni che possono ferire i sentimenti altrui, seppur in modo non intenzionale. A quest'ultimo aspetto si accompagna anche la difficoltà a cogliere i sottili segnali nascosti nel tono di voce e nella prosodia, nelle espressioni del viso e nei gesti usati dall'altra persona per indicare i propri pensieri e sentimenti, non riuscendo ad integrare tali informazioni alla conversazione o al contesto (Atwood, 2019; Di Pasquale, 2023).

A differenza delle condizioni di autismo di livello 2 o 3, in cui è più facile rintracciare la presenza di pattern di movimenti, l'uso di oggetti o eloquio stereotipati e/o ripetitivi (DSM-5, 2014), i soggetti con ASD ad Alto Funzionamento sono maggiormente caratterizzati da un'insistenza nella *semaness*, un'aderenza inflessibile alla routine, rigidità cognitiva e rituali di comportamento. Inoltre, la costante fatica derivante dal muoversi all'interno di un ambiente neurotipico rende queste persone particolarmente vulnerabili ad episodi di sovraccarico emotivo e sensoriale. Rispetto a questo, gli interessi speciali, ossia hobby e attività che dominano per intensità, durata e profondità la maggior parte del loro tempo, rappresentano un importante strumento di regolazione emotiva funzionale, contribuendo anche alla creazione di un senso di identità e di realizzazione personale (Atwood, 2019; Bargiela, Steward, & Mandy, 2016; Hull et al., 2017).

Le atipie dal punto di vista neurobiologico, nel funzionamento esecutivo, nella ToM e nella percezione sensoriale rendono le persone con ASD maggiormente vulnerabili a stress, ansia, frustrazione e stanchezza, che possono dar luogo ad esplosioni comportamentali o stati di spegnimento (Atwood, 2019; Beck et al., 2020; Keluskar, 2021). Descrivono infatti in modo chiaro e uniforme la propria iper-sensibilità rispetto ad esperienze sensoriali non percepite dai neurotipici come particolarmente avversive. Molti stimoli possono determinare facilmente un sovraccarico sensoriale, per cui la persona con ASD impara a diventare iper-vigile quando si espone, pronta ad

anticipare ed evitare il pericolo di incorrere in esperienze sensoriali spiacevoli. Per contro, può mostrare livelli di tolleranza molto elevati a temperature estremamente alte o basse o ad esperienze di dolore fisico (Atwood, 2019; DSM-5, 2014).

La Terapia Cognitivo-Comportamentale per il Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento: la necessità di riadattamenti

I diversi studi condotti sull'applicazione della Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) sembrano avvalorare l'ipotesi di efficacia di tale trattamento per il ASD ad Alto Funzionamento, evidenziando la necessità di operare dei riadattamenti alla struttura e ai contenuti della terapia (Anderson & Morris, 2006), in funzione di alcune caratteristiche peculiari dello spettro come i deficit sociali e comunicativi, l'inflessibilità cognitiva, le difficoltà nel riconoscimento dei pensieri e delle emozioni e l'intolleranza dell'incertezza (Consolini et al., 2019). La letteratura esistente sull'applicazione della CBT nella popolazione con ASD ad Alto Funzionamento ha evidenziato la necessità di rendere il più possibile prevedibile la struttura, la durata, la cadenza delle sedute e la tipologia degli argomenti che verranno presumibilmente affrontati. In aggiunta a questo è importante che l'attribuzione degli homework sia corredata da istruzioni scritte sui tempi, le modalità e gli ostacoli cognitivi e pratici al loro svolgimento (Spain et al., 2016). Spesso la scarsa consapevolezza delle proprie difficoltà emotive, comportamentali e sociali e le difficoltà nelle Funzioni Esecutive possono essere di ostacolo al cambiamento e alla definizione degli obiettivi di trattamento, aspetto che può essere affrontato dedicando diverse sessioni alla discussione di obiettivi concreti e specifici e dei potenziali ostacoli al loro raggiungimento (Spain et al., 2017; Spain, Musich, & White, 2022). In questo processo, si richiede allo psicoterapeuta di utilizzare uno stile meno socratico, ma più didattico e direttivo, senza però rinunciare al principio dell'empirismo collaborativo (Semerari, 2000), arrivando alla co-costruzione di una formulazione del problema, che tenga conto dei fattori di vulnerabilità storici, neurocognitivi e psicosociali nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi psicologici della persona (Spain, Musich, & White, 2022) e delle sue aspettative e difficoltà (Spain & Happé, 2020). A tal proposito, un pre-requisito fondamentale che il terapeuta cognitivo-comportamentale deve possedere è una buona conoscenza dello Spettro Autistico e delle relative risorse e caratteristiche nucleari, allo scopo di eseguire un buon assessment e strutturare gli interventi cognitivo-comportamentali (Spain et al., 2015; Spain, Musich, & White, 2022; Walters, Loades, & Russel, 2016).

Nel tempo sono state condotte diverse analisi critiche sulla qualità, l'efficacia e la natura delle modifiche applicate alla CBT, con format individuale e di gruppo, per le persone con diagnosi di ASD

ad Alto Funzionamento. Gli studi presi in esame prevedono campioni che coprono un range di età che va dall'infanzia all'età adulta (Consolini et al., 2019; Spain et al., 2015; Spain & Happé, 2020; Walters, Loades, & Russel, 2016), confrontando la CBT con interventi meno strutturati e apportando delle modifiche al contenuto e alla struttura di manuali già esistenti o sviluppati ad hoc. Gli esiti delle ricerche hanno evidenziato un'integrazione fra l'uso di tecniche cognitive e comportamentali e di strumenti audio-visivi e scritti, oltre che di scale visuo-analogiche per la misurazione dell'intensità emotiva e dei cambiamenti esperiti.

I deficit nelle Funzioni Esecutive e nella ToM (Atwood, 2019; Mazefsky et al., 2013; Şahin et al., 2019) possono compromettere la capacità della persona con autismo di rappresentarsi gli stati mentali, propri e altrui, ed è per questo motivo che uno step di lavoro preliminare con questi pazienti deve prevedere l'utilizzo di una buona psicoeducazione cognitivo-emotiva (Atwood, 2019; Spain, Musich, & White, 2022). Lo scopo è quello di implementare la funzione di monitoraggio cognitivo ed emotivo (Carcione, Nicolò, & Semerari, 2016), in quanto le persone con ASD ad Alto Funzionamento tendono a sottostimare i propri sintomi e ad usare meno vocaboli per riferirsi al proprio stato emotivo (Burkhart et al., 2018). A questo può essere funzionale l'utilizzo di un "termometro delle emozioni", per misurare l'intensità emotiva, su cui indicare i segnali fisiologici, comportamentali, cognitivi e non-verbali caratteristici di uno stato emotivo (Atwood, 2019; Anderson & Morris, 2006).

Parallelamente alla psicoeducazione emotiva, anche la psicoeducazione sul disturbo ha un ruolo significativo nel normalizzare l'esperienza del paziente con ASD e nell'esplicitare i punti di forza percepiti, oltre che le sfide (Kerns et al., 2016).

Quasi tutti gli studi esaminati applicano il modus operandi della CBT, ossia la definizione degli aspetti situazionali, interpersonali, cognitivi, comportamentali e affettivi delle difficoltà attuali e la formulazione di collegamenti tra questi ingredienti in modo collaborativo (Spain & Happé, 2020). Questo rappresenta un lavoro propedeutico alla ristrutturazione cognitiva dei pensieri disfunzionali, tecnica principe della CBT, che può essere messa a dura prova dalle difficoltà di *insight*, di inibizione delle reazioni, di spostamento dell'attenzione, di pianificazione e di flessibilità cognitiva della persona autistica (Kouklari et al., 2017; Salehinejad et al., 2021). Tali caratteristiche possono determinare maggiori difficoltà nel formulare ipotesi alternative di spiegazione degli eventi e ostacolare la generalizzazione dei risultati degli esperimenti comportamentali. I deficit nelle Funzioni Esecutive e nella ToM rendono le persone con ASD molto più vulnerabili dei coetanei neurotipici ad esperienze di vita avverse, contribuendo alla strutturazione e al mantenimento di schemi cognitivi maladattivi su di Sè, gli altri e il futuro (Gaus, 2019). Atwood (2019) sottolinea che con il paziente con ASD è importante ricorrere alla messa in discussione delle specifiche convinzioni, basandosi sui

fatti e la logica oppure fornendo informazioni che chiariscano le intenzioni reali degli altri. Inoltre, l'autore suggerisce di spronare il paziente a richiedere chiarimenti alle altre persone e cercare spiegazioni alternative. Nelle ricerche prese in esame, la ristrutturazione cognitiva prevedeva la formulazione di liste di pensieri funzionali da adottare come strategie di *coping* e di *problem solving* (Atwood, 2019; Burkhart et al., 2018; Consolini et al., 2019; Kerns et al., 2016; Spain et al., 2015; Spain, Musich, & Withe, 2022; Walters et al., 2016). Un utile strumento a supporto della ristrutturazione cognitiva sono anche le conversazioni a fumetti (Gray, 1998), in cui si rappresenta graficamente una situazione e gli attori coinvolti, trascrivendone i pensieri e le emozioni. Tale strumento consente la formulazione di ipotesi sugli stati mentali altrui e di correggere errori pregiudizievole (Atwood, 2019; Ung et al., 2014; Walters et al., 2016). Inoltre, il pensiero concreto e logico del ASD spesso trova spazio negli esperimenti comportamentali, mediante l'adozione di un approccio scientifico alla verifica delle proprie ipotesi negative (Burkhart et al., 2018). Un ulteriore lavoro a supporto della ristrutturazione cognitiva è la creazione di una "cassetta degli attrezzi" (Atwood, 2019; Anderson & Morris, 2006), ossia di strumenti volti alla regolazione emotiva, quali l'attività fisica, l'impiego di tecniche di distrazione, respirazione e rilassamento (Spain et al., 2015) e l'integrazione degli interessi speciali (Atwood, 2019; Consolini et al., 2019; Spain et al., 2015; Walters et al., 2016).

Rispetto alle tecniche di carattere comportamentale, diversi studi hanno impiegato: l'erogazione di rinforzi e ricompense, volti a diminuire la frequenza di emissione di comportamenti disfunzionali; l'esposizione graduale a una gerarchia di stimoli temuti per trattare i Disturbi d'ansia in comorbidità e prevenire le risposte disfunzionali; i gruppi di *Social Skills Training* (SST), per l'apprendimento e la generalizzazione delle competenze socio-comunicative, i cui deficit spesso si legano ai sintomi ansiosi (Ung et al., 2015). A tal proposito, in Italia, Castaldo e colleghi (2021) hanno messo a punto un programma di SST per persone con ASD ad Alto Funzionamento, integrando alcuni modelli basati sulla CBT (Bellack et al., 1997) con la metacognizione, al fine di promuovere nei partecipanti una maggiore consapevolezza e padronanza dei significati, dei vissuti e delle relazioni emotive (competenza emotiva), attraverso lo sviluppo delle funzioni metacognitive (competenza metacognitiva). Le sessioni prevedono, come step preliminare, la ricostruzione dello stato cognitivo, emotivo e corporeo esperito nel momento presente da ogni partecipante, mettendolo in connessione con le situazioni e i comportamenti sociali. Successivamente, vengono presentate, discusse e allenate le singole abilità sociali, mediante *role-playing*. Durante questa fase, Castaldo e colleghi sottolineano l'importanza di sollecitare sempre i partecipanti con ASD ad assumere la prospettiva dell'interlocutore, mediante domande volte a costruire un'ipotesi sullo stato mentale altrui.

Gli studi presi in esame sottolineano, in ultimo, l'importanza del coinvolgimento attivo nel percorso terapeutico dei *caregiver* della persona con ASD, in qualità di sostenitori, allenatori e co-terapeuti (Consolini et al., 2019; Spain et al., 2015; Spain & Happé, 2020; Walters et al., 2016). Durante il trattamento, è importante esplorare il grado in cui i pazienti desiderano che gli altri significativi vengano coinvolti e quanto questi ultimi possano rappresentare un fattore di mantenimento delle loro difficoltà o un fattore protettivo nei contesti quotidiani. Kerns e colleghi (2016) sottolineano infatti che, soprattutto nel caso di adolescenti e giovani adulti, il coinvolgimento dei *caregiver* dovrebbe essere progettato per incoraggiare una progressiva e maggiore autonomia.

Complessivamente, gli interventi CBT per il trattamento del ASD ad Alto Funzionamento hanno evidenziato una riduzione dei sintomi in comorbidità (Chancel et al., 2022), con miglioramenti nei sintomi depressivi (McGillivray & Evert, 2014; Santomauro et al., 2016; Sizoo & Kuiper, 2017; Spain & Blainey, 2017), nelle preoccupazioni sociali e nelle abilità sociali (Spain, Blainey, & Vaillancourt 2017; Spain et al., 2017), nell'ansia (Bourkhart et al., 2018; Keehn et al., 2013; Reaven et al., 2012; Storch et al., 2015; Ung et al., 2015; White et al., 2010, 2013; Wood et al., 2009, 2015), nei sintomi ossessivo compulsivi (Bedford, Hunsche, & Kerns, 2020; Flygare et al., 2020; Kose, Fox, & Storch, 2018; Russell et al., 2013) e nel funzionamento globale (Chancel et al., 2022; Spain et al., 2015; Walters et al., 2016; Consolini et al., 2019). Alcuni autori (Spain & Happé, 2020; Walters et al., 2016) suggeriscono però cautela nella generalizzazione di questi esiti all'intera popolazione con ASD, data la mancanza di studi che mettano a confronto la CBT tradizionale con gli interventi appositamente modificati per questo target di pazienti, allo scopo di rilevare le variabili che concorrono a determinare gli esiti favorevoli di cambiamento. Inoltre, data l'ampia variabilità di risultati emersi dai vari studi, non è possibile altresì concludere quale sia la versione modificata di CBT in grado di determinare un effetto superiore agli altri. A tal riguardo, gli autori ipotizzano che il "principio attivo" del cambiamento positivo potrebbe essere insito nella CBT in sé per sé e non nelle modifiche apportate. Nonostante questo, la CBT risulta essere molto fruibile per la popolazione con ASD ad Alto Funzionamento, se strutturata ed erogata con le dovute modifiche.

Le Terapie Cognitivo-Comportamentali di Terza Onda per il ASD ad Alto Funzionamento

Nel corso degli ultimi decenni, le Terapie Cognitivo-Comportamentali di Terza Onda (Hayes, 2004) hanno abbandonato il tentativo di ristrutturare i pensieri disfunzionali e di controllare le emozioni, per seguire un approccio basato sull'osservazione e l'accettazione dei propri eventi interni. A causa della peculiarità del loro funzionamento, fin dall'infanzia le persone con ASD spesso sperimentano esperienze avverse, che possono contribuire alla strutturazione di schemi cognitivi

negativi, in particolare sul Sè (Atwood, 2019; Di Pasquale, 2023), difficilmente scalfiti dalle tecniche cognitive standard. Ecco perchè una soluzione più efficace potrebbe essere quella di accettarli e progredire verso una vita di valore, mettendo in atto un controllo delle emozioni, inteso come un controllo del comportamento e non dell'emozione in sè, che possa aiutare la persona ad andare nella direzione di una vita ricca e significativa (Linehan, 2001).

A) La Terapia Dialettico-Comportamentale per il paziente con ASD ad Alto Funzionamento

La Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT; Linehan, 2001) è una terapia CBT di Terza Onda che si focalizza sul costrutto della disregolazione emotiva, integrando alcune strategie tradizionali della CBT (come il problem-solving, l'analisi funzionale, le tecniche di *skills training*), con pratiche di accettazione (validazione e abilità di *mindfulness*) e la filosofia dialettica. Marsha Linehan (2001) definisce la disregolazione emotiva come una ridotta o assente capacità della persona di gestire e modificare le proprie reazioni emotive, mediante strategie cognitive e comportamentali che possano calmare l'attivazione fisiologica e inibire impulsi e comportamenti inadeguati causati da intense emozioni, al fine di mantenere focalizzata l'attenzione nel qui e ora e coordinare le proprie azioni in vista del raggiungimento di un obiettivo. La disregolazione emotiva risulta essere pervasiva nel momento in cui si estende ad un'ampia gamma di stati emotivi, di contesti e problemi di adattamento ed è caratterizzata da frequenti esperienze dolorose, da difficoltà di regolazione di intensi stati di attivazione, problemi nel disimpegnare l'attenzione dagli stimoli emotivi, alterazioni cognitive e tendenza all'auto-isolamento (Linehan, 2015). Nonostante in origine sia nata come terapia indirizzata a pazienti con comportamenti parasuicidari e suicidari, nel tempo la DBT è stata applicata ad un ampio *range* di disturbi psichiatrici (per una rassegna degli studi si veda Linehan, 2015, Capitolo 1), avendo come obiettivo non solo e non tanto la riduzione sintomatologica, bensì la costruzione di una vita degna di essere vissuta (Linehan, 2001). Nel complesso, la DBT si articola in 5 *setting* principali, fra cui il gruppo di *DBT Skills Training* (Linehan, 2015), volto all'insegnamento di abilità di *mindfulness*, di regolazione emotiva, di tolleranza alla sofferenza e di efficacia interpersonale.

Nella popolazione autistica è stata osservata una difficoltà clinicamente significativa nella comprensione, nell'espressione e nella regolazione delle emozioni e delle sensazioni corporee (Atwood, 2019). Ciò si associa a deficit nelle Funzioni Esecutive (Kouklari et al. 2017; Salehinejad et al., 2021), con difficoltà di *insight* e di inibizione delle proprie reazioni, difficoltà a disimpegnare e ri-orientare l'attenzione altrove da stimoli emotivamente salienti e deficit nella flessibilità cognitiva, che consentirebbe di generare più opzioni per affrontare e gestire le difficoltà emotive. Inoltre, la presenza di un lessico emotivo molto limitato (Atwood, 2019), una ridotta consapevolezza e

monitoraggio delle proprie emozioni, oltre che i deficit comunicativi e un'assunzione limitata della prospettiva dell'altro possono interferire con la comprensione, l'espressione e la regolazione degli stati emotivi, esitando in reazioni emotive e comportamentali disregolate, che possono compromettere anche il funzionamento psicosociale (Cai et al., 2018; Keluskar, 2021; Mazefsky et al., 2013). A differenza degli individui con sviluppo tipico, le persone con ASD sembrano ricorrere più frequentemente a strategie di regolazione emotiva disadattive (Cai, 2018; Gormley, Ryan, & McCusker, 2021; Mazefsky et al., 2013; Reyes, Pickard, & Reaven, 2019), come l'evitamento e la soppressione emotiva (Gormley, Ryan, & McCusker, 2021), avendo anche difficoltà nel disimpegnare l'attenzione dagli stimoli emotivi, non ricorrendo al riorientamento o alla distrazione (Keluskar, 2021). Sembra inoltre che i soggetti con autismo tendano a non sfogarsi verbalmente o fisicamente, a non ricorrere all'auto-dialogo o al supporto sociale, utilizzando in modo ridotto la rivalutazione cognitiva e aumentando la frequenza dei comportamenti ripetitivi o dell'interesse speciale nei momenti di difficoltà (Atwood, 2019; Reyes, Pickard, & Reaven, 2019). Si ritiene che la compromissione delle capacità di regolazione emotiva sia alla base degli episodi di *meltdown*, *shutdown*, *tantrum*, dell'autolesionismo, di diagnosi psichiatriche concomitanti (Atwood, 2019) e di esiti sociali negativi per gli individui con ASD (Atwood, 2019; Beck et al, 2020a; Reyes, Pickard, & Reaven, 2019). Si suggerisce infatti che una regolazione emotiva alterata sia un aspetto intrinseco allo spettro autistico (Mazefsky et al., 2013; Reyes, Pickard & Reaven, 2019, da non considerare come sintomo di un disturbo concomitante ma come un fattore di vulnerabilità per l'esordio di disturbi psichiatrici aggiuntivi che, a loro volta, potrebbero interferire con un'adeguata regolazione emotiva.

Alcuni autori ritengono che potenziare le abilità di regolazione emotiva nelle persone con ASD sia uno step di lavoro preliminare e propedeutico alla successiva acquisizione di specifiche e complesse abilità sociali (Beck et al., 2020a), oltre che influenzare positivamente la loro qualità di vita e il funzionamento sociale, lavorativo e psicologico, soprattutto se si conduce in parallelo un intervento psicoeducativo per i genitori (Beck et al., 2020a; Reyes, Pickard, & Reaven, 2019).

Hartmann e colleghi (2012) formulano una riflessione sul potenziale benefico che la DBT potrebbe avere nei soggetti con ASD, sottolineando come le difficoltà nella consapevolezza, nella regolazione emotiva, nella tolleranza alle crisi e i deficit nelle competenze sociali siano molto comuni in questa popolazione, così come nei pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline della Personalità (Dell'Osso et al., 2019; Keller, 2019; McQuaid, Strang, & Jack, 2022). Keenan (Keenan et al., 2022), prendendo spunto da ciò che viene suggerito da Hartmann e colleghi (2019), narra la propria esperienza personale di partecipazione ad un programma DBT standard in qualità di persona con diagnosi di ASD ad Alto Funzionamento in comorbidità con un Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, Disturbo

ciclotimico e tratti Borderline di Personalità. L'autore offre spunti interessanti per rendere la DBT più accessibile e fruibile per il paziente con autismo, suggerendo sia di essere molto concreti nella selezione e nella spiegazione delle abilità, sia di coinvolgere preliminarmente il paziente in una psicoterapia e solo successivamente nel gruppo di *Skills Training*. Il Funzionamento Esecutivo deficitario può essere migliorato puntando molto sulla compilazione delle *diary-card*, attività che consente di ri-orientare il focus attentivo ad un compito strutturato e che quindi può essere una valida risorsa nella tolleranza e nella regolazione emotiva. In linea con le rassegne condotte sugli studi CBT, anche nella DBT gli interessi speciali del cliente devono essere integrati in qualità di abilità funzionali, così come ricorrere allo *stimming* (movimenti ripetitivi) con la funzione di auto-consolazione (abilità di tolleranza alla crisi). La partecipazione ai gruppi di *DBT Skills Training* offre ai soggetti con ASD l'opportunità di apprendere e praticare in vivo la regolazione emotiva, grazie anche all'utilizzo di *role-playing* e di materiale audio-visivo. I supporti materiali possono agevolare anche l'apprendimento e l'elaborazione visiva sia durante le pratiche di *mindfulness* (ad esempio, l'immagine della Mente Saggia come di un aereo che ha bisogno di entrambe la ali della Mente Emotiva e Razionale per rimanere in equilibrio), sia nel riconoscimento delle proprie e altrui emozioni, implementando in questo modo anche l'acquisizione delle abilità sociali. Inoltre l'integrazione e il mantenimento delle abilità di regolazione emotiva nei contesti di vita quotidiana è resa possibile grazie agli esercizi di esposizione in vivo o in immaginazione, alla consultazione telefonica (Hartmann et al., 2012; Linehan, 2015) e al coinvolgimento attivo dei caregiver in incontri psicoeducativi, in cui apprendere strategie adeguate di rinforzo (Hartmann et al., 2019).

Ad oggi esiste solo una manciata di ricerche che hanno tentato di valutare se la DBT possa essere un intervento efficace per gli adulti con ASD ad Alto Funzionamento. Sulla base delle precedenti riflessioni, Hartmann e colleghi nel 2019 hanno integrato interventi DBT e CBT in un gruppo di 7 adulti con ASD senza disabilità intellettiva, allo scopo di migliorare le abilità di regolazione di emozioni quali ansia e rabbia. Sono stati conseguiti piccoli ma notevoli miglioramenti a livello di gruppo nella comunicazione, nell'interazione sociale e nella cognizione sociale auto-riferita, oltre che miglioramenti nei comportamenti ristretti e ripetitivi evidenziati dai *caregiver*. È interessante osservare come, nonostante non sia stato raggiunto l'obiettivo di migliorare la regolazione emotiva nelle interazioni sociali, i cambiamenti positivi su alcuni aspetti del comportamento sociale supportano l'ipotesi che un intervento grupपालe di regolazione emotiva possa migliorare il comportamento sociale nei giovani adulti con autismo. Un limite significativo dello studio però è costituito dall'esclusione di partecipanti con comportamenti autolesivi e suicidari. A tal proposito, altri autori si sono focalizzati invece sull'erogazione di interventi DBT proprio a gruppi di persone

con ASD senza disabilità intellettiva ma con gravi problemi comportamentali e comorbidità psichiatriche. Il programma *Skills Improvement of Emotion Regulation for Adults* (SIERA; Lee, 2021) si focalizza primariamente sull'insegnamento delle abilità del modulo di regolazione emotiva, integrandole con alcune abilità tratte dai moduli di tolleranza alla sofferenza e di efficacia interpersonale. Uno studio condotto su un gruppo di 18 partecipanti adulti con ASD senza disabilità intellettiva, aveva lo scopo di testare la fattibilità e l'efficacia del *training*, non evidenziando sfortunatamente alcun risultato statisticamente significativo. Nonostante questo, sono stati riportati una riduzione significativa dell'inflessibilità psicologica e dell'evitamento esperienziale, un aumento dell'accettazione emotiva e delle strategie di regolazione delle emozioni adattive, una diminuzione significativa della disregolazione emotiva e una lieve riduzione delle strategie disadattive come la soppressione emotiva. L'aumento dell'accettazione emotiva evidenziato in questo studio sembra essere in linea con altri interventi basati sull'accettazione (Agius et al., 2023; Beck et al., 2020b; Conner & White, 2018; Kiep, Spek, & Hoeben, 2015; Pagni et al., 2020; Sizoo & Kuiper, 2017; Spek, van Ham, & Nyklíček, 2013). La riduzione della disregolazione emotiva è stata anche riferita dai *report* dei genitori. Come limiti dello studio, gli autori annoverano l'assenza di un campione ampio e rappresentativo della popolazione con ASD, la mancanza di un gruppo di controllo e di sedute di *follow-up*, non potendo quindi generalizzare gli esiti ottenuti. Gli stessi limiti sono messi in luce da Bemmoura e colleghi (2022), i quali hanno applicato la DBT standard (Linehan, 2001; 2015) ad un campione di 7 adulti con ASD senza disabilità intellettiva e comportamenti autolesivi e suicidari, legati a disregolazione emotiva grave, evidenziando una riduzione della disregolazione emotiva, della frequenza e della gravità dei pensieri suicidari e dei comportamenti parasuicidari. Gli autori hanno anche riscontrato dei miglioramenti, non mantenuti al *follow-up*, dei sintomi depressivi, di sentimenti di disperazione e della qualità di vita. Anche Ritschel, Guy e Maddox (2022) si sono focalizzati sulla valutazione e l'accettabilità della DBT standard di un gruppo per adulti con ASD senza deficit intellettivi e con sintomi di ansia, depressione e/o disregolazione emotiva e comportamentale. Gli esiti hanno fornito un supporto preliminare all'uso della DBT in questa popolazione, dimostrato dagli elevati tassi di frequenza da parte dei partecipanti. Questi ultimi hanno riferito come la DBT abbia prodotto benefici, oltre che essere un intervento potenzialmente utile nel migliorare le abilità di regolazione emotiva per gli individui con autismo. Le modifiche apportate al protocollo da parte dei ricercatori sono in linea con quelle suggerite da Hartmann e colleghi (2012; 2019) e, in generale, da altre analisi critiche condotte sull'applicazione delle terapie CBT nell'autismo (Anderson & Morris, 2006; Atwood, 2019; Spain et al., 2015; Spain et al., 2016; Spain & Happé, 2020; Spain, Musich, & Withe, 2022; Walters, Loades, & Russel, 2016). Essendo la DBT un approccio dialettico che punta a

percorrere un sentiero di mezzo fra il cambiamento e l'accettazione, per la popolazione autistica gli interventi che includano aspetti di accettazione dell'esperienza potrebbero essere più validanti rispetto a quelli focalizzati eccessivamente sulla "Mente del cambiamento" (Linehan, 2001; Sizoo e Kuiper, 2017; Swenson, 2018). Gli autori forniscono esempi pratici di come rendere più concrete le abilità DBT per il gruppo, ad esempio usando schede visive per illustrare in termini comportamentali cosa si intende per Mente Saggia, Mente Emotiva e Mente Razionale (Hartmann et al, 2012; Keenan et al., 2022). Nell'insegnare l'analisi della catena comportamentale, ad ogni partecipante può essere consegnata una striscia di carta, ciascuna con un colore differente che rappresenta uno dei 5 anelli della catena (fattori di vulnerabilità; *prompting event*; i *link*; il comportamento problema; le conseguenze). In questo modo, unendo gli anelli della catena, si rende più comprensibile la sequenza degli eventi che conducono al comportamento disfunzionale (Ritschel, Guy, & Maddox, 2022).

Alcuni ricercatori hanno tentato di applicare, per la prima volta, un programma di *skills training* tratto dalla *Radically Open Dialectical Behaviour Therapy* (Lynch, 2018), un modello DBT messo a punto per pazienti che manifestano eccessivo controllo comportamentale e distacco. Quarantotto pazienti con uno stile di *coping* iper-controllato, di cui 23 con diagnosi di ASD senza disabilità intellettiva, sono stati sottoposti al programma. I partecipanti non-ASD erano interessati da diagnosi di Disturbo Depressivo, Disturbo d'Ansia Generalizzata, Disturbo Bipolare e di Personalità, Disturbo Post-Traumatico da Stress. Lo studio ha evidenziato che, in confronto al gruppo non-ASD, i partecipanti con ASD mostravano miglioramenti clinicamente affidabili rispetto al funzionamento e alla percezione di *recovery*. Nonostante questo, la ridotta ampiezza campionaria, i tassi di *drop-out* elevati e la mancanza di sedute di monitoraggio in fase di *follow-up*, rendono limitati gli esiti dell'intervento (Cornwall et al., 2021).

In conclusione, nonostante la DBT non sia stata ancora validata nella sua efficacia per la popolazione autistica, gli studi citati offrono spunti interessanti e promettenti per la sua applicazione. Come già suggerito, l'integrazione degli interessi selettivi potrebbe fungere da abilità di regolazione emotiva e di tolleranza nei momenti di crisi. Inoltre, essendo il ASD associato anche a comportamenti autolesivi non suicidari, visti come sintomo di difficoltà adattive ed espressive (Shkedy, Shkedy, & Sandoval-Norton, 2019), la DBT potrebbe implementare la comunicazione efficace del dolore, la richiesta di aiuto e lo sviluppo progressivo della regolazione e della tolleranza allo stress. In aggiunta a questo, l'insegnamento del modulo delle abilità di efficacia interpersonale potrebbe essere utile tanto nel miglioramento della ToM e del funzionamento sociale, quanto nella riflessione e identificazione di modalità per praticare un "sentiero di mezzo" tra quelli che sono i bisogni personali, dettati anche dai propri tratti autistici, e gli obiettivi interpersonali della persona autistica.

B) Gli interventi basati sulla mindfulness nell'Autismo ad Alto Funzionamento

Una buona fetta delle terapie CBT di Terza Onda prevede approcci *mindfulness-based*. La *mindfulness* viene definita come “il processo di prestare attenzione in un modo particolare: intenzionalmente, in maniera non giudicante, allo scorrere dell’esperienza nel presente, momento dopo momento” (Kabat-Zin, 1994, p. 4). L’osservazione deliberata, curiosa e non giudicante del flusso di esperienze esterne ed interne, nel momento in cui emergono, consente di sviluppare uno stato mentale di consapevolezza. In questo modo la persona si allena a riconoscere le proprie modalità abituali di pensare, sentire e reagire, de-fondendosi e non lasciandosi guidare da quest’ultime, ma imparando a navigarle e sviluppando reazioni comportamentali più flessibili ed efficaci (Linehan, 2015; Segal, Williams, & Teasdale, 2002).

Alcuni autori (Angius et al., 2023; Poquérusse, Pagnini, & Langer, 2021) affermano che gli interventi basati sulla *mindfulness* potrebbero migliorare il benessere psicosociale delle persone con ASD, allenando la capacità di orientare l’attenzione in maniera deliberata alle proprie esperienze interne ed esterne. Ciò consentirebbe di lavorare indirettamente sulle difficoltà relative al Funzionamento Esecutivo, alla ToM, alla coerenza centrale e alla regolazione emotiva. Le difficoltà nel Funzionamento Esecutivo delle persone con ASD possono assumere la forma della rigidità cognitiva e comportamentale (Goodman, 2014; Kouklari et al., 2017; Salehinejad et al., 2021), aspetto che i *training* di *mindfulness* potrebbero concorrere a modulare, accrescendo uno stato mentale di consapevolezza che aiuti i soggetti con ASD a cogliere ed integrare i cambiamenti interni e dell’ambiente circostante momento per momento. Allo stesso modo, l’allenamento all’osservazione consapevole potrebbe migliorare le abilità di ToM nelle persone con ASD, diventando abili a cogliere i sottili cambiamenti nei dettagli di una situazione complessa, nelle espressioni del viso e nelle caratteristiche della voce, che possono indicare variazioni nelle emozioni e negli stati mentali altrui. Rispetto alla debolezza nella capacità di coerenza centrale, definita come un’elaborazione delle informazioni prettamente focalizzata sui dettagli, anziché sul quadro di insieme (Frith & Happé, 1994), la *mindfulness* consentirebbe di spostare fluidamente la propria prospettiva dal “singolare” al “globale”, oltre che osservare gli eventi interni ed esterni come interconnessi, passeggeri e parte di un’esperienza più ampia. Inoltre, allenare lo spostamento dell’attenzione migliorerebbe anche l’abilità di sganciare quest’ultima dagli stimoli emotivi negativi e, di conseguenza, aumentare le capacità di regolazione emotiva, di osservazione dei *trigger* emotivi e degli ingredienti emotivi, cognitivi e somato-sensoriali attivati. È stato osservato che, negli adulti con ASD, la *mindfulness* può dare un prezioso contributo a mitigare le difficoltà nella regolazione emotiva, come inflessibilità,

ruminazione, rivalutazione cognitiva e assunzione di prospettiva (Beck et al., 2020b; Conner & White, 2018;).

Nel corso del tempo sono state condotte alcune revisioni in merito gli interventi basati sulla *mindfulness* erogati a persone adulte con ASD ad Alto Funzionamento, evidenziando prove preliminari che ne supportano l'efficacia nel promuovere il benessere psicologico (Cachia, Anderson, & Moore, 2016; Forbes & Miller, 2023; Hartley, Dorstyn, & Due, 2019). Gli studi condotti sull'applicazione dei protocolli *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR; Kabat-Zinn, 1982) e *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2002) alla popolazione adulta con ASD ad Alto Funzionamento hanno prodotto esiti come una riduzione dell'ansia, della depressione, della ruminazione e dello stress percepito, un incremento dell'affetto positivo, del benessere psicofisico, della qualità di vita e delle strategie di *coping* funzionali, con un mantenimento di tali esiti da 9 settimane a 3 mesi al *follow-up* (Agius et al., 2023; Kiep, Spek, & Hoeben, 2015; Pagni et al., 2023; Sizoo & Kuiper, 2017; Spek, van Ham, & Nyklíček, 2013). Inoltre, gli interventi basati sulla *mindfulness* potrebbero esercitare un notevole impatto sulla regolazione emotiva nelle persone con ASD (Beck et al., 2020b), favorendo la riduzione del discontrollo degli impulsi, l'accettazione delle emozioni e la riduzione del disagio psicologico (Conner & White, 2018).

La maggior parte degli studi condotti sugli interventi di *mindfulness* applicati all'autismo impiega un *setting* gruppeale, apportando delle modifiche ai protocolli originali. Tenendo conto della tendenza ad un'interpretazione letterale del linguaggio e della lenta elaborazione delle informazioni, i protocolli modificati omettevano l'uso di metafore e l'esame del contenuto dei pensieri, prevedendo anche un prolungamento della durata complessiva dell'intervento e delle pratiche meditative (Kiep, Spek, & Hoeben, 2015; Sizoo & Kuiper, 2017; Spek, van Ham, & Nyklíček, 2013). Al contrario, altri studi hanno ridotto la durata delle sessioni e delle pratiche meditative, per via delle difficoltà attentive delle persone con ASD (Agius et al., 2023; Conner & Withe, 2018; Pagni et al., 2020), introducendo spiegazioni molto concrete dei processi cognitivi (ad esempio, il concetto di accettazione spiegato mediante la trappola cinese per le dita). Considerando le difficoltà nel Funzionamento Esecutivo, in tutti gli studi è stata prestata particolare attenzione alla pianificazione delle pratiche da svolgere a casa, al fine di integrare la *mindfulness* nella routine quotidiana, mediante anche la disponibilità di audio-registrazioni delle meditazioni effettuate in seduta (Agius et al., 2023; Kiep, Spek, & Hoeben, 2015; Pagni et al., 2020; Sizoo & Kuiper, 2017; Spek, van Ham, & Nyklíček, 2013). Rispetto ai protocolli standard, alcuni autori hanno eliminato la giornata di ritiro silenzioso (Pagni et al., 2020), mentre altri ne hanno ridotto la durata (Agius et al., 2023; Beck et al., 2020b). Tutti i protocolli messi a punto insegnavano ai partecipanti con ASD l'osservazione curiosa e non giudicante delle sensazioni

corporee, della respirazione, delle percezioni attraverso i 5 sensi, delle reazioni fisiche allo stress, dei pensieri e della ruminazione. Solo uno studio non si è servito del *setting* di gruppo ma ha tentato di sviluppare e analizzare la fattibilità e l'efficacia preliminare di un intervento di psicoterapia individuale basato sulla *mindfulness*, con un focus primario sulla psicoeducazione riguardante la regolazione emotiva (Conner & Withe, 2018). Gli autori hanno osservato cambiamenti clinicamente affidabili, seppur non uniformi in tutti i partecipanti, come un decremento delle difficoltà nel controllo degli impulsi e un maggiore accesso alle strategie di regolazione emotiva, un incremento dell'accettazione delle emozioni e una diminuzione del disagio generale. In linea con tali risultati, Beck e colleghi (2020b) hanno evidenziato come l'applicazione del protocollo MBSR standard, non modificato, può avere un impatto positivo sulla regolazione emotiva e l'autostima, prevenendo i *meltdown* e migliorando il controllo emotivo nel ASD.

Degno di nota è lo studio di Sizoo e Kuiper (2017), l'unico che fino ad oggi ha posto a confronto l'efficacia del protocollo MBSR e della CBT per gli adulti con ASD ad Alto Funzionamento. Gli esiti della ricerca hanno evidenziato come la CBT e la MBSR si sono dimostrate ugualmente efficaci nel ridurre l'ansia e i sintomi depressivi negli adulti con ASD, nonché nel ridurre i sintomi autistici, la ruminazione e nel migliorare l'umore globale. Sorprendentemente, se da un lato è stato osservato che il protocollo CBT ha determinato una riduzione dei sintomi ansiosi e depressivi, dall'altro gli autori hanno registrato un incremento delle credenze irrazionali nel gruppo CBT. Questo esito risulta essere controcorrente rispetto a quelli che sono gli obiettivi della CBT, dove il cambiamento delle credenze irrazionali comporta spesso una riduzione sintomatologica. Secondo gli autori, i punteggi elevati riportati nella misurazione delle credenze disfunzionali potrebbero riflettere il tipico ragionamento autistico, che può sembrare irrazionale, o la tendenza delle persone con ASD a voler mantenere le proprie convinzioni, in quanto rendono più strutturato e comprensibile il loro ambiente di vita. Si suggerisce pertanto che la sfida ai pensieri irrazionali potrebbe risultare fonte di ansia per l'autismo, a differenza della MBSR che insegna alle persone ad accettarli in modo non giudicante. Nonostante gli esiti promettenti di tale studio si siano mantenuti a distanza di 3 mesi, questi non possono essere generalizzati alla popolazione autistica per via della ridotta ampiezza campionaria e dell'assenza di un gruppo di controllo, limite che non consente di attribuire gli effetti positivi riscontrati solo agli interventi terapeutici (Sizoo & Kuiper, 2017).

In generale, gli studi condotti sugli interventi basati sulla *mindfulness* nella popolazione adulta con ASD hanno prodotto risultati incoraggianti, con un tasso di completamento e soddisfazione molto alto, riducendo la disabilità correlata all'autismo e migliorando la qualità di vita (Cachia, Anderson, & Moore, 2016; Forbes & Miller, 2023; Hartley et al., 2019). Nonostante questo, la ricerca sulla

mindfulness applicata alla popolazione adulta con ASD ad Alto Funzionamento è ancora scarsa e limitata dall'assenza di studi randomizzati controllati, che possano dimostrarne l'effettiva efficacia. Le differenze inter-individuali che caratterizzano lo spettro si pongono come una sfida per la ricerca futura nel comprendere come la *mindfulness* possa influenzare le competenze di ToM, la coerenza centrale, il Funzionamento Esecutivo, la regolazione emotiva e la sensibilità sensoriale, oltre che valutare come la flessibilità promossa dalla *mindfulness* possa integrarsi con la necessità di struttura e schematismo delle persone con ASD (Agius et al., 2023).

C) L'applicazione della Schema Therapy nel ASD ad Alto Funzionamento

La Schema Therapy (ST; Young, Klosko, & Weishaar, 2018) è una terapia che rientra nel novero degli approcci CBT di Terza Onda. Il suo nucleo fondante sono i 5 bisogni emotivi fondamentali innati in ogni essere umano che, a partire da un'interazione complessa fra il temperamento e lo specifico ambiente di accudimento, possono essere frustrati in età precoce, dando origine agli Schemi Maladattivi Precoci. Questi ultimi sono pattern pervasivi costituiti da ricordi, emozioni, pensieri, sensazioni fisiologiche, utilizzati dall'individuo per interpretare il Sè, il mondo e gli altri. Ciò che contribuisce alla stabilizzazione a lungo termine degli Schemi Maladattivi Precoci sono in particolare gli stili di *coping* disfunzionali (iper-compensazione, resa, evitamento), adottati dal bambino per sopravvivere alla sofferenza generata dall'attivarsi degli schemi. Tali modalità di reazione non fanno altro che perpetuare la frustrazione dei bisogni e la sofferenza emotiva in età adulta. Young ha osservato nel tempo che l'attivarsi di uno schema, in associazione a specifiche modalità di *coping*, genera uno *Schema mode*, ossia uno stato dell'Io predominante in uno specifico momento. In *Schema Therapy* vengono identificati 4 mode principali: il *mode bambino*, il *mode genitore disfunzionale*, il *mode di coping disfunzionale* e il *mode adulto sano*. Integrando tecniche cognitive, esperienziali, relazionali e comportamentali, la terapia ha l'obiettivo di soddisfare i bisogni emotivi frustrati del *mode bambino*, mediante lo sviluppo di modalità di reazione più adatte, arginando i *mode* disfunzionali e promuovendo il *mode* adulto sano.

La condizione dello Spettro Autistico presenta spesso una serie di comorbidità e/o sovrapposizioni con diverse condizioni psicopatologiche, come i Disturbi di Personalità (Dell'Osso et al., 2019; Lai & Baron-Cohen, 2015; Rinaldi et al., 2021; Vuijk et al., 2018). Ad oggi vi è una scarsa disponibilità di interventi specializzati per il trattamento del ASD in comorbidità con i Disturbi di Personalità (Bullus, 2019; Vuijk, et al., 2023). Alcuni autori hanno suggerito che gli Schemi Maladattivi Precoci mediano la relazione tra i tratti dello Spettro Autistico e lo stato di salute mentale, evidenziando come non siano i tratti autistici ma gli Schemi Maladattivi Precoci ad avere effetti negativi sullo stato di

salute (Oshima et al., 2014). La CBT per il ASD ad Alto Funzionamento sembra migliorare le condizioni in comorbidità e il funzionamento globale (Chancel et al., 2022; Spain et al., 2015; Walters et al., 2016; Consolini et al., 2019), intervenendo sulle credenze disfunzionali. Pertanto, dal momento che la Schema Therapy ingloba in sé tecniche cognitivo-comportamentali, l'impatto che i tratti autistici possono avere sul benessere psicologico dell'individuo può essere mitigato, lavorando sugli Schemi Maladattivi Precoci (Oshima et al., 2014). Secondo il modello *Schema Therapy-Modified for Autism Spectrum Condition* (ST-MASC; Bullus, 2019), gli Schemi Maladattivi Precoci nelle persone con ASD possono avere origine da una discrepanza percepita tra la persona e un ambiente orientato a soddisfare i bisogni delle persone neuro-tipiche. Gli schemi che più facilmente tenderebbero a strutturarsi nell'autismo sono: lo schema di difettosità; di isolamento sociale; di sfiducia/abuso. Oshima e colleghi (Oshima et al., 2015) hanno evidenziato come i pazienti con ASD riportano punteggi significativamente più alti rispetto ai controlli sani per tutti gli Schemi Maladattivi Precoci, ad eccezione dello schema di auto-sacrificio e di ricerca di approvazione/riconoscimento, che fanno parte del dominio "Eccessiva attenzione ai bisogni degli altri". Gli autori suggeriscono che tale esito possa essere correlato alle difficoltà nella ToM, che renderebbero i soggetti con ASD socialmente inabili e quindi poco suscettibili allo sviluppo di tali schemi. Inoltre, hanno riportato che gli schemi di deprivazione emotiva, di vulnerabilità ai pericoli/alle malattie e di autocontrollo/autodisciplina insufficienti correlano in modo significativo con una diagnosi di ASD.

Vuijk e Arntz (2017) hanno provato ad indagare l'efficacia della Schema Therapy individuale come trattamento per i Disturbi di Personalità in 12 adulti con ASD ad Alto Funzionamento e almeno un Disturbo di Personalità. Il protocollo prevedeva l'esplorazione del funzionamento attuale e passato, dei sintomi psicologici, degli *Schema mode* e delle credenze nucleari negative. Sei partecipanti sono stati assegnati in modo casuale a 15 sessioni di interventi cognitivo-comportamentali seguiti da interventi esperienziali, mentre i restanti sei hanno iniziato con 15 sessioni di interventi esperienziali seguiti da interventi cognitivo-comportamentali. Le analisi dei dati hanno indicato una dimensione dell'effetto medio-grande circa l'efficacia degli interventi di Schema Therapy nel ridurre la forza delle convinzioni disfunzionali, i tratti del Disturbo di Personalità, incrementando il *mode* funzionale del bambino felice e migliorando sia i sintomi psicopatologici sia la reattività sociale. Tali cambiamenti sono stati mantenuti nel *follow-up* a 10 mesi, registrando anche un incremento significativo del *mode* adulto sano (Vuijk et al., 2023). Dallo studio, inoltre, non è emersa alcuna superiorità delle tecniche cognitivo-comportamentali rispetto a quelle esperienziali.

Essendo immerse in un mondo neuro-tipico, le persone con ASD tentano di affrontare le difficoltà nella lettura delle situazioni sociali, ricorrendo a meccanismi quali l'evitamento, la ricerca attiva di

coinvolgimento sociale e il *social camouflaging* (Atwood, 2019). Bullus (2019) suggerisce di distinguere accuratamente gli stili di *coping* adottati in reazione alle caratteristiche autistiche da quelli attivati in risposta agli Schemi Maladattivi Precoci, allo scopo di ridurre o trasformare i primi in un atteggiamento di accettazione delle caratteristiche di funzionamento dello Spettro Autistico. In relazione a questo, gli studi condotti da Oshima e colleghi (Oshima et al., 2018; Oshima et al., 2021) hanno evidenziato come la Schema Therapy possa migliorare la qualità di vita e avere un impatto positivo sui sintomi derivanti dai tratti, dagli schemi e dai *mode* dell'autismo. Le persone con ASD possono imparare a soddisfare i propri bisogni emotivi, sia reagendo in modo adattivo agli Schemi Maladattivi Precoci sia accettando le proprie caratteristiche autistiche. Questo potrebbe anche ridurre il senso di isolamento sociale, di fallimento e di incompetenza, influenzando in positivo la comunicazione sociale (Oshima et al., 2021; Vuijk et al., 2023). I pochi studi citati hanno però registrato un ritardo nel cambiamento degli *Schema mode* (Oshima et al., 2021) o addirittura un mancato cambiamento (Vuijk et al., 2023), ipotizzando che i *mode* siano più stabili rispetto agli Schemi Maladattivi Precoci e che l'inflessibilità cognitiva, caratteristica del ASD, possa aver ostacolato la riduzione dei *mode* disfunzionali.

Per ciò che concerne i bisogni emotivi, il modello ST-MASC di Bullus (2019) pone in rilievo la necessità di integrare quelli evidenziati da Young con i bisogni peculiari del ASD come: il bisogno di sintonizzazione e di co-regolamentazione, ossia la necessità di supporto nel riconoscere e rispondere al proprio mondo interno; il bisogno di *routine*, prevedibilità e identità, quindi la necessità di una base stabile e affidabile da cui l'individuo possa sentirsi sicuro per esplorare e apportare cambiamenti alle proprie condizioni; il bisogno di analizzare gli *input* sensoriali, tenendo conto delle differenze di elaborazione sensoriale nelle persone con ASD; il bisogno di concentrarsi sugli interessi, che può facilitare il loro benessere; il bisogno di una guida, che possa orientare il loro funzionamento sociale e pratico in un ambiente neuro-tipico. L'importanza nell'identificazione di tali bisogni sta nel prevenire l'errore di ridurre comportamenti che possono apparire insoliti (come il focus sugli interessi selettivi) ma che invece soddisfano i bisogni della persona con ASD o, al contrario, aumentare comportamenti neuro-tipici, che però frustrano i suoi bisogni specifici.

L'esiguità di studi esistenti sull'applicazione della Schema Therapy per il ASD ad Alto Funzionamento, con o senza condizioni psicopatologiche complesse in comorbidità, non permette di sostenere con robustezza l'efficacia di tale intervento, richiedendo la conduzione di studi randomizzati controllati, che si avvalgano di campioni più ampi e di un modello di Schema Therapy che tenga conto dei meccanismi di *coping* e dei bisogni specifici delle persone con ASD.

La Metacognizione come *fil rouge* negli interventi per il ASD ad Alto Funzionamento

Quando parliamo di metacognizione ci riferiamo alla capacità globale di osservare, riflettere e modificare le proprie rappresentazioni mentali. Queste meta-rappresentazioni sono alla base della metacognizione, intesa come la capacità di comprendere gli stati e i processi mentali propri e altrui, utilizzando queste conoscenze per agire sulla propria sofferenza e regolare le proprie condotte interpersonali nella vita quotidiana (Carcione, Nicolò, & Semerari, 2016).

Sulla base degli studi condotti sulla ToM nell'autismo (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985), Frith e Happé (1999) suggeriscono che i meccanismi responsabili del riconoscimento e della descrizione degli stati mentali altrui sono simili a quelli richiesti per leggere e riconoscere i propri stati mentali, evidenziando pertanto come nell'autismo “è probabile che la conoscenza di sé sia compromessa proprio come lo è la conoscenza di altre menti” (Frith & Happé, 1999, p. 7). L'osservazione di sé, come parte delle Funzioni Esecutive, è un precursore e una componente fondamentale dell'autocomprensione, diventando quindi necessario per lo sviluppo della ToM. Ne deriva che Funzioni Esecutive alterate causerebbero carenze nelle abilità di ToM (Şahin et al., 2019), limitando l'assunzione della prospettiva dell'altro e la valutazione del suo comportamento, oltre che incidendo a sua volta sul riconoscimento delle proprie e altrui emozioni e sulla loro regolazione (Atwood, 2019). Il profilo deficitario che il ASD presenta nelle Funzioni Esecutive (Kouklari et al. 2017; Salehinejad et al., 2021) genera difficoltà di *insight* e di inibizione delle risposte, deficit nel riorientamento attentivo e nella flessibilità cognitiva, disregolazione emotiva e comportamentale, oltre che difficoltà nel funzionamento psicosociale (Cai et al., 2018; Keluskar, 2021). Date queste premesse, la conoscenza di come operano le Funzioni Esecutive nella persona neuro-atipica risulta importante per poter distinguere una disfunzione metacognitiva basata su un profilo di funzionamento autistico da quella che caratterizza un Disturbo della Personalità (Di Pasquale, 2023).

Ad oggi, nel panorama cognitivista, non esistono protocolli di intervento che abbiano come focus specifico il miglioramento delle funzioni metacognitive interpersonali nel ASD, sebbene alcuni ricercatori abbiano utilizzato interventi CBT standard e di Terza Onda che possono agire anche su questo aspetto. A tal proposito, ad esempio, Cheli e Cavalletti (2023) hanno integrato tecniche derivanti dalle terapie orientate alla metacognizione e dalla Compassion Focused Therapy (Cheli et al., 2023) nel trattamento di due ragazze adolescenti con Sindrome di *Savant*. Nello specifico, un modulo del protocollo prevedeva di migliorare la relazione fra Sé-Sé e Sé-Altro, supportando le pazienti nell'aumentare la capacità di comprendere ed entrare in risonanza con i propri e altrui stati mentali, tentando di adattare la propria neurodiversità allo specifico contesto relazionale. Gli autori

hanno osservato come le partecipanti avessero una buona ma instabile capacità di mentalizzare gli stati mentali altrui, con una limitata capacità auto-riflessiva e di decentramento dalle proprie emozioni. In aggiunta a questo, è emerso un massiccio ricorso a meccanismi di ipercompensazione, tipici del fenotipo femminile (Atwood, 2019; Hull et al., 2020), che causavano un'inibizione dei propri bisogni e difficoltà, aumentando il disagio psicologico. Al fine di stimolare il funzionamento metacognitivo delle pazienti, i terapeuti hanno fatto spesso ricorso all'auto-svelamento in seduta, mentre l'utilizzo di tecniche esperienziali e narrative serviva ad aumentare la consapevolezza dei propri tratti e schemi ricorrenti. La pratica di tecniche di *mindfulness* e di immaginazione invece è stata impiegata allo scopo di implementare le strategie di padroneggiamento del disagio emotivo nei contesti di socializzazione. Nonostante i limiti campionari e il *design* qualitativo dello studio, l'intervento ha riportato un miglioramento della metacognizione, mantenuto anche al *follow-up*, e cambiamenti nella comunicazione sociale.

Essendo le funzioni metacognitive la base del funzionamento personale e interpersonale, il loro sviluppo e potenziamento potrebbe essere un obiettivo terapeutico importante nel lavoro con la persona con ASD ad Alto Funzionamento. Il punto di partenza è sempre la costruzione di un dialogo interno e lo sviluppo della consapevolezza dei propri stati mentali, in quanto per la persona con ASD risulta complicato categorizzare e dare un ordine e un senso alle informazioni, generando un sovraccarico di idee e sensazioni che possono esitare in *meltdown* o *shutdown* (Di Pasquale, 2023). Facendo una riflessione complessiva sulla letteratura citata nel presente elaborato, gli interventi di psicoeducazione emotiva e sul Disturbo dello Spettro Autistico (Atwood, 2019; Castaldo et al., 2021; Kerns et al., 2016; Spain, Musich, & White, 2022), l'osservazione e la consapevolezza dei pattern cognitivi, emotivi e comportamentali mediante l'uso di ABC e di schede di monitoraggio (Di Pasquale, 2023; Spain & Happé, 2020), le abilità *mindfulness* (Hartmann et al., 2019; Segal, Williams & Teasdale, 2002; Beck et al., 2020b; Conner & White, 2018), l'analisi della catena comportamentale (Ritschel, Guy, & Maddox, 2022) e l'identificazione degli Schemi Maladattivi Precoci e dei *mode* (Di Pasquale, 2023; Oshima et al., 2018; Oshima et al., 2021; Vujk & Arntz, 2017; Vujk et al., 2023) sono tutte modalità che vanno a lavorare per ridurre il disturbo del monitoraggio nelle persone con ASD e incrementare anche la funzione di integrazione (Carcione, Nicolò, & Semerari, 2016). Nel ASD, i deficit in quest'ultimo dominio spesso si manifestano attraverso narrazioni confuse, dove gli elementi dell'esperienza si mescolano fra loro e si perde il senso globale e integrato del racconto, con passaggi repentini da stati di disperazione e angoscia a stati di ilarità. Si suggerisce che, molto probabilmente, alla base di tale disfunzione vi siano un malfunzionamento delle Funzioni Esecutive (Kouklari et al. 2017; Salehinejad et al., 2021), della capacità di categorizzazione

concettuale (Di Pasquale, 2023) e la debolezza nella coerenza centrale (Frith & Happé, 1994). Lavorare sul monitoraggio e l'integrazione con la persona autistica significa essere molto attivi e supportivi nella creazione di un modello di funzionamento interno schematizzato e condiviso con il paziente, che consenta di avere chiari, collegati e integrati insieme gli ingredienti degli stati mentali. Nella terapia con la persona autistica: “[...] non si abbandona mai l'utilizzo degli ABC oppure di schede di auto-osservazione perchè per elaborare un evento è necessario che ci sia un ordine logico ed esplicito, questo aiuta il paziente ad accedere a collegamenti con il passato oppure a trovare alternative di azione o ancora di riuscire a modificare il comportamento” (Di Pasquale, 2023, p. 112). Nell'uso degli ABC, ad esempio, può essere molto utile collegare i pensieri, le emozioni e le reazioni del corpo attraverso colori, schemi, frecce e immagini che si associno agli ingredienti dello stato mentale problematico. In questo modo si aiuta la persona con ASD “[...] a memorizzare e costruire un senso personale dell'esperienza, permette di catalogare i vari momenti all'interno della memoria autobiografica e sviluppare connessioni con altri tipi di ricordi” (Di Pasquale, 2023, p. 118).

Implementare la consapevolezza di Sè dovrebbe prevedere anche un approccio che sia destigmatizzante alla neurodiversità, in quanto ciò consentirebbe una maggiore apertura nella discussione di quelli che sono i punti di forza e le risorse di questa popolazione ma anche i limiti che i tratti autistici possono comportare nella propria quotidianità. In questo modo è possibile contribuire allo sviluppo di una concezione di Sè positiva (Cheli & Cavalletti, 2023; Oshima et al., 2021), riducendo il senso di inadeguatezza ma anche normalizzando la possibilità di essere capaci in alcuni ambiti e in altri no, come le persone neurotipiche (Di Pasquale, 2023). In tale senso, gli interventi DBT e di *mindfulness* includono aspetti di accettazione che possono essere più validanti per l'autismo (Agius et al., 2023; Beck et al., 2020b; Conner & White, 2018; Kiep, Spek & Hoeben, 2015; Lee, 2021; Pagni et al., 2020; Sizoo & Kuiper, 2017; Spek, van Ham, & Nyklíček, 2013), così come i protocolli basati sulla Schema Therapy che prevedono l'identificazione dei bisogni emotivi, dei *modes* e degli stili di *coping* disfunzionali reattivi ai tratti autistici per ridurli e trasformarli in un atteggiamento di accettazione delle caratteristiche dello spettro (Bullus, 2019; Oshima et al., 2021).

In linea con il *modus operandi* di Carcione e colleghi (2016), incrementare la consapevolezza del proprio funzionamento interno è essenziale per poter poi lavorare sulle funzioni di differenziazione e decentramento, che nel ASD sono le più complesse da trattare. Per ciò che concerne il decentramento, le persone con ASD hanno difficoltà ad attribuire stati mentali basandosi sulla conoscenza che hanno degli altri e tendono a dedurli sulla base delle proprie caratteristiche o su come avrebbero reagito loro rispetto ad una situazione specifica, fraintendendo spesso le motivazioni altrui (Atwood, 2019; Di Pasquale, 2023). Inoltre le difficoltà di monitoraggio e decentramento determinano, durante eventi

emotivamente attivanti, un'importante agitazione del pensiero con un'attivazione fisiologica ed emotiva di cui non riescono ad essere consapevoli, causando pensieri catastrofici e distorti e reagendo con comportamenti eccessivi o di fuga (Di Pasquale, 2023). La CBT standard e le terapie di Terza Onda adottano modalità differenti per allenare la funzione di differenziazione, come la ristrutturazione cognitiva (Atwood, 2019), l'osservazione non giudicante dei pensieri (Segal, Williams & Teasdale, 2002; Beck et al., 2020; Conner & White, 2018) o il dialogo fra le parti (Di Pasquale, 2023). Il lavoro sulla funzione di decentramento si può avvalere di strumenti quali una buona psicoeducazione preliminare sull'autismo e sui deficit nella ToM; la psicoeducazione emotiva; la costruzione di ABC sugli stati mentali dell'altro e la formulazione di spiegazioni alternative alle sue azioni (Di Pasquale, 2023); la creazione di storie a fumetti (Atwood, 2019; Gray, 1998; Ung et al., 2014; Walters et al., 2016), i *role-playing* nei gruppi di SST (Castaldo et al., 2021) e nei gruppi DBT (Bemmouna et al., 2022; Hartmann et al., 2019; Lee, 2021). Anche l'esplorazione congiunta con il paziente dell'attivazione di un ciclo interpersonale in seduta (Carcione, Nicolò, & Semerari, 2016; Di Pasquale, 2023), condividendo e ricostruendo gli ingredienti dello stato mentale del terapeuta (Cheli & Cavalletti, 2023), consente di allenare la meta-osservazione e la riflessione sulle proprie attribuzioni e sul proprio atteggiamento relazionale.

La costruzione di una consapevolezza del proprio funzionamento interno e dei vari passaggi fra gli stati mentali trova poi un'integrazione conclusiva con gli interventi volti a potenziare le strategie di *mastery* (Carcione et al., 2011). A questo è funzionale la "cassetta degli attrezzi" (Atwood, 2019), in cui poter integrare flessibilmente gli interessi speciali ma anche le tecniche corporee, le abilità di *mindfulness*, le abilità DBT di regolazione emotiva e di tolleranza alla sofferenza, l'implementazione del *mode* adulto sano orientato a soddisfare in modo funzionale i bisogni della persona con ASD.

Conclusioni

Sulla base di quanto esposto, l'integrazione fra la CBT, la Terapia Metacognitiva Interpersonale e altri approcci cognitivo-comportamentali di Terza Onda potrebbe essere funzionale ad aiutare la persona con ASD ad Alto Funzionamento a conoscere come funziona il proprio mondo interno, accogliere i propri limiti ma anche abbracciare le proprie caratteristiche peculiari, al fine di ridurre il senso di inadeguatezza personale. Capire è necessario ma non è sufficiente: per questo, a corredo del lavoro di concettualizzazione del funzionamento interno e di miglioramento delle funzioni metacognitive, occorre ragionare su quali approcci adottare per accompagnare il paziente nel padroneggiamento dei propri stati mentali dolorosi e nell'andare incontro ai propri bisogni, sia personali che interpersonali.

Bibliografia

- Agius, H., Luoto, A.K., Backman, A., Eriksdotter, C., Jayaram-Lindström, N., Bölte, S., & Hirvikoski, T. (2023). Mindfulness-based stress reduction for autistic adults: A feasibility study in an outpatient context. *Autism*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/13623613231172809>
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 5 edizione (DSM-5)*. Milano, Raffaello Cortina.
- Anderson, S., & Morris, J. (2006). Cognitive Behaviour Therapy for People with Asperger Syndrome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(3), 293-303. doi:10.1017/S1352465805002651
- Atwood, T. (2015). *The Complete Guide to Asperger's Syndrome*, Jessica Kingsley Publishers (trad. It. Guida completa alla Sindrome di Asperger, Milano, Edra S.p.A., 2019)
- Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *J Autism Dev Disord*. DOI 10.1007/s10803-016-2872-8
- Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21:37-46.
- Beck, K.B., Conner, C.M., Breitenfeldt, K.E., Northrup, J.B., White, S.W., & Mazefsky, C.A. (2020a). Assessment and Treatment of Emotion Regulation Impairment in Autism Spectrum Disorder Across the Life Span: Current State of the Science and Future Directions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Volume 29, Issue 3, pp 527-542. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.02.003>
- Beck, K.B., Greco, C.M., Terhorst, L.A. et al. (2020b). Mindfulness-Based Stress Reduction for Adults with Autism Spectrum Disorder: Feasibility and Estimated Effects. *Mindfulness* 11, 1286–1297. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01345-2>
- Bedford, S.A., Hunsche, M.C. & Kerns, C.M. (2020). Co-occurrence, Assessment and Treatment of Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adults With Autism Spectrum Disorder. *Curr Psychiatry Rep* 22, 53 <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01176-x>
- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S., & Agresta, J. (1997). *Social skills training for Schizophrenia: A step by step guide*, New York: Guilford Press (trad. It. Social Skills Training per il trattamento della schizofrenia: Guida pratica, Torino, Centro Scientifico Editore, 2003)
- Bemmouna, D., Coutelle, R., Weibel, S. et al. (2022). Feasibility, Acceptability and Preliminary Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Autistic Adults without Intellectual Disability: A Mixed Methods Study. *J Autism Dev Disord* 52, 4337–4354. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05317-w>
- Bulluss, E.K. (2019). Modified schema therapy as a needs based treatment for complex comorbidities in adults with autism spectrum conditions. *Australian Clinical Psychologist*, 1, 1-7
- Bourkhart, K., Knox, M. & Hunter, K. (2018). Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Internalizing Disorders in High-Functioning Youth with Autism Spectrum Disorder. *J Contemp Psychother* 48, 155–163. <https://doi.org/10.1007/s10879-017-9374-7>
- Cachia, R.L., Anderson, A., & Moore, D.W. (2016). Mindfulness in Individuals with Autism Spectrum Disorder: a Systematic Review and Narrative Analysis. *Rev J Autism Dev Disord* 3, 165–178. <https://doi.org/10.1007/s40489-016-0074-0>
- Cai, R.Y., Richdale, A.L., Uljarević, M., Dissanayake, C., & Samson, A.C. (2018). Emotion regulation in autism spectrum disorder: Where we are and where we need to go. *Autism Research*. Jul;11(7):962-978. doi: 10.1002/aur.1968.
- Carcione, A., Nicolò, G., Pedone, R., Popolo, R., Conti, L., Fiore, D., Procacci, M., Semerari, A., & Dimaggio, G. (2011) Metacognitive mastery dysfunctions in personality disorder psychotherapy, *Psychiatry Research*, Volume 190, Issue 1, pp. 60-71
- Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. (2016). *Curare i casi complessi. La Terapia Metacognitiva Interpersonale dei disturbi di personalità*. Bari-Roma, Gius. Laterza & Figli Spa.
- Castaldo, R., Bari, S., Tocchi, G., & Keller, R. (2021). *Manuale di social skills training nell'intervento con persone con autismo in adolescenza ed età adulta*. Milano, Edra S.p.A.
- Chancel, R., Miot, S., Dellapiazza, F., & Baghdadi, A. (2022). Group-based educational interventions in adolescents and young adults with ASD without ID: a systematic review focusing on the transition to adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 31, 1–21 <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01609-1>

- Cheli, S., & Cavalletti, V. (2023). An Evolutionarily Oriented Therapy for Autistic Adolescents with Extraordinary Skills: A Two-Case Series. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 53, 297-304.
- Cheli, S., Cavalletti, V., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Petrocchi, N., Chiarello, F., Enzo, C., Velicogna, F., Mancini, F., & Goldzweig, G. (2023). A pilot randomized controlled trial comparing a novel compassion and metacognition approach for schizotypal personality disorder with a combination of cognitive therapy and psychopharmacological treatment. *BMC Psychiatry*, 23(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04610-5>
- Conner, C.M., & White, S.W. (2018). Brief Report: Feasibility and Preliminary Efficacy of Individual Mindfulness Therapy for Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord* 48, 290–300. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3312-0>
- Consolini, M., Lopes, E.J., & Lopes, R.F.F. (2019). Cognitive Behavioral Therapy for High-functioning Autism Spectrum Disorder: integrative review. *Rev. bras.ter. cogn.* [online], vol.15, n.1, pp. 38-50. ISSN 1808-5687. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190007>
- Cornwall, P., Simpson, S., Gibbs, C., & Morfee, V. (2021). Evaluation of radically open dialectical behaviour therapy in an adult community mental health team: Effectiveness in people with autism spectrum disorders. *BJPsych Bulletin*, 45(3), 146-153. doi:10.1192/bjb.2020.113
- Dell’Osso, L., Cremone, I.M., Carpita, B., Fagiolini, A., Massimetti, G., Bossini, L., Vita, A., Barlati, S., Carmassi, C., & Gesi, C., (2019). Correlates of autistic traits among patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 83:7-11. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.01.002
- Di Pasquale, R.G. (2023). *Intervento cognitivo-comportamentale integrato per persone autistiche. Trattamento del senso d’inadeguatezza in diagnosi tardive*, Roma, Giovanni Fioriti Editore srl.
- Flygare, O., Andersson, E., Ringberg, H., Hellstadius, A.C., Edbacken, J., Enander, J., Dahl, M., Aspvall, K., Windh, I., Russell, A., Mataix-Cols, D., & Rück, C. (2020). Adapted cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder with co-occurring autism spectrum disorder: A clinical effectiveness study. *Autism* (1):190-199. doi: 10.1177/1362361319856974
- Forbes, Z.N.M., & Miller, K. (2023). Mindfulness-Based Stress Reduction in the Treatment of Adults with Autism Spectrum Disorder: a Systematic Review of Interventional Studies. *Rev J Autism Dev Disord*. <https://doi.org/10.1007/s40489-023-00398-y>
- Frith, U., & Happé, F. (1994). Autism: beyond “theory of mind”. *Cognition* 50, 115-132
- Frith, U., & Happé, F. (1999). Theory of Mind and Self-Consciousness: What Is It Like to Be Autistic?. *Mind & Language*, Vol. 14, 1-22.
- Gaus, V. (2019). *Cognitive-Behavioral Therapy for Adults with Autism Spectrum Disorder. Second Edition.*, New York. Guilford Press.
- Goodman, L.R. (2014). Assessment and training of metacognition in autism spectrum disorder. *Psychology, Education, Medicine*.
- Gormley, E., Ryan, C., & McCusker, C. (2021) Alexithymia is Associated with Emotion Dysregulation in Young People with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 34, 171–186. <https://doi.org/10.1007/s10882-021-09795-9>
- Gray, C.A. (1998). Social stories and comic strip conversations with students with Asperger syndrome and high-functioning autism. In E. Schopler, G. B. Mesibov, & L. J. Kuncze (Eds.), *Asperger syndrome or high-functioning autism?* (pp. 167–198). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-5369-4_9
- Hartley, M., Dorstyn, D., & Due, C. (2019). Mindfulness for Children and Adults with Autism Spectrum Disorder and Their Caregivers: A Meta-analysis, *Journal of Autism and Developmental Disorders* <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04145-3>
- Hartmann, K., Urbano, M., Manser, K., & Okwara, L. (2012). Modified Dialectical Behavior Therapy to Improve Emotion Regulation in Autism Spectrum Disorders. In: Richardson C, Wood R, editors. *Autism Spectrum Disorders*. Nova Science Publishers, pp. 41–72.
- Hartmann, K., Urbano, M.R., Raffaele, C.T., Kreiser, N.L., Williams, T.V., Qualls, L.R., & Elkins, D.E. (2019). Outcomes of an emotion regulation intervention group in young adults with autism spectrum disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 83(3), 259–277. doi:10.1521/bumc.2019.83.3.259
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.
- Hull, L., Petrides, K.V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., La, M.C., & Mangy, W. (2017). “Putting on My Best Normal”: Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. *J Autism Dev Disord* 47, 2519–2534 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5>

- Kabat-Zinn, J. (1982) An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33–47.)
- Kabat-Zin, J. (1994) *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Keehn, R.H.M., Lincoln, A.J., Brown, M.Z., & Chavira, D.A. (2013). The Coping Cat program for children with anxiety and autism spectrum disorder: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(1), 57–67.)
- Keenan, E.G., Gurba, A.N., Mahaffey, B., Kappenberg, C.F., & Lerner, M.D. (2022). Leveling Up Dialectical Behavior Therapy for Autistic Individuals with Emotion Dysregulation: Clinical and Personal Insights. DOI: 10.1089/aut.2022.0011
- Keller, R. (2019). *Psychopathology in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorders*. Springer Nature, Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-26276-1>
- Keluskar, J., Reicher, D., Gorecki, A., Mazefsky, C., & Crowell, J.A. (2021). Understanding, Assessing, and Intervening with Emotion Dysregulation in Autism Spectrum Disorder: A Developmental Perspective. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Volume 30, Issue 2, pp. 335-348. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.10.013>
- Kerns, C., Roux, A., Connell, J., & Shattuck, P. (2016). Adapting Cognitive Behavioral Techniques to Address Anxiety and Depression in Cognitively Able Emerging Adults on the Autism Spectrum. *Cognitive and Behavioral Practice*, Vol. 23, 329-340.
- Kiep, M., Spek, A.A., & Hoeben, L. (2015). Mindfulness-Based Therapy in Adults with an Autism Spectrum Disorder: Do Treatment Effects Last?. *Mindfulness* 6, 637–644. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0299-x>
- Kose, L.K., Fox, L., & Storch, E.A. (2018). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Individuals with Autism Spectrum Disorders and Comorbid Obsessive-Compulsive Disorder: A Review of the Research. *J Dev Phys Disabil* 30, 69–87 <https://doi.org/10.1007/s10882-017-9559-8>
- Kouklari, E. C., Thompson, T., Monks, C. P., & Tsermentseli, S. (2017). Hot and cool executive function and its relation to theory of mind in children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Cognition and Development*, 4(18), 399-418. <http://dx.doi.org/10.1080/15248372.2017.1339708>
- Lai, M.C., & Baron-Cohen, S. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions, *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 1013–27
- Lee, H. (2021). The Preliminary feasibility and efficacy of modified dialectical behavior therapy skills training on emotion regulation for young adults with autism spectrum disorder. A dissertation. In <https://d.lib.msu.edu/etd>. <https://doi.org/doi:10.25335/6gan-tn51>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Disorder*, The Guilford Press, (trad. It. Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello DBT. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2001).
- Linehan, M. (2015). *DBT Skills Training Manual, Second Edition*, The Guildford Press (trad. It. DBT Skills Training Manuale, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2015).
- Lynch, T. R. (2018). *Radically open dialectical behavior therapy: Theory and practice for treating disorders of overcontrol*. New Harbinger Publications, Inc.
- Mazefsky, C.A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B.B., Scahill, L., & White, S.W. (2013). The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(7), 679–688. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.006>
- McGillivray, J.A., & Evert, H.T. (2014). Group cognitive behavioural therapy program shows potential in reducing symptoms of depression and stress among young people with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 2041–2051.
- McQuaid, G., Strang, J., & Jack, A. (2022). Borderline personality and late, missed, and mis-diagnosis in female autism: A review of the literature. <https://doi.org/10.31234/osf.io/t37vj>
- Oshima, F., Iwasa, K., Nishinaka, H., & Shimizu, E. (2015). Early Maladaptive Schemas and Autism Spectrum Disorder in Adults. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, Vol. 15 (2), 191-205.
- Oshima, F., Murata, T., Ohtani, T., Set, M., & Shimizu, E. (2021). A preliminary study of schema therapy for young adults with high-functioning autism spectrum disorder: a single-arm, uncontrolled trial. *BMC Res Notes* 14, 158 <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05556-1>
- Oshima, F., Nishinaka, H., Iwasa, K., Ito, E., & Shimizu, E. (2014). Autism Spectrum Traits in Adults Affect Mental Health Status via Early Maladaptive Schemas. *Psychology Research*, Vol. 4 (5), 336-344. DOI:10.17265/2159-5542/2014.05.002

- Oshima, F., Shaw, I.A., Ohtani, T., Iwasa, K., Nishinaka, H., Nakagawa, A., & Shimizu, E. (2018). Schema Therapy for high-functioning autism spectrum disorder with comorbid psychiatric conditions in Young Adults: Results of a Naturalistic Multiple Case Study. *Journal of brain science*, Vol. 48, 43-69. https://doi.org/10.20821/jbs.48.0_43
- Pagni, B.A., Walsh, M.J.M., Foldes, E., Sebnen, A., Dixon, M.V., Guerithault, N., & Braden, B.B. (2020). The neural correlates of mindfulness induced depression reduction in adults with autism spectrum disorder: A pilot study. *Journal of Neuroscience Research*, (), jnr. 24600–. doi:10.1002/jnr.24600
- Poquérusse, J., Pagnini, F., & Langer, E.J. (2021). Mindfulness for Autism. *Adv Neurodev Disord* 5, 77–84. <https://doi.org/10.1007/s41252-020-00180-9>
- Reaven, J., Blakeley-Smith, A., Culhane-Shelburne, K., & Hepburn, S. (2012). Group cognitive behavior therapy for children with high-functioning autism spectrum disorders and anxiety: a randomized trial. *J Child Psychol Psychiatry*. Apr;53(4):410-9. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02486.x.
- Reyes, N.M., Pickard, K., & Reaven, J. (2019). Emotion regulation: A treatment target for autism spectrum disorder. *Bull Menninger Clin*. 83(3):205-234. doi: 10.1521/bumc.2019.83.3.205. PMID: 31502870.
- Rinaldi, C., Attanasio, M., Valenti, M., Mazza, M., & Keller, R. (2021). Autism spectrum disorder and personality disorders: Comorbidity and differential diagnosis. *World J Psychiatry*; 11(12): 1366-1386
- Ritschel, L.A., Guy, L., & Maddox, B.B. (2022). A pilot study of dialectical behaviour therapy skills training for autistic adults. *Behav Cogn Psychother*. 50(2):187-202. doi: 10.1017/S1352465821000370.
- Russell, A.J., Jassi, A., Fullana, M.A., Mack, H., Johnston, K., Heyman, I., Murphy, D.G., & Mataix-Cols, D. (2013). Cognitive behavior therapy for comorbid obsessive-compulsive disorder in high-functioning autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Depress Anxiety* (8):697-708. doi: 10.1002/da.22053. Epub 2013 Feb 6. PMID: 23389964.
- Şahin, B., Bozkurt, A., Usta, M.B., Aydın, M., Çobanoğlu, C., & Karabekiroğlu, K. (2019). Theory of Mind: Development, Neurobiology, Related. Areas and Neurodevelopmental Disorders. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*; 11(1):24-41 doi: 10.18863/pgy.390629
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press
- Salehinejad, M.A., Ghanavati, E., Rashid, M., & Nitsche, M.A. (2021). Hot and cold executive functions in the brain: A prefrontal-cingular network. *Brain and neuroscience advances*, 5, 23982128211007769. <https://doi.org/10.1177/23982128211007769>
- Santomauro, D., Sheffield, J., & Sofronoff, K. (2016). Depression in adolescents with ASD: A Pilot RCT of a group intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(2), 572–588.
- Semerari, A. (2000) *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Bari-Roma, Gius. Laterza & Figli Spa
- Shkedy, G., Shkedy, D., & Sandoval-Norton, A.H. (2019). Treating self-injurious behaviors in autism spectrum disorder, *Cogent Psychology*, 6:1, DOI: 10.1080/23311908.2019.16827661.
- Sizoo, B.B., & Kuiper, E. (2017). Cognitive behavioural therapy and mindfulness based stress reduction may be equally effective in reducing anxiety and depression in adults with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 64, 47–55.
- Spain, D., & Blainey, S.H. (2017). Enhancing self-esteem in adults with autism spectrum disorders: a pilot cognitive behaviour therapy (CBT) group intervention, *Advances in Autism*, Vol. 3 No. 2, pp. 66-75. <https://doi.org/10.1108/AIA-06-2016-0018>
- Spain, D., Blainey S.H., & Vaillancourt, K. (2017). Group cognitive behaviour therapy (CBT) for social interaction anxiety in adults with autism spectrum disorders (ASD), *Research in Autism Spectrum Disorders* 41–42, 20–30
- Spain, D., & Happé, F. (2020). How to Optimise Cognitive Behaviour Therapy (CBT) for People with Autism Spectrum Disorders (ASD): A Delphi Study. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther* 38, 184–208. <https://doi.org/10.1007/s10942-019-00335-1>
- Spain, D., Musich, F.M., & White, S.W. (2022). *Psychological Therapies for Adults with Autism*. New York, online edn, Oxford Academic <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780197548462.001.0001>
- Spain, D., O'Neill, L., Harwood, L., & Chaplin, E. (2016). Psychological interventions for adults with ASD: clinical approaches, *Advances in Autism*, Vol. 2 No. 1, pp. 24-30. <https://doi.org/10.1108/AIA-09-2015-0016>
- Spain, D., Sin, J., Chalder, T., Murphy, D., & Happé, F. (2015). Cognitive behaviour therapy for adults with autism spectrum disorders and psychiatric co-morbidity: A review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 9, 151–162 <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.10.019>
- Spain, D., Sin, J., Harwood, L., Mendez, M.A., & Happé, F. (2017). Cognitive behaviour therapy for social anxiety in autism spectrum disorder: a systematic review. *Advances in Autism*, Vol. 3 Iss 1 pp. 34 - 46

- Spek, A.A., van Ham, N.C., & Nyklíček, I. (2013). Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: a randomized controlled trial. *Res Dev Disabil*, 34(1):246-53. doi: 10.1016/j.ridd.2012.08.009.
- Storch, E.A., Lewin, A.B., Collier, A.B., Arnold, E., De Nadai, A.S., Dane, B.F., *et al.* (2015). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy versus treatment as usual for adolescents with autism spectrum disorders and comorbid anxiety. *Depression and Anxiety*, 32(3), 174–181
- Swenson, C.R. (2016). *IDBT Principles in Action. Acceptance, Change and Dialectics*, The Guildford Press (trad. It. I principi della DBT in azione. Accettazione, cambiamento e dialettica. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2018)
- Tubío-Fungueiriño, M., Cruz, S., Sampaio, A., Carracedo, A., & Fernández-Prieto, M. (2020). Social Camouflaging in Females with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders* <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04695-x>
- Ung, D., Selles, R., Small, B.J., & Storch, E.A. (2014). A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Youth with High-Functioning Autism Spectrum Disorders. *Child Psychiatry Hum Dev*. DOI 10.1007/s10578-014-0494-y
- Vuijk, R. & Arntz, A. (2017). Schema therapy as treatment for adults with autism spectrum disorder and comorbid personality disorder: Protocol of a multiple-baseline case series study testing cognitive-behavioral and experiential interventions. *Contemporary Clinical Trials Communications*, Volume 5, Pp. 80-85.
- Vuijk, R., Deen, M., Sizoo, B., & Arntz, A. (2018). Temperament, character and personality disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic literature review and meta-analysis. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 5, 176–197. <https://doi.org/10.1007/s40489-018-0131-y>
- Vuijk, R., Deen, M., Geurts, H.M., & Arntz, A. (2023). Schema therapy for personality disorders in autistic adults: Results of a multiple case series study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Volume 3 (2) pp. 458-472 <https://doi.org/10.1002/cpp.2817>
- Walters, S., Loades, M., & Russell, A. (2016). A Systematic Review of Effective Modifications to Cognitive Behavioural Therapy for Young People with Autism Spectrum Disorders. *Rev J Autism Dev Disord* 3, 137–153. <https://doi.org/10.1007/s40489-016-0072-2>
- White, S.W., Albano, A.M., Johnson, C.R., Kasari, C., Ollendick, T., Klin, A., *et al.* (2010). Development of a cognitive-behavioral intervention program to treat anxiety and social deficits in teens with high-functioning autism. *Clinical Child and Family Psychological Review*, 13(1), 77–90
- White, S.W., Ollendick, T., Albano, A.M., Oswald, D., Johnson, C., Southam-Gerow, M.A., *et al.* (2013). Randomized controlled trial: Multimodal anxiety and social skill intervention for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(2), 382–394.
- Wood, J.J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., & Langer, D.A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 224–234.
- Wood, J.J., Ehrenreich-May, J., Alessandri, M., Fujii, C., Renno, P., Laugeson, E., *et al.* (2015). Cognitive behavioral therapy for early adolescents with autism spectrum disorders and clinical anxiety: A randomized, controlled trial. *Behavioral Therapy*, 46(1), 7–19.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2018). *Schema therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità*, Eriskon.

Elena Maria Tamburrini, Psicologa, Psicoterapeuta,

Specializzanda in psicoterapia cognitiva, training Baggio e Mansutti, Verona

e-mail: tamburrini.elenamaria@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

Sofia: se l'attacco di panico lascia il segno

Francesco Pavani ¹, Sara Bernardelli ^{2,3}

¹Psicologo – psicoterapeuta, P.zza Franklin Delano Roosevelt, 4, 40123, Bologna

²Associazione di Psicoterapia Cognitiva, APC Verona

³Psicologa – psicoterapeuta, Via Paquara, 8, 37132, Verona

Riassunto

Nel presente elaborato viene descritto il caso clinico di Sofia, un'adolescente che presenta un disturbo di panico caratterizzato, in particolare, da sintomi dissociativi. La sofferenza della giovane è principalmente legata al timore di aver perso la propria sanità mentale dopo il primo attacco di panico avvenuto contestualmente all'assunzione di cannabinoidi. L'analisi del profilo interno mette in evidenza la presenza di un pensiero rigido e dicotomico attraverso il quale la ragazza categorizza le proprie esperienze in termini di normale e anormale, giusto e sbagliato. La sintomatologia dissociativa sperimentata durante il primo attacco di panico ha alimentato l'idea nella giovane di aver sabotato il proprio corpo e la propria mente. La sensazione di non essere più come prima, di essere anormale, unita al timore di non poter riuscire a perseguire i propri obiettivi di vita ha portato Sofia a rimuginare a lungo sui propri vissuti e ad adottare l'evitamento come meccanismo di coping. Il trattamento psicoterapeutico ha avuto come principale obiettivo la riduzione della sofferenza legata agli stati panicosi attraverso la condivisione di strumenti e conoscenze che permettessero alla giovane di comprendere e gestire tale sintomatologia. L'aumento del senso di agency ha permesso di lavorare, in un secondo momento, sui sintomi dissociativi, normalizzando ed accettando la possibilità di provare sensazioni apparentemente anormali ed interrompendo così i cicli rimuginativi. Infine sono state messe in discussione le doverizzazioni ed è stato promosso uno stile comunicativo utile a favorire un'adeguata espressione dei bisogni della ragazza.

Parole chiave: disturbo di panico, dissociazione, adolescenza, ansia, rimuginazione.

Sofia: if the panic attack leaves its mark

Summary

This paper describes the clinical case of Sofia, an adolescent who presents a panic disorder characterized, in particular, by dissociative symptoms. The young woman's suffering is mainly linked to the fear of having lost her sanity after the first panic attack which occurred at the same time as taking cannabinoids. The analysis of the internal profile highlights the presence of a rigid and dichotomous thought through which the girl categorizes her experiences in terms of normal and abnormal, right and wrong. The dissociative symptoms experienced during the first panic attack fueled the young woman's idea of having sabotaged her own body and mind. The feeling of no longer being the same as before, of being abnormal, combined with the fear of not being able to pursue her life goals led Sofia to ruminate on her experiences for a long time and to adopt avoidance as a coping mechanism. The psychotherapeutic treatment had as its main objective the reduction of suffering linked to panic states through the sharing of tools and knowledge that would allow the young woman to understand and manage these symptoms. The increased sense of agency allowed us to work, secondly, on

Francesco Pavani e Sara Bernardelli, Sofia: se l'attacco di panico lascia il segno, N. 33, 2024, pp. 121-137.

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

dissociative symptoms, normalizing and accepting the possibility of experiencing apparently abnormal sensations and thus interrupting the brooding cycles. Finally, demandiness were questioned and a communication style useful for encouraging an adequate expression of the girl's needs was promoted.

Keywords: panic disorder, dissociation, adolescence, anxiety, rumination.

Introduzione

I disturbi d'ansia in età evolutiva interessano un numero elevato di bambini e adolescenti che giungono all'osservazione dei clinici e, negli ultimi anni, i dati hanno evidenziato un incremento di queste diagnosi in età evolutiva (Bitsko et al., 2018). Il caso di Sofia, presentato in questo lavoro, descrive il disturbo d'ansia e l'intervento in ottica REBT – Rational Emotive Behavior Therapy (Ellis, 1955). La REBT descrive i pensieri disfunzionali che mantengono i disturbi d'ansia in termini di “Catastrofizzazioni” (ad esempio: “Sarebbe terribile se fallissi in una verifica”), Intolleranza alla frustrazione (ad esempio: “Non sopporto l'idea di poter prendere un brutto voto”), Doverizzazioni (ad esempio: “Gli altri devono sempre avere una buona idea di me”) e Autosvalutazioni (ad esempio, “Sono un fallito perché ho preso un brutto voto”) (Hickey & Schwartz, 2020).

In particolare, nel caso presentato, i pensieri disfunzionali che mantengono il disturbo d'ansia sono le Doverizzazioni (*Musts*), la Catastrofizzazione (*Awfulizing*) e l'Autosvalutazione (*Global Ratings of Self*). Viene, poi, spiegato l'intervento suddiviso in diverse fasi, quali, psicoeducazione, rilassamento, ristrutturazione cognitiva. Attenzione viene data, infine, all'importanza del coinvolgimento dei genitori come “co-terapeuti” per supportare la giovane paziente durante il percorso di terapia e lavorare sui fattori di mantenimento di tipo ambientale.

Presentazione del caso

Sofia ha 17 anni, abita con la famiglia in un sobborgo poco lontano dal centro cittadino e frequenta la quarta classe di un liceo. Il nucleo familiare è composto da madre (49 anni), padre (51 anni), due fratelli maggiori (24 e 20 anni) entrambi studenti universitari fuori sede e una sorella minore (14 anni) che frequenta una scuola professionale.

Invio e contesto della terapia

La madre di Sofia, su richiesta della ragazza, ha contattato l'unità operativa di psicologia clinica della azienda per i servizi sanitari nel mese di febbraio 2022. La richiesta di presa in carico è legata ad un episodio accaduto a Sofia qualche settimana prima: durante l'orario scolastico la ragazza ha

lamentato uno stato di malessere caratterizzato da affanno respiratorio, tremori, sensazione di svenimento e pianto.

In seguito alla richiesta di presa in carico è stato programmato un primo incontro con i genitori, e, successivamente, colloqui a cadenza settimanale con la giovane per i primi due mesi di trattamento.

Il primo colloquio con i genitori

L'incontro con i genitori è stato scandito dagli interventi materni, coinvolti e preoccupati per le difficoltà che la figlia stava attraversando: *“Sofia, non mi aspettavo questa cosa. La ragazza ha sempre dato l'idea di essere una persona che sa quello che fa”*. I genitori della giovane dimostrano atteggiamenti differenti: la madre è molto presente nella vita e nelle decisioni dei figli, è una donna con la tendenza al controllo, è il motore dell'organizzazione familiare, è particolarmente giudicante quando le viene chiesto di descrivere gli altri membri della famiglia. Il padre, è un uomo apparentemente riservato, sembra essere meno preoccupato rispetto alla moglie anche se al tempo stesso ritiene necessario intervenire per aiutare Sofia. L'uomo dimostra la tendenza a minimizzare e contenere quanto viene riportato dalla consorte nel tentativo di rassicurarla ed alleggerirne il carico emotivo.

Di particolare rilievo è risultato il racconto di un episodio risalente a qualche anno prima e riportato dalla madre: *“Anni fa a me è successa la stessa cosa...”* (in riferimento a quanto accaduto a Sofia) *“... Per me è stata una cosa... Io sono precisa, una che tiene la famiglia e tutto ad un certo punto nel mezzo dell'attività lavorativa ho pensato -adesso muoio-. Poi mi hanno portato all'ospedale con il 118”*. L'evento ha portato la signora ad un ricovero di due settimane e ad un periodo di assenza dal lavoro di quasi tre mesi durante i quali la donna non riusciva a restare da sola. Nonostante la sintomatologia ansiosa non è stata fatta alcuna diagnosi specifica e nessuna terapia; solo a distanza di anni la donna ha realizzato di aver avuto un attacco di panico: *“La causa principale è che ero sotto pressione per il lavoro. Il lavoro mi piaceva ma sono una che da tutto. Può essere però che tutto questo mettere troppo sia venuto fuori così e l'organismo ha detto che ci si deve fermare. La fatica di avere quattro figli, casa, ristrutturazioni, avere i debiti, sono una che fa quadrare anche i bilanci”*.

Descrizione del problema

Sofia arriva puntuale al primo incontro, è accompagnata dalla madre che resta fuori ad aspettarla. Si dimostra nervosa e inizialmente mantiene le braccia strette al ventre e le mani nelle

maniche della felpa. La giovane si dimostra disponibile a raccontare di sé sin da subito. L'eloquio, l'organizzazione dei pensieri e i temi portati paiono adeguati alla sua età. La ragazza, inoltre, dimostra una buona capacità introspettiva.

Durante la prima seduta Sofia descrive la sua quotidianità e le sue passioni: frequenta il liceo più prestigioso della città, un istituto che richiede alti standard di prestazione. Oltre la scuola ha voluto cimentarsi in diverse attività extrascolastiche che le richiedono grande impegno: la frequentazione di corsi di inglese per ottenere la certificazione internazionale, la presenza agli allenamenti di nuoto per l'agonistica, le ripetizioni ad una ragazza più giovane e, quando possibile, il lavoro da bagnina presso la piscina comunale. Sofia è consapevole di essersi fatta carico di numerosi impegni, forse troppi: *“Quando sono tornata (rientro a scuola dopo il periodo di vacanze natalizie) avevo tante cose da fare. Tanto peso di cose da fare. Ho troppe cose da fare. Non è che non ce la faccio ma è proprio troppo”*. L'elevato numero di impegni porta la giovane a non dedicare del tempo a sé stessa, ai propri svaghi: *“Poi finisce che passo il tempo a studiare e non ho tempo per fare le cose che voglio fare”*. Le rare occasioni nelle quali riesce a ritagliarsi del tempo libero non sa godere a pieno quei momenti, traducendoli in tempo perso, momenti nei quali non è stata produttiva come avrebbe dovuto: *“poi quando ho tempo per me mi dico: no, ma non faccio niente, devo avere delle cose da fare”*.

Sofia descrive positivamente la sua famiglia anche se si sente più sola da quando, a settembre, uno dei due fratelli, quello a cui è più affezionata, sia andato a studiare all'università, trasferendosi in un'altra città: la ragazza racconta di essere rimasta priva di una figura di riferimento importante, capace di ascoltarla e consigliarla nei momenti di difficoltà, il fratello maggiore che ti protegge quando qualcosa non va. A casa, invece, è presente la sorella minore con la quale Sofia non va molto d'accordo, litigano spesso, non hanno interessi in comune e solo raramente escono insieme. L'ambiente casalingo è radicalmente mutato privando Sofia del suo principale alleato.

L'attacco di panico che ha portato Sofia a decidere di chiedere aiuto risale al mese di Febbraio 2022. La ragazza si trovava sull'autobus al mattino presto diretta verso la scuola. Una mattinata fredda, un leggero nevischio, era in piedi nel mezzo pubblico particolarmente affollato. Ha dimenticato a casa l'ombrello e non si è ricordata di prendere con sé la sacca con il cambio per l'ora di ginnastica. Inizia a riflettere sull'ultimo periodo, sulle diverse dimenticanze, ha la sensazione che qualcosa sia cambiato in lei, si sente anormale e preoccupata. Le operazioni di rimuginazione portano la ragazza a sentirsi via via sempre più strana e dissociata. All'arrivo a scuola l'ansia cresce e con essa aumentano le sensazioni fisiche della giovane: vampate di calore, giramento di testa, pressione al petto, senso di svenimento. La prima lezione è quella di ginnastica, il professore

rivolgendosi alla ragazza le chiede se ci sia qualcosa che non va: Sofia va nel panico, inizia ad iperventilare, ha paura di quello che sta provando e scoppia in un pianto diretto. La preoccupazione di Sofia è relativa al timore di poter perdere la salute mentale, di non tornare più in sé, di non riuscire a perseguire i suoi obiettivi: *“Nel senso che magari cioè divento magari pazzo. Perdo la mia salute mentale, la mia mente e quindi sono un corpo che non ha coscienza di sé e se voglio fare qualcosa non riesco a farla, capito, per quello. Rimanere così a vita senza poter fare le cose che voglio, che mi piacciono oppure mi sono rivista magari i miei desideri, le cose che voglio fare nella vita, sparire tutte perché mi dico io in questa situazione non posso, non riesco a vivere così. Quindi forse è la sensazione di rimanere così a vita. Che è peggio della morte secondo me”*.

Con il passare degli incontri, maturata una buona relazione terapeutica, Sofia racconta come l'episodio capitato a scuola non fosse stato il primo attacco di panico. Una sera di qualche mese prima si trovava in uno dei parchi della città in compagnia di un' amica; durante la serata avevano assunto cannabinoidi. I livelli di attivazione fisiologici indotti dalla sostanza sono risultati difficilmente gestibili per Sofia che in quella circostanza ha provato per la prima volta un attacco di panico caratterizzato da sintomi dissociativi: *“Ad una certa non ho visto niente. Tipo black out e ho iniziato a vedermi da fuori, da sopra, vedevo le gambe camminare, e dopo... Fortissimo, come se non fossi cosciente. Dopo mi è passata la sensazione e mi sono trovata in una stradina e ho sentito un sacco di caldo e ho pensato di aver un attacco di cuore e boh io mi vedevo già in ospedale”*. L'amica di Sofia, vedendo la ragazza preoccupata e con un panico crescente, la rassicurava dicendole che le sensazioni che provava facevano parte del gioco soprattutto se ci si “prende male”. Sofia, in quel caso, è riuscita a gestire le sensazioni dell'attacco di panico anche grazie alla compagnia dell'amica che si è dimostrata in grado di rassicurarla e tranquillizzarla. L'esperienza e le sensazioni provate hanno, ad ogni modo, segnato la ragazza che qualche giorno dopo ha avuto un confronto con il ragazzo con il quale intratteneva una relazione sentimentale. Il fidanzatino, saputo dell'accaduto, aveva stigmatizzato il comportamento della ragazza, favorendo lo sviluppo della credenza di aver fatto qualcosa di estremamente grave, amplificando la sensazione di aver sabotato il proprio corpo e di aver perso la propria sanità mentale.

Trattamenti precedenti

Sofia, prima della presa in carico, non aveva mai intrapreso percorsi di supporto psicologici o psicoterapeutici. Pochi giorni dopo l'episodio dell'attacco di panico a scuola era stata visitata da un medico psichiatra del CSM che, sulla base della sintomatologia riferita, aveva prescritto XANAX e

LORAZEPAM da prendere al bisogno. La giovane ha fatto uso sporadico dei farmaci prescritti dal medico psichiatra per poi sospenderne totalmente l'utilizzo durante gli ultimi mesi di psicoterapia.

Strumenti diagnostici quantitativi

Lo strumento diagnostico somministrato sono state le SAFA – Scale psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (Cianchetti & Sannio Fancello, 2001): più nel dettaglio sono state somministrate le scale SAFA-A (Ansia) e SAFA-S (Somatizzazioni). I risultati sono riportati nella tabella 1.

Tabella 1 – Risultati SAFA-A/s e SAFA-S/m-s

SAFA-A/s	Punteggio Grezzo	Punti T	d.s.
Ansia Generalizzata	19	66	- 1,6
Ansia Sociale	15	74	- 2,4
Ansia da Separazione	14	66	- 1,6
Ansia Scolastica	20	71	- 2,1
Totale	68	74	- 2,4
SAFA-S/m-s	Punteggio Grezzo	Punti T	d.s.
Sintomi somatici	38	>73	> - 2,3
Ipocondria	5	66	- 1,6
Totale	43	71	- 2,1

Nella scala SAFA-A totalizza un totale di 68 punti grezzi (- 2,4 d.s.). Più nel dettaglio totalizza punteggi patologici (> - 2 d.s.) nelle subscale delle SAFA-A “ansia sociale” e “ansia scolastica”.

Nella scala SAFA-S totalizza un totale di 43 punti grezzi (- 2,1 d.s.). Più nel dettaglio totalizza punteggi patologici (> - 2 d.s.) nella subscale delle SAFA-A “sintomi somatici”.

Formulazione diagnostica

Sulla base della storia clinica della paziente, dei vissuti emotivi e di quelli cognitivo-comportamentali, dei risultati ottenuti mediante l'utilizzo di specifici strumenti diagnostici, è

possibile supporre, in accordo con il DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), la presenza di un disturbo di panico (F41.0).

Diagnosi Differenziale

Sofia, nei primi mesi di presa in carico, riferisce con frequenza sintomi dissociativi. In accordo con quanto riportato nel DSM-5 i fattori prossimali precipitanti del disturbo da depersonalizzazione/derealizzazione possono essere legati ad un uso/abuso di sostanze.

La ragazza, da quando è stata presa in carico, ha dimostrato di saper comprendere, contenere e gestire tale sintomatologia che, apparentemente, era più frutto di un'autosuggestione legata alla tematica della perdita della salute mentale e della anormalità.

Profilo interno del disturbo

Sofia, sin dal primo incontro, ha dimostrato la tendenza ad inquadrare le proprie credenze, conoscenze, sensazioni, aspirazioni, il proprio mondo, in una cornice rigida, dicotomica e ricca di giudizio: normalità (giusto) vs anormalità (sbagliato).

Nella famiglia di Sofia l'uso di sostanze stupefacenti è fortemente condannato, una pratica proibita ma soprattutto dannosa per la salute. I genitori di Sofia non sanno che la ragazza ha fatto uso di cannabinoidi. L'interiorizzazione dell'atteggiamento genitoriale in merito all'uso di sostanze ha fatto nascere in Sofia il dubbio di aver commesso qualcosa di irreparabile, di aver compromesso il funzionamento del corpo e della mente. Il fidanzato di Sofia, sentito il racconto della giovane, ha condannato tale comportamento, giudicandolo in maniera grave ed amplificando ancora di più la sensazione di aver fatto qualcosa di sbagliato.

L'idea di aver assunto una droga e di aver danneggiato il proprio corpo si è radicata nei pensieri della ragazza che, pur non assumendo più la sostanza, aveva conservato il ricordo delle sensazioni provate.

Tale sintomatologia, quando presente, porta Sofia ad iperfocalizzarsi sulle proprie sensazioni corporee alimentando ciclicamente tale sensazione. Le difficoltà di concentrazione e di memorizzazione hanno portato la ragazza a demoralizzarsi, favorendo lo sviluppo della tendenza all'evitamento e alla procrastinazione di compiti o di attività piacevoli come la lettura.

A	B	C
<p>Sono al parco con la mia amica e decidiamo di fumare una canna. Ho scelto di fare uso di droga (cannabis) danneggiando il mio corpo Dopo poco provo sensazioni strane: - “Mi sento fuori dalla realtà” - “Sono in Black Out” - “Mi vedo da fuori”</p>	<p>Devo sempre comportarmi in modo da proteggere il mio corpo Ho deciso di fare uso di droga danneggiando il mio corpo, sono una stupida</p>	<p><u>Emozioni e stati d’animo:</u> Senso di colpa Agitazione Confusione Paura <u>Comportamento:</u> Attenzione selettiva sul sintomo</p>
A'	B'	C'
<p>Senso di colpa Agitazione Confusione Paura Ho paura di quello che mi sta succedendo, tutto questo non è normale e non va bene</p>	<p>Devo sempre essere in controllo del mio corpo E’ terribile che io non riesca a controllare e gestire queste sensazioni anormali Sto perdendo il controllo, sto diventando pazza</p>	<p><u>Emozioni e stati d’animo:</u> Ansia Paura Panico <u>Sensazioni corporee:</u> Tachicardia Brividi Sintomi dissociativi Senso di svenimento <u>Comportamento:</u> Ricerca di rassicurazioni</p>

Tabella 2 – ABC – Primo attacco di panico

Sofia inoltre riferisce una maggiore identificazione con la figura materna che, a detta della giovane, le ha permesso di ereditarne sia i pregi che i difetti. Di particolare rilievo sono risultati gli atteggiamenti materni, interiorizzati dalla giovane, in merito alla gestione del tempo libero che hanno favorito in Sofia la tendenza a non permettersi di dedicare del tempo a sé stessa, alle proprie passioni e ai propri interessi ritenendo tali momenti come poco produttivi per il proprio futuro e la propria formazione.

La percezione di non riuscire più a studiare, come avveniva fino a qualche tempo prima, ha alimentato la sensazione di avere “qualcosa che non va”. Il principale timore della giovane è quello di non riuscire più ad essere “normale”, di non riuscire più a fare attività piacevoli e di fallire nello studio. Sofia si definisce severa con se stessa e manifesta preoccupazione se non riesce a portare a termine con buoni risultati i propri impegni. Le difficoltà riportate, relative all’ultimo periodo,

riguardano la performance della ragazza in ambito scolastico: Sofia dimostra difficoltà di concentrazione e, conseguentemente, difficoltà di memorizzazione anche se a livello scolastico non ha ridotto il rendimento. Queste sensazioni e gli stati d'animo portano la ragazza a rimuginare a lungo nel tentativo di trovare una risposta razionale alle sue percezioni e alle sue difficoltà.

A	B	C
<p>Domenica pomeriggio mi trovo a casa e mi metto a guardare una serie su Netflix. Non ho voglia di mettermi ancora a studiare. Tra due settimane ho una prova di matematica difficile. Penso a mia madre che mi dice sempre che dovrei portarmi avanti con i compiti e che guardare serie TV è uno spreco di tempo.</p>	<p>Devo sempre essere produttiva</p> <p>Solo i falliti sprecano il proprio tempo con cose poco produttive</p> <p>Non riesco ad essere produttiva come dovrei, sono una fallita</p>	<p><u>Emozioni e stati d'animo:</u></p> <p>Senso di colpa</p> <p>Tristezza</p> <p><u>Comportamento:</u></p> <p>Rimuginazione</p>

Tabella 3 – ABC – Gestione del tempo libero e produttività

La rimuginazione rispetto alla difficoltà dell'ultimo periodo ha avuto un duplice effetto:

- la necessità di essere normale e la conseguente instaurazione di un pensiero autosvalutante, aggravato dalla prospettiva di fallimento dei propri obiettivi futuri;
- la percezione di essere fisicamente anormale, di avere “qualcosa che non va”.

A	B	C
<p>La mattina mentre vado a scuola in autobus rifletto sull'ultimo periodo. È un po' di tempo che mi sento anormale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Ho difficoltà di concentrazione” - “Mi sento strana” - “Mi capita di avere delle dimenticanze” 	<p>Se voglio perseguire i miei obiettivi di vita e avere valore ho bisogno di essere normale</p> <p>se non posso perseguire i miei obiettivi di vita io non valgo</p>	<p><u>Emozioni e stati d'animo:</u></p> <p>Tristezza</p> <p><u>Comportamento:</u></p> <p>Rimuginazione</p>

Tabella 4 – ABC – Sensazione di “anormalità”

A	B	C
Rifletto sulle strane sensazioni dell'ultimo periodo, mi sento "fuori dalla realtà"	Devo essere normale, non posso sentirmi "fuori dalla realtà" È inaccettabile che io mi senta così in questo periodo	<u>Emozioni e stati d'animo:</u> Ansia <u>Comportamento:</u> Attenzione selettiva sul sintomo
A'	B'	C'
Ansia	Devo mantenere la mia salute mentale Sto diventando pazza, sto perdendo la mia salute mentale! Non posso sopportare di perdere la mia salute mentale, non riuscirei più a vivere	<u>Emozioni e stati d'animo:</u> Ansia Paura Panico <u>Sensazioni corporee:</u> Vertigini Giramento di testa Vampate di calore Sintomi dissociativi Fame d'aria Senso di svenimento <u>Comportamento</u> Pianto

Tabella 5 – ABC – Sentirsi "fuori dalla realtà" e panico

Il suo ripetersi "non è normale che" la porta a considerarsi sbagliata e difettosa in maniera inaccettabile. I tentativi di razionalizzazione delle nuove esperienze hanno portato la paziente a rimuginare, contribuendo ad allontanare la ragazza dal "qui ed ora". Il circolo vizioso di pensiero, non trovando una soluzione adattiva, ha amplificato i vissuti negativi delle sensazioni corporee anomale, esacerbando.

A'	B'	C'
Non è normale come mi sento e non è normale quello che mi sta succedendo	Devo sentirmi normale altrimenti vuol dire che sono sbagliata È terribile che io mi senta anormale, c'è qualcosa di sbagliato in me!	<u>Emozioni e stati d'animo:</u> Tristezza <u>Comportamento:</u> Rimuginazione

Tabella 6 – ABC Secondario

Modello teorico di riferimento

La descrizione del profilo interno di Sofia è in accordo con il modello teorico di Wells (Wells & Leahy, 1998). Lo stato di preoccupazione dovuto alle sensazioni legate all'arousal neurovegetativo né determina un incremento in termini di frequenza e intensità. L'impressione di anormalità e pericolosità di tali sensazioni ne amplifica la gravità percepita. L'interpretazione catastrofica esaspera lo stato di preoccupazione trasformandolo in panico (Fig. 1).

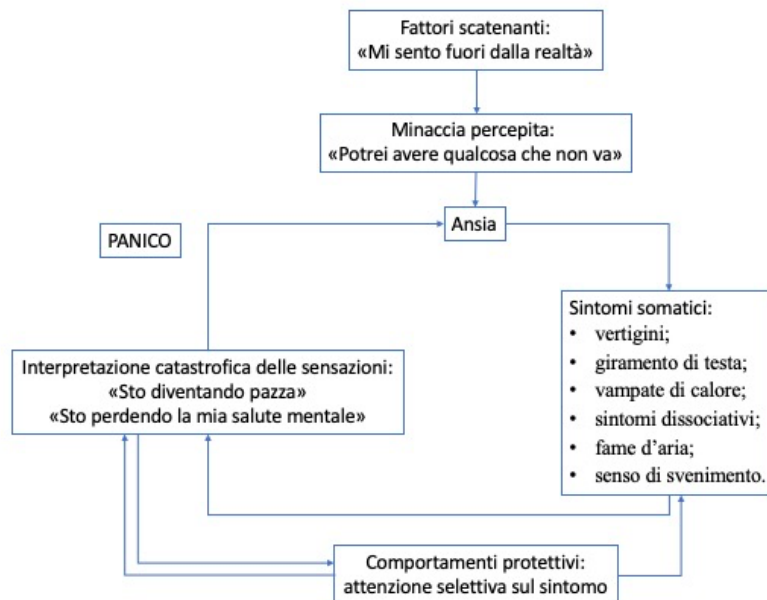


Fig.1 – Rappresentazione del modello cognitivo di Wells applicato al caso

Fattori predisponenti

I diversi fattori predisponenti alla base del profilo interno del disturbo e della psicopatologia sono riconducibili sia a caratteristiche personali che ambientali:

- i fattori genetici giocano un ruolo silenzioso; tuttavia, è importante considerare che la madre di Sofia ha sofferto di un disturbo di panico, determinando così una familiarità per il disturbo;
- a livello temperamentale Sofia è una ragazza timida, introversa e ansiosa. Dimostra difficoltà ad esporsi ed aprirsi sia con i famigliari e le persone a lei vicine sia con persone sconosciute;
- lo stile genitoriale doverizzante, in particolare l'interiorizzazione dell'atteggiamento materno, potrebbe essere alla base della tendenza che Sofia ha dimostrato nel non potersi concedere momenti rilassanti, momenti da dedicare a sé stessa ed ai propri interessi;
- il modello di comunicazione familiare di tipo evitante non ha permesso a Sofia di esternare e trovare elementi di confronto in merito ai suoi vissuti e ai suoi bisogni.
- L'Anxiety Sensitivity potrebbe essere uno dei fattori predisponenti alla base dell'interpretazione negativa delle sensazioni legate all'attivazione neurovegetativa.

Fattori precipitanti

Il fattore di scompensazione principale è identificabile nello stress vissuto dalla ragazza in conseguenza alla notevole quantità di impegni scolastici ed extra-scolastici.

L'esordio è circoscrivibile all'assunzione di cannabinoidi che ha determinato il primo attacco di panico e la comparsa dei sintomi dissociativi.

Fattori di mantenimento

I principali fattori che hanno contribuito al mantenimento dello stato psicopatologico sono di tipo cognitivo, comportamentale ed emotivo.

A livello cognitivo è possibile identificare diversi meccanismi in grado di mantenere ed alimentare i vissuti psicopatologici:

- l'erronea interpretazione dei vissuti, degli stati d'animo e delle emozioni della ragazza come elementi a conferma della propria percepita anormalità (Affect as information);
- il ragionamento dicotomico è esplicativo della tendenza di Sofia a vivere ed interpretare il mondo ed i propri vissuti in maniera rigida e assolutistica (normalità Vs anormalità);

- l'attenzione selettiva sulle sensazioni corporee "anomale" ha contribuito a ridurre la soglia di attivazione delle stesse e ad amplificare quelle percepite;
- il confirmation bias ha portato la ragazza a selezionare solamente quelle informazioni che sostengono l'idea di essere anormale;
- l'interiorizzazione delle doverizzazioni ha contribuito al mantenimento di un atteggiamento rigido e severo;
- l'autovalutazione ha incrementato l'effort necessario per soddisfare gli alti standard autoimposti dalla giovane;
- la tendenza ad amplificare in maniera eccessiva gli eventi negativi e le relative conseguenze alimentano l'idea di un sé debole e volubile (catastrofizzazione).

A livello comportamentale Sofia ha sviluppato una forte tendenza alla rimuginazione, amplificando i vissuti negativi e allontanando la ragazza del "qui ed ora". Le difficoltà percepite ed il timore di non riuscire a proseguire i propri obiettivi ha portato Sofia ad adottare un comportamento evitante: in particolare, soprattutto nelle fasi iniziali della terapia, la ragazza ha rinunciato a ritagliare dei momenti da dedicare a sé stessa, ai propri interessi e alle proprie passioni ritenendo tali circostanze poco produttive. Inoltre, il primo periodo dopo l'episodio di panico a scuola, Sofia ha preferito in alcune occasioni rimanere a casa per il timore che potesse ripresentarsi la sintomatologia panica. L'atteggiamento passivo, le difficoltà ad esternare il proprio mondo interiore anche nei confronti delle persone più vicine ha ostacolato la corretta espressione dei propri bisogni.

I fattori di mantenimento emotivi hanno contribuito a mantenere e intensificare i livelli di disagio provati dalla ragazza. In particolare il senso di colpa legato alle doverizzazioni ("devo essere normale") e alla percezione di essersi coscientemente creata un danno. La discrepanza tra il sé reale e il sé ideale ha prodotto idee autosvalutanti ed emozioni di tristezza. L'ansia e la paura hanno guidato il timore di poter perdere la propria salute mentale.

Trattamento psicoterapeutico

Le sedute sono avvenute negli studi della unità operativa di psicologia clinica dell'azienda per i servizi sanitari. La presa in carico è iniziata nel mese di Marzo 2022 ed è terminata nel mese di Ottobre 2022: sono stati condotti 15 incontri individuali con Sofia, un incontro introduttivo con i genitori della giovane e due incontri congiunti durante i quali erano presenti sia Sofia che i genitori. I primi due mesi gli incontri hanno avuto cadenza settimanale, nei restanti mesi si è optato per appuntamenti con cadenza quindicinale.

Obiettivi del trattamento

Sofia è apparsa sin da subito curiosa e determinata nell'intraprendere il percorso di psicoterapia. La buona predisposizione rispetto al percorso specialistico era accompagnata dalla chiarezza della richiesta che la ragazza ha posto all'interno del setting terapeutico: ridurre lo stato di sofferenza legato alla presenza del disturbo di panico. La definizione e la condivisione del principale obiettivo terapeutico ha permesso di stabilire altri importanti sotto-obiettivi per la buona riuscita del trattamento e per permettere alla ragazza di acquisire, al termine della terapia, una maggiore autonomia: il rafforzamento dell'autostima attraverso la definizione di scopi raggiungibili e perseguibili, la comprensione e l'accettazione della sintomatologia dissociativa, il contenimento delle rimuginazioni attraverso la promozione di un atteggiamento maggiormente rivolto al "qui ed ora", la riduzione delle doverizzazioni che la giovane si impone e la promozione di stili di coping atti a migliorare l'espressione dei propri bisogni. La definizione degli obiettivi non può prescindere da un fondamentale aspetto, indispensabile per la buona riuscita del trattamento, il raggiungimento di una soddisfacente relazione terapeutica che, soprattutto con i pazienti adolescenti può essere un mezzo efficace per ottenere un cambiamento (Cirasola & Midgley, 2022; Norcross & Lambert, 2011).

Razionale, strategie e tecniche di intervento

L'intervento è stato condotto con l'intenzione, in prima battuta, di aiutare Sofia a comprendere e gestire gli attacchi di panico attraverso la normalizzazione delle sensazioni esperite e l'accettazione che queste possano ripresentarsi nel corso della vita nonostante il trattamento. La promozione e l'interiorizzazione di conoscenze e tecniche ha avuto lo scopo di favorire l'autonomia della ragazza rendendola abile a riconoscere e gestire l'eventuale ricomparsa della sintomatologia ansiosa o panica. L'incremento del senso di agency rispetto ai propri vissuti ha favorito, in un secondo momento, un lavoro sui sintomi dissociativi che erano mantenuti ed alimentati da lunghe operazioni di rimuginazione. La messa in discussione delle doverizzazioni ha permesso di mettere in luce il modo in cui il rigido meccanismo autoimposto dalla giovane aggravasse i livelli di stress e di ansia provati. Infine, si è lavorato sull'acquisizione di comportamenti e meccanismi di coping adeguati alla promozione e all'espressione dei propri bisogni.

La prima tecnica utilizzata, finalizzata a rendere consapevole Sofia del disturbo e della sintomatologia associata, è stata la psicoeducazione. Sofia si è presentata come un'adolescente con

un bagaglio importante di domande alle quali non era riuscita a dare una risposta; la ragazza aveva già intuito come gli episodi critici capitati potessero essere categorizzabili come attacchi di panico. Come molti suoi coetanei, i ragazzi della “generazione Z”, aveva fatto ricerche in merito alla sintomatologia esperita trovando numerose informazioni sul web e sui social che, tuttavia, erano frammentarie, confuse, cocci da mettere insieme. L’operazionalizzazione delle situazioni attivanti, dei pensieri contestuali e delle conseguenze emotive e comportamentali mediante la tecnica dell’ABC ha permesso alla ragazza di ordinare e personalizzare i vissuti relativi ai momenti più complessi, riuscendo così a trovare alcune importanti risposte.

Sofia si è dimostrata, nonostante la giovane età, una paziente capace di mettersi in gioco portando all’interno della relazione terapeutica una sana curiosità verso sé stessa e verso gli altri. Tuttavia in presenza di pazienti che dimostrano la tendenza a rimuginare a lungo nel tentativo di gestire e dare una spiegazione alla propria interiorità come in questo caso, può non essere sufficiente lavorare sulla psicoeducazione per prevenire l’escalation di un attacco di panico. Il livello di attivazione emotiva infatti rischia di essere difficilmente contenibile se non viene introdotta una tecnica di rilassamento che permetta di gestire le sensazioni legate all’attivazione neurovegetativa. In questo caso si è lavorato insieme alla paziente nell’applicazione della tecnica del respiro lento in modo da permettere a Sofia di utilizzarla nei momenti di maggiore attivazione. L’applicazione della tecnica suggerita, le risposte fornite in merito all’attacco di panico, la condivisione del modello di Wells (Wells & Leahy, 1998) applicato al caso della giovane hanno permesso a Sofia di imparare a riconoscere e gestire in breve tempo la sintomatologia panica. L’aumento del senso di agency, derivato da una più matura e consapevole capacità di autocontrollo, ha avuto un impatto positivo sulla sua autostima.

Nonostante il successo a breve termine nelle capacità di gestione dei momenti di maggiore attivazione emotiva, rimaneva il nodo da risolvere dei sintomi dissociativi che frequentemente si presentavano nella quotidianità della ragazza. Un’attenta analisi delle situazioni maggiormente attivanti ha permesso di comprendere come tali momenti fossero riconducibili ad un circolo vizioso di pensiero; rimuginazioni sistematiche che portavano Sofia ad iperfocalizzarsi sulla anormalità di tali sensazioni. In questo caso si è ritenuto opportuno lavorare sull’accettazione della presenza di sensazioni dissociative, osservandole senza dover trovare una giustificazione a tutti i costi. L’obiettivo è stato quello di portare Sofia ad uscire dai cicli di pensiero rimuginativi per concentrarsi maggiormente sul “qui ed ora” senza esasperare le particolari sensazioni. La tecnica del rilassamento muscolare progressivo (Jacobson, 1938) ha permesso alla ragazza di entrare maggiormente in contatto con le sensazioni derivanti dal proprio corpo per poi lasciarle scivolare

via, osservandole senza doverle giudicare o categorizzare. Con il susseguirsi degli incontri i sintomi dissociativi si sono ridotti, sono diventati gestibili e temporanei, senza più indurre la ragazza a spendere troppo tempo nel tentativo di gestirli.

Le doverizzazioni sono state affrontate con la tecnica della ristrutturazione cognitiva. La messa in discussione delle doverizzazioni attraverso il metodo socratico è risultata adeguata: l'utilizzo di tecniche come il doppio standard hanno permesso alla giovane di prendere le distanze dai diktat autoimposti per lasciare più spazio ai propri scopi.

Particolarmente rilevanti sono stati gli incontri fatti con i genitori nei quali era presente anche Sofia. Gli incontri congiunti hanno permesso di aprire finestre di dialogo figlia-genitori: i confronti hanno legittimato l'importanza di saper ritagliare del tempo da dedicare a sé stessi e ad attività piacevoli senza che queste potessero essere vissute come momenti scarsamente proficui o poco produttivi.

Infine, si è lavorato con Sofia sull'espressione dei propri bisogni. Durante le sedute emergevano frequentemente delle situazioni sociali nelle quali la ragazza dimostrava un atteggiamento passivo. Alla luce di queste considerazioni si è ritenuto importante introdurre il concetto di assertività: a Sofia sono state sottoposte diverse vignette prototipiche con lo scopo di illustrare alla giovane i diversi stili comunicativi ed allenarla alla categorizzazione. Al termine della fase di apprendimento dei principali stili comunicativi sono state proposte delle situazioni reali portate dalla paziente con l'obiettivo di generalizzare a situazioni concrete quanto appreso. La tecnica del role-playing ha permesso a Sofia di sperimentare, rispetto alle situazioni proposte, i diversi stili comunicativi con l'obiettivo di favorire nella giovane una migliore e consapevole espressione dei propri bisogni nella propria quotidianità.

Conclusioni

Il rapporto con il proprio corpo è un'esperienza in continua evoluzione. A volte capita di provare sensazioni estreme, strane, insolite, eccessive. In alcuni casi lo stupore si mescola alla paura, soprattutto quando il vissuto diventa difficilmente controllabile. Lo shock, nel caso di Sofia, è rappresentato da un'esperienza fuori dal normale, una sensazione anomala che ha lasciato il segno.

In realtà si tratta di una nuova e diversa sensazione che può capitare di sperimentare nella vita. Sofia non era spaventata dalla dissociazione di per sé, ma piuttosto era intimorita dal cambiamento. Rendersi conto che qualcosa era cambiato in lei ovvero non sentirsi più la Sofia di prima e avere il timore di non riuscire più a perseguire i propri obiettivi.

Uno dei punti centrali del percorso psicoterapeutico in questo caso, ma che può essere generalizzato ad altri pazienti, è rappresentato dall'accettazione del cambiamento, qualsiasi direzione esso assuma; non si tratta di rassegnazione ma di adattamento.

Uno degli aspetti maggiormente funzionali dell'adattamento consiste nel rendersi conto che quando si accetta la diversità questa termina di essere tale diventando la nuova normalità. Sofia, nelle fasi finali della terapia, ha dimostrato di aver accettato la sua nuova normalità.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA) (2013), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.
- Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Ghandour, R. M., Blumberg, S. J., Visser, S. N., Perou, R., *et al.* (2018) Epidemiology and impact of health care provider-diagnosed anxiety and depression among US children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 39, 395–403.
- Cianchetti, C., & Sannio Fancello, G. (2001). *SAFA: Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti: Manuale*. Firenze: Giunti Psychometrics.
- Cirasola, A., & Midgley, N. (2023). The alliance with young people: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy*, 60 (1).
- Ellis, A. (1955). New approaches to psychotherapy techniques. *Journal of Clinical Psychology*, 11, 207–260.
- Hickey, M., & Schwartz, S. (2020). RE-CBT in the treatment of anxiety, fears, and phobias among youth. In Rational-emotive and cognitive-behavioral approaches to child and adolescent mental health: theory, practice, research, applications. Springer, Cham, 161-182.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*, University of Chicago Press, Chicago (ed. or. 1929).
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work: II. *Psychotherapy*, 48, 4 – 8.
- Wells, A., & Leahy, R. L. (1998). Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide. *Journal of Cognitive Psychotherapy*.

Francesco Pavani, psicologo - psicoterapeuta

Specializzato in psicoterapia cognitiva - Training Nisi e Bernardelli

e-mail: pavanifra@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