

psicoterapeuti in-formazione

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

Numero 34, dicembre 2024

ISSN 2035-2328

ARTICOLI TEORICI

Danilo Atripaldi, Domenico Mancini, Annalisa Pasquale, Martina Pirrone,
Francesca Baggio, Teresa Cosentino

Esperienza clinica e caratteristiche della formazione nell'effetto del terapeuta pp. 4-16

Giulia Decarli *Il neurofeedback nella terapia cognitivo comportamentale* pp. 17-53

Loredana Portone *La TCC nell'invecchiamento consapevole: un protocollo
mindfulness per la cura dell'anziano fragile* pp. 54-86

CASI CLINICI

Giulia Giannetti *Il caso di A: tra abbandono scolastico e accettazione radicale* pp. 87-99

Elisa Fucà *Oltre il sintomo: il percorso di Luca fra esperienze traumatiche,
evitamento e consapevolezza di sé* pp. 100-117

Elisa Fucà *Irina: la disattenzione tra ADHD e maladaptive daydreaming* pp. 118-135

Giulia De Luca *Pietro: lo spettro dello spettro* pp. 136-146

Claudia Ciabattoni. *Sparire per sopravvivere* pp. 147-160.

psicoterapeuti in-formazione

RESPONSABILE

Claudia Perdighe

VICE-RESPONSABILE

Chiara Mignona

COMITATO DI REDAZIONE

Ivan Pavesi, Cecilia Laglia, Chiara Lignola, Chiara Riso, Giuseppe Romano.

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

Esperienza clinica e caratteristiche della formazione nell'effetto del terapeuta: stato dell'arte

Danilo Atripaldi^{1,2,3}, Domenico Mancini², Annalisa Pasquale², Martina Pirrone², Francesca Baggio², Teresa Cosentino²

¹Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Avanzate, Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli", Napoli

²Scuole di Psicoterapia Cognitiva (APC-SPC), Roma

³Associazione TAM – Tieni A Mente OdV, S. Giorgio a Cremano (NA)

Riassunto

L'effetto del terapeuta sull'efficacia della terapia è stato dimostrato in diversi disegni sperimentali (studi naturalistici, studi osservazionali, studi randomizzati controllati). È opportuno sottolineare che i terapeuti efficaci sono in grado di ottenere sistematicamente risultati migliori rispetto ai terapeuti meno efficaci. Uno dei fattori chiave associato all'effetto del terapeuta è l'esperienza clinica: nonostante le evidenze di efficacia di alcuni interventi (evidence based interventions, EBI), spesso l'applicazione al contesto clinico risulta trasversalmente carente. Questa rassegna ha l'obiettivo di offrire una panoramica del campo della formazione per migliorare la qualità dell'intervento terapeutico. La ricerca bibliografica è avvenuta esaminando i principali database accessibili (ScienceDirect, PubMed, Google Scholar), analizzando le rassegne pubblicate in lingua inglese tra il 2020 ed il 2024. Sono state individuate 3 rassegne che hanno valutato la qualità della formazione di pratiche Evidence-based nel contesto della salute mentale, in campo psicoterapeutico ed in ambito cognitivo-comportamentale. I risultati evidenziano che la sola conoscenza delle pratiche non è sufficiente per l'applicazione. Le caratteristiche della formazione maggiormente efficaci sono rappresentate da modalità intensive (e dalla) possibilità di supervisione dopo la formazione. Considerando tali criticità, risulta cruciale individuare le pratiche di formazione efficaci, al fine di migliorare l'esito degli interventi per la salute mentale.

Parole chiave: pratica basata sulle evidenze, formazione clinica, effetto del terapeuta, salute mentale

Danilo Atripaldi, Domenico Mancini, Annalisa Pasquale, Martina Pirrone, Francesca Baggio, Teresa Cosentino, *Esperienza clinica e caratteristiche della formazione nell'effetto del terapeuta: stato dell'arte*, N. 34, 2024, pp. 4-16.

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

Clinical experience and professional education in therapist's effect: state of art

Summary

Therapist effect on therapy effectiveness have been demonstrated in several experimental designs (naturalistic studies, observational studies, randomized controlled trials). Effective therapists are able to achieve consistently better results compared to less effective therapists. Clinical experience plays a major role: although there is literature emphasizing the effectiveness of evidence-based interventions (EBI), application to the clinical setting is often lacking. This review focuses primarily on resources and critical issues in the education field in order to improve the quality of therapeutic intervention. The literature search was conducted by reviewing the literature available through the main accessible databases (ScienceDirect, PubMed, Google Scholar), analyzing reviews published between 2020 and 2024 on the topic, including only articles available in English. Three reviews were identified that assessed the quality of Evidence-based practice training in the context of mental health, psychotherapeutic field and cognitive-behavioral field. The results show that knowledge of evidence-based practices is not sufficient for application in the clinical setting and that the most effective training features are intensive modalities and with the possibility of supervision even after training. These results highlight the importance of communication skills enhancement interventions, representing a valuable resource in conducting mental health interventions.

Introduzione

Il ruolo del terapeuta in psicoterapia è fondamentale per il successo del trattamento. Il terapeuta agisce come guida e facilitatore nel processo di guarigione, offrendo supporto emotivo, comprensione e competenze specializzate per aiutare il paziente a esplorare ed affrontare i suoi problemi. L'effetto del terapeuta può influenzare significativamente l'esito della terapia, poiché la relazione terapeutica è un fattore chiave nel promuovere il cambiamento e la crescita personale. Tra le variabili che influenzano sensibilmente la relazione terapeutica, un contributo può essere apportato dalla capacità di comunicazione efficace. La comunicazione efficace in terapia implica la capacità di ascoltare attivamente il paziente, di esprimere empatia e comprensione, di chiarire le aspettative e i ruoli di entrambe le parti, nonché di fornire feedback costruttivo e supporto emotivo. Il terapeuta deve essere in grado di comunicare in modo chiaro e di adattare il proprio stile comunicativo alle esigenze e alle preferenze del paziente. Tutto questo consente al paziente di apprendere modalità comunicative differenti, le quali possono costituire la base per la costruzione di competenze maggiormente efficaci nella vita quotidiana.

La relazione terapeutica, costituendo un rapporto diadico, è sensibilmente influenzata dalle caratteristiche del terapeuta: quando parliamo di effetto del terapeuta, è possibile definirlo come “il contributo che può essere attribuito ai terapeuti quando si valuta l'efficacia di un intervento psicologico” (Lutz & Barkham, 2015). Questo concetto comprende aspetti sia clinici che statistici in

quanto gli effetti del terapeuta si riferiscono al contributo del singolo terapeuta apportato alla varianza dell'esito, comparato ad un altro terapeuta che compie lo stesso intervento. Tale effetto potrebbe variare significativamente in funzione del contesto teorico dell'intervento e del disegno sperimentale, ma la consistenza sembra verificarsi anche attraverso le rassegne che hanno esaminato con un campione diverso ed estensivo, oltre che attraverso gli studi clinici randomizzati controllati (Johns et al., 2019). La ricerca condotta in ambito clinico finora non è riuscita ad individuare i fattori responsabili di tale variabilità dell'impatto del terapeuta, ma è stato evidenziato che solo una quota dei terapeuti esaminati longitudinalmente migliora attraverso l'esperienza clinica ed ottiene esiti migliori in termini di impatto sui sintomi clinici (Castonguay & Hill, 2017).

Spesso la diatriba sui fattori intervenienti che determinano l'effetto del terapeuta si è concentrata sui modelli teorici di riferimento, contrapponendo diverse tradizioni psicoterapeutiche; tale approccio ha pertanto accantonato altre caratteristiche del terapeuta, come la formazione ricevuta o l'esperienza clinica maturata (Okiishi et al., 2003). Fin dai primi anni del 2000 (Beutler et al., 2004) sono state esaminate le evidenze per identificare le variabili che caratterizzavano i terapeuti efficaci, senza tuttavia individuare fattori che potessero moderare gli esiti clinici negli studi randomizzati controllati (Barkham et al. 2021). Analizzando gli esiti clinici degli studi pubblicati, Baldwin ed Imel (2013) hanno condotto la rassegna sugli effetti del terapeuta più dettagliata della letteratura presente fino a quel momento. Sono stati identificati 25 studi che riportavano analisi degli effetti fissi (dove i confronti sono rapportati solo al campione di terapeuti utilizzati in ciascuno studio individuale) e 46 studi che utilizzavano effetti casuali (dove gli esiti conseguiti sono stati generalizzati a tutto il campione dei terapeuti esaminati). L'effetto del terapeuta complessivo si attesta in media al 5% sugli esiti clinici ed i terapeuti più efficaci hanno ottenuto risultati in media fino a due volte migliori rispetto ai terapeuti meno efficaci. Indipendentemente dall'approccio terapeutico o dalla cornice teorica utilizzata, alcuni terapeuti sembrerebbero incidere favorevolmente sugli esiti della terapia rispetto ad altri (Johns et al., 2019). Uno dei predittori costanti di tali esiti è rappresentato dalla gravità sintomatologica del paziente, in cui l'effetto del terapeuta si manifesterebbe con entità maggiore nei pazienti più gravi o nei casi complessi (Johns et al., 2019). Prendere in considerazione quindi il concetto di effetto del terapeuta è fondamentale anche per comprendere come migliorare l'esito della terapia. Analizzando questo concetto e prendendo in considerazione gli studi disponibili su di esso, è possibile utilizzarlo al meglio all'interno della formazione clinica.

La rilevanza dimostrata negli studi clinici indicherebbe possibili miglioramenti derivanti dall'effetto del terapeuta alla formazione clinica in quanto:

1. modificherebbe l'eccessiva enfasi prestata al confronto fra differenti scuole di terapia (Barkham et al., 2017);
2. identificherebbe i terapeuti più o meno efficaci precocemente, indirizzando potenzialmente i pazienti attraverso invii mirati (Boswell et al., 2017);
3. sarebbe possibile colmare le distanze tra ricerca e clinica, identificando le caratteristiche e le pratiche dei terapeuti più e meno efficaci (per esempio, Wampold et al.2017);
4. potrebbero stimolare sviluppi futuri per potenziali studi di intervento, volti a ridurre la variabilità tra i terapeuti operanti nei servizi specifici (Saxon et al., 2017).

Se l'effetto del terapeuta rappresenta un possibile obiettivo per la formazione, è opportuno che nei percorsi di formazione previsti dalle professioni incentrate sulla salute mentale si consideri una formazione dedicata al potenziamento delle caratteristiche individuali del terapeuta. Una possibile strada è costituita dal training assertivo, in quanto il lavoro svolto con il paziente è interamente svolto nella dimensione interpersonale ed è affidato alle capacità di comunicazione possedute dalla diade. Sono disponibili tuttavia solo evidenze preliminari di lavori di formazione che hanno analizzato l'impatto di programmi mirati al potenziamento della abilità comunicative ed assertive nel contesto delle professioni sanitarie (Omura et al., 2017; Zota et al., 2023). Pur non possedendo dati specifici sulla formazione basata sul training assertivo condotto sulla popolazione di psichiatri, psicologi o psicoterapeuti, è possibile individuare risorse e criticità anche nella formazione delle pratiche evidence-based, tra cui è possibile includere quest'ultimo (Speed et al., 2018). In continuità con l'idea di ricercare modelli psicoterapeutici evidence-based (Valenstein-Mah et al., 2020), anche l'individuazione delle caratteristiche per valutare e determinare metodi di formazione evidence-based, in grado di impattare l'effetto del terapeuta nel contesto clinico risulta necessario (Rosen et al., 2017). I dati disponibili sulle pratiche evidence-based mostrano un impatto significativo sugli esiti di cura, ma necessitano di un addestramento da parte dei terapeuti che vogliono mettere in atto tali processi (Webb et al., 2010). Recenti ricerche mostrano inoltre che una formazione inefficace del terapeuta potrebbe comportare esiti clinici peggiori (Farmer et al., 2017; Holder et al., 2018).

L'obiettivo principale di questo lavoro è rappresentato dall'esaminare il contributo della formazione del terapeuta come possibile fattore influenzante l'effetto del terapeuta. I risultati di questa rassegna consentirebbero una valutazione critica delle caratteristiche di efficacia della formazione del terapeuta (nel contesto delle pratiche evidence-based), da poter applicare anche per l'intervento su altri possibili fattori relativi all'effetto del terapeuta (come le capacità di comunicazione).

Formazione clinica: esiti della letteratura

Questa rassegna critica si è concentrata sulle evidenze, raccolte in tre rassegne pubblicate tra il 2020 ed il 2023 (Frank et al., 2020; Valenstein-Mah et al., 2020; Heinrich et al., 2023). Le rassegne esaminate hanno valutato l'efficacia della formazione su interventi basati sulle evidenze nel campo della salute mentale (Frank et al., 2020), sulla formazione di psicoterapie basate sulle evidenze (Valenstein-Mah et al. 2020) e sulla formazione in ambito cognitivo-comportamentale (Heinrich et al., 2023). Di seguito saranno presi in esame i criteri di selezione, i metodi per la ricerca bibliografica, le caratteristiche della formazione ed i risultati disponibili.

La ricerca sistematica della letteratura è stata condotta selezionando articoli pubblicati in delimitati archi temporali (marzo 2010 - maggio 2018 per Frank et al., 2020; 1990 - giugno 2019 per Valenstein-Mah et al., 2020; 2009 - 2022 per Heinrich et al., 2023) dai seguenti database: PsycINFO (Frank et al., 2020; Valenstein-Mah et al., 2020), PubMed (Frank et al., 2020; Heinrich et al., 2023) MEDLINE (Valenstein-Mah et al., 2020; Heinrich et al., 2023), Web of Science e PsycARTICLES (Heinrich et al., 2023). I criteri di inclusione utilizzati differivano tra le rassegne: Frank et al. (2020) hanno incluso studi con focus sulla formazione di un intervento basato sulle evidenze sulla salute mentale o sull'abuso di sostanze da parte di operatori aventi un titolo di studio avanzato in un campo della salute mentale (ad esempio psicologi, psichiatri e assistenti sociali). Tra i criteri d'inclusione: almeno uno dei seguenti esiti formativi (atteggiamenti post-formazione, conoscenza, autoefficacia, soddisfazione, aderenza, competenza o utilizzo degli interventi basati sull'evidenza) o eventuali dati quantitativi raccolti; selezione di articoli esclusivamente in lingua inglese e sottoposti a peer-review.

Gli studi di Valenstein-Mah et al. (2020) erano focalizzati sui metodi utilizzati per formare i diversi professionisti sanitari (ad esempio psicologi, assistenti sociali, medici di base, specialisti delle dipendenze) sulle psicoterapie basate sull'evidenza rivolte a soggetti con diagnosi di natura psichiatrica. Tali studi contenevano informazioni supplementari sui metodi utilizzati (ad esempio workshop e formazione online), sulle componenti della formazione, sui risultati di tale formazione sui terapeuti in almeno uno dei seguenti aspetti (soddisfazione rispetto alla formazione; conoscenza del trattamento; acquisizione di competenze; adesione; competenza; fedeltà; adozione della psicoterapia basata sull'evidenza dopo il completamento della formazione), sui costi della formazione e sui risultati ottenuti dai pazienti in seguito al trattamento di salute mentale. Inoltre i criteri di inclusione sono stati mantenuti ampi rispetto alle caratteristiche e modalità di formazione degli operatori, alle diverse tipologie di psicoterapie basate sull'evidenza su cui si concentravano i

corsi di formazione e sulle condizioni di salute mentale dei pazienti. Nella review di Heinrich et al. (2023) sono stati inclusi solo studi randomizzati e controllati (RCT), quasi sperimentali oppure osservazionali, incentrati sulla formazione cognitivo-comportamentale applicata ad una popolazione adulta. Gli esiti valutati considerati per l'inclusione nella rassegna potevano rientrare in due diverse categorie: misure derivanti da un osservatore terzo (supervisore o altro clinico) della competenza del terapeuta o misure sintomatologiche standardizzate, relative al paziente.

Per valutare il rigore metodologico e la validità degli studi sono stati utilizzati i criteri di Nathan e Gorman (Frank et al., 2020; Heinrich et al., 2023) - classificando gli articoli come Tipo 1 (studi randomizzati e controllati con condizioni di confronto, assegnazione casuale, valutazioni in cieco, criteri di inclusione ed esclusione chiaramente definiti, metodi diagnostici all'avanguardia e sufficiente potere statistico e descrizione dei metodi statistici), Tipo 2 (studi clinici a cui mancavano uno o più criteri per essere classificati come studi di Tipo 1) e Tipo 3 (studi con chiari limiti metodologici e validità interna chiaramente limitata). In Valenstein-Mah et al. 2020, due ricercatori qualificati hanno esaminato in modo indipendente tutti gli abstract degli studi per identificare gli articoli idonei, sottoponendo quest'ultimi a revisione completa del testo e includendoli nella rassegna esclusivamente se valutati idonei da entrambi ricercatori.

In Frank et al. (2020) gli studi inclusi ($n = 76$) sono stati classificati come solo workshop ($n = 9$; formazione limitata nel tempo focalizzata su un singolo argomento di intervento), workshop seguito da supervisione da parte di esperti ($n = 21$), formazione online ($n = 20$; formazione condotta su piattaforma online, con apprendimento sincrono o asincrono, con o senza supervisione), *train the trainer* ($n = 4$; formazione a cascata, in cui un terapeuta esperto formava dei terapeuti locali, i quali a loro volta formavano altri terapeuti) e formazione intensiva ($n = 22$; formazione di minimo 20 ore, seguita da ulteriori formazioni aggiuntive, come osservazioni dirette della pratica o collaborazioni).

Valenstein-Mah et al. (2020) hanno valutato gli studi ($n = 28$) in base al rischio di bias su determinati aspetti (generazione di sequenze casuali; occultamento dell'assegnazione; mascheramento dei partecipanti e/o del personale; bias del tasso di abbandono; segnalazione selettiva dei risultati) utilizzando una modifica dei criteri di rischio di bias della Cochrane Collaboration, classificandoli come aventi un rischio di bias complessivamente medio (se non più di una categoria era stata valutata come elevata) o complessivamente alto (se più di una categoria era stata valutata come elevata). Inoltre gli studi sono stati valutati utilizzando i cinque domini delineati nel sistema di valutazione dell'Agenzia per la Ricerca e la Qualità Sanitaria (*Agency for Healthcare Research and Quality rating system*) in base alla forza complessiva dell'evidenza di ciascun risultato ottenuto su determinati aspetti (limiti degli studi; coerenza nella direzione/entità degli

effetti; immediatezza; precisione; potenziale *bias* di segnalazione); quest'ultima a sua volta è stata classificata come alta, moderata, bassa o insufficiente in base all'aggregazione dei punteggi in questi cinque domini. Il rischio di bias e la forza dell'evidenza di ciascun risultato sono stati esaminati in modo indipendente da due ricercatori e le incoerenze nelle valutazioni sono state discusse fino al raggiungimento di un consenso. Le condizioni di formazione sono state classificate come nessuna formazione/studio autonomo (i partecipanti sono stati randomizzati in lista d'attesa, hanno ricevuto un manuale di trattamento sugli interventi basati sull'evidenza e/o materiali didattici da studiare in modo indipendente o sono stati coinvolti in una formazione placebo, in cui i contenuti non erano correlati agli interventi basati sull'evidenza), formazione attiva (i partecipanti sono stati randomizzati a qualsiasi tipo di formazione attiva come workshop in presenza, formazione online, didattica a distanza etc.) e formazione attiva seguita da supervisione (i partecipanti erano randomizzati per ricevere ulteriori supervisioni dopo la formazione iniziale).

Henrich et al. (2023) hanno attuato una distinzione tra studi (n = 51) che valutavano le modalità di formazione autoguidata basata sul web (WBT, n= 11, ossia corsi online che gli studenti completavano secondo i propri ritmi senza la guida diretta di un istruttore), formazione guidata da un istruttore (ILT, n = 7, ovvero corsi guidati da un istruttore che interagiva direttamente con gli studenti), supervisione supplementare (AS, n = 22, forme di supervisione o consultazione che avevano luogo dopo un ILT o un WBT) e, in aggiunta, hanno valutato insieme diverse modalità, riassumendole sotto il termine di "formazione multicomponente" (MCT). Inoltre hanno analizzato, in quindici studi, i predittori dei risultati della formazione a livello del terapeuta, quali il livello di esperienza professionale o formazione del terapeuta (ad esempio: livello di istruzione, professione, esperienza precedente specifica o generale), dati sociodemografici (sesso, età) e variabili specifiche correlate al rispettivo argomento formativo o tecnica.

Dai risultati emersi in Frank et al. (2020) è possibile constatare come le diversificate modalità di formazione adottate sugli interventi basati sull'evidenza (solo workshop; workshop seguito da supervisione; formazione online; corsi di formazione intensiva) comportino generalmente miglioramenti, rispetto ad una rilevazione iniziale, in numerosi aspetti: il solo workshop ha evidenziato incrementi nelle conoscenze e negli atteggiamenti degli operatori della salute mentale nei confronti degli interventi basati sull'evidenza, ma cambiamenti limitati nei loro comportamenti; la modalità di formazione workshop seguito da supervisione ha evidenziato miglioramenti rispetto al *baseline* nei comportamenti degli operatori (nella competenza e nell'uso dell'intervento) così come nei sintomi dei pazienti, sottolineando come una maggiore partecipazione alle supervisioni sia in grado di portare a risultati migliori (ad esempio nell'adesione, nell'abilità e nell'utilizzo

dell'intervento) ma allo stesso tempo non a miglioramenti nella conoscenza e negli atteggiamenti degli operatori ben oltre le condizioni del solo workshop; anche la formazione online ha evidenziato miglioramenti, rispetto al livello di base, nelle conoscenze e nelle abilità dei terapeuti con un incremento, in alcuni di essi, dell'utilizzo dell'intervento, ma i risultati erano generalmente paragonabili alla formazione in presenza; inoltre è emerso che far seguire alla formazione online la supervisione era in grado di condurre ad una migliore competenza; infine i corsi di formazione intensiva hanno evidenziato miglioramenti nella conoscenza del terapeuta, nell'uso dell'intervento e nella competenza valutata dall'osservatore e tali miglioramenti incrementavano se tale formazione intensiva era seguita da supervisioni.

Nel complesso, nella revisione condotta da Valenstein-Mah et al. (2020), è risultato che la formazione sulle psicoterapie basate sull'evidenza ha migliorato la soddisfazione a breve termine degli operatori, la conoscenza sulle psicoterapie basate sull'evidenza e l'adesione alle stesse, rispetto alle condizioni di assenza di formazione, alla formazione con placebo o allo studio autonomo dei materiali formativi. Inoltre la formazione in psicoterapie basate sull'evidenza non ha aumentato l'adozione di tale trattamento rispetto alle condizioni di assenza di formazione o allo studio autonomo. È stato riscontrato che nessuna modalità specifica di formazione attiva sulle psicoterapie basate sull'evidenza abbia aumentato in modo consistente la conoscenza delle stesse, l'acquisizione/aderenza di competenze, la competenza, l'adozione o la soddisfazione dell'operatore rispetto a un'altra modalità di formazione attiva. Dunque nessun metodo di formazione ha dimostrato una chiara superiorità rispetto agli altri. I risultati richiedono un approfondimento con studi longitudinali, in modo da determinare gli esiti della formazione sull'attività clinica. Nessuno studio ha esaminato i cambiamenti negli esiti riguardanti i professionisti beneficiari della formazione riguardo i costi di formazione e pochi studi hanno riportato esiti inerenti i pazienti trattati dai professionisti beneficiari della formazione.

In Heinrich et al. (2023), la modalità di formazione autoguidata basata sul web (WBT) ha evidenziato miglioramenti significativi nella competenza dei terapeuti dal pre al post formazione e in due studi randomizzati, l'aggiunta di una fase di supervisione dopo un WBT ha portato ad aumenti significativi della competenza del terapeuta; la formazione guidata da un istruttore (ILT) ha mostrato miglioramenti significativi nella competenza degli operatori, negli esiti dei pazienti o in entrambi, dimostrando la potenziale efficacia degli ILT per quanto riguarda la competenza del terapeuta e persino i risultati del paziente. Tutti gli studi che hanno valutato la supervisione aggiuntiva (AS) hanno rilevato che la supervisione aggiuntiva sia in grado di avere effetti significativi sulla competenza o sugli esiti del paziente, indicano fortemente come essa abbia un

effetto sostanziale sull'acquisizione delle competenze. I risultati riguardanti la modalità di formazione multicomponente ($n = 7$) hanno mostrato come tale modalità di formazione possa essere efficace nell'aumentare la competenza del terapeuta e l'esito del paziente, risultati in linea con le revisioni precedenti (Frank et al., 2020) che suggerivano che un maggior numero di ore di formazione e la combinazione di diversi metodi di formazione fossero vantaggiosi. Riguardo l'analisi dei predittori dei risultati della formazione a livello del terapeuta, valutati in quindici studi selezionati da Henrich et al. (2023), il livello di formazione precedente e di esperienza del terapeuta sono risultati in grado di predire la forza dei guadagni nella competenza legata alla formazione.

Discussione

La formazione in ambito clinico gioca un ruolo cruciale nella conduzione di terapie efficaci nell'ambito della salute mentale. Le stesse modalità scelte per la conduzione della formazione (in presenza attraverso workshop, offrendo supervisione a seguito delle lezioni frontali, formando dei trainer con l'obiettivo di disseminare le pratiche localmente, attraverso l'apprendimento asincrono e sincrono online o di tipo intensivo) influiscono significativamente nella traslazione delle pratiche basate sulle evidenze al contesto clinico di routine (Frank et al., 2020). Se questo rappresenta il panorama più ampio degli interventi disponibili nel campo della salute mentale ed applicabili da una varietà di terapisti operanti nel settore (counselor, insegnanti, medici, infermieri, assistenti sociali oltre a psicologi e psichiatri), la stessa tendenza è presente anche nel contesto strettamente psicoterapeutico (Valenstein-Mah et al., 2020). Uno dei principali paradigmi teorici proposti in letteratura, identificato come "modello contestuale", indica nei fattori comuni (come l'alleanza di lavoro, la condivisione degli obiettivi e le aspettative circa i risultati della terapia) la principale fonte di varianza rispetto al possibile esito terapeutico, riducendo ai fattori specifici (come approcci teorici e tecnici) una parte marginale dell'esito (Wampold, 2015). Il corollario di tale modello implicherebbe quindi la sostanziale equivalenza tra tutte le psicoterapie, poiché "in un modo o nell'altro prescriverebbero di compiere attività considerate benefiche per la persona". Pur constatando l'esistenza di un "effetto del terapeuta", considerato come la capacità di un terapeuta di ottenere risultati migliori rispetto ad un collega a parità di intervento condotto, anche questo rientrerebbe in un contributo marginale al possibile esito del lavoro terapeutico, come testimoniato da una recente rassegna della letteratura (Johns et al., 2019). La presenza di un "effetto del terapeuta" anche in protocolli randomizzati controllati ed i dati emersi nel corso di questa rassegna invitano ad una rilettura critica: la scarsa diffusione di pratiche basate sull'evidenza tra i professionisti clinici, dovuta ad una conoscenza formale degli interventi senza la necessaria

implementazione, potrebbe influenzare considerevolmente la qualità delle cure erogate. Lasciarsi guidare dall'esperienza personale più che dall'aggiornamento professionale costante genera un possibile divario tra gli psicoterapeuti che hanno completato di recente la formazione rispetto a coloro che hanno invece acquisito già anni di pratica: questo giustificherebbe il graduale declino dell'efficacia associato agli anni di esperienza (Goldstein et al., 2016).

Diverse linee-guida sviluppate da enti di salute pubblica indicano nella terapia cognitivo-comportamentale uno dei trattamenti d'elezione per il trattamento dei disturbi dell'umore (CG185; NG222; Istituto Superiore di Sanità, 2022); dei disturbi d'ansia (CG113; CG159; Istituto Superiore di Sanità, 2022), dell'abuso di alcool (CG115), dei disturbi alimentari (NG69), del disturbo post-traumatico da stress (CG116) e dei disturbi psicotici (CG178; NG181). Pur avendo accumulato una tradizione solida (Thoma et al., 2015), la diffusione di pratiche basate sulle evidenze risulta inadeguata anche nel campo delle terapie cognitivo-comportamentali (Henrich et al., 2023). Al fine di invertire questa tendenza, è opportuno un cambio di paradigma nelle modalità utilizzate per la formazione, favorendo un approccio attento all'applicazione empirica di strumenti e tecniche preposti al lavoro clinico e garantendo la supervisione di terapeuti esperti sufficiente all'implementazione autonoma delle abilità apprese.

Conclusioni

Questa rassegna si è concentrata nell'individuare le attuali criticità connesse all'esperienza del terapeuta in relazione alle pratiche di formazione. Tali aspetti potrebbero condizionare significativamente l'effetto del terapeuta nei suoi interventi. Le rassegne individuate hanno evidenziato un rischio di bias elevato ed un effetto dell'intervento moderato, oltre ad alcuni limiti metodologici:

- Diversi studi non avevano condizioni di confronto o di controllo per comparare l'efficacia della formazione;
- Variabilità nelle modalità di conduzione della formazione, in termini di durata, struttura e caratteristiche;
- Assenza di report relativi ai costi dei programmi di formazione, al fine di condurre un'analisi costi-benefici rapportata alle modalità erogate.

Nonostante questi limiti, le rassegne considerate hanno avuto il merito di chiarire il rapporto tra esperienza pregressa ed efficacia della formazione: i terapeuti sembrerebbero necessitare, al fine di

implementare e mantenere pratiche evidence-based, di un periodo di consulenza successivo da parte di esperti (Frank et al., 2020); la formazione in abilità complesse va accuratamente valutata in termini di tempi e costi, ma sarebbe generalmente preferibile un approccio intensivo in presenza (Frank et al., 2020; Henrich et al., 2023). Nel contesto della salute mentale si registrano evidenze preliminari di efficacia nel caso di implementazione di training mirati al potenziamento di abilità comunicative (Papageorgiou et al., 2018; Abdelaziz et al., 2020; Laranjeira & Querido, 2020; Priebe et al., 2020; Novais et al., 2022) ed alla necessità di implementare le stesse nella formazione clinica prevista. L'esperienza italiana condotta da Cerolini e colleghi (Cerolini et al., 2021) potrebbe costituire una base per l'indagine sistematica nella popolazione di riferimento e non solo nei terapeuti in formazione. I successivi studi sul campo dovrebbero concentrarsi sui tempi di mantenimento della formazione e sulla sostenibilità dei costi (in termini economici, logistici e temporali).

Bibliografia

- Abdelaziz, E. M., Diab, I. A., Ouda, M. M. A., Elsharkawy, N. B., & Abdelkader, F. A. (2020). The effectiveness of assertiveness training program on psychological wellbeing and work engagement among novice psychiatric nurses. *Nursing forum*, 55(3), 309-319.
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists and the law of variability. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Therapist effects: Toward understanding how and why some therapists are better than others* (pp. 13-36). Washington: American Psychological Association.
- Barkham M., Lutz W. & Castonguay L. G. (2021). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (7th edition). New York, NY: Wiley.
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp 258-297). New York, NY: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp 227-306). New York, NY: Wiley.
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Constantino, M. J., Bugatti, M., & Castonguay, L. G. (2017). The implications of therapist effects for routine practice, policy, and training. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Therapist effects: Toward understanding how and why some therapists are better than others* (pp. 309-323). Washington: American Psychological Association.
- Castonguay L. G. & C. E. Hill (2017). "How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects". American Psychological Association.

- Cerolini, S., Terrasi, M., Conte, S. C., Devoto, A., Cosentino, T., & Lombardo, C. (2021). Training sull'assertività: un intervento da riscoprire? Prove di efficacia in un campione di studenti universitari e in un campione clinico. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 27(2).
- Farmer, C. C., Mitchell, K. S., Parker-Guilbert, K., & Galovski, T. E. (2017). Fidelity to the cognitive processing therapy protocol: Evaluation of critical elements. *Behavior therapy*, 48(2), 195-206.
- Frank, H. E., Becker-Haimes, E. M., & Kendall, P. C. (2020). Therapist training in evidence-based interventions for mental health: A systematic review of training approaches and outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(3), e12330.
- Holder, N., Holliday, R., Williams, R., Mullen, K., & Surís, A. (2018). A preliminary examination of the role of psychotherapist fidelity on outcomes of cognitive processing therapy during an RCT for military sexual trauma-related PTSD. *Cognitive behaviour therapy*, 47(1), 76-89.
- Henrich, D., Glombiewski, J. A., & Scholten, S. (2023). Systematic review of training in cognitive-behavioral therapy: Summarizing effects, costs and techniques. *Clinical Psychology Review*, 102266.
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review*, 67, 78-93.
- Laranjeira, C. A., & Querido, A. I. (2021). Assertiveness training of novice psychiatric nurses: a necessary approach. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(7), 699-701.
- Lutz, W., & Barkham, M. (2015). Therapist effects. In R. Cautin & S. Lilienfeld (Eds.), *Encyclopedia of clinical psychology* (pp. 1-6). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Muse, K., & McManus, F. (2013). A systematic review of methods for assessing competence in cognitive-behavioural therapy. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 484-499.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (2015). *A guide to treatments that work*. Oxford University Press.
- Novais, F., Ganança, L., Barbosa, M., & Telles-Correia, D. (2022). Communication skills in psychiatry for undergraduate students: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 972703.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 10(6), 361-373.
- Omura, M., Maguire, J., Levett-Jones, T., & Stone, T. E. (2017). The effectiveness of assertiveness communication training programs for healthcare professionals and students: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 76, 120-128.
- Papageorgiou, A., Loke, Y. K., & Fromage, M. (2017). Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Priebe, S., Conneely, M., McCabe, R., & Bird, V. (2020). What can clinicians do to improve outcomes across psychiatric treatments: a conceptual review of non-specific components. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e48.
- Rosen, R. C., Ruzek, J. I., & Karlin, B. E. (2017). Evidence-based training in the era of evidence-based practice: challenges and opportunities for training of PTSD providers. *Behaviour Research and Therapy*, 88, 37-48.
- Roth A & Pilling S. (2008) Using an evidence-based methodology to identify the competencies required to deliver effective cognitive and behavioral therapy for depression and anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*;36:129-147.

- Saxon, D., Firth, N., & Barkham, M. (2017). The relationship between therapist effects and therapy delivery factors: Therapy modality, dosage, and non-completion. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Research*, 44, 705- 715.
- Speed, B. C., Goldstein, B. L., & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness training: A forgotten evidence-based treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 20.
- Thoma, N., Pilecki, B., & McKay, D. (2015). Contemporary cognitive behavior therapy: A review of theory, history, and evidence. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(3), 423-461.
- Valenstein-Mah, H., Greer, N., McKenzie, L., Hansen, L., Strom, T. Q., Wiltsey Stirman, S., ... & Kehle-Forbes, S. M. (2020). Effectiveness of training methods for delivery of evidence-based psychotherapies: A systematic review. *Implementation Science*, 15(1), 1-17.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., grosse Holtforth, M., & Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Therapist effects: Toward understanding how and why some therapists are better than others* (pp. 37-53). Washington: American Psychological Association.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200-211.
- Zota, D., Diamantis, D. V., Katsas, K., Karnaki, P., Tsiampalis, T., Sakowski, P., ... & Linos, A. (2023). Essential Skills for Health Communication, Barriers, Facilitators and the Need for Training: Perceptions of Healthcare Professionals from Seven European Countries. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 14, p. 2058). MDPI.

Danilo Atripaldi, Psicologo, Napoli

**Specializzando in psicoterapia cognitiva presso SPC, sede di Napoli training
Saliani e Falcone**

e-mail: danilo.atripaldi@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

Il Neurofeedback nella terapia cognitivo-comportamentale

Giulia Decarli¹

¹Psicologa, Psicoterapeuta

Associazione di Psicoterapia Cognitiva, APC Verona, Italia

Riassunto

Negli ultimi anni, grazie alle evidenze scientifiche (Valenti et al., 2018), il neurofeedback è stato inserito nella cognitivo-comportamentale per arricchire gli strumenti a disposizione del terapeuta e fornire un'ulteriore strategia di intervento. Per massimizzare i benefici del training di neurofeedback è importante che esso sia integrato in modo coerente e complementare con gli altri elementi della terapia cognitivo-comportamentale - TCC (Schmidt et al., 2015). In questo elaborato verrà approfondito cos'è il neurofeedback e come utilizzarlo. In generale, l'uso del neurofeedback nella TCC può essere particolarmente utile per condizioni in cui esiste una componente neurofisiologica rilevante, come ad esempio nell'ansia e nell'ADHD (Gurnee, 2004; Clarke et al., 2008). Per questo, il secondo capitolo verterà sull'utilizzo in terapia di questo strumento con particolare attenzione al ruolo del terapeuta. Altre evidenze importanti dell'utilizzo del training di neurofeedback all'interno della terapia cognitivo-comportamentale derivano dagli studi sulla metacognizione, un aspetto fondamentale della TCC. La metacognizione riguarda la consapevolezza e la regolazione dei propri processi di pensiero, mentre il neurofeedback offre una finestra diretta sul funzionamento cerebrale. L'obiettivo è utilizzare il training di neurofeedback come un mezzo per potenziare le capacità metacognitive, contribuendo così a cambiamenti positivi nei modelli di pensiero e comportamento del paziente. L'uso del neurofeedback per migliorare la metacognizione nella TCC potrebbe essere particolarmente utile in condizioni in cui i pattern di pensiero disfunzionali o i loop di pensiero negativo sono centrali (Farina et al., 2018; Pellecchia et al., 2018). Verranno poi illustrate alcune applicazioni cliniche del neurofeedback, ponendo il focus su specifici disturbi, quali disturbi dell'umore, d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo da deficit di attenzione e iperattività. L'integrazione del neurofeedback nella seduta cognitivo-comportamentale mira a fornire al paziente uno strumento aggiuntivo per comprendere ed esplorare i processi mentali che possono contribuire al suo malessere, consentendo al paziente di sviluppare maggiore consapevolezza.

In conclusione, l'obiettivo del presente lavoro è quello di evidenziare come il neurofeedback possa essere uno strumento in più nella cassetta degli attrezzi del terapeuta cognitivo-comportamentale, senza voler sostituire gli altri elementi fondamentali della terapia.

Abstract

Giulia Decarli., Il Neurofeedback nella terapia cognitivo-comportamentale, N. 34, 2024, pp. 17-53.

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

In recent years, thanks to scientific evidence (Valenti et al., 2018), neurofeedback has been incorporated into cognitive-behavioral therapy sessions to enrich the tools available to therapists and provide an additional intervention strategy. To maximize the benefits of neurofeedback training, it is important that it is integrated in a coherent and complementary manner with other elements of cognitive-behavioral therapy (CBT) (Schmidt et al., 2015). The first chapter of this paper will delve into what neurofeedback is and how to use it. Generally, the use of neurofeedback in CBT can be particularly useful for conditions where there is a relevant neurophysiological component, such as anxiety and ADHD (Gurnee, 2004; Clarke et al., 2008). Therefore, the second chapter will focus on the use of this tool in therapy, with particular attention to the role of the therapist. Other significant evidence regarding the use of neurofeedback training within cognitive-behavioral therapy comes from studies on metacognition, a fundamental aspect of CBT. Metacognition involves awareness and regulation of one's own thought processes, while neurofeedback provides a direct window into brain functioning. The goal is to use neurofeedback training as a means to enhance metacognitive abilities, thus contributing to positive changes in the patient's thought and behavior patterns. The use of neurofeedback to improve metacognition in CBT could be particularly useful in conditions where dysfunctional thought patterns or negative thought loops are central (Farina et al., 2018; Pellecchia et al., 2018). The third chapter will illustrate some clinical applications of neurofeedback, focusing on specific disorders such as mood disorders, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and attention deficit hyperactivity disorder. The integration of neurofeedback into cognitive-behavioral therapy sessions aims to provide the patient with an additional tool to understand and explore the mental processes that may contribute to their distress, allowing the patient to develop greater awareness.

In conclusion, the goal of this work is to highlight how neurofeedback can be an additional tool in the cognitive-behavioral therapist's toolbox, without replacing other fundamental elements of therapy.

Il Neurofeedback: cos'è e come utilizzarlo

*"As your mind changes, your brain changes;
as your brain changes, your mind changes."*

Rick Hanson

Nell'inserire il neurofeedback nella seduta di terapia, il terapeuta cognitivo-comportamentale agisce come guida e facilitatore. Il suo compito è quello di fornire una cornice concettuale per collegare l'esperienza del paziente durante il training di neurofeedback con i modelli cognitivi e comportamentali affrontati nella terapia. Prima di approfondire come questo venga fatto, vediamo un po' la storia del neurofeedback, dalle sue origini ad oggi.

Alla fine degli anni Cinquanta, presso l'università di Chicago, il professor Joe Kamiya dimostrò che le persone erano in grado di produrre volontariamente uno "stato alpha" in risposta ad uno stimolo sonoro che costituiva il feedback. Questo studio pionieristico venne pubblicato a fine anni Sessanta rendendo nota l'ipotesi che attraverso l'addestramento alpha, ovvero allenando il soggetto a produrre onde alpha, si potesse raggiungere uno stato di sollievo dallo stress (Van der Kolk B., 2015).

Il meccanismo di apprendimento alla base dell'autoregolazione dell'attività cerebrale attraverso il neurofeedback è il condizionamento operante. Secondo il condizionamento operante la probabilità di una risposta futura dipende dalla sua associazione con una conseguenza immediatamente successiva: le conseguenze positive aumentano la probabilità di un determinato comportamento.

Intorno alla metà degli anni Sessanta ci fu un periodo caratterizzato da uno stallo a livello di sperimentazione: la scoperta degli psicofarmaci e il massiccio utilizzo che ne venne fatto per risolvere i problemi dei pazienti, determinò una brusca frenata nell'utilizzo del neurofeedback. Da quel momento, infatti, l'uso del neurofeedback è stato altalenante, anche a causa della sua scarsa evidenza clinica e scientifica; proprio per questo motivo mancavano i finanziamenti necessari ai terapeuti per utilizzare questa terapia a costi sostenibili, facendo sì che tale tecnica continuasse a rimanere una pratica poco diffusa e poco utilizzata (Van der Kolk B., 2015). Van der Kolk scoprì l'utilizzo del neurofeedback nel 2007, quando incontrò Sebern Fisher. La Fisher gli raccontò i risultati sorprendenti che riusciva ad ottenere attraverso questa tecnica e gli propose di provare a sottoporsi al trattamento. Il racconto che ne emerse riesce a spiegare cosa accade al cervello sottoposto a un training di neurofeedback:

« [...] incollò un elettrodo ai due lati della mia testa e un altro sull'orecchio destro. A quel punto, sullo schermo del computer, cominciarono ad apparire gruppi di onde cerebrali, simili a quelle che avevo visto al laboratorio del sonno, circa trent'anni prima. Il minuscolo portatile di Sebern riusciva a rilevare, registrare e mostrare la sinfonia elettrica del mio cervello in un modo molto più rapido di quello dell'apparecchiatura da milioni di dollari del laboratorio di Hartmann. Come mi spiegava Sebern, il feedback offre al cervello uno specchio delle sue funzioni: le oscillazioni e i ritmi che sostengono i flussi e i controflussi della mente. Il neurofeedback induce il cervello a creare più frequenze di un tipo e meno di un altro, così da formare nuovi schemi, che ne amplificano la naturale complessità e la tendenza all'autoregolazione.» (Van der Kolk B., 2015, pp. 357-358).

Lo scopo del neurofeedback è far sì che il paziente apprenda come modulare e autoregolare il proprio sistema nervoso centrale. Tale autocontrollo si acquisisce per mezzo dell'informazione che proviene dall'elettroencefalogramma (EEG) elaborato da un computer. Al paziente vengono posizionati degli elettrodi sul cuoio capelluto, in alcune posizioni specifiche in base al protocollo ed al tipo di lavoro che si vuole svolgere. Gli elettrodi mandano il segnale al computer che visualizza con un ritardo di pochi millisecondi l'elettroencefalogramma del soggetto, fornendogli un "feedback" in tempo reale del segnale prodotto dai suoi processi neurofisiologici ed aiutandolo così

nel provare a modularli. Quando la modificazione avviene nella direzione voluta il soggetto viene premiato (con uno stimolo visivo, acustico o tattile). In questo modo, grazie ad un esercizio continuativo, diventa in grado di praticare stabilmente questa forma di autocontrollo. Se il premio viene percepito come desiderabile il cervello cercherà spontaneamente di ripristinare tale condizione attraverso tentativi successivi e ogni tentativo diventerà un'opportunità di revisionare il momento precedente la ricompensa.

Per comprendere meglio il meccanismo del neurofeedback proviamo a pensare a James, un ragazzo di 16 anni che si rivolge a me perché ha delle difficoltà di concentrazione. James è un atleta professionista di tiro con l'arco. Fin da piccolo ha sempre dedicato molto tempo all'allenamento. È molto meticoloso nel preparare il suo materiale che deve essere perfetto in ogni situazione, che sia un allenamento o una gara. Nello sport si è contraddistinto già dai 13 anni per i suoi risultati positivi. Anche a scuola è sempre andato bene, ottenendo ottimi voti in tutte le materie. Non ha altri interessi e nemmeno una rete amicale, si dedica solo alla scuola e in particolar modo allo sport. I genitori non gli fanno pressioni, ma sono molto preoccupati per il suo benessere. Da un anno, infatti, James ha scarso appetito, dorme poco ed è spesso nervoso. Il suo unico pensiero è l'allenamento e la preparazione sportiva. L'inizio della sintomatologia coincide con la partecipazione alla selezione per il Centro Nazionale di tiro con l'arco ed i risultati che ottiene nelle gare di quest'anno sono determinanti per la sua ammissione. In questi ultimi 6 mesi però, James non riesce più a tirare, riscontrando quello che viene definito come "target panic". All'interno del percorso psicoterapico di James concordiamo di svolgere un training di neurofeedback, la richiesta in questo caso è arrivata direttamente dal paziente. Sottopongo quindi James ad una rilevazione EEG della sua baseline. Per fare questo viene effettuata una registrazione di 5 minuti ad occhi aperti, in cui si spiega al paziente di rilassarsi ed evitare di muovere gli occhi o stringere i denti. Può essere utile consigliare al paziente di fissare un punto davanti a lui o un oggetto sulla scrivania. Terminata la baseline ad occhi aperti si procede con la registrazione a occhi chiusi. Stessa procedura solo che James dovrà tenere gli occhi chiusi e anche in questo caso cercare di ridurre al minimo i movimenti. Successivamente, James viene sottoposto ad un'analisi EEG in 4 attività: occhi chiusi, occhi aperti, durante lo svolgimento di un compito di performance ed uno di imagery. I dati ottenuti vengono analizzati dal professionista che ricava alcune informazioni che indirizzano all'utilizzo di un protocollo piuttosto che un altro. Il protocollo di neurofeedback da utilizzare viene deciso sulla base non solo dell'assessment EEG che fornisce alcune informazioni sul funzionamento (bio) del cervello di una persona, in alcuni compiti (sociale); ma anche sulla base del colloquio clinico, dei questionari e/o dei test neuro-psicologici, che sono fondamentali per impostare il protocollo

corretto. Per James, il nostro atleta professionista con target panic, ho scelto un training Theta-Beta al fine di incrementare l'attenzione e la concentrazione. Ho posizionato l'elettrodo di segnale in CZ e chiesto a James di tenere gli occhi aperti durante lo svolgimento del training. Il training consisteva nell'osservare un'immagine sullo schermo che si ingrandiva e si muoveva quando il paziente riusciva ad aumentare l'ampiezza della barra di ricompensa (beta in questo caso) mentre diminuisce l'ampiezza della barra di inibizione (theta). James deve, quindi, cercare di mantenere in movimento l'immagine il più possibile. Semplificando, quando l'immagine si muove significa che James sta producendo maggiori onde beta e meno onde theta.

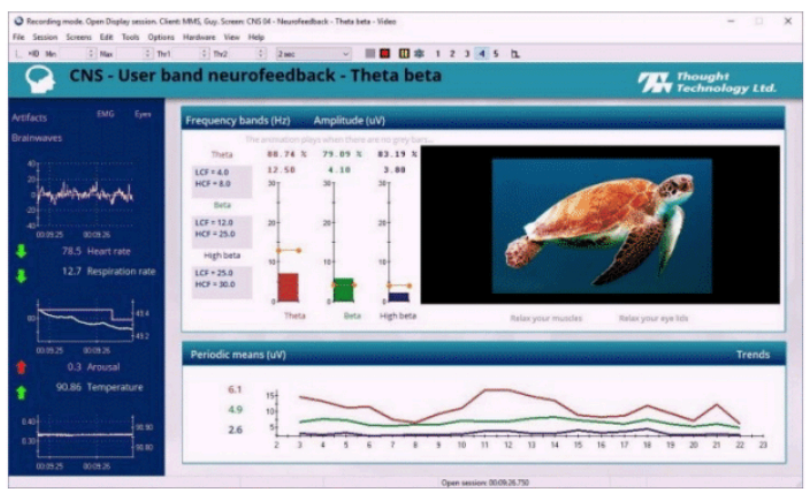


Figura 1. Schermata training Theta-Beta.

In poche parole, il neurofeedback è, quindi, una forma di biofeedback che coinvolge la registrazione, l'analisi e la presentazione in tempo reale di informazioni sulle attività cerebrali. Il neurofeedback permette di intervenire e regolare l'attivazione cerebrale attraverso l'uso dell'elettroencefalogramma (EEG) e di un feedback fornito in tempo reale (Hammond, 2006).

In un recente studio condotto da Valenti et al. (2018) è stata valutata l'efficacia terapeutica dell'associazione tra il neurofeedback e la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) in alcuni pazienti con disturbi dello spettro compulsivo-impulsivo. Dai risultati emerge che l'integrazione tra i due trattamenti terapeutici:

- permette di incrementare la capacità di mentalizzazione nei pazienti;
- permette di ridurre la sintomatologia impulsiva e la disregolazione emotiva;
- permette di ridurre l'impulsività non pianificata.

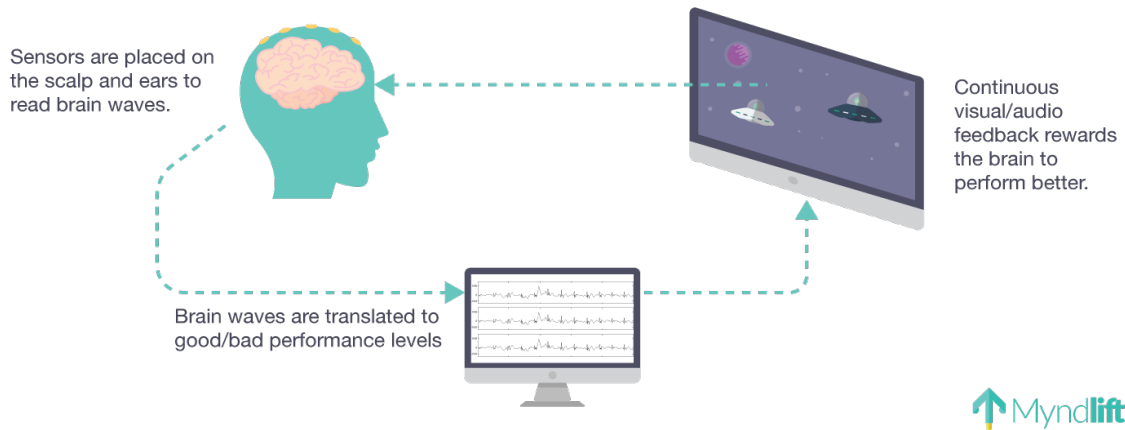


Figura 2. Electroencephalography neurofeedback is a type of biofeedback therapy which measures and records the brain waves. The user receives visual or auditory feedback which help to train the brain to better regulate its activity. Neurofeedback has been used in clinics around the world for decades, and clinical research has shown it to be effective in treating many neurological conditions with lasting results. Brain Treatment Centre of Alberta.

Complessivamente, come vediamo nell'immagine precedente, il neurofeedback è costituito dai seguenti elementi chiave:

- produzione del segnale cerebrale e registrazione dell'EEG tramite strumentazione appropriata: attraverso l'uso di elettroencefalografia (EEG) vengono misurate le onde cerebrali elettriche del cervello;
- digitalizzazione dell'EEG in forma numerica con elaborazione del segnale;
- produzione e presentazione di feedback (visivi, uditivi, tattili, ecc.): le informazioni sulle attività cerebrali vengono elaborate e presentate al paziente in tempo reale sotto forma di segnali visivi o uditivi; rappresentati attraverso giochi, suoni o immagini su uno schermo. Ad esempio, nel training Theta-Beta abbiamo visto come l'obiettivo di James è quello di mantenere in movimento l'immagine presentata sullo schermo (la tartaruga che nuota nell'oceano) viene quindi utilizzato un feedback visivo. Nel training, invece, del picco Alfa viene utilizzato un feedback uditivo: lo scopo è quello di far diminuire il suono della pioggia in modo da sentire il canto degli uccellini;
- apprendimento risultante del cervello: trattandosi di un condizionamento operante, il cervello impara quale frequenza di onda permette di raggiungere l'obiettivo e di

conseguenza il paziente è incoraggiato a modificare le sue attività cerebrali in risposta al feedback. Il soggetto viene lasciato libero di trovare la propria strategia cognitiva associata al rinforzo positivo e quindi massimizzare l'effetto su specifiche caratteristiche neurofisiologiche definite dal protocollo di neurofeedback (Sherlin et al.,2011).

Le sessioni di neurofeedback sono ripetute nel tempo per consentire al paziente di apprendere e consolidare le abilità di regolazione delle attività cerebrali. Rispetto alle tempistiche, ad esempio, James ha svolto un training Theta-Beta della durata di 40 sedute a cadenza settimanale. Vediamo ora come integrarlo nella seduta terapeutica.

Il ruolo del terapeuta

*“Ciò che è in superficie va ben oltre a quello
che il nostro sguardo può vedere”*

Aaron Beck

La fase iniziale in cui si spiega al paziente che cosa è il neurofeedback e il suo funzionamento è di fondamentale importanza, anzi direi che è il prerequisito necessario per una buona riuscita del training.

Il terapeuta che illustra al paziente l'uso del neurofeedback, spiegando il processo e il razionale dietro di esso, contribuisce a migliorare la comprensione del paziente stesso sul proprio funzionamento cerebrale.

Questa fase verrà ripresa durante tutta la terapia. Il terapeuta, infatti, fornisce al paziente un'educazione continua sulle connessioni tra il funzionamento cerebrale e i processi cognitivi e comportamentali per aiutarlo a sviluppare una maggiore consapevolezza e comprensione del processo terapeutico.

Il collegamento tra neurofeedback e terapia cognitivo-comportamentale richiede una collaborazione attiva tra terapeuta e paziente. Integrare le esperienze del paziente durante il neurofeedback nei modelli concettuali della terapia fornisce una visione più completa e personalizzata del trattamento, potenziando il suo impatto.

È necessario che il paziente comprenda i concetti importanti alla base del neurofeedback, come la plasticità cerebrale e la neurogenesi che vedremo ora brevemente. Nel descrivere le varie frequenze cerebrali presenti nel nostro cervello è importante che il paziente capisca che alcune delle difficoltà che sperimenta possono essere legate al modo in cui il suo cervello si è abituato a funzionare, questo è un passo fondamentale per l'empowerment del paziente (Ron van Outsem, 2011).

Un “*processo che rende l'individuo capace di imparare a modificare la propria attività fisiologica per migliorare la propria salute e le proprie prestazioni*” così viene definito il neurofeedback dalla International Society for Neurofeedback Research (ISNR) e dalla Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback (AAPB).

Il neurofeedback è basato sul concetto di plasticità cerebrale, che è la capacità del cervello di modificare la sua struttura e le sue funzioni in risposta all'esperienza. Il neurofeedback sfrutta questa capacità per aiutare il paziente a imparare a controllare l'attività cerebrale in modo da migliorare il suo benessere fisico e mentale. Il sistema nervoso centrale è in grado di modificare sia funzionalmente che strutturalmente i propri circuiti neurali attraverso l'esperienza oppure per riparare eventuali danni cerebrali. Un esempio molto esplicativo di questo meccanismo è quello dello studio svolto da Woollett e Maguire (2011) sui tassisti londinesi: l'ippocampo posteriore, implicato nelle conoscenze visuo-spaziali deputate alla navigazione, è risultato di volume maggiore nei tassisti e l'ampiezza di tale struttura cerebrale è risultata crescere con l'aumento progressivo dell'esperienza come tassista. Anche in età avanzata il cervello è plastico, seppur meno rispetto all'età infantile. Il cervello anziano, infatti, tende a riorganizzarsi in modo da far fronte al deterioramento cerebrale dovuto all'avanzare dell'età (Kleim J., 2008). Kandel (1994) sottolinea il fatto che la neuroplasticità fornisce all'essere umano la possibilità di apprendere e ricordare, e non esclusivamente di disporre di comportamenti rigidi e stereotipati, affermando altresì che ogni essere umano è quel che è in virtù di quanto ha appreso e di quanto può ricordare (Kandel E., 1994). L'esperienza esterna genera una modificazione dell'attività elettrica cerebrale, la quale a sua volta incide sia sull'efficienza delle trasmissioni sinaptiche che sulla creazione di nuove sinapsi. Un esempio è quello della memoria a lungo termine: l'immagazzinamento dei ricordi è basato sulla stabilizzazione dei cambiamenti nelle connessioni neurali che possono essere dovute a variazioni nella forza di trasmissione dell'impulso nervoso o a riordinamenti strutturali nelle connessioni dei neuroni (le sinapsi si attivano e disattivano), tale meccanismo rende possibile l'apprendimento durante tutto l'arco di vita. Altre volte il fenomeno di plasticità si manifesta anche su scala maggiore; in caso di lesioni cerebrali, le funzioni danneggiate possono rilocalizzarsi parzialmente in altre aree, dando vita ad una riorganizzazione funzionale della corteccia cerebrale.

Oltre alla neuroplasticità è importante considerare un'altra caratteristica del SNC, la neurogenesi, ovvero la capacità del nostro cervello di dare vita a nuovi neuroni. Schore (2003) sottolinea il fatto che la capacità del cervello di generare nuovi neuroni attraverso l'esperienza dura per tutta la vita, specificando che è soprattutto la corteccia prefrontale limbica a conservare le capacità plastiche presenti nel cervello del bambino in fase di sviluppo. I clinici che utilizzano il

neurofeedback si basano sul concetto di plasticità definito da Buzsaki (2006) come la capacità del cervello di riorganizzare i ritmi e i pattern oscillatori di base del cervello.

Il segnale EEG è un potenziale bioelettrico relativo all'attività cerebrale che viene registrato sullo scalpo con elettrodi e strumentazione appropriata. È importante sottolineare come il tracciato EEG non rifletta l'attività cerebrale in senso stretto, ma rappresenti piuttosto un utile indicatore di certi aspetti del funzionamento cerebrale; particolari forme d'onda, infatti, possono essere buoni rivelatori di patologie o lesioni o semplicemente dello stato di rilassamento del soggetto. Per comprendere a fondo come il neurofeedback sfrutti il tracciato EEG per intervenire a livello cerebrale, è necessario conoscere le aree e le funzioni del cervello e come queste siano legate a possibili disturbi e difficoltà di un individuo. Sebbene il segnale EEG venga registrato dal cuoio capelluto, in realtà è noto che sia prodotto dalle cellule piramidali che risiedono negli strati superiori della corteccia. La normale attività di queste cellule è mediata da piccoli potenziali elettrici che vengono gestiti attraverso le membrane cellulari. Questi potenziali sono tipicamente nel range di decine di millivolt, ma possono arrivare anche a 100 millivolt o più. Ogni cellula produce nelle immediate vicinanze un flusso di corrente estremamente piccolo, ma, per via di un fenomeno noto come "volume di conduzione", tale flusso si propaga in tutto il cervello. Il volume di conduzione è dovuto alla circolazione passiva di corrente elettrica nei tessuti; l'intero corpo, inclusa la testa, è costituito per più dell'80% da acqua e funge quindi da buon conduttore di potenziali elettrici. Per questo motivo, altri segnali elettrici, come quelli riguardanti il movimento oculare, l'attività muscolare e cardiaca, possono diffondersi attraverso la testa per volume di conduzione. Quando un segnale EEG è registrato, includerà inevitabilmente piccole quantità di altri segnali derivanti da fonti fisiologiche non neuronali. Per via del "volume di conduzione" l'attività cerebrale, anche localizzata, può apparire ampiamente dispersa sul cuoio capelluto, ed ogni evento cerebrale può riflettersi in più di un sito sullo scalpo. Come regola generale, il 50% del segnale registrato da un sensore posizionato sul cuoio nasce dal tessuto cerebrale immediatamente al di sotto di quel sensore, mentre il segnale rimanente viene ricevuto da altre posizioni, in primo luogo dai siti adiacenti.

Se si osserva un EEG, si nota che esso è composto da tante linee orizzontali quante sono le aree del cervello controllate dai sensori posizionati sullo scalpo; i ritmi di queste onde sono determinati da due variabili, l'ampiezza e la frequenza. L'ampiezza è la misura dell'altezza dell'onda, mentre la frequenza ne indica la lunghezza; proprio quest'ultima determina la distinzione tra i vari tipi di onde, punto di interesse per chi pratica neurofeedback. Essa corrisponde al numero di volte in cui

l'onda sale e scende in un secondo ed è misurata in hertz (Hz), o cicli al secondo (Van der Kolk B., 2015).

In generale, nel training di neurofeedback si allena il cervello non solo a produrre maggiormente alcune frequenze (quelle ricompensate), ma anche a produrne meno altre. Nel caso di James, per ottenere il feedback visivo l'arciere doveva produrre maggiori onde beta e meno onde theta. Per questo è necessario conoscere e riconoscere le diverse frequenze presenti. L'ampiezza è invece la misura di quanto è elevata un'onda e si misura in microvolt (μV): durante il training dobbiamo ricompensare il cervello quando produce una maggiore ampiezza, ovvero una maggiore quantità, delle frequenze desiderate e una minore ampiezza, o quantità, di quelle che creano difficoltà.

L'analisi qEEG, ovvero EEG quantitativo, traccia l'attività delle onde cerebrali, millisecondo dopo millisecondo e, attraverso un software, produce una mappa dell'attività cerebrale complessiva: i pazienti trovano utile vedere come funziona il proprio cervello e quali sono gli schemi e i pattern che si ripropongono, che andranno, a seconda del caso, modificati e sostituiti da nuovi pattern funzionali. La pratica del qEEG è utile anche per valutare in quali aree cerebrali bisogna intervenire durante il training. Il qEEG permette di identificare piccoli cambiamenti nella distribuzione topografica dell'attività di fondo e di effettuare un confronto della registrazione del singolo paziente con il database dei pazienti normali e psicopatologici (Hughes & John, 1999). La possibilità di avere un database normativo di riferimento è fondamentale per l'utilizzo clinico del neurofeedback. Attualmente, infatti, il training di neurofeedback viene utilizzato in ambito clinico sia per il trattamento e la riabilitazione di patologie legate all'attività cerebrale come trauma cerebrale, ictus, epilessia, decadimento cognitivo lieve (MCI), deficit di attenzione/ipertattività (ADHD), disturbi dell'apprendimento sia per sintomatologie meno gravi come stress, emicranie, disturbi del sonno e per il potenziamento delle performance cognitive nello studio, nello sport e in ambito lavorativo. Negli ultimi anni il training di neurofeedback ha mostrato ottimi risultati se abbinato alla psicoterapia per disturbi come depressione, ansia, disturbo ossessivo compulsivo (DOC), disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e, recentemente, anche per i disturbi da uso di sostanze (Hammond D., 2011). I risultati possono variare a seconda del disturbo trattato e del protocollo specifico utilizzato.

Oltre alla parte informativa appena approfondita, un altro requisito importante per un inserimento positivo del neurofeedback nella seduta è l'alleanza. Nessun paziente potrà beneficiare di un training di neurofeedback se non ha fiducia nel terapeuta, se non comprende cosa andrà a fare e, soprattutto, se non desidera sottoporvisi o in generale se ne è spaventato dall'utilizzo. Il paziente non deve associare l'utilizzo del neurofeedback con la perdita della relazione terapeutica. È

importante quindi rassicurare il paziente in tal senso e illustrare come il training di neurofeedback sarà un ulteriore elemento della terapia e non un sostituto della stessa.

È possibile delineare alcuni degli step cruciali che il terapeuta dovrà seguire per integrare favorevolmente il neurofeedback nel trattamento, per fare questo verrà preso d'esempio il caso di una donna di 37 anni. Marzia arriva in terapia per una sintomatologia ansiosa presente da circa un anno. Durante la valutazione iniziale il terapeuta conduce un primo colloquio volto a comprendere i sintomi del paziente, identificare obiettivi specifici e determinare se il neurofeedback è appropriato come parte del piano di trattamento. Successivamente al primo colloquio e alla raccolta dei dati anamnestici, il paziente, se idoneo al trattamento di neurofeedback, verrà sottoposto ad una rilevazione della propria baseline. Marzia viene sottoposta ad una prima rilevazione EEG in 4 attività: occhi aperti, occhi chiusi, compito di performance ed imagery. Guardando il report della rilevazione il professionista si pone alcune domande. Come, ad esempio, se ci sono dei cali drastici tra onde lente e onde rapide, se ci sono picchi o avvallamenti nei diversi Hz, se ci sono onde di frequenza che non cambiano in maniera funzionale al compito e se queste caratteristiche possono essere associate alla sintomatologia riportata dalla paziente. Le risposte a queste domande, l'analisi del tracciato, della storia clinica di Marzia e gli obiettivi concordati, orientano la scelta del protocollo di neurofeedback. Per Marzia ho individuato un training Alpha in Cz per aumentare la capacità di rilassamento. I protocolli di allenamento delle onde alfa sono leggermente diversi dagli altri protocolli EEG poiché sono generalmente progettati per essere svolti con gli occhi chiusi. Per questo motivo, il feedback tende ad essere uditivo. Con Marzia è stato utilizzato un audio naturale che aumenta (intensità più forte) quando la barra alfa diventa più alta e diminuisce quando si abbassa.

L'obiettivo del training è quello di far suonare la musica il più forte possibile. Vi è anche una campana che suona quando si verificano artefatti, se ciò succede troppo spesso viene chiesto al paziente di rilassare i muscoli e diminuire i movimenti oculari. Le sedute di training con neurofeedback vengono alternate a sedute di psicoterapia, durante le quali viene approfondito il funzionamento di Marzia con la formulazione del caso e creato un collegamento tra i due interventi (psicoterapia + neurofeedback). Con Marzia, ad esempio, è stato approfondito il circolo del panico di Wells e attraverso l'utilizzo degli ABC si sono individuati i pensieri disfunzionali che portavano ad un aumento della sintomatologia ansiogena. Lo sviluppo di pensieri alternativi viene monitorato durante il training di neurofeedback chiedendo alla paziente di elicitarli volontariamente e notando l'effetto sull'esercizio. Durante il training di neurofeedback, il terapeuta fornisce guida e supporto al paziente. Questo può includere la discussione dei progressi, l'esplorazione delle reazioni emotive

e la correzione di eventuali malintesi. Il paziente dovrà avere ben chiaro che ciò che andrà ad allenare a livello neuronale (prendiamo l'esempio del protocollo alpha, che punta ad aumentare la produzione di questa frequenza) avrà un risvolto positivo nel raggiungimento degli obiettivi del percorso terapeutico, basato su quello che è proprio il modello di funzionamento del paziente già condiviso con la formulazione del caso. Il terapeuta integra anche i risultati del training nelle sedute di terapia. Aiuta il paziente a comprendere come le modifiche nelle attività cerebrali si collegano ai suoi pensieri, emozioni e comportamenti. In base alla risposta del paziente, il terapeuta adatta il protocollo di neurofeedback e il piano di trattamento complessivo.

Infine, il terapeuta dovrà essere in grado di gestire le aspettative del paziente. Questo richiede sapere quali esse siano, diventando pertanto tale domanda fondamentale all'inizio dell'assessment. Al paziente si dovrà precisare che il training di neurofeedback può essere un valido alleato nel percorso terapeutico per andare ad alleviare la sofferenza personale, ma che lo stesso, dato il suo utilizzo in terapia solo in tempi relativamente recenti, aggiunto al fatto che il cervello è squisitamente individuale, così come le persone sono uniche, non dà garanzie. Ritengo opportuno, pertanto, ridimensionare delicatamente le aspettative dei pazienti quando sono troppo alte e alzarle con attenzione quando sono basse. Le false speranze sono insopportabili quanto l'assenza di speranza stessa.

L'utilizzo in terapia

Negli ultimi anni è avvenuto un aumento dell'integrazione dei diversi training di neurofeedback all'interno della terapia cognitivo-comportamentale (Wyckoff S., Birbaumer N., 2013). I training che possono essere svolti con il neurofeedback sono numerosi e molto diversi tra loro; per tale motivo possono essere utilizzati nel trattamento di diverse condizioni psicopatologiche, come il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (Van Doren J. et al., 2019), i disturbi del comportamento alimentare (Imperatori C. et al., 2018), le dipendenze patologiche (Sokhadze T. et al., 2008), i disturbi d'ansia e il disturbo ossessivo-compulsivo (Schoenberg P., David A., 2014).

Peniston e Kulkosky (1989), nel primo studio randomizzato controllato, documentarono che, rispetto ad un gruppo di alcolisti in trattamento con il protocollo standard, i pazienti che avevano ricevuto anche 15 sedute di training alpha/theta mostravano un miglioramento significativo del tracciato EEG, così come un miglioramento della sintomatologia depressiva e minor tassi di ricaduta nel follow-up. Una riduzione dei livelli di psicopatologia è stata riportata anche in pazienti alcolisti depressi (Saxby E., Peniston E., 1995) e in pazienti con disturbo da stress post-traumatico (Peniston E., Kulkosky, P., 1991). Più recentemente, invece, questo tipo di training è stato utilizzato con successo nel trattamento della dipendenza da sostanze (Sokhadze T. et al., 2008).

È stato recentemente documentato (Imperatori C. et al., 2017) che 10 sedute di training alpha/theta si associano, in un campione non-clinico, a un incremento delle capacità di mentalizzazione e ad un aumento delle connessioni funzionali a livello del Default Mode Network, una rete cerebrale fortemente implicata nei processi di teoria della mente e di regolazione delle emozioni (Hyatt C. J. et al., 2015; Lombardo M. et al., 2010; Mars R. et al., 2012). Questo risultato è fondamentale considerato che sia le osservazioni cliniche che i dati empirici sottolineano che le capacità di mentalizzazione sono un fattore cruciale fortemente associato all'esito delle psicoterapie individuali (Laska K. et al., 2014).

Proprio per questo ritengo che l'integrazione tra la psicoterapia cognitivo-comportamentale e il neurofeedback possa portare degli importanti risultati da un punto di vista psicoterapeutico.

Prendiamo, ad esempio, pazienti con gravi forme di psicopatologia, come quelli con diagnosi di disturbo di personalità, che spesso sono incapaci di riflettere su sé stessi e sugli altri in termini di stati mentali che loro stessi o le altre persone esperiscono: un set di abilità mentali definite mentalizzazione o metacognizione (Allen J. et al, 2008; Dimaggio G. et al., 2009; Dimaggio G., Lysaker P.H, 2015; Fonagy P., Allison E., 2014; Semerari A. et al., 2007). In accordo con questa prospettiva, è stato suggerito - e parzialmente dimostrato - uno stretto legame tra il deficit di queste capacità e la psicopatologia generale, indipendentemente dalla presenza di una specifica diagnosi (Farina B. et al., 2018; Pellecchia G. et al., 2018; Semerari A. et al., 2014). Proprio per questo, il miglioramento delle capacità di mentalizzazione è considerato un obiettivo fondamentale all'interno della psicoterapia (Allen J. et al, 2008; Dimaggio G., Lysaker P.H, 2015; Fonagy P., Allison E., 2014; Semerari A. et al., 2007) ed è lo stesso obiettivo che si pone il training alpha/theta con il neurofeedback per l'incremento di tali abilità (Imperatori C. et al., 2017). A sostegno di ciò ci sono già importanti evidenze di come l'associazione tra neurofeedback e terapia cognitivo-comportamentale porti ad un incremento nella capacità di mentalizzazione e ad una riduzione della disregolazione emotiva e della sintomatologia impulsiva, legata in particolare alla pianificazione (Paul T. et al., 2022).

Un altro interessante dato emerso dallo studio di Paul (2022) riguarda l'impulsività: l'associazione tra training di neurofeedback e terapia cognitivo-comportamentale agisce principalmente riducendo l'impulsività, in particolare l'impulsività da non pianificazione intesa come mancanza di autocontrollo e intolleranza alla complessità cognitiva (Gratz K.L., Roemer L., 2004). Questo dato sembra essere coerente con i precedenti lavori che hanno documentato una relazione tra l'alpha/theta training e la riduzione del craving nella dipendenza da sostanze (Dehghani-Arani F. et al., 2013).

Tutti questi studi mostrano come il training di neurofeedback nel contesto della terapia cognitivo-comportamentale può essere impiegato per aiutare i pazienti a prendere consapevolezza delle loro risposte cognitive-emotive e mirato a regolare i modelli di attività cerebrale associati a tali condizioni. Inoltre, può essere utilizzato per rafforzare i processi di apprendimento e adattamento cognitivo, supportando così la modifica di schemi di pensiero disfunzionali.

In sintesi, possiamo dire che il training di neurofeedback dovrebbe essere considerato come un mezzo per allenare l'autoregolazione e raggiungere la normalizzazione nell'ottica di un programma clinico globale. Se utilizzato in combinazione con altri interventi, quali terapia cognitivo-comportamentale, fornisce una base utile che può contribuire a potenziali cambiamenti benefici. Il terapeuta dovrebbe essere in grado di comprendere ed anticipare gli effetti della normalizzazione del cervello e pianificare l'utilizzo del training come parte integrante del programma terapeutico complessivo. Uno dei fattori più importanti riguarda le istruzioni date al paziente. Nell'esperienza clinica è emerso che l'istruzione più semplice e più efficace è essenzialmente quella di dire al paziente di "rilassarsi, prestare attenzione allo schermo ed aspettare che le immagini o i suoni arrivino". In questo modo il paziente imparerà pian piano a collegare i suoi stati interni all'emissione del feedback e tenterà di riprodurli.

Aspetti etici

Negli ultimi trent'anni il neurofeedback ha subito numerosi cambiamenti e si è evoluto nell'affiancarsi all'intervento terapeutico. Lo sviluppo del neurofeedback è stato reso possibile principalmente dalla disponibilità di più dati di ricerca, da un maggior numero di corsi formativi per i terapeuti e dal rapido progresso tecnologico. La pratica clinica è stata regolamentata attraverso principi etici, norme e linee guida.

Ad oggi, il terapeuta ha la responsabilità di rimanere aggiornato sulle ricerche, sui dati clinici e sulle norme relative alle aree in cui pratica, in modo tale da offrire un servizio che garantisca gli standard di cura.

L'AAPB (Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback) ha stabilito i principi etici (ethical principles of applied psychophysiology and biofeedback) necessari a guidare l'operato dei terapeuti che si occupano di attività di autoregolazione e di biofeedback. I principi etici affermano che i membri riconoscono i limiti della loro competenza ed operano all'interno di essa utilizzando solo le tecniche di biofeedback e neurofeedback nelle quali sono diventati competenti a seguito di formazione ed esperienza adeguate (Yucha C.B., 2008).

Sulla base di questi principi i terapeuti scelgono se accettare o meno un particolare paziente per il trattamento, tenendo in considerazione numerose variabili, tra le quali: intensità e durata dei sintomi, gli effetti collaterali, la diagnosi, i trattamenti precedenti e la loro efficacia, le leggi vigenti e la disponibilità economica del paziente. Chi pratica il neurofeedback deve dimostrare al paziente la propria competenza, chiarire fin dall'inizio che non tutti rispondono al trattamento e collaborare eventualmente con altri professionisti sanitari per soddisfare le esigenze del paziente.

Secondo Fowers (2005) "i migliori terapeuti sono quelli autoconsapevoli, concentrati sulla ricerca di risultati benefici per i loro clienti, rispettosi dell'autonomia del paziente e delle differenze culturali".

Applicazioni cliniche

“Neuroscience research shows that the only way we can change the way we feel is by becoming aware of our inner experience and learning to befriend what is going inside ourselves.”

Dr. Bessel Van der Kolk

I training di neurofeedback hanno trovato un vasto impiego nel trattamento di numerose psicopatologie (Hammond D., 2011). È stato riscontrato, infatti, che molte di queste sono strettamente associate a perturbazioni nella sincronizzazione di determinate oscillazioni cerebrali, che si possono manifestare anche come asimmetrie tra i due emisferi (Gerdes L. et al., 2013). Ad esempio, alcune ricerche hanno osservato che i disturbi d'ansia sono correlati positivamente con l'attività delle onde alfa e negativamente con quelle delta. Le patologie depressive, invece, presentano una forte relazione con le asimmetrie del ritmo alfa tra gli emisferi cerebrali (Hammond D., Baehr E., 2009) e con una scarsa attività di tipo beta (Egner T., Gruzelier J., 2004). Inoltre, sembra che la modulazione delle attività gamma sia utile per migliorare il funzionamento neuropsicologico (Huster R. et al., 2014) e che un aumento dell'attività theta si verifichi nell'esecuzione di compiti di controllo cognitivo (Cavanagh J. et al., 2011; Nigbur R. et al., 2011).

Ad oggi, il neurofeedback è utilizzato nel trattamento di numerose condizioni patologiche. L'efficacia del training di neurofeedback può essere documentata attraverso tre tipi di cambiamento: elettroencefalografico, cognitivo e comportamentale. La maggior parte degli studi presenti in letteratura utilizza tecniche di valutazione pre e post per stimare in modo obiettivo i risultati del trattamento. Gli strumenti utilizzati sono tra i più svariati e vanno da scale di valutazione comportamentale, a test neuropsicologici e tecniche elettroencefalografiche. Queste ultime

permettono di valutare i cambiamenti del segnale EEG tramite elettroencefalografia quantitativa (qEEG) che, come abbiamo visto, è una tecnica di analisi computerizzata delle registrazioni EEG che produce valori numerici (quali ampiezza di corrente, rapporti numerici, fase, etc.) usati per valutare le aree di maggiore e minore attivazione cerebrale.

Principalmente, il neurofeedback viene utilizzato in tre modi:

- come strumento terapeutico per normalizzare l'attività cerebrale e trattare i disturbi neurocognitivi;
- come un allenamento/training delle funzioni cognitive per migliorare le prestazioni cognitive in soggetti sani o con deficit;
- come un metodo sperimentale per studiare il ruolo causale delle oscillazioni neurali nella cognizione e nel comportamento (Sitaram R. et al., 2016).

Come abbiamo visto, nella seduta di psicoterapia cognitivo-comportamentale il neurofeedback può essere utilizzato come un valido strumento del professionista per raggiungere gli obiettivi prefissati, allo stesso modo della respirazione diaframmatica, del rilassamento muscolare progressivo e/o della mindfulness.

La prima parte comune ad ogni training di neurofeedback è l'assessment, già precedentemente nominato in quanto parte fondamentale nel quale indagare ed eventualmente ridimensionare le aspettative del paziente. L'assessment è quindi una fase molto delicata divisibile in due specifici momenti. Da una parte abbiamo la valutazione dell'attività cerebrale del paziente e delle sue difficoltà cognitive e comportamentali, con l'obiettivo di identificare i pattern cerebrali disfunzionali che contribuiscono alla sintomatologia per sviluppare poi un piano di trattamento neurofeedback personalizzato. Dall'altra prevede, oltre alla raccolta di tutte le informazioni necessarie quali dati personali, anamnesi, utilizzo di farmaci, storia di vita etc., anche la somministrazione di alcuni test per comprendere meglio la sintomatologia riportata dal paziente.

Successivamente a questa fase, lo psicologo analizza i dati raccolti e identifica i target di trattamento neurofeedback, ovvero i pattern cerebrali che il paziente dovrà imparare a modificare. Una volta identificati i target di trattamento, lo psicologo può sviluppare un piano di trattamento neurofeedback personalizzato per il paziente. Il piano di trattamento includerà il numero di sessioni necessarie, la durata di ciascuna sessione ed i protocolli neurofeedback specifici da utilizzare, questi ultimi scelti sulla base delle evidenze scientifiche presenti in letteratura.

Nell'ampio spettro delle applicazioni cliniche del neurofeedback e dai protocolli validati, troviamo:

- *Disturbi d'ansia*: il neurofeedback può essere utile nel trattamento dell'ansia, in particolare dell'ansia sociale, dell'ansia generalizzata e del disturbo post-traumatico da stress (PTSD).

- *Disturbi dell'umore*: il neurofeedback può essere utilizzato per migliorare i sintomi della depressione, le significative deflessioni del tono dell'umore e i sintomi del disturbo bipolare.

- *Disturbo ossessivo-compulsivo*: può essere efficace nel ridurre alcuni sintomi del DOC, come i pensieri intrusivi e le compulsioni.

- *Disturbo dell'attenzione e dell'iperattività (ADHD)*: il neurofeedback si è dimostrato efficace nel migliorare sintomi come l'iperattività, l'impulsività e l'incapacità di concentrarsi.

- *Potenziamento delle funzioni cognitive*: il neurofeedback può essere utilizzato per potenziare e migliorare funzioni cognitive, come l'attenzione, la memoria a lungo termine e la memoria di lavoro, la concentrazione ed il problem solving.

È importante sottolineare nuovamente come il neurofeedback non sia una cura per nessuno dei disturbi sopra menzionati.

Nelle Linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e dell'American Psychiatric Association (APA) e recentemente anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) viene riportato come trattamento d'elezione per le problematiche d'ansia e dell'umore la terapia cognitivo-comportamentale.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale costituisce il trattamento psicoterapeutico di elezione per bambini, adolescenti e adulti con disturbo ossessivo-compulsivo.

Per quanto riguarda l'ADHD il miglior trattamento è di tipo multimodale e prevede una combinazione d'interventi di tipo farmacologico, psicoeducativo e psicoterapeutico. I miglioramenti più duraturi di tipo comportamentale si ottengono però affiancando alla terapia farmacologica un programma cognitivo-comportamentale.

Proprio alla luce di questo, il neurofeedback può essere un'efficace aggiunta al trattamento psicoterapico cognitivo-comportamentale di questi disturbi, essendo una tecnica promettente che può offrire un significativo miglioramento alla qualità della vita delle persone e alla gestione dei sintomi di differenti disturbi.

Per quello che si pone essere l'obiettivo di questo elaborato, verranno approfonditi ora protocolli e training di neurofeedback utilizzati con soggetti con disturbi depressivi, disturbi d'ansia, DOC e ADHD.

Disturbi dell'umore

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il solo disturbo depressivo maggiore (DDM) colpisce ogni anno circa 350 milioni di persone in tutto il mondo (Whiteford et al., 2010) e, secondo recenti proiezioni, entro il 2030 il DDM potrebbe diventare la prima causa di disabilità e sofferenza (Ferrari et al., 2013).

Il sintomo soggettivo prevalente è la sensazione di essere inutile, negativo o continuamente colpevole e può arrivare fino all'odio verso di sé. La caratteristica principale dei sintomi depressivi è la pervasività: sono presenti tutti i giorni per quasi tutto il giorno per almeno 15 giorni, causando un disagio clinico significativo e compromettendo il normale funzionamento sociale, lavorativo e in altre aree fondamentali per la persona.

La comprensione della natura e delle cause della depressione si è evoluta nel corso dei secoli, anche se è tuttora considerata incompleta. Le cause proposte includono fattori psicologici, psicosociali, ambientali, ereditari, evolutivi e biologici. La maggior parte delle teorie biologiche si concentrano sui neurotrasmettitori monoamine come la serotonina, la norepinefrina e la dopamina che sono naturalmente presenti nel cervello per facilitare la comunicazione tra le cellule nervose.

Ampie prove hanno dimostrato che diversi processi psicofisiologici sono compromessi nei pazienti con disturbo depressivo maggiore. Per quanto riguarda i neurocircuiti, sono stati identificati disturbi funzionali nelle strutture prefrontali, limbiche, striatali, talamiche e del prosencefalo basale (Price J. et al., 2010). Evidenze provenienti dalla ricerca EEG dimostrano che gli individui depressi presentano un'attività alfa dell'emisfero sinistro più elevata, inclusa l'ipoattivazione nell'area prefrontale sinistra. A questo proposito, è stato osservato un miglioramento della sintomatologia depressiva dopo un allenamento di questa asimmetria utilizzando il neurofeedback (Linden DE, 2014). Allo stesso modo, le neuroimmagini e la ricerca strutturale sul cervello indicano che le persone affette da depressione presentano diverse anomalie. L'amigdala è stata identificata come un obiettivo importante nei training di neurofeedback per la depressione, grazie al suo ruolo nell'elaborazione della risposta emotiva, interagendo con diverse aree corticali e sottocorticali e avendo dimostrato di essere un indicatore chiave dell'insorgenza e del recupero del disturbo depressivo maggiore (Young et al., 2018). I primi studi sulla relazione tra funzioni nervose e disturbi dell'umore si sono focalizzati sull'attivazione della corteccia frontale dorsolaterale destra e sinistra. Le ricerche di Davidson e colleghi (Davidson et al., 1985, 1990; Davidson, 1992) dimostrano che l'umore positivo è associato ad una minore attività della corteccia prefrontale dorsolaterale destra (ritmo alfa maggiore) rispetto alla corteccia prefrontale dorsolaterale sinistra.

A partire da questo approccio teorico, Peter Rosenfeld e colleghi dimostrano come, su individui sani, l'asimmetria corticale possa essere modificata tramite un programma di condizionamento

operante (Rosenfeld et al., 1995). Sulla base di questo studio, l'anno successivo viene pubblicato dallo stesso autore insieme a Baehr la descrizione del protocollo di training neurofeedback utilizzato su due pazienti depresse (1997). Le due pazienti sono viste una o due volte alla settimana per una sessione di un'ora consistente in circa un 50% di training neurofeedback seguito da un 50% di psicoterapia.

Durante il neurofeedback sono stati registrati F3 e F4, riferiti a Cz. La soglia è stata fissata a zero in modo che i punteggi inferiori allo zero rappresentassero una alfa sinistra maggiore rispetto a quella destra e i punteggi superiori allo zero rappresentassero un'asimmetria inversa. Il ritmo alfa in questo caso riflette l'ipoattività corticale, pertanto un aumento dell'attività frontale sinistra corrisponde ad una variazione positiva nel punteggio di asimmetria. Quando il punteggio superava lo zero, le pazienti udivano un segnale acustico che veniva utilizzato come rinforzo. Prima di ogni sessione di training, le pazienti svolgevano alcuni esercizi di respirazione diaframmatica e di rilassamento. In totale sono state svolte 34 sedute di neurofeedback, tutte condotte ad occhi chiusi per contribuire ad aumentare la produzione di onde cerebrali alfa/theta. La sola istruzione data alle pazienti era quella di mantenere gli occhi chiusi e rilassarsi. Durante le prime tredici sedute le percentuali di beta e theta superavano l'alfa. Veniva riportata una difficoltà a smettere di pensare mentre si rilassavano. Alla quattordicesima sessione si nota un primo miglioramento, grazie ad una maggiore confidenza con le tecniche di rilassamento, viene ridotta la percentuale di Beta e aumentata l'alfa. Dopo 34 sedute di training, le pazienti hanno imparato ad aumentare la differenza di attivazione tra la corteccia frontale destra e quella sinistra. Cinque mesi dopo la conclusione del training le differenze di asimmetria si stavano mantenendo.

Incoraggiati da questi risultati, numerosi gruppi di ricerca iniziano a sviluppare protocolli di neurofeedback per lavorare con piccoli gruppi di pazienti depressi. Nel 1999 Baehr e Rosenfeld trattano sei pazienti depressi con un protocollo alfa di asimmetria, finalizzato ad incrementare l'ampiezza dell'onda alfa nella corteccia frontale destra rispetto a quella della corteccia frontale sinistra. Il protocollo Baehr/Rosenfeld utilizza come indice di asimmetria (A-score) la relazione: $([R - L] / [R + L]) \times 100$, dove R ed L rappresentano rispettivamente l'ampiezza (in microvolt) dell'alfa frontale destra e sinistra; maggiore è il valore dell'indice, minore è lo stato depressivo del paziente.

L'applicazione di questo protocollo richiede il posizionamento di elettrodi nei siti attivi F3 e F4, di un riferimento in Cz e della massa in Fz. Nel valutare lo stato emotivo dei pazienti prima e dopo le 30 sessioni di training vengono utilizzate due scale di valutazione: la BDI (Beck Depression Index) e il MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2). Nella fase di preparazione al

training i pazienti eseguono delle respirazioni diaframmatiche al fine di rilassarsi e ridurre gli artefatti da tensione muscolare; vengono poi fatti sedere su una sedia reclinabile e incoraggiati a mantenere uno stato rilassato chiudendo gli occhi e limitando i movimenti. I pazienti sono visti una o due volte a settimana per un'ora di sessione che comprende mezz'ora di neurofeedback e mezz'ora di psicoterapia. Durante la seduta di neurofeedback vengono registrati i siti F3 ed F4 riferiti a Cz, le impedenze misurate risultano pari a 5 o inferiori. La soglia è settata a zero per cui A-scores sotto lo zero indicano una maggiore ampiezza dell'alfa sinistra rispetto alla destra, mentre A-scores superiori a zero rappresentano l'asimmetria inversa. Il ritmo alfa riflette l'ipoattività corticale, per cui una maggior attivazione della corteccia sinistra corrisponde ad una riduzione di alfa e ad un cambiamento positivo dell'indice di asimmetria. Il protocollo assume che A-scores superiori alla soglia per il 58% del tempo caratterizzano un soggetto sano mentre A-scores superiori alla soglia per meno del 58% del tempo sono rappresentativi di un individuo depresso. Quando l'indice di asimmetria supera lo zero è utilizzato come rinforzo un campanello ad intonazione fluttuante, maggiore è l'A-score, più alto è il tono.

Dopo 30 sedute risulta che cinque pazienti hanno incrementato i propri indici di asimmetria fino ad un livello normale mentre uno ha incrementato il proprio A-score, ma senza raggiungere il 58%. Quattro dei sei soggetti mostrano miglioramenti significativi al BDI e al MMPI. Prima del trattamento cinque dei sei soggetti avevano ottenuto punteggi superiori a 9 nel BDI, quattro di questi riportano punteggi inferiori a 9 dopo le sedute. Cinque dei sei pazienti si sono resi disponibili per il follow-up e tre di questi sono stati valutati da uno a cinque anni dopo la terapia (Baehr E. et al., 2001). Tutti hanno mantenuto gli indici di asimmetria e i punteggi della scala BDI in un range di valori normale.

Successivamente, Hammond (2000) utilizza il protocollo Baehr/Rosenfeld per tre sessioni su un soggetto affetto da depressione farmaco-resistente accompagnata da ansia e pensieri ruminanti. Il punteggio ottenuto dal paziente nel protocollo è 36.1 ed è indice di una grave asimmetria. Il paziente sperimenta grosse difficoltà nel modificare il suo A-score e, nella seconda e terza sessione, questo peggiora ulteriormente. Hammond decide di inibire l'attività alfa e theta nell'area frontale destra in corrispondenza dei siti Fp1 ed Fp3 e di accompagnare questa inibizione al rinforzo dell'attività beta. Entro la prima sessione il paziente riferisce una sensazione di miglioramento. Al termine del trattamento il punteggio del test MMPI passa da 56 a 97 punti. I sintomi somatici (gastrite, emicrania, ipocondria) migliorano significativamente, così come l'ansia e la stanchezza. I punteggi MMPI ed il resoconto del paziente mostrano come sia diventato meno riservato, più attivo,

più socievole e meno diffidente e, in un follow-up condotto a distanza di otto mesi e mezzo, i cambiamenti positivi risultano consolidati.

Nel 2005 Hammond riporta un caso di nove pazienti affetti da disturbo depressivo confermato dal MMPI. Ciascun paziente è sottoposto ad una valutazione di screening con il protocollo Baehr/Rosenfeld per accertare la presenza ed il grado dell'asimmetria frontale. Il punteggio percentuale medio (A-score %) risulta essere del 40.05% mentre il punteggio medio sulla scala MMPI è di 93.75: sette degli otto pazienti sono giudicati gravemente depressi e solo uno risulta moderatamente depresso. I pazienti sono sottoposti a sedute di neurofeedback guidate dal protocollo Fp1-Fp3 di Hammond. Al termine delle sedute si registra una riduzione media del punteggio MMPI di 28.75 punti: un paziente passa da severamente depresso a normale, due da gravemente depressi a normali, tre da severamente depressi a lievemente depressi ed uno da moderatamente depresso a lievemente depresso. Complessivamente il 77.8% dei casi riporta sostanziali miglioramenti.

La ricerca clinica condotta da Hammond e Baehr ha dimostrato che il training di neurofeedback può essere un trattamento complementare alla psicoterapia, illustrando anche per la prima volta come utilizzare questo strumento all'interno della seduta di psicoterapia.

Nella mia esperienza clinica, i software di neurofeedback sono in continua evoluzione, dando la possibilità al clinico di utilizzare schermate e training differenti.

Per una maggiore chiarezza, riporto qui l'esempio della schermata che utilizzo personalmente per lavorare su tre bande differenti, nello specifico quando si vuole inibire alfa, theta e rinforzare l'attività beta, come il protocollo sopra riportato. Ogni volta che il soggetto riesce a riportare tale condizione l'immagine si completa con un pezzo di puzzle e viene udito un suono piacevole.



Figura 3. Schermata training 3 bands

Il training di neurofeedback è uno strumento non invasivo per il trattamento della depressione e, nella maggior parte dei casi, ha prodotto risultati favorevoli; ciò è incoraggiante se si considera che molti farmaci antidepressivi possono causare differenti effetti collaterali, come insonnia, tendenze suicidarie, nausea, disfunzioni sessuali, etc.

Disturbi d'ansia

I disturbi d'ansia rappresentano una sfida significativa per la salute mentale, influenzando il benessere emotivo e la qualità della vita di milioni di persone. Nella ricerca di approcci terapeutici innovativi, il neurofeedback si inserisce come una possibile aggiunta alla terapia cognitivo-comportamentale (CBT), considerata il trattamento d'elezione per questi disturbi, offrendo una prospettiva unica sulla gestione e la riduzione dei sintomi ansiosi.

La CBT è una terapia ben consolidata per i disturbi d'ansia, concentrata sull'identificazione e sulla successiva modificazione di schemi di pensiero disfunzionali e comportamenti correlati all'ansia. Tuttavia, nonostante le evidenze a favore della CBT, alcuni individui potrebbero sperimentare sfide e difficoltà particolari nel regolare l'ansia a livello fisiologico, ed è proprio in questi casi che il neurofeedback può contribuire in modo significativo.

Come abbiamo visto, il neurofeedback si basa sulla capacità del cervello di apprendere e adattarsi, consentendo ai pazienti di ricevere feedback in tempo reale sulla loro attività cerebrale. Nei disturbi d'ansia, questo può essere particolarmente utile nel modulare la risposta del sistema nervoso, riducendo l'ipersensibilità eccessiva alle minacce percepite. Ad esempio, modulare le onde alfa e beta coinvolte nella gestione dello stress e dell'attenzione potrebbe contribuire a ridurre l'ipersensibilità ansiosa. Inoltre, il training di neurofeedback potrebbe mirare a ridurre la reattività delle regioni cerebrali coinvolte nelle risposte emotive, promuovendo una risposta più equilibrata agli stimoli ansiosi.

Quindi, mentre la CBT rimane fondamentale per affrontare i pensieri e i comportamenti, il neurofeedback può contribuire a regolare le risposte fisiologiche. L'integrazione del neurofeedback nella CBT apre nuove vie per il trattamento di questi disturbi complessi.

In generale, l'ansia è associata ad un aumento della vigilanza e all'instaurarsi di un complesso meccanismo fisiologico di allarme tale da preparare l'organismo alla difesa e/o all'azione, mettendo a sua disposizione le risposte psicologiche, somatiche e comportamentali funzionali al superamento dell'ostacolo.

L'ansia è da considerarsi patologica quando l'intensità e la durata della reazione sono inappropriate allo stimolo, quando non è proporzionata alle vicende esistenziali di un soggetto o

quando, anziché ottimizzare le risorse dell'individuo, le blocca, interferendo con le sue normali attività di vita. L'individuo vive uno stato di malessere psico-fisico generale, un forte senso di tensione interiore, di incertezza, di insicurezza, pessimismo e paura del futuro, irritabilità, allarme e apprensione. Il rendimento lavorativo è discontinuo, il sonno è spesso disturbato e comunque vissuto come non riposante. L'ansia intensa ha un'influenza, oltre che sul sistema nervoso vegetativo, anche sulle funzioni psichiche superiori, quali il pensiero, la percezione, l'attenzione, l'apprendimento, la concentrazione, la capacità di rievocare le nozioni apprese e di stabilire nessi associativi.

Spesso si accompagna a molteplici sintomi somatici, ossia a sensazioni somatiche che possono interessare ogni distretto e modificare le attività funzionali dell'individuo, fra cui: tachicardia, dispnea, dolore in sede toracica, sbalzi pressori, tremore, palpitazioni, ipersudorazione, nausea, alterazioni del ciclo mestruale, visione offuscata e vertigini. Molti metodi sono risultati efficaci nell'aiutare le persone a gestire l'ansia, come il rilassamento, la respirazione, la ristrutturazione cognitiva e il biofeedback.

L'interesse verso i correlati EEG dell'ansia risale alla seconda metà degli anni '60. Costa e colleghi (1965) in uno studio condotto su 72 studenti di medicina individuano una significativa correlazione negativa fra l'ampiezza della banda alfa ed i punteggi ottenuti dai soggetti in un test per valutare l'ansia. Sulla base di questi, ed altri risultati (Scherzer et al., 1966), i primi studi di neurofeedback sui disturbi d'ansia - precedenti all'avvento dell'elettroencefalografia quantitativa – si focalizzano sull'incremento dell'ampiezza dell'onda alfa in corrispondenza dei siti occipitali mediani (Budzynski et al., 1972). Lo sviluppo dell'elettroencefalografia quantitativa (qEEG) ha permesso di identificare e distinguere vari sottotipi del disturbo d'ansia e ciò si è rivelato estremamente utile nella progettazione di differenti protocolli di neurofeedback. La ricerca ha fatto emergere diversi pattern qEEG. Gurnee (2004) su un campione di 100 soggetti ha identificato sei sottotipi del disturbo d'ansia, riportando come la maggior parte dei pazienti mostri stabilmente almeno 3 o 4 di questi profili (alcuni visibili ad occhi aperti, altri ad occhi chiusi). Hammond (2007) ha individuato i seguenti pattern qEEG comunemente associati ai disturbi d'ansia:

- Asimmetria dell'alfa frontale;
- Potenza eccessiva della banda beta di frequenze rilevata nei siti parietali;
- Potenza eccessiva della banda beta di frequenze nei siti frontali dell'emisfero destro (negli attacchi di panico);

- Potenza eccessiva della banda beta di frequenze nei siti sulla linea mediana, in particolare in Cz (associata a ruminazione, ossessioni ed insonnia).

Le sue raccomandazioni circa i protocolli di neurofeedback da adottare per trattare questi quattro sottotipi qEEG sono, rispettivamente:

- Utilizzare il "protocollo di asimmetria frontale" comunemente impiegato per trattare i disturbi depressivi, che vedremo nel successivo paragrafo;
- Ricompensare l'incremento di theta (6-8 Hz) ed inibire la potenza delle frequenze beta (20-34 Hz) nei siti parietali coinvolti;
- Ricompensare l'aumento di potenza delle frequenze alfa ed inibire la potenza delle frequenze beta utilizzando un montaggio bipolare nei siti di destra T4 e F4;
- Inibire la potenza nel range di frequenze 19-34 Hz nei siti mediani di interesse mentre il paziente è ad occhi chiusi.

Disturbo ossessivo-compulsivo

Secondo la classificazione del DSM-5, il disturbo ossessivo compulsivo (DOC), è un disturbo caratterizzato dalla presenza di ossessioni e/o compulsioni.

Le compulsioni possono presentarsi sia nell'infanzia che nell'età adulta, anche se l'incidenza massima la si ha tra i 15 e i 25 anni. In Italia, sono circa 800.000 le persone colpite da disturbo ossessivo-compulsivo.

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è, infatti, uno tra i disturbi psicologici più frequenti, manifestando una prevalenza che varia dall'1 al 4% (Abramowitz et al., 2008). Come riporta Basile in una pubblicazione su *Cognitivismo Clinico* del 2015: "fondamentale è approfondire con il paziente gli aspetti emotivi, cognitivi e motivazionali che sottostanno alle manifestazioni comportamentali osservabili. L'individuo che soffre di DOC, infatti, è motivato e guidato da scopi precisi, molto ben articolati nella sua mente, ed è caratterizzato da aspetti emotivi e cognitivi, che non sono presenti nelle altre patologie, pur apparentemente condividendone la sintomatologia (Abramowitz et al., 2008). Il profilo emotivo del DOC è caratterizzato da una grande sensibilità al disgusto (Berle D. Philips ES., 2006) e al senso di colpa (Mancini F., Gangemi A., 2011; Basile et al., 2013), emozioni che motivano l'individuo a mettere in atto compulsioni, volte a ridurre l'ansia. Inoltre, spesso, nella vita dei pazienti ossessivi sono presenti episodi specifici (come, ad esempio, eventi traumatici) o condizioni familiari (iper-responsabilizzazione del bambino o presenza di un genitore con sintomatologia simile, anche sub-clinica), legati a tali vissuti emotivi, che possono aver

favorito lo sviluppo del disturbo. Oltre agli aspetti emotivi, nel DOC possono essere presenti processi cognitivi disfunzionali, come la difficoltà a inibire/controllare i comportamenti o ad effettuare delle scelte (Chamberlain S. et al., 2006).”

Attualmente il trattamento del DOC include principalmente farmacoterapia e psicoterapia cognitivo-comportamentale. La terapia farmacologica è caratterizzata dall'impiego dell'antidepressivo tricyclico clomipramina (Anafranil) e degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI): fluvoxamina (Maveral, Dumirox, Fevarin), citalopram (Elopram, Seropram), sertralina (Zoloft), fluoxetina (Prozac, Fluoxeren, Fluoxetina) e paroxetina (Sereupin, Seroxat). Queste due famiglie di farmaci hanno in comune, dal punto di vista del meccanismo d'azione, la capacità di potenziare la trasmissione nervosa mediata dalla serotonina. La terapia cognitivo-comportamentale si avvale, ad esempio, tra le altre tecniche, di procedure di esposizione con prevenzione della risposta (ERP) che consistono nell'esporre gradualmente il paziente a pensieri, immagini o stimoli per un tempo superiore a quello normalmente tollerato e far sì che resista all'impulso di compiere i rituali comportamentali. Diversi studi di imaging funzionale hanno mostrato che i meccanismi neuronali alla base di alcuni ingredienti emotivi e cognitivi rilevanti nel DOC - come la propensione al disgusto, la sensibilità alla colpa deontologica e alcune funzioni cognitive coinvolte nell'inibizione di comportamenti compulsivi - sono diversi rispetto a quelli degli individui sani, con un particolare coinvolgimento del network fronto-parieto-sotto-corticale (Jang et al., 2010; Harrison et al., 2012).

La ricerca sul neurofeedback per il disturbo ossessivo-compulsivo è ancora in fase iniziale, ma i risultati degli studi finora condotti sono incoraggianti. L'analisi del profilo qEEG dei pazienti affetti da DOC (Tot et al., 2002; Karadag et al., 2003) suggerisce che il disturbo sia associato principalmente ad anomalie dei segnali EEG nelle posizioni frontotemporali e frontali sinistre. Più specificatamente i pazienti ossessivo-compulsivi mostrano una minore potenza della banda alfa nelle aree frontali e in Pz ed una maggiore potenza assoluta delle bande delta e theta in corrispondenza dei siti F7 ed Fz.

Hammond (2003) descrive il trattamento di due pazienti con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo tramite neurofeedback. In entrambi i casi viene eseguita una prima elettroencefalografia quantitativa, al fine di valutare le funzionalità cerebrali dei soggetti ed individuare i protocolli di neurofeedback più adatti al training. I pazienti sono valutati prima e dopo il trattamento mediante la scala Yale-Brown per il disturbo ossessivo-compulsivo (Y-BOCS) ed il questionario self-report Padua Inventory; entrambi gli strumenti hanno mostrato buona affidabilità e validità nella valutazione di ossessioni e compulsioni. Nel primo caso è stato somministrato anche il test MMPI.

Per quanto riguarda la prima paziente, l'elettroencefalografia quantitativa mostrava un'eccessiva attività alfa nell'area posteriore sinistra per cui numerose sedute sono state svolte inibendo la banda 6-11 Hz e rinforzando la banda 15-18 Hz nei siti T5-P3 per mezzo di un montaggio bipolare sequenziale. Dopo 50 sessioni, risomministrato il test MMPI, risulta normalizzata la depressione, i livelli di ansia e i sintomi del DOC sono drasticamente diminuiti, l'autostima della paziente è incrementata ed è passata da essere introversa ad estroversa. Il risultato del test Y-BOSC è passato da un valore iniziale di 26 punti (leggermente al di sopra della media dei soggetti DOC) a 4. Il punteggio ottenuto dalla paziente nel Padua Inventory prima del trattamento era pari a 72, significativamente al di sopra della media dei soggetti sani (21.78; DS = 16.33) e dei pazienti DOC (54.93; DS = 16.72). Al termine delle 50 sedute è sceso a 8 e, in un follow-up di 15 mesi, risulta essere pari a 12 (circa una deviazione standard al di sotto della media del campione normalizzato).

Il secondo paziente ha una storia di alcolismo e di abuso di sostanze stupefacenti e ha una diagnosi di DOC con ossessione da contaminazione, rituali di lavaggio, compulsioni di controllo e perfezionismo. Nella fase preparatoria al training ha ottenuto un punteggio Y-BOSC di 25 ed un punteggio di 62 nel Padua Inventory, i quali confermano la diagnosi del disturbo ossessivo-compulsivo. Il paziente è sottoposto ad un totale di 93 sessioni (regolate sulla base del suo profilo qEEG) che comprendono: 44 sessioni di inibizione di beta nell'area definita dai siti Fz-Cz-C4, 22 sessioni di inibizione di alfa e rinforzo delle frequenze beta basse in F7-F8, 21 sessioni su Fp1-Fp2, tre sessioni e mezza di inibizione della banda 2-9 Hz nei siti O1-O2 e due sessioni e mezza di inibizione della banda alfa nell'area parietale. Al termine del training il punteggio Y-BOSC ottenuto è di 7 ed il punteggio del Padua Inventory è sceso da 62 a 7. Tredici mesi dopo il trattamento il paziente non è più in cura farmacologica e riferisce un miglioramento della concentrazione e del disturbo ossessivo-compulsivo, tanto da incoraggiarlo a risciversi al college.

Lo studio di Hammond ha quindi mostrato miglioramenti considerevoli dei sintomi del DOC in due pazienti; entrambi hanno mantenuto i risultati a 15 e 13 mesi di distanza dalla fine del trattamento.

In conclusione, i risultati degli studi finora condotti, per quanto esigui, suggeriscono che il neurofeedback può essere un'efficace aggiunta al trattamento cognitivo-comportamentale del DOC. Tuttavia, sono necessari ulteriori studi per confermarne l'efficacia e per identificare i protocolli di neurofeedback più utili. Sicuramente, il contributo delle neuroscienze ha un ruolo fondamentale nella comprensione dei meccanismi cerebrali che sottendono ai processi emotivi e cognitivi; tuttavia "è importante ricordare che una semplice "cartografia" cerebrale, che spiega "dove" certi processi mentali hanno luogo, non è sufficiente per "spiegare" tout court i processi sottesi al funzionamento

psichico (Castelfranchi C., 2015). È evidente che qualunque fenomeno psicologico o mentale abbia un corrispettivo neurale e che, di conseguenza, i due piani (i.e., mentale e neurale) rappresentano semplicemente piani diversi di descrizione di uno stesso fenomeno (Mancini F., 2015). L'identificazione di un network cerebrale specifico non è sufficiente per spiegare la modalità con cui le informazioni (che siano emozioni o processi cognitivi) vengono elaborate, ma permette unicamente di descrivere e localizzare nel cervello le sedi di questi processi" (Basile B., 2015).

Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADHD)

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADHD) è un disturbo di tipo neurobiologico caratterizzato da disattenzione, iperattività ed impulsività che interferiscono con lo sviluppo sociale e personale del soggetto. L'evoluzione del disturbo è modulata dalla continua relazione tra caratteristiche biologiche e contesto psicosociale (Pennington B., 2006) che può inserirsi come ambiente protesico e contenitivo per facilitare un decorso positivo del disturbo o configurarsi come fattore di rischio con peggioramento della sintomatologia (Johnston C., 2001).

Il neurofeedback si è dimostrato essere un intervento non farmacologico e non invasivo che ha mostrato risultati promettenti nella gestione dei sintomi dell'ADHD a lungo termine e senza effetti collaterali (Hammond D., 2011). Ad oggi, tuttavia, vi sono ancora diversi pareri discordanti rispetto al valore clinico del neurofeedback che appare ancora dibattuto, con valutazioni che vanno da "efficacious and specific" (Arns M. et al., 2009; Arns M. et al., 2014) a "fails to support neurofeedback as an effective treatment for ADHD" (Cortese S. et al., 2016). Per questo appare necessario distinguere i differenti protocolli ed il corretto utilizzo degli stessi.

In questo paragrafo cercherò di chiarire quanto presente in letteratura e di illustrare i principali protocolli di neurofeedback utilizzati e validati per l'ADHD.

Tradizionalmente, il trattamento dell'ADHD consiste nella farmacoterapia, spesso associata ad interventi cognitivo-comportamentali, tra cui parent training ed interventi di formazione e mediazione per insegnanti (Taylor E. et al., 2004). Oltre a questi, vi sono gli interventi psicosociali svolti in classe e con il gruppo dei pari (Daly B. et al., 2007). Per quanto riguarda la farmacoterapia, la somministrazione di metilfenidato è spesso il metodo di scelta (ad esempio Ritalin, Concerta, Equasym, Medikinet); tuttavia, vengono prescritti anche la D-anfetamina e altri non psicostimolanti, come l'atomoxetina e la guanfacina (Faraone S. et al., 2010). Negli ultimi anni, lo studio sul trattamento multimodale dei bambini con ADHD e gli studi di follow-up (i cosiddetti studi MTA) hanno fornito ampie ricerche sui farmaci stimolanti, sui trattamenti comportamentali e sulla loro combinazione. I risultati dimostrano che sia i farmaci stimolanti che il trattamento combinato hanno

avuto un chiaro beneficio clinico a breve termine, ma a lungo termine le differenze tra i gruppi si attenuano, come mostrato dalle valutazioni a 24 mesi, a 6 e 8 anni (Molina B. et al., 2009). Questi risultati, in combinazione con studi che indicano i potenziali effetti collaterali della farmacoterapia (Storeb O. et al., 2015; Charach A. et al., 2006), la risposta parziale ai farmaci (Faraone S. et al., 2010) e l'elevata intensità di tempo e costo della combinazione dei trattamenti a causa del coinvolgimento di più professionisti (Daly B. et al., 2007), hanno portato ad un crescente interesse per lo sviluppo di trattamenti alternativi non farmacologici per l'ADHD. Tra questi, ad esempio, ci sono i training computerizzati per le funzioni cognitive (come la memoria di lavoro e l'attenzione) che mirano a ridurre i sintomi principali dell'ADHD ed a migliorare il funzionamento neuropsicologico. La ricerca su questo argomento è ancora nelle fasi iniziali e sono necessari studi più controllati sugli effetti (Sonuga-Barke E. et al., 2014). Sicuramente, l'intelligenza artificiale potrà portare un suo contributo anche in questo ambito, ma dovremmo attendere.

Un altro strumento di trattamento dell'ADHD, già ampiamente studiato in passato, è il neurofeedback. Come abbiamo visto nel primo capitolo, il neurofeedback misura in diretta l'attività cerebrale del partecipante. I parametri cerebrali preselezionati (una banda di frequenza specifica o un potenziale cerebrale) vengono calcolati e tradotti in segnali che vengono restituiti all'utente in tempo reale. In questo modo le caratteristiche selezionate dell'attività cerebrale vengono rese percepibili al paziente che può imparare ad autoregolare la propria attività cerebrale.

Nonostante i primi sviluppi risalgano già al 1940, fu solo negli anni '70 che iniziò un'applicazione più sistematica del neurofeedback e vennero descritte in letteratura le prime implicazioni cliniche. Questi sviluppi sono stati motivati dalla scoperta degli effetti anticonvulsivanti del neurofeedback del ritmo sensomotorio (SMR) nei gatti (Serman M. et al., 1972) e, successivamente, nell'uomo (Serman M. et al., 2010). Il presunto ruolo della modulazione SMR sul comportamento motorio è stato seguito dalle prime dimostrazioni degli effetti positivi del neurofeedback SMR nel disturbo ipercinetico (Lubar J. et al., 1976). Questo training di neurofeedback SMR sulla striscia sensomotoria (prevalentemente nella regione emisferica centrale destra) è stato utilizzato per la prima volta con bambini ADHD da Lubar e colleghi (Lubar J. et al., 1976; Shouse M. et al., 1979). Gli studi fondamentali di Lubar hanno rivelato che gli effetti benefici sulla riduzione dell'iperattività di un training combinato con neurofeedback SMR/theta sono stati mantenuti dopo la sospensione degli psicostimolanti nei bambini iperattivi.

Un altro protocollo utilizzato è quello theta/beta (4–7 Hz/12–21 Hz) (TBR) che cerca di diminuire la potenza theta e/o aumentare la potenza beta nelle posizioni centrali e frontali. Questo protocollo prende di mira direttamente importanti caratteristiche elettrofisiologiche come elevati

rapporti theta/beta, elevata potenza theta e/o bassa potenza beta comunemente osservati nei bambini (Barry R. et al., 2003) e negli adulti con ADHD (Clarke A. et al., 2008). Recenti studi randomizzati e controllati suggeriscono che da 30 a 40 sessioni di neurofeedback TBR sono efficaci quanto il metilfenidato nel ridurre i sintomi di disattenzione e iperattività e sono persino associati a prestazioni accademiche post-trattamento superiori (Duric N. et al., 2012; Meisel V. et al., 2013). Gli effetti del neurofeedback TBR sull'ADHD potrebbero essere spiegati dall'autoregolazione appresa dell'attenzione (Gevensleben H. et al., 2012), come evidenziato dalla maggiore ampiezza dei potenziali endogeni evocati, come il P300 (Egner T. et al., 2004). Tuttavia, sono necessarie ulteriori prove neuroscientifiche per determinare i meccanismi specifici attraverso i quali il neurofeedback TBR potrebbe influenzare il funzionamento cognitivo del soggetto con ADHD.

Intorno allo stesso periodo, è stato pubblicato il primo rapporto di controllo volontario su un potenziale cerebrale lento chiamato variazione contingente negativa (CNV) o "bereitschaftspotential" (potenziale di prontezza) a causa della proprietà di questo potenziale di emergere quando si prepara all'azione (ad esempio quando si aspetta davanti a un semaforo) (McAdam D. et al., 1966). Questo ha gettato le basi per un altro approccio di neurofeedback, ossia il neurofeedback del potenziale corticale lento (SCP). La prima applicazione del neurofeedback SCP nell'ADHD è stata segnalata nel 2004 (Heinrich H. et al., 2004). Il neurofeedback SCP si basa sull'autoregolazione appresa dell'attivazione e dell'inibizione corticale che sono associate rispettivamente alla negativizzazione elettrica e alla positivizzazione delle deflessioni elettriche corticali lente, descritte come un meccanismo di sintonizzazione fasica nella regolazione dell'attenzione (Rockstroh B. et al., 1990). Diversamente dai protocolli TBR e SMR che sono tipicamente unidirezionali (vale a dire, le istruzioni richiedono al partecipante di aumentare o diminuire la potenza del parametro EEG), l'autoregolazione di SCP di solito comporta l'addestramento nel generare sia l'attivazione che l'inibizione corticale. Nel caso dell'ADHD, il focus terapeutico è nel promuovere un aumento delle probabilità di attivazione delle aree corticali sottostanti (cioè la negativizzazione). Un'altra differenza relativa al neurofeedback di frequenza è che nel neurofeedback SCP le prove di apprendimento sono più numerose e notevolmente più brevi.

Infine, una recente meta-analisi che includeva 10 studi randomizzati e ha esaminato specificamente gli effetti a lungo termine del neurofeedback rispetto ai trattamenti attivi (compresi gli psicostimolanti) e ai trattamenti semi-attivi (ad esempio, il training cognitivo); ha rilevato che, dopo una media di 6 mesi di follow-up, gli effetti del neurofeedback erano superiori ai gruppi di controllo (Van Doren J. et al., 2018). È interessante notare che questa meta-analisi ha confermato la

tendenza a diminuire con il tempo gli effetti dei farmaci e ad aumentare con il tempo gli effetti del neurofeedback, senza che vengano condotte sessioni aggiuntive.

In conclusione, in linea con le linee guida per la valutazione delle prove sviluppate dall'APA, questi protocolli di neurofeedback appena descritti sono stati considerati "Efficacious and Specific, Level V" nel trattamento dell'ADHD (Linee guida AAPB; Yucha & Montgomery, 2008).

Conclusioni

*“What is not started
will never get finished.”*

Johann Wolfgang von Goethe

Come per ogni nuovo trattamento emergente, la conoscenza degli aspetti tecnici, degli standard adeguati e la corretta formazione, sono cruciali per valutare adeguatamente i pregi, le opportunità e i limiti del training di neurofeedback.

Purtroppo, si dà spesso l'assunto infondato che “neurofeedback = neurofeedback”. Ciò non è assolutamente vero! Il neurofeedback può avere, infatti, un impatto differenziale sul funzionamento del cervello a seconda del tipo di protocollo e di implementazione dello stesso. Ad esempio, Lubar e Shouse (1976) hanno documentato gli effetti negativi di un training inadeguato sui sintomi dell'ADHD: lo studio ha dimostrato che l'inibizione di theta (4-7 Hz) ed il rinforzo del ritmo sensomotorio portano ad un miglioramento dei sintomi dell'ADHD, mentre il rinforzo di theta provoca un'inversione dei miglioramenti, peggiorando la sintomatologia.

A partire dagli anni '70 il neurofeedback è stato testato ed indagato su numerose condizioni patologiche e perfezionato a livello tecnico-pratico. Lo sviluppo della strumentazione dedicata, delle tecnologie di imaging e di protocolli più rigorosi ha spianato la strada ad applicazioni sempre più efficienti e ad una migliore comprensione scientifica dei meccanismi cerebrali sottostanti. Il numero di professionisti che forniscono servizi di neurofeedback è aumentato molto rapidamente negli ultimi anni e la loro formazione è stata regolamentata dal The Biofeedback Certification International Alliance (BCIA). La BCIA è riconosciuta come organismo di certificazione per la pratica clinica di biofeedback dall'Associazione di Psicofisiologia Applicata e Biofeedback (AAPB), dalla Federazione Europea di Biofeedback (BFE) e della Società Internazionale per il Neurofeedback e la Ricerca (ISNR).

Più recentemente, diversi gruppi di ricerca uniti alla pratica clinica hanno riportato risultati molto incoraggianti circa l'utilizzo del training di neurofeedback nelle sedute di psicoterapia

cognitivo-comportamentale per il trattamento di numerose patologie, ma esiste ancora la necessità di aumentare la quantità e qualità di ricerche disponibili.

Nonostante gli studi valutino i cambiamenti post-training sulla base di misure oggettive (quali dati qEEG, test psicologici e scale comportamentali), gli effetti del training potrebbero derivare anche da variabili non specifiche (ad esempio le aspettative del paziente, il contatto con il terapeuta, etc.) e da fattori contestuali, entrambi difficili da quantificare ed isolare. Il ruolo determinante del terapeuta nel settare le soglie e dirigere le sedute comporta, inoltre, delle limitazioni metodologiche rendendo difficile svolgere studi in doppio cieco. Permane, in ogni caso, l'incoraggiante possibilità per il terapeuta di avere a disposizione un ulteriore strumento per permettere al paziente di raggiungere uno stato di benessere nel minor tempo possibile, mantenendo soprattutto il risultato raggiunto.

In breve, gli obiettivi futuri riguardano sicuramente la regolamentazione del neurofeedback come strumento da utilizzare in terapia, con lo sviluppo di standard vincolanti accettati a livello internazionale e la qualificazione dei formatori di neurofeedback. Allo stesso modo, sarà fondamentale la discussione sulla necessità di educare il pubblico ed i terapeuti sulla natura del neurofeedback e destigmatizzare eventuali preconcetti o malintesi riguardo alla sua efficacia e sicurezza.

Nel concludere questo elaborato, avendo delineato quelle che possono essere le promettenti sinergie tra il neurofeedback e la psicoterapia cognitivo-comportamentale apro in realtà un nuovo capitolo nell'approccio alle sfide della salute mentale. Sicuramente, ciò che ho scritto non vuole essere esaustivo di una tematica così complessa e tutt'oggi in fase di sviluppo, ma vuole suscitare l'interesse del lettore affinché si pensi ad una nuova visione in cui la convergenza tra neuroscienze e terapie cognitivo-comportamentali possano contribuire, congiuntamente, alla comprensione ed al trattamento dei disturbi mentali, portando benefici tangibili ai nostri pazienti. Come terapeuti, ricercatori e professionisti della salute mentale, abbiamo il compito di coltivare un approccio aperto all'innovazione, accettando la sfida di integrare nuove tecnologie nella pratica clinica senza perdere di vista il cuore umano della terapia.

Bibliografia

Abramowitz, J. S. (2008). *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive behavioral approach*. Taylor & Francis e-Library.

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing.

- Arns, M., de Ridder, S., Strehl, U., Breteler, M., & Coenen, A. (2009). Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: The effects on inattention, impulsivity, and hyperactivity: A meta-analysis. *Clinical EEG and Neuroscience*, 40(3), 180–189.
- Arns, M., Feddema, I., & Kenemans, J. L. (2014). Differential effects of theta/beta and SMR neurofeedback in ADHD on sleep onset latency. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 1019.
- Baehr, E., Rosenfeld, J. P., & Baehr, R. (2001). Clinical use of an alpha asymmetry neurofeedback protocol in the treatment of mood disorders: Follow-up study one to five years post therapy. *Journal of Neurotherapy*, 4(4), 11–18.
- Baehr, E., Rosenfeld, J. P., & Baehr, R. (1997). The clinical use of an alpha asymmetry protocol in the neurofeedback treatment of depression. *Journal of Neurotherapy: Investigations in Neuromodulation, Neurofeedback and Applied Neuroscience*, 2(3), 10–23. https://doi.org/10.1300/J184v02n03_02
- Baehr, E., Rosenfeld, J. P., Baehr, R., & Earnest, C. (1999). Clinical use of an alpha asymmetry neurofeedback protocol in the treatment of mood disorders. In J. R. Evans & A. Arbarbanel (Eds.), *Introduction to quantitative EEG and neurofeedback* (pp. 181–203). Academic Press.
- Barry, R. J., Clarke, A. R., & Johnstone, S. J. (2003). A review of electrophysiology in attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Qualitative and quantitative electroencephalography. *Clinical Neurophysiology*, 114(2), 171–183.
- Basile, B. (2015). Una rassegna sul substrato neuronale del senso di colpa, del disgusto e dell'intenzionalità nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo. *Cognitivismo Clinico*, 12(1), 46–56.
- Basile, B., Mancini, F., Macaluso, E., Caltagirone, C., & Bozzali, M. (2013). Abnormal processing of deontological guilt in obsessive compulsive disorder. *Brain Structure and Function*, 219(4), 1321–1331.
- Baykara, E., Könen, T., Unger, K., & Karbach, J. (2021). MRI predictors of cognitive training outcomes. *Journal of Cognitive Enhancement*, 5, 245–258.
- Berle, D., & Phillips, E. S. (2006). Disgust and obsessive-compulsive disorder: An update. *Psychiatry*, 69(3), 228–238.
- Budzynski, T. H., & Stoyva, J. M. (1973). Biofeedback techniques in behavior therapy. In D. Shapiro et al. (Eds.), *Biofeedback and self-control* (pp. 73–83). Aldine Atherton.
- Buzsaki, G. (2006). *Rhythms of the brain*. Oxford University Press.
- Castelfranchi, C. (2015). Modelli psicologici: Conflitti e prospettive. *Scienza & Mente*, 21/22, 43–55.
- Cavanagh, J. F., Zambrano-Vazques, L., & Allen, J. J. B. (2011). Theta lingua franca: A common mid-frontal substrate for action monitoring processes. *Psychophysiology*, 49, 220–238.
- Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Blackwell, A. D., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2006). Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1282–1284.
- Clarke, A. R., Barry, R. J., Heaven, P. C. L., McCarthy, R., Selikowitz, M., & Byrne, M. K. (2008). EEG in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *International Journal of Psychophysiology*, 70(3), 176–183.
- Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Holtmann, M., Aggensteiner, P., Daley, D., et al. (2016). Neurofeedback for attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(6), 444–455.
- Costa, L. D., Cox, M., & Katzman, R. (1965). Relationship between MMPI variables and percentage and amplitude of EEG alpha activity. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 90.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. Harper and Row. ISBN 0-06-092043-2.
- Daly, B. P., Creed, T., Xanthopoulos, M., & Brown, R. T. (2007). Psychosocial treatments for children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychological Review*, 17(1), 73–89.
- Davidson, R. J. (1992). Anterior cerebral asymmetry and the nature of emotion. *Brain and Cognition*, 20, 125–151.
- Davidson, R. J., Chapman, J. P., Chapman, L. J., & Henriques, J. B. (1990). Asymmetrical brain electrical activity discriminates between psychometrically matched verbal and spatial cognitive tasks. *Psychophysiology*, 27, 528–543.
- Davidson, R. J., Schaffer, C. E., & Saron, C. (1985). Effects of lateralized presentations of faces on self-reports of emotion and EEG asymmetry in depressed and non-depressed subjects. *Psychophysiology*, 22, 353–364.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum Press.
- Dehghani-Arani, F., Rostami, R., & Nadali, H. (2013). Neurofeedback training for opiate addiction: Improvement of mental health and craving. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 38(2), 133–141. <https://doi.org/10.1007/s10484-013-9218-5>

- Dimaggio, G., Carcione, A., Nicolo, G., Conti, L., Fiore, D., Pedone, R., Popolo, R., Procacci, M., & Semerari, A. (2009). Impaired decentration in personality disorder: A series of single cases analyzed with the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(5), 450-462. <https://doi.org/10.1002/cpp.619>
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2015). Metacognition and mentalizing in the psychotherapy of patients with psychosis and personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 117-124. <https://doi.org/10.1002/jclp.22147>
- Doppelmayr, M., Klimesch, W., Stadler, W., Pöllhuber, D., & Heine, C. (2002). EEG alpha power and intelligence. *Intelligence*, 30, 289-302.
- Duric, N. S., Assmus, J., Gundersen, D., & Elgen, I. B. (2012). Neurofeedback for the treatment of children and adolescents with ADHD: A randomized and controlled clinical trial using parental reports. *BMC Psychiatry*, 12, 107.
- Egner, T., & Gruzelier, J. H. (2004). EEG biofeedback of low beta band components: Frequency-specific effects on variables of attention and event-related brain potentials. *Clinical Neurophysiology*, 115(1), 131-139.
- Faraone, S. V., & Buitelaar, J. (2010). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(4), 353-364.
- Farina, B., Della Marca, G., Maestoso, G., Amoroso, N., Valenti, E. M., Carbone, G. A., Massullo, C., Contardi, A., & Imperatori, C. (2018). The association among default mode network functional connectivity, mentalization, and psychopathology in a nonclinical sample: An eLORETA study. *Psychopathology*, 51(1), 16-23. <https://doi.org/10.1159/000485517>
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., et al. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Medicine*, 10, e1001547.
- Fisher, S. F. (2017). *Neurofeedback nel trattamento dei traumi dello sviluppo*. Raffaello Cortina Editore. ISBN 9788860309167.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Fowers, B. J. (2005). *Virtue and psychology: Pursuing excellence in ordinary practices*. American Psychological Association Press.
- Gerdes, L., Gerdes, P., Lee, S. W., & Tegeler, C. H. (2013). HIRREMTM: A noninvasive, allostatic methodology for relaxation and auto-calibration of neural oscillations. *Brain and Behavior*, 3(2), 193-205. <https://doi.org/10.1002/brb3.116>
- Gevensleben, H., Rothenberger, A., Moll, G. H., & Heinrich, H. (2012). Neurofeedback in children with ADHD: Validation and challenges. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(4), 447-460.
- Gordon, S., Todder, D., Deutsch, I., Garbi, D., Alkobi, O., Shriki, O., Shkedy-Rabani, A., Shahar, N., & Meiran, N. (2020). Effects of neurofeedback and working memory-combined training on executive functions in healthy young adults. *Psychological Research*, 84, 1586-1609.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gurnee, R. (2000). QEEG subtypes of anxiety. Presented at the Annual ISNR Conference, St. Paul, MN, September 20-24.
- Hammond, D. C. (2005). Neurofeedback treatment of depression and anxiety. *Journal of Adult Development*, 12(2/3), 131-137.
- Hammond, D. C. (2000). Neurofeedback treatment of depression with the Roshi. *Journal of Neurotherapy*, 4(2), 45-56.
- Hammond, D. C. (2003). QEEG-guided neurofeedback in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Neurotherapy*, 7(2), 25-52.
- Hammond, D. C. (2007). *LENS: The low energy neurofeedback system*. Haworth Press.
- Hammond, D. C. (2011). What is neurofeedback: An update. *Journal of Neurotherapy: Investigations in Neuromodulation, Neurofeedback and Applied Neuroscience*, 15, 305-336.
- Hammond, D. C., & Baehr, E. (2009). Neurofeedback for the treatment of depression: Current status of theoretical issues and clinical research. In T. H. Budzynski, H. K. Budzynski, J. R. Evans, & A. Abarbanel (Eds.), *Introduction to quantitative EEG and neurofeedback: Advanced theory and applications* (2nd ed., pp. 295-314). Elsevier.
- Hanslmayr, S., Sauseng, P., Doppelmayr, M., et al. (2005). Increasing individual upper alpha power by neurofeedback improves cognitive performance in human subjects. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30(1), 1-10.

- Harrison, B. J., Pujol, J., Soriano-Mas, C., Hernández-Ribas, R., López-Solà, M., Ortiz, H., et al. (2012). Neural correlates of moral sensitivity in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 69(7), 741-914.
- Hughes, J. R., & John, E. R. (1999). Conventional and quantitative electroencephalography in psychiatry. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 11, 190-208.
- Huster, R. J., Enriquez-Geppert, S., Figge, C., & Herrmann, C. S. (2014). Self-regulation of frontal-midline theta facilitates memory updating and mental set shifting. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 420.
- Huster, R. J., Mokom, Z. N., Enriquez-Geppert, S., & Herrmann, C. S. (2014). Brain-computer interfaces for EEG neurofeedback: Peculiarities and solutions. *International Journal of Psychophysiology*, 91(1), 36-45.
- Hyatt, C. J., Calhoun, V. D., Pearlson, G. D., & Assaf, M. (2015). Specific default mode subnetworks support mentalizing as revealed through opposing network recruitment by social and semantic fMRI tasks. *Human Brain Mapping*, 36(8), 3047-3063. <https://doi.org/10.1002/hbm.22827>
- Imperatori, C., Della Marca, G., Amoroso, N., Maestoso, G., Valenti, E. M., Massullo, C., Carbone, G. A., & Contardi, A. (2017). Alpha/theta neurofeedback increases mentalization and default mode network connectivity in a non-clinical sample. *Brain Topography*, 30(6), 822-831. <https://doi.org/10.1007/s10548-017-0593-8>
- Imperatori, C., Mancini, M., Della Marca, G., Valenti, E. M., & Farina, B. (2018). Feedback-based treatments for eating disorders and related symptoms: A systematic review of the literature. *Nutrients*, 10(11), 1806.
- Jang, J. H., Kim, J. H., Jung, W. H., Choi, J. S., Jung, M. H., Lee, J. M., et al. (2010). Functional connectivity in fronto-subcortical circuitry during the resting state in obsessive-compulsive disorder. *Neuroscience Letters*, 474, 158-162.
- Johnson, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Kandel, E. R. (1994). *Principi di neuroscienze* (5th ed.). C.E. Ambrosiana. (Original work published 1981).
- Karadag, F., Oguzhanoglu, N., & Kurt, T. (2003). Quantitative EEG analysis in obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuroscience*, 113, 833-847.
- Kleim, J. A., & Jones, T. A. (2008). Principle of experience-dependent neural plasticity: Implication for rehabilitation after brain damage. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1), 225-239.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467-481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Linden, D. E. (2014). Neurofeedback and networks of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(1), 103-112. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2014.16.1/dlinden>
- Lombardo, M. V., Chakrabarti, B., Bullmore, E. T., Wheelwright, S. J., Sadek, S. A., Suckling, J., & Baron-Cohen, S. (2010). Shared neural circuits for mentalizing about the self and others. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22(7), 1623-1635. <https://doi.org/10.1162/jocn.2009.21287>
- Lubar, J. F., & Shouse, M. N. (1976). EEG and behavioral changes in a hyperkinetic child concurrent with training of the sensorimotor rhythm (SMR): A preliminary report. *Biofeedback & Self-Regulation*, 1(3), 293-306.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2011). Fear of deontological guilt and fear of contamination in obsessive-compulsive disorder. *Psicoterapia Cognitiva & Comportamentale*, 17(3), 395-404.
- Mancini, F. (2015). Disturbo ossessivo-compulsivo: Dipende da scopi e rappresentazioni o da deficit cognitivi? Retrieved from <http://www.stateofmind.it/2015/09/psichiatria-crisi-identita/>
- Mars, R. B., Neubert, F. X., Noonan, M. P., Sallet, J., Toni, I., & Rushworth, M. F. (2012). On the relationship between the “default mode network” and the “social brain.” *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 189. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00189>
- Matsuzaki, Y., Nouchi, R., Sakaki, K., Dinet, J., & Kawashima, R. (2023). The effect of cognitive training with neurofeedback on cognitive function in healthy adults: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel)*, 11(6), 843. <https://doi.org/10.3390/healthcare11060843>
- Meisel, V., Servera, M., Garcia-Banda, G., Cardo, E., & Moreno, I. (2013). Neurofeedback and standard pharmacological intervention in ADHD: A randomized controlled trial with six-month follow-up. *Biological Psychology*, 94(1), 12-21.
- Mladenović, J., Frey, J., Bonnet-Save, M., Mattout, J., & Lotte, F. (2017). The impact of flow in an EEG-based brain-computer interface.
- Molina, B. S. G., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., Epstein, J. N., Hoza, B., Hechtman, L., Abikoff, H. B., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Newcorn, J. H., Wells, K. C., Wigal, T., Gibbons, R. D., Hur, K., & Houck, P. R. (2009). The MTA at 8 years: Prospective follow-up of children treated for combined-

- type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484–500. [PMC free article]
- Nigbur, R., Iavanova, G., & Sturmer, B. (2011). Theta power as a marker for cognitive interference. *Clinical Neurophysiology*, 49, 220-238.
- Nouchi, R., Hu, Q., Saito, T., dos Santos Kawata, N. Y., Nouchi, H., & Kawashima, R. (2021). Brain training and sulforaphane intake interventions separately improve cognitive performance in healthy older adults, whereas a combination of these interventions does not have more beneficial effects: Evidence from a randomized controlled trial. *Nutrients*, 13, 352.
- Nouchi, R., Kawata, N. Y. D. S., Saito, T., Himmelmeier, R. M., Nakamura, R., Nouchi, H., & Kawashima, R. (2020). Dorsolateral prefrontal cortex activity during a brain training game predicts cognitive improvements after four weeks' brain training game intervention: Evidence from a randomized controlled trial. *Brain Sciences*, 10, 560.
- Nouchi, R., Nouchi, H., Dinet, J., & Kawashima, R. (2022). Cognitive training with neurofeedback using NIRS improved cognitive functions in young adults: Evidence from a randomized controlled trial. *Brain Sciences*, 12, 5.
- Nouchi, R., Suiko, T., Kimura, E., Takenaka, H., Murakoshi, M., Uchiyama, A., Aono, M., & Kawashima, R. (2020). Effects of lutein and astaxanthin intake on the improvement of cognitive functions among healthy adults: A systematic review of randomized controlled trials. *Nutrients*, 12, 617.
- Paul, T., Varshney, A., & Singh, A. P. (2022). Effectiveness of neurofeedback therapy adjunct to cognitive behavioral therapy in agoraphobia: A case study. *Annals of Neurosciences*, 29(4), 249-254. <https://doi.org/10.1177/09727531221145768>
- Pe, M. L., Koval, P., & Kuppens, P. (2013). Executive well-being: Updating of positive stimuli in working memory is associated with subjective well-being. *Cognition*, 126, 335–340.
- Pellecchia, G., Moroni, F., Colle, L., Semerari, A., Carcione, A., Fera, T., Fiore, D., Nicolo, G., & Pedone, R. (2018). Avoidant personality disorder and social phobia: Does mindreading make the difference? *Comprehensive Psychiatry*, 80, 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.09.011>
- Peniston, E. G., & Kulkosky, P. J. (1989). Alpha-theta brainwave training and beta-endorphin levels in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 13(2), 271-279. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1989.tb00325.x>
- Peniston, E. G., & Kulkosky, P. J. (1991). Alpha-theta brain wave neuro-feedback for Vietnam veterans with combat-related post-traumatic stress disorder. *Meditation and Psychotherapy*, 4, t-t4.
- Pennington, B. F. (2006). From single to multiple deficit models of developmental disorders. *Cognition*, 101, 385–413. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2006.04.008>
- Price, J. L., & Drevets, W. C. (2010). Neurocircuitry of mood disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 192-216. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.104>
- Ron van Outsem. (2011). The applicability of neurofeedback in forensic psychotherapy: A literature review. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(2), 223-242. <https://doi.org/10.1080/14789949.2010.528012>
- Rosenfeld, J. P., Cha, G., Blair, T., & Gotlib, I. (1995). Operant biofeedback control of left-right frontal alpha power differences. *Biofeedback and Self-Regulation*, 20, 241-258.
- Sakaki, K., Nouchi, R., Matsuzaki, Y., Saito, T., Dinet, J., & Kawashima, R. (2021). Benefits of VR physical exercise on cognition in older adults with and without mild cognitive decline: A systematic review of randomized controlled trials. *Healthcare*, 9, 883. <https://doi.org/10.3390/healthcare9090883>
- Salthouse, T. A. (2010). Selective review of cognitive aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16, 754–760.
- Saxby, E., & Peniston, E. G. (1995). Alpha-theta brainwave neurofeedback training: An effective treatment for male and female alcoholics with depressive symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 51(5), 685-693. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199509\)51:5<685::AID-JCLP2270510514>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199509)51:5<685::AID-JCLP2270510514>3.0.CO;2-K)
- Scherzer, E. (1966). Low voltage EEG's as the bio-electrical measure of tense expectancy (psychogenic alpha reduction). *Psychiatric Neurology*, 152, 207.
- Schmidt, J., & Martin, A. (2015). Neurofeedback reduces overeating episodes in female restrained eaters: A randomized controlled pilot study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 40(4), 283-295.
- Schoenberg, P. L., & David, A. S. (2014). Biofeedback for psychiatric disorders: A systematic review. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 39(2), 109-135.
- Schore, A. N. (2010). *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*. Astrolabio.

- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., & Procacci, M. (2007). Understanding minds: Different functions and different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 17(1), 106-119. <https://doi.org/10.1080/10503300500536953>
- Semerari, A., Colle, L., Pellicchia, G., Buccione, I., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Procacci, M., & Pedone, R. (2014). Metacognitive dysfunctions in personality disorders: Correlations with disorder severity and personality styles. *Journal of Personality Disorders*, 28(6), 751-766. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_137
- Shouse, M. N., & Lubar, J. F. (1979). Operant conditioning of EEG rhythms and Ritalin in the treatment of hyperkinesis. *Biofeedback and Self-Regulation*, 4(4), 299-312.
- Sitaram, R., Ros, T., Stoeckel, L., Haller, S., Scharnowski, F., Lewis-Peacock, J., et al. (2016). Closed-loop brain training: The science of neurofeedback. *Nature Reviews Neuroscience*, 18, 86-100.
- Sokhadze, T. M., Cannon, R. L., & Trudeau, D. L. (2008). EEG biofeedback as a treatment for substance use disorders: Review, rating of efficacy, and recommendations for further research. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 33(1), 1-28. <https://doi.org/10.1007/s10484-007-9047-5>
- Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Holtmann, M., & Cortese, S. (2014). Computer-based cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of current evidence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 807-824.
- Soveri, A., Antfolk, J., Karlsson, L., Salo, B., & Laine, M. (2017). Working memory training revisited: A multi-level meta-analysis of n-back training studies. *Psychonomic Bulletin & Review*, 24, 1077-1096.
- Sterman, B., LoPresti, R. W., & Fairchild, M. D. (2010). Electroencephalographic and behavioral studies of monomethylhydrazine toxicity in the cat. *Journal of Neurotherapy*, 14(4), 293-300.
- Sterman, M. B., & Friar, L. (1972). Suppression of seizures in an epileptic following sensorimotor EEG feedback training. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 33(1), 89-95.
- Sterman, M. B., & Wyrwicka, W. (1967). EEG correlates of sleep: Evidence for separate forebrain substrates. *Brain Research*, 6, 143-163. [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(67\)90186-2](https://doi.org/10.1016/0006-8993(67)90186-2)
- Storeb, O. J., Ramstad, E., Krogh, H. B., Nilausen, T. D., Skoog, M., Holmskov, M., et al. (2015). Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD009885.
- Takeuchi, H., Magistro, D., Kotozaki, Y., Motoki, K., Nejad, K. K., Nouchi, R., Jeong, H., Sato, C., Sessa, S., Nagatomi, R., et al. (2020). Effects of simultaneously performed dual-task training with aerobic exercise and working memory training on cognitive functions and neural systems in the elderly. *Neural Plasticity*, 2020, 3859824
- Taylor, E., Dopfner, M., & Sergeant, J. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(Suppl 1), i7-i30.
- Thatcher, R. W., & Lubar, J. F. (2014). *Z score neurofeedback: Clinical applications*. Cambridge: Academic Press. https://www.google.com/books/edition/Z_Score_Neurofeedback/tD7LAWAAQBAJ?hl=en
- Tot, S., Ozge, A., Comolekoglu, U., & Yazici, K. (2002). Association of QEEG findings with clinical characteristics of OCD: Evidence of left frontotemporal dysfunction. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(6), 538-545.
- Traut, H. J., Guild, R. M., & Munakata, Y. (2021). Why does cognitive training yield inconsistent benefits? A meta-analysis of individual differences in baseline cognitive abilities and training outcomes. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-20.
- Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina, Milano.
- Van Doren, J., Arns, M., Heinrich, H., Vollebregt, M. A., Strehl, U., & Loo, S. K. (2019). Sustained effects of neurofeedback in ADHD: A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(3), 293-305. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1121-4>
- Vermeij, A., Kessels, R. P. C., Heskamp, L., Simons, E. M. F., Dautzenberg, P. L. J., & Claassen, J. A. H. R. (2017). Prefrontal activation may predict working-memory training gain in normal aging and mild cognitive impairment. *Brain Imaging and Behavior*, 11, 141-154. <https://doi.org/10.1007/s11682-016-9495-2>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., et al. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382, 1575-1586.
- Woollett, K., & Maguire, E. A. (2011). Acquiring "the Knowledge" of London's layout drives structural brain changes. *Current Biology*, 21(24), 2109-2114. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2011.11.018>
- Wyckoff, S., & Birbaumer, N. (2014). Neurofeedback and brain-computer interfaces. In D. I. Mostofsky (Ed.), *The Handbook of Behavioral Medicine*. <https://doi.org/10.1002/9781118453940.ch15>

Young, D. K., Siegle, G. J., Misaki, M., Zotev, V., Phillips, R., Drevets, W. C., & Bodurka, J. (2018). Altered task-based and resting-state amygdala functional connectivity following real-time fMRI amygdala neurofeedback training in major depressive disorder. *NeuroImage: Clinical*, 17, 691-703. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2017.11.005>

Yucha, C. B., & Montgomery, D. (2008). *Evidence-based practice in biofeedback and neurofeedback*. Wheat Ridge, CO: Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback

Giulia Decarli Psicologa, Psicoterapeuta a Trento (TN)

Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Baggio e Mansutti

e-mail: info.giuliadecarli@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

La terapia cognitivo-comportamentale nell'invecchiamento consapevole: un protocollo mindfulness per la cura dell'anziano fragile

Loredana Portone¹,

¹Associazione di Psicologia Cognitiva - APC, sede di Verona

Riassunto

Negli ultimi anni, la “nuova vecchiaia” sta mettendo in discussione la prospettiva di invecchiamento intesa come fase di vita basata sui concetti di malattia e fragilità dell'anziano, ponendo nuove domande le cui fondamenta sorgono su una visione più positiva e consapevole; la persona che invecchia è considerata piena di risorse e potenzialità e con un futuro ancora da arricchire. La domanda di partenza è: “come aiutare l'anziano a vivere più pienamente questa fase della vita?”. Un progetto di tirocinio implementato in una Casa di Riposo ha permesso di realizzare un meraviglioso viaggio di consapevolezza insieme agli anziani della struttura che hanno preso parte ad un percorso di mindfulness, condividendo i loro vissuti e le loro esperienze. Ciò che sorprende nell'avvicinarsi a questo mondo è il ritrovarsi ogni volta di fronte ad una grande dignità umana e ad un bagaglio valoriale ai quali sottende una forte resilienza. Queste pagine hanno lo scopo di trasmettere a chi legge e ai professionisti del settore interesse e curiosità nello studio dell'ambito dell'invecchiamento, fase caratterizzata da continui cambiamenti emotivi, psicologici e cognitivi. Tale conoscenza permette di ipotizzare nuovi modi di promuovere il benessere psicologico e un miglioramento del tono dell'umore nella cura dell'anziano fragile.

Abstract.

In recent years, the concept of "new old age" has challenged the traditional view of aging as a phase of life defined by illness and elder frailty. This has prompted new questions based on a more positive and mindful perspective. Older adults are now recognized as individuals rich in resources and potential, with a future that can still be enriched. The central question is: “How can we help older people to live this phase of life more fully?”. A practicum project carried out in a nursing home enabled a transformative journey of awareness alongside the residents. They participated in a mindfulness-based program, sharing their lived experiences.

Loredana Portone, La TCC nell'invecchiamento consapevole: un protocollo mindfulness per la cura dell'anziano fragile, *N. 34*, 2024, pp. 54-86.

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

Engaging with this population revealed a constant encounter with profound human dignity and a core set of values underscored by strong resilience. This paper aims to inspire readers and professionals in the aging field to engage with the study of aging, a phase marked by continuous emotional, psychological, and cognitive changes. Such understanding opens new avenues for promoting psychological well-being and improving mood in the care of vulnerable elderly individuals.

Introduzione

Negli ultimi anni una nuova prospettiva di invecchiamento sta emergendo nel panorama scientifico e l'attenzione viene posta, in misura sempre maggiore, non più esclusivamente sui cambiamenti fisici e cognitivi, ma anche su dimensioni interiori di consapevolezza, gentilezza, compassione, presenza mentale, legati a questa fascia di età.

Pur riconoscendo che l'inevitabile processo di invecchiamento sia costellato da limitazioni e perdite, si sceglie, in queste pagine, di adottare una visione più positiva e concentrarsi in particolare su guadagni e opportunità.

Si parla ad oggi di "conscious aging", ovvero invecchiamento consapevole, riferendosi all'abilità degli esseri umani di pensare al proprio modo di invecchiare, di prendere consapevolezza di come il proprio modo di vivere cambi e influenzi l'avanzare dell'età e di incorporare tale interpretazione nell'auto-rappresentazione di sé (Diehl, et al., 2014).

Nel lavoro con gli anziani e nell'ascolto delle loro storie di vita è facile accorgersi di come spesso esperienze piene di sofferenza e momenti di "crisi", come ad esempio lutti, guerre, malattie, vengano da loro stessi descritti in un'ottica di crescita e di scoperta di risorse personali; come una forza che non si credeva di avere dentro di sé. È altrettanto vero che le difficoltà possono portare allo sviluppo di psicopatologie che compromettono la qualità di vita della persona. La depressione, ad esempio, è una delle psicopatologie più diffuse nella terza età. Le domande, quindi, che dobbiamo necessariamente porci, considerando che il processo di invecchiamento interessa ciascuno di noi e che la nostra società invecchia sempre di più, sono: come arrivare a vivere più pienamente questa fase della vita? Che tipo di interventi aiuterebbero la persona anziana in questa direzione e migliorerebbero il suo benessere psicologico?

Un punto di partenza potrebbe essere dato da una conoscenza più ampia dei principali bisogni dell'anziano. Con questi quesiti, che saranno un filo conduttore tra le varie pagine

dell'articolo, si partirà con il primo paragrafo basato su un'analisi generale del processo di invecchiamento, intendendolo come un processo di crescita piuttosto che di declino. Particolare attenzione sarà posta sul concetto di benessere psicologico e delle sue dimensioni, prendendo come riferimento il modello di Carol Ryff e alla depressione nell'invecchiamento.

Il secondo paragrafo sarà poi dedicato alla spiegazione del concetto di mindfulness, una pratica di consapevolezza che consiste nel focalizzare l'attenzione sul momento presente, sospendendo il giudizio. Sono tanti gli studi che hanno indagato l'influenza di questa pratica su mente e corpo degli adulti, osservando benefici su depressione, ansia, stress e dolore cronico. Scarsa attenzione invece è stata rivolta allo studio della mindfulness applicata alla fascia della terza età e sono pochi i protocolli conosciuti e tradotti in italiano specifici per l'invecchiamento.

Nella terza parte, si prenderà in esame il protocollo Mindfulness-Based Elder Care (MBEC), sviluppato da Lucia McBee, un'esperta riconosciuta nel campo della mindfulness applicata alla cura degli anziani e delle persone con disabilità croniche.

L'idea di questo lavoro nasce dall'applicazione di tale protocollo MBEC con gli anziani durante il tirocinio del quarto anno di scuola di specializzazione con alcuni residenti della Casa di Riposo "Opera Immacolata Concezione" – OIC, di Padova. Verranno riportate le parole degli anziani che hanno preso parte al progetto, le esperienze personali vissute durante le pratiche, i loro bisogni e le riflessioni sui risultati emersi. Verrà utilizzato un approccio di tipo narrativo, con la speranza di suscitare curiosità nel lettore e offrire uno spunto per studi di ricerca futuri in tale ambito.

Invecchiamento: nuove sfide e opportunità per un futuro longevo

Kofi Annan, ex Segretario Generale delle Nazioni Unite, nell'assemblea mondiale di Madrid nel 2002, parlò di "rivoluzione silenziosa", riferendosi al progressivo invecchiamento della popolazione mondiale. Con questa espressione Annan metteva in luce un fenomeno che, seppur nascosto e spesso impercettibile, ha un forte impatto a livello economico, sociale, culturale e sanitario globale.

Questo cambiamento epocale in atto richiede nuove risposte da parte delle istituzioni, dei professionisti e della società (Annan, 2002).

In questo paragrafo verrà preso in esame il processo dell'invecchiamento che, pur essendo stato considerato negli anni come rappresentativo della fragilità e del declino dell'anziano, è oggi visto invece come fase di preziose acquisizioni di funzioni e in cui è possibile migliorare il benessere psicologico della persona che invecchia.

Definizione di invecchiamento

L'invecchiamento può essere inteso come un complesso processo caratterizzato da più fattori che nel tempo impattano sulla sopravvivenza di un organismo vivente (De Beni, 2009).

Ogni persona che invecchia si trova a dover affrontare numerosi cambiamenti di tipo fisico, cognitivo, sociale ed emotivo che possono influenzare significativamente il suo funzionamento e la sua qualità di vita. Tuttavia, come ribadito precedentemente, questo processo non è da intendersi come declino, ma come fase in cui possono emergere nuove consapevolezze personali e una maggiore flessibilità emotiva che permette di fronteggiare le richieste ambientali, grazie al bagaglio di esperienze accumulate nel tempo. Pur osservando una maggiore fragilità fisica e cognitiva e un aumento delle malattie fisiche, gli studi dimostrano che il cervello è plastico e non statico anche in età anziana (Pascual-Leone, Amedi, Fregni, & Merabe, 2005) e le abilità legate alle esperienze accumulate (intelligenza cristallizzata) si mantengono stabili o addirittura possono migliorare con l'età (Horn & Cattell, 1966). Dal punto di vista dei cambiamenti emotivi, diversi studi mostrano che molte persone anziane hanno una migliore regolazione emotiva rispetto ai giovani e secondo la teoria della selettività socio-emotiva preferiscono "conservare" le relazioni più solide, "scartando" quelle più superficiali e negative, che non offrono sicurezza e vicinanza emotiva (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999; Lang & Carstensen, 2002).

In passato, l'invecchiamento normale non veniva distinto dalla malattia cronica e si era convinti che il deterioramento fisico, psicologico e sociale fosse inevitabile, legando vecchiaia a declino (Cumming & Henry, 1961). Questo concetto si riflette nella frase di Terenzio che affermava "senectus ipsa est morbus", ovvero "la vecchiaia stessa è la malattia". Il termine

“ageism” (Butler, 1969) ha contribuito a questa visione negativa e, sulla base di questa prospettiva, la depressione stessa in età avanzata era vista come aspetto caratterizzante il processo di invecchiamento e la psicoterapia considerata inutile.

La letteratura più recente, al contrario, non supporta più questa visione, evidenziando invece che la depressione è più comune tra i giovani adulti rispetto agli anziani e affianca termini positivi accanto al tema dell'invecchiamento: si parla di “Active Aging” (invecchiamento attivo) o “Successful Aging” (invecchiamento di successo) o ancora, negli ultimi anni, la definizione emergente è di “Conscious Aging” (invecchiamento consapevole). È ormai superato lo stereotipo dell'anziano inattivo a favore di un'interpretazione dell'invecchiamento inteso come periodo di vitalità, crescita, apprendimento e trasformazione. Basti pensare ad alcuni artisti, come ad esempio Picasso e Buonarroti, che crearono importanti opere in età avanzata, a dimostrazione del fatto che l'invecchiamento può essere una fase di innovazione e di sviluppo continui (Schulz & Salthouse, 1999). L'invecchiamento attivo enfatizza l'engagement in attività significative di tipo sociale anche dopo il pensionamento, come ad esempio continuare a lavorare o intraprendere attività di volontariato o studio, che aiutano a restar parte di una rete sociale (Brodie, 2009).

L'invecchiamento di successo è un concetto orientato alla qualità della vita durante l'invecchiamento, sottolineando la capacità di mantenere una buona salute fisica, mentale ed emotiva, nonostante l'età avanzata (Rowe & Kahn, 1997). L'invecchiamento consapevole è un concetto che si integra con l'invecchiamento di successo e l'invecchiamento attivo, ma si focalizza maggiormente sull'importanza della consapevolezza del processo di invecchiamento stesso. Il focus di quest'approccio è su come le persone anziane possano vivere con più pienezza e attenzione ogni fase della vita. È inteso come la capacità dell'individuo di comprendere il proprio cambiamento legato all'avanzare dell'età e di pianificarlo con scelte orientate al miglioramento della propria qualità di vita. Si parla di “consapevolezza dei cambiamenti legati all'età” (Steverink, Westerhof, Bode, & Dittmann-Kohli, 2001), tema importante da considerare in psicoterapia, quando la richiesta del paziente è quella di migliorare il proprio stile di vita e, allo stesso tempo, iniziare a progettare il proprio invecchiare.

Il Benessere Psicologico

In passato il benessere psicologico coincideva sostanzialmente con un'assenza di malessere (Ryff & Singer, 1996; Sheldon & King, 2001), mentre negli ultimi anni l'attenzione è più incentrata sugli aspetti "positivi" del funzionamento dell'individuo (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Bandura, 2001). Gli studi nell'ambito della Psicologia Positiva portano ad intendere il benessere come costruito multidimensionale, differenziando il benessere soggettivo dal benessere psicologico. Da quest'ambito derivano due diverse prospettive: quella "edonica" (Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999) fondata sull'insegnamento di Epicuro (342-270 a.C) di "ricercare il piacere ed evitare il dolore", che associa il benessere alla ricerca di emozioni positive e alla soddisfazione per la propria vita; e quella "eudaimonica" (Ryan & Deci, 2001) che, riprendendo la dottrina Aristotelica (383-322 a.C) "realizza il tuo potenziale personale", associa il benessere all'autorealizzazione e alla crescita personale (Seligman, 2002).

Gli studi sulle dimensioni del benessere psicologico nell'ambito dell'invecchiamento hanno riportato correlazioni positive con l'età. Questo è stato osservato in particolare dagli studi di Carol Ryff (1989), che unendo varie teorie della psicologia dello sviluppo e dell'arco di vita e della psicologia umanistica ha offerto una sintesi esaustiva delle varie dimensioni del benessere psicologico, intendendolo come processo multidimensionale e dinamico.

Le dimensioni considerate in questo modello sono le seguenti:

- Autonomia, capacità di autodeterminazione e indipendenza: fondare le proprie opinioni e azioni sui valori personali, avere un pensiero indipendente e non lasciarsi influenzare dalla società.
- Padronanza dell'Ambiente: padroneggiare efficacemente l'ambiente e le circostanze della vita, soddisfacendo le proprie necessità.
- Crescita Personale: sviluppare il proprio potenziale. Nell'arco di vita questo può derivare anche dalle sfide che si incontrano nei diversi momenti della vita.

- Relazioni Positive con gli Altri: buoni rapporti familiari e relazionali, basati sulla fiducia. Per creare relazioni positive con gli altri è necessario avere buone capacità di amare, capacità empatiche, compassionevoli e fiducia e rispetto dell'altro.
- Scopo nella Vita: sensazione che la propria vita abbia un significato. Questa dimensione è stata considerata anche dal neurologo Victor Frankl che credeva che anche nelle circostanze più estreme, come quelle che lui stesso ha vissuto nei campi di concentramento, gli individui possano trovare significato nella loro sofferenza e mantenere una certa libertà interiore (Frankl, 2006).
- Accettazione di Sé: atteggiamento positivo verso se stessi e la propria vita.

Il modello di Carol Ryff può essere approfondito e meglio compreso se collegato alle teorie di Abraham Maslow con la “Gerarchia dei Bisogni”, di Erik Erikson con “Gli Stadi dello Sviluppo Psicosociale”, di Gordon Allport con la “Teoria della Personalità” e di Carl Rogers con la “Teoria Centrata sulla Persona”. Allport, ad esempio, sosteneva che la capacità di estendere il sé, cioè l'essere in grado andare oltre il sé, è favorita da una buona padronanza dell'ambiente (Allport, 1961). La dimensione delle relazioni positive si intreccia con le teoria di Maslow che la identifica nel bisogno di amore e appartenenza. Fa corrispondere, inoltre, la crescita personale all'autorealizzazione (Maslow, 1968).

Con gli stadi di intimità e generatività, Erikson, nella teoria dello sviluppo, sottolinea l'importanza dello stringere adeguati rapporti interpersonali (intimità), l'interesse a guidare le generazioni future e a contribuire al benessere degli altri (generatività). Questi stadi possono essere associati alla dimensione delle relazioni positive (Erikson, 1959). Rogers descrive la dimensione di crescita personale come un processo di apertura all'esperienza e in cui la persona si sviluppa continuamente e diviene (Rogers, 1961).

Il modello di Carol Ryff, se applicato nell'invecchiamento, fornisce un quadro utile per promuovere una visione più positiva e dinamica della vecchiaia.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale per il trattamento della depressione nell'anziano

L'innalzamento dell'aspettativa di vita e la ricerca di un miglioramento del benessere psicologico nella terza età portano ad una maggiore attenzione alla diagnosi e al trattamento dei Disturbi dell'Umore nell'anziano. Gli studi in ambito epidemiologico riguardanti la salute mentale nell'invecchiamento hanno messo in luce che le principali psicopatologie più comuni fra gli anziani sono quelle caratterizzate da sintomi ansiosi e depressivi, spesso in comorbilità tra loro e/o con malattie organiche (De Martino & Couyoumdjian, 2012).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la depressione in tarda età è attualmente una delle principali cause di disabilità in tutto il mondo, non solo per il notevole impatto sulle funzioni biologiche, psicologiche e sociali della persona, ma anche per l'elevato tasso di suicidi ad essa correlato (World Health Organization, 2017).

Nell'anziano, rispetto all'adulto, si registra una maggiore incidenza di distimia, che può evolvere in disturbo depressivo maggiore entro i due anni dalla diagnosi (Alexopoulos, 2005; Lee, et al., 2019) e viene spesso curata dal medico di base (Rothera, Jones, & Gordon, 2001) solo con terapie farmacologiche e con dosaggi insufficienti (Birrer & Vemuri, 2004). Oggi il trattamento farmacologico continua a essere la soluzione principale per la depressione negli anziani. I farmaci, però, pur essendo senza dubbio efficaci per migliorare l'umore e ridurre i tentativi di suicidio (Lockwood, Page, NursCert, & Conroy-Hiller, 2004), espongono l'anziano a numerosi effetti collaterali, soprattutto in termini di aumento di problemi cardiovascolari e di incrementato rischio di cadute con frattura del femore (Arroll, et al., 2014; Seitz, et al., 2011), aumentando allo stesso tempo il carico di terapie dell'anziano, che andrebbe piuttosto alleggerito.

Si sta facendo strada l'interesse per approcci terapeutici alternativi al farmaco, come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), che ha dimostrato una notevole efficacia nel trattamento della depressione negli anziani (Bogner, Shah & de Vries, 2009) con una riduzione dei sintomi significativamente elevata e riportando un'efficacia pari all'80% (Cuijpers, 1998). Diverse ricerche hanno rilevato risultati sovrapponibili (Laidlaw, Davidson, Toner, Jackson & Clark, 2008) se non superiori rispetto ad altri approcci o rispetto al solo uso di farmaci (Wilson, Mottram & Vassilas, 2009; Serfaty, et al., 2009; Jayasekara, et al., 2015).

Inoltre, la CBT sembra agire a livello cerebrale, migliorando le funzioni di specifiche aree cerebrali a livello di corteccia frontale, il cingolato e l'ippocampo (Goldapple, et al., 2004). Sebbene questi risultati si riferiscono principalmente a una psicoterapia individuale, sono in crescita le ricerche a favore dell'efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale di gruppo per il trattamento della depressione negli anziani (Krishna, et al., 2011). I setting di gruppo possono includere la condivisione di esperienze simili, la riduzione dell'emarginazione sociale e sono più economici rispetto alla terapia individuale, specialmente per anziani non istituzionalizzati senza gravi problemi di salute (Payne & Marcus, 2008; Pinquart & Sorensen, 2001). La psicoterapia risulterebbe essere il trattamento d'elezione per la depressione lieve e moderata negli anziani. Potrebbe tuttavia essere più efficace proporre al paziente anziano con depressione ulteriori strumenti da affiancare alla psicoterapia cognitivo-comportamentale per rispondere ai suoi bisogni primari. Ad esempio, programmi d'intervento MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) e MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) hanno fornito dati empirici promettenti in tal senso.

Nonostante il crescente interesse negli ultimi 20 anni per il trattamento cognitivo-comportamentale e per gli interventi mindfulness per la depressione negli adulti, soltanto di recente la ricerca ha cominciato ad esplorarne l'efficacia nell'età anziana.

Entrambi i protocolli MBSR e MBCT prevedono programmi di 8 settimane e con attività che includono pratiche di meditazione guidata, discussioni di gruppo, momenti di psicoeducazione sul benessere dell'individuo, esercizi da svolgere a casa per promuovere la consapevolezza. Negli ultimi anni, inoltre, è stato evidenziato che gli interventi basati sulla mindfulness sono associati ad una significativa riduzione della solitudine, della depressione, dello stress, dei disturbi del sonno e a un significativo miglioramento generale dell'umore, specialmente se il livello di gravità di partenza dei sintomi depressivi era elevato (Splevins, Smith, & Simpson, 2009; Creswell, et al., 2012; Gallegos, et al., 2013). In particolare, è stato osservato che per persone con depressione ricorrente l'MBCT ha mostrato un'elevata efficacia sul rischio di recidiva rispetto all'uso di antidepressivi.

Uno studio ha, infatti, rilevato che il 75% dei pazienti trattati con l'MBCT interrompeva completamente l'uso di antidepressivi (Kuyken, et al., 2008). Per concludere, la pratica della mindfulness si rivela particolarmente promettente per migliorare il benessere psicologico degli anziani, ridurre i sintomi depressivi e promuovere una maggiore consapevolezza. Nei prossimi capitoli quindi esploreremo più a fondo questa tematica, in particolare l'applicabilità in presenza di disturbi dell'umore nel contesto dell'invecchiamento.

La mindfulness

La mindfulness, è un concetto che ha ricevuto un enorme interesse e validazione da parte della comunità scientifica internazionale. Originariamente radicata nelle tradizioni meditative del buddhismo classico, si è poi evoluta per diventare un approccio terapeutico riconosciuto, utilizzato per migliorare il benessere psicologico e fisico.

Questo paragrafo si propone di esplorare le origini e i benefici relativi alla mindfulness, ponendo particolare enfasi sull'efficacia di tale pratica.

La pratica della consapevolezza

La mindfulness è una pratica di meditazione, e può essere così definita: “stare nel presente deliberatamente. Il mezzo e il fine della meditazione, in realtà, coincidono. Non cerchiamo di arrivare da qualche parte, cerchiamo di essere dove siamo già e di esserci pienamente [...]. La consapevolezza, la capacità di percezione interiore e in verità anche la salute si sviluppano da sé, se siamo disponibili a essere presenti momento per momento e a ricordarci che abbiamo solo momenti da vivere” (Kabat-Zinn, XI ed., 2024, p.68). Il focus è quindi sul concetto di consapevolezza, intesa come osservazione non giudicante. Nella lingua pāli, la parola sati si riferisce a "consapevolezza" o "piena attenzione" e rappresenta uno degli elementi fondamentali del percorso buddista verso l'illuminazione e liberazione dalla sofferenza. Un'altra traduzione di questo termine è “attenzione nuda” e consiste nell'osservare le cose come se stessero accadendo per la prima volta, senza lasciarsi trascinare da concetti, opinioni o ricordi (Gunaratana, 1995).

Questo è un concetto che attraversa varie pratiche meditative, mantenendo in ognuna di esse l'attenzione sul momento presente.

La tecnica di meditazione vipassana ha lo scopo di far sperimentare una consapevolezza ininterrotta e ha origine nel buddhismo di venticinque secoli fa. Vipassana vuol dire “chiara visione”. Meditare è “un atteggiamento esterno che ci aiuta a coltivare un atteggiamento interno di dignità, pazienza e auto-accettazione” (Kabat-Zinn, 1991, p.62). Con la mindfulness quindi si volge lo sguardo al proprio interno esplorando: i sensi (tatto, gusto, vista, udito, olfatto) e la percezione delle proprie reazioni fisiologiche, razionali ed emotive; l'interazione corpo-respiro; gli oggetti della mente (pensieri, immagini o schemi reali o frutto di elaborazioni) visti come fenomeni transitori, di passaggio e non definitivi; le emozioni fondamentali (rabbia, disgusto, tristezza, gioia e paura), le loro cause e formazioni più complesse come, compassione, dolore ecc. Questi aspetti sono interconnessi, dinamici e si influenzano a vicenda (Kabat-Zinn, 1990). Nel libro “Vivere Momento Per Momento” Kabat-Zinn delinea i sette pilastri su cui si basa la mindfulness: “non giudizio” “pazienza”, “mente del principiante”, “fiducia”, “non cercare risultati”, “accettazione” e “lasciare andare”.

1. Il non giudizio richiede di coltivare la consapevolezza assumendo l'atteggiamento di testimoni

imparziali nei confronti della propria esperienza, senza attribuire etichette di “buono” o “cattivo” a quanto ci accade. Ad un certo punto dell'esercizio, alla mente possono presentarsi

frasi come “Che noia”, o “Questo non funziona” o “Non ci riesco”. Questi sono giudizi.

Quando

si presentano, è importante riconoscerli come tali, semplicemente osservarli senza lasciarsi coinvolgere e senza agire su di essi in alcun modo per poi ritornare all'osservazione del respiro.

2. La pazienza è una forma di saggezza. Essa nasce dalla comprensione e accettazione del fatto che le cose hanno un loro naturale tempo di maturazione. Pazienza è essere

semplicemente aperti a ogni momento e accettarlo nella sua pienezza così com'è, sapendo che, come la farfalla nella

crisalide, le cose maturano quando è il loro tempo.

3. La mente del principiante è una mente che è disposta a guardare ogni cosa come se la vedesse

per la prima volta. L'apertura della 'mente del principiante' ci permette di restare ricettivi a nuove possibilità e di evitare di cadere nell'atteggiamento di routine 'dell'esperto'.

4. La fiducia nella propria esperienza e nelle proprie sensazioni permette di trovare dentro di sé

una guida.

5. Non cercare risultati è la via migliore per ottenere risultati; concentrare l'attenzione sul vedere e accettare le cose così come sono, momento per momento.

6. Accettazione significa vedere le cose così come sono nel momento presente e amarsi così come si è ora, perché ora è il solo momento possibile per amarsi.

7. Lasciar andare, ovvero mettere deliberatamente da parte l'attaccamento della mente a pensieri,

sentimenti ed esperienze e piuttosto osservare l'esperienza per quello che è, istante per istante.

Oltre a questi sette atteggiamenti fondamentali della pratica ci sono altre qualità della mente che

alimentano la consapevolezza: non nuocere, generosità, gratitudine, tolleranza, perdono, gentilezza, compassione, gioia empatica ed equanimità. Inoltre, è importante mantenere impegno, autodisciplina e intenzionalità nel portare avanti la pratica.

La mindfulness può essere sia formale che informale: la prima richiede di ritagliarsi del tempo specifico per dedicarsi esclusivamente alla mindfulness; la seconda integra la mindfulness nella vita di tutti i giorni, ad esempio mangiare, lavorare, guidare, lavare i piatti con consapevolezza, senza bisogno di ritagliarsi del tempo specifico.

Corpo e Mente: un'integrazione essenziale per la salute

Il modo in cui un individuo pensa, sente e interagisce con l'altro è strettamente legato alla sua salute fisica. Martin Seligman e i suoi colleghi all'Università di Pennsylvania hanno studiato la differenza tra ottimisti e pessimisti nel contesto della salute. Dai risultati emerge che la persona pessimista è quella che si attribuisce la responsabilità di un evento negativo e immagina conseguenze negative e durature nel tempo. Tale atteggiamento e il pensiero catastrofico possono portare ad un grave stato di depressione con impatto sui mutamenti ormonali e immunitari che danno una maggiore suscettibilità alla malattia e allo sviluppo di sintomi fisici. Al contrario, la persona ottimista vede l'evento negativo come errore occasionale e rimediabile, interpretando i fatti in modo costruttivo. Viene, quindi, messo in luce come gli ottimisti tendono a vivere più a lungo e ad essere più sani (Seligman, 1990).

Insieme a questa modalità di approccio alle situazioni, anche le emozioni giocano un ruolo fondamentale nella salute di un individuo: reprimerle, ad esempio, può essere un fattore di rischio per condizioni come l'ipertensione e le malattie cardiache (Rutledge & Hogan, 2002). Questo avviene in particolare con la rabbia, osservando che le persone che la esprimono tendono ad avere una pressione sanguigna più bassa rispetto a chi cerca di controllarla; chi esperisce maggiore ostilità invece è più predisposto a rischio cardiaco significativo (Suls & Bunde, 2005). È, allo stesso tempo, importante sottolineare l'impatto dei fattori sociali sulla salute. Una revisione sistematica di Fan Wang et al. ha analizzato 90 studi prospettici che hanno coinvolto 2.205.199 persone, ottenendo come risultato che sia l'isolamento sociale che la solitudine sono significativamente associati a un aumento del rischio di mortalità (Wang, et al., 2023).

Poiché tutti gli studi analizzati sono di natura statistica, non possiamo affermare con certezza che un determinato modo di pensare o atteggiamento abbia causato una specifica malattia. Possiamo solo osservare che tra coloro che possiedono certi atteggiamenti e convinzioni, c'è una maggiore incidenza di malattie o mortalità prematura, indipendentemente dalle ragioni sottostanti (Kabat-Zinn, 2024).

Sono due i programmi di mindfulness più conosciuti e usati: MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) e il MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy).

Il programma MBSR utilizza tecniche di consapevolezza per gestire il dolore, ridurre lo stress psicologico e migliorare il benessere complessivo. È stato ampiamente applicato a persone con malattie croniche, compresi i pazienti oncologici (Kabat-Zinn, 1990). La MBCT rappresenta un adattamento della MBSR, focalizzandosi maggiormente sulla prevenzione delle ricadute nella depressione ricorrente. Combina pratiche di meditazione mindfulness con la terapia cognitiva, mirata a diminuire l'identificazione con pensieri negativi (Segal, Teasdale, Williams, & Gemar, 2002). Numerosi studi hanno dimostrato che sia la MBSR che la MBCT hanno effetti positivi sul disagio psicologico nei pazienti oncologici di tutte le età (Segal, Williams, & Teasdale, 2012).

L'efficacia di questi interventi nel migliorare la qualità della vita è stata ampiamente confermata non solo per i pazienti con cancro, ma anche per altre condizioni patologiche e per le persone anziane. Nel prossimo paragrafo l'attenzione sarà posta sull'impatto della mindfulness a livello neurocognitivo.

Mindfulness e controllo cognitivo

Diversi studi neurofisiologici evidenziano che la mindfulness migliora l'efficienza dei processi attentivi, in particolare l'attenzione sostenuta (la capacità di mantenere l'attenzione su stimoli ripetitivi o noiosi), e modifica l'architettura neurale del cervello.

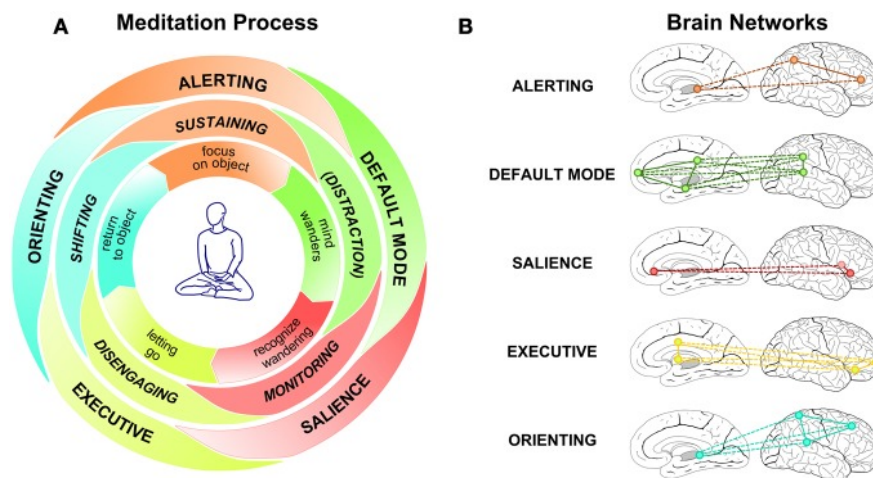


Figura 1 Processo di meditazione (A) e Network cerebrali (B) (tratta da: Malinowski, 2013)

Malinowski nel 2013 studiò la rete neuronale (Brain Networks) che veniva attivata durante la pratica di mindfulness e, come rappresentato nella figura 1, fornisce una rappresentazione schematica del processo di meditazione. Il cerchio interno del diagramma illustra il livello fenomenologico, ovvero la sequenza dei passaggi e l'esperienza che un meditante attraversa, presentati in ordine orario. Il cerchio centrale raffigura i processi attentivi, mentre il cerchio esterno mostra le diverse reti cerebrali coinvolte nell'esecuzione di queste funzioni. I diversi processi attentivi e le reti cerebrali sono rappresentati come parzialmente sovrapposti per indicare che, in molti casi, più di un processo/rete è coinvolto. Il pannello (B) delinea le principali aree cerebrali coinvolte in ciascuna delle cinque reti.

Queste reti rappresentano funzioni attentive e regolative cruciali per il mantenimento e la gestione dell'attenzione durante la pratica meditativa, e sono le seguenti:

- Rete di allerta (Alerting Network): si attiva per garantire uno stato di vigilanza e attivazione per affrontare stimoli esterni. Coinvolge principalmente la corteccia frontale destra, la corteccia parietale destra e il talamo.

- Rete di orientamento (Orienting Network): è attivata quando il meditante si focalizza su un oggetto specifico della meditazione e la mente vaga e bisogna riportarla sulla pratica meditativa. Le aree cerebrali coinvolte in questa rete includono la corteccia parietale superiore, la giunzione temporo-parietale, i campi oculari frontali e il collicolo superiore.

- Rete di controllo esecutivo (Executive Control Network): è responsabile del monitoraggio dell'attenzione, della gestione delle risposte automatiche e della regolazione del comportamento, intervenendo quando si tratta di mantenere l'attenzione su un oggetto di meditazione, o di interrompere il flusso di pensieri distrattivi. Coinvolge la corteccia cingolata anteriore (ACC), la corteccia prefrontale laterale, la corteccia ventrale e i gangli basali.

- Rete di salienza (Salience Network): questa rete è responsabile del rilevamento di eventi rilevanti o salienti per il meditante e fornisce segnali al sistema di controllo esecutivo per orientare l'attenzione. È particolarmente attiva quando la mente è distratta da pensieri,

emozioni o sensazioni, e deve essere "ri-orientata" verso l'oggetto di meditazione. Comprende la corteccia cingolata dorsale, la corteccia prefrontale ventrolaterale, l'insula anteriore e altre aree circostanti.

- Rete del default mode (Default Mode Network): questa rete si attiva quando l'attenzione si allontana dall'oggetto di meditazione e la mente inizia a vagare (mind-wandering). Include la corteccia cingolata posteriore, la corteccia prefrontale mediale, la corteccia parietale laterale posteriore e il giro paraippocampale.

La mindfulness migliora quindi la flessibilità e l'efficienza delle funzioni attentive e questi miglioramenti non sono legati solo al controllo della risposta, ma anche alla capacità di allocare meglio l'attenzione nelle prime fasi del processamento degli stimoli.

Applicazione di un protocollo mindfulness per la cura dell'anziano fragile

Durante il mio tirocinio del quarto anno di scuola di specializzazione presso la Casa di Riposo "Fondazione Opera Immacolata Concezione" - OIC di Padova ho avuto la possibilità di conoscere alcune persone anziane ed entrare in contatto con le loro storie di vita, che tutt'oggi porto nel cuore e che cercherò di trasmettere a voi lettori con quest'ultimo capitolo di tesi.

Una parte fondamentale del mio tirocinio ha riguardato l'implementazione in Casa di Riposo di un progetto basato sul protocollo mindfulness MBEC (Mindfulness-Based Elder Care) di Lucia McBee, con lo scopo di migliorare la regolazione dell'attenzione e la consapevolezza sul momento presente in ottica di prevenzione di deficit neurocognitivi e per migliorare il tono dell'umore. Si è cercato, allo stesso modo, di allenare l'attitudine dell'individuo a sviluppare una predisposizione verso l'esperienza e a guardare ai fenomeni che accadono con compassione e curiosità piuttosto che con rifiuto e diniego. Il progetto ha incontrato alcune difficoltà di applicazione nel corso dei mesi a causa dell'insorgenza di problemi di salute di alcuni anziani che non hanno garantito una frequenza costante a tutti gli incontri. Per tale ragione e per via del ridotto numero di partecipanti si è scelto di non riportare in questa tesi un progetto di ricerca con dei risultati di tipo quantitativo. Alla spiegazione del protocollo MBEC, le cui

pratiche sono state da me tradotte in italiano in questo capitolo, verranno affiancati i vissuti degli anziani, servendosi di un'ottica più di tipo narrativo.

L'auspicio è di creare interesse nei confronti di questo tema e approfondirlo in futuro con ulteriori studi orientati a cogliere i bisogni emergenti degli anziani e cercare soluzioni sempre più all'avanguardia che promuovano un invecchiamento consapevole.

Le fasi del progetto

Gli strumenti

Inizialmente è stata eseguita un'attenta valutazione delle condizioni psico-fisiche e cognitive degli anziani con colloqui e test. Sono stati identificati i partecipanti più idonei, in particolare sono state scelte persone con sintomi di depressione e cognitivamente nella norma.

Per valutare tali requisiti sono stati somministrati i seguenti test: il Mini-Mental State Examination (MMSE), il Test dell'Orologio e la Geriatric Depression Scale (scala su depressione emotivo-motivazionale).

Il Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975): è un test di screening globale utilizzato per la valutazione delle capacità cognitive e per identificare la presenza di un eventuale deterioramento mentale. Il punteggio totale è compreso tra un minimo di 0, indicativo di un grave deterioramento, ed un massimo di 30 punti, che invece corrisponde ad assenza di deficit cognitivo. Generalmente, un punteggio inferiore a 24 suggerisce la presenza di deterioramento cognitivo (Bowling, 1995). Per il progetto sono state selezionate persone con MMSE > 24.

Il Clock Drawing Test (Test dell'Orologio) (O'Rourke, Tuokko, Hayden, & Beattie, 1997) è uno test di screening utilizzato per identificare la presenza di deficit a livello del lobo frontale, implicato nella pianificazione e nel controllo attenzionale. Si chiede al paziente di scrivere i numeri di un orologio ponendoli all'interno di un cerchio e successivamente di posizionare le lancette alle due e quarantacinque. I vari tipi di errori possono segnalare una compromissione cognitiva o deficit visuo-spaziali, indicativi di demenza o lesioni cerebrali, anche quando in altri

test che misurano problematiche simili si ottiene un punteggio normale. La compromissione si rileva con un punteggio basso (ad esempio, inferiore a 5 su 10) considerando una scala da 0 a 10.

La Geriatric Depression Scale (GDS) - forma breve (Sheikh & Yesavage, 1986) è una tra le più diffuse scale per la valutazione dei sintomi depressivi nell'anziano e può essere applicata anche in caso di demenza lieve o moderata. La versione breve è composta da 15 item e le risposte sono di tipo binario (si/no), il che la rende di facile utilizzo. Il punteggio varia da 0 (non depresso) a 15 (massima gravità della depressione). Dall'analisi del test di screening GDS, il punteggio medio emerso è di 6 e indica un tono dell'umore degli anziani in media prevalentemente basso (6 = depressione lieve). Questo dato è stato ulteriormente approfondito con dei colloqui, raccogliendo maggiori informazioni sulla persona: la storia di vita, le caratteristiche personali, gli interessi e le relazioni significative.

Il campione e la procedura

Le sessioni di mindfulness sono state condotte in un piccolo gruppo composto da 8 persone di età compresa fra i 70 e i 90 anni (7 donne e un uomo), per favorire l'interazione e la socializzazione tra i membri e creare uno spazio intimo e protetto in cui sentirsi a proprio agio nell'esprimere i propri vissuti legati alla pratica. Si è scelto di tenere il gruppo aperto a tutti i residenti di età > ai 65 anni, che soddisfano i criteri indicati nel paragrafo precedente, consentendo agli ospiti di unirsi in qualsiasi momento.

Gli esercizi sono stati semplificati, adattati e resi accessibili alla comprensione degli anziani. La conduzione delle pratiche è stata condotta insieme alla tutor di tirocinio, affiancamento necessario per cogliere con maggiore cura i feedback sia verbali che non verbali dei partecipanti. La durata degli incontri è stata di circa 45 min. Durante le sedute i partecipanti sono stati incoraggiati a prestare attenzione al respiro e al corpo e a riportare l'attenzione sul compito ogni volta che la mente vagava. In seguito alla meditazione uno spazio è stato dedicato all'ascolto delle loro esperienze e vissuti e sono state lasciate loro le pratiche, scritte su un libretto, da allenare durante la settimana.

In ascolto di sé: i vissuti degli anziani durante le pratiche

Qui di seguito verranno descritte le pratiche di mindfulness proposte, prese dal protocollo MBEC di McBee e tradotte in italiano, riportando le parole esatte che sono state rivolte ai partecipanti durante gli incontri. A queste seguiranno le riflessioni e vissuti degli anziani.

Il Respiro (1° incontro)

“Sedetevi in silenzio. Inspirate ed espirate. Osservate il vostro respiro così com'è. Non provate a cambiarlo. Non pensate nemmeno al vostro respiro. Siate il vostro respiro. Il respiro inspirato. E l'espirazione. E le pause tra l'inspirazione e l'espirazione” (McBee, 2008, p.20).

Dopo la pratica è stato chiesto se, mentre l'attenzione era focalizzata sul respiro, sono stati osservati cambiamenti dentro di sé, o se il ritmo del respiro era collegato con l'umore e se dopo un po' cambiava la sua frequenza. L'homework da fare in settimana è stato quello di osservare il respiro durante il giorno e notare se vi erano legami con il tono dell'umore o con l'ambiente circostante.

La signora M. R., dopo la pratica, racconta di aver notato il pensiero “non riesco più a fare niente” e l'emergere delle emozioni di paura di perdere la memoria e di avvilito perché sta gradualmente diminuendo la sua autonomia a causa di problemi alla vista e di problemi fisici. M. R. nota che nel corso della pratica sono emerse, allo stesso tempo, esperienze di “scoperta” e “curiosità” perché sente che sta facendo qualcosa di nuovo, mai fatto prima e che può essere utile per se stessa.

Il signor G., nota la difficoltà nell'eseguire quest'esercizio a causa dei suoi problemi respiratori e riporta frustrazione e impotenza nell'affrontare un compito che potrebbe essere, a suo dire, altrimenti semplice: “il mio corpo non funziona più bene come in passato, eppure da giovane ero uno sportivo”. Tale pratica è stata un'occasione per comprendere il disagio e le fatiche dei partecipanti, fornendo comprensione e sostegno, senza nutrire nessuna aspettativa di cambiamento. Quest'approccio aiuta a lasciar andare giudizi e critiche verso di sé praticando, allo stesso tempo, la compassione verso se stessi.

Respiro profondo (2° incontro)

“Trovate una posizione comoda eretta, ma non rigida, con il petto aperto e la pancia morbida. Potrebbe essere utile mettere una mano sulla pancia per notare meglio il suo alzarsi e abbassarsi. Fate un respiro lungo e lento attraverso il naso, riempiendo lentamente la pancia come se fosse un palloncino. Quindi, posizionate le mani sui lati della gabbia toracica e riempitela lentamente d'aria, sentendo l'espansione sui lati e sulla parte anteriore e posteriore delle costole. Riuscite a sentire la loro flessibilità? Infine, posizionate la punta delle dita sulla clavicola e riempite d'aria la parte superiore del torace. Ancora una volta, potreste notare il movimento del vostro corpo. Ora rilasciate l'aria in ordine inverso, dalla parte superiore del torace, dalle costole e infine dalla pancia. Ad alcuni piace pensare a questo processo come riempire lentamente un bicchiere d'acqua e versarlo lentamente. Ricordatevi di procedere lentamente quanto vi è comodo e di assicurarvi che l'espirazione sia lunga almeno quanto l'inspirazione. Provate questo esercizio per tre respiri. Una volta che vi sentite a vostro agio con il respiro in tre parti, usatelo durante il giorno e la notte” (McBee, 2008, p.22).

La signora V. riporta interesse nell'essersi fermata ad osservare il respiro: “mi sono accorta di quanta tensione ho accumulato nel corpo e ho scoperto che posso rilassarmi un po' di più gonfiando e sgonfiando la pancia”.

La signora M., la settimana successiva, racconta di aver usato la respirazione profonda per calmare l'ansia mentre era in ospedale per delle visite mediche e condivide con il gruppo che questa pratica l'ha aiutata a gestire più serenamente quel momento di tensione e a ridurre la tachicardia.

Il signor G. ha usato l'esercizio per spostare l'attenzione dal dolore del piede sul suo respiro, ma non ha notato particolare beneficio sul dolore, pur riferendo una sensazione di maggiore controllo sul respiro rispetto alla pratica precedente.

Il body scan – l'ascolto del corpo (3° incontro)

Questa pratica meditativa consiste nel focalizzare l'attenzione sul corpo o su diverse parti del corpo. All'inizio lentamente ci si concentra intensamente sulle dita dei piedi, e gradualmente

l'attenzione viene spostata attraverso il corpo, in ogni parte del corpo, fino alla testa, osservando se ci sono aree doloranti o in cui non si prova alcuna sensazione.

“Iniziate rivolgendo la vostra attenzione ai vostri piedi appoggiati a terra. Notate le dita dei piedi, l'arco, la parte superiore e inferiore e i lati dei piedi. Espandete la vostra consapevolezza per includere le caviglie, sinistra e destra. Poi, spostate l'attenzione sulla parte inferiore delle gambe o sui polpacci. Spostate la vostra consapevolezza verso l'alto per includere le ginocchia. Quando siete pronti, espandete la vostra attenzione per includere le vostre cosce. Portate la vostra attenzione sui glutei mentre sono appoggiati sulla sedia. Includete il bacino. Notate qualsiasi sensazione in questa zona o mancanza di sensazione. Portate la vostra consapevolezza sulla schiena, la parte bassa, media e alta della schiena. Potreste notare aree di tensione, dolore o stress nella schiena. Rivolgete la vostra attenzione alla parte anteriore del vostro torso, inclusi la pancia, le costole anteriori e il petto. Notate, se potete, dove sentite il vostro respiro. Provate a vedere se riuscite a prendere consapevolezza dei vostri organi interni, i polmoni, il cuore, l'intestino, tutti gli organi che vi sostengono ogni giorno. Ora, concentrate la vostra attenzione sulle braccia. Portate la vostra consapevolezza fino alle dita. Notate i palmi, la parte superiore delle mani e i polsi. Spostate la vostra consapevolezza sulle spalle e sul collo e sulla gola. Portate la vostra attenzione alla testa e sul vostro viso. Notate i denti, la lingua e le labbra. Ora concentratevi sulle guance, il vostro naso, le vostre narici e l'area sotto le vostre narici. Rivolgete la vostra attenzione ai vostri occhi e la zona intorno ai vostri occhi e sulla fronte. Fate alcuni respiri, lasciate che il vostro respiro torni alla normalità, senza controllarlo in alcun modo. Prendetevi qualche altro momento per notare le sensazioni che state provando qui e ora e dove le state provando. Quando la meditazione volge al termine, lasciate che il vostro respiro si approfondisca leggermente. Risvegliate lentamente il corpo al movimento, muovendo le dita delle mani o dei piedi come preferite.” (McBee, 2008, p.182).

La signora M.R. dopo la pratica racconta: “ho fatto risalire l'attenzione dai piedi fin sulla testa e mentre inspiravo mi dicevo che devo imparare a fare bene l'esercizio, ma la mente tornava sui problemi di oggi e del passato. Ho pensato che nella mia vita non ho potuto prendermi dello

spazio dalle mie responsabilità perché dovevo occuparmi degli altri, della mia famiglia, non potevo pensare a me stessa. Ho impostato la mia vita per aiutare gli altri e ora sono sola”.

Il signor G. riporta dei punti di tensione e dolore che ha osservato nel suo corpo e l'emozione che prevale al momento della pratica è quella della rabbia. Descrive la sensazione di tensione come “pareti che mi hanno bloccato dentro, per proteggermi”.

La signora F. ha osservato di aver fatto difficoltà a causa del suo mal di schiena su cui si focalizzava la mente. Quando se ne accorgeva tornava sull'esercizio. Ha provato infine a cambiare posizione e questo le ha dato sollievo e le ha permesso di essere più concentrata sull'esercizio.

Con questa pratica l'attenzione è stata posta in particolare sull'accettazione di quanto emerso senza giudizio o resistenza. Il body scan favorisce una maggiore consapevolezza del corpo e delle emozioni, permettendo di riconoscere e accogliere tensioni fisiche e mentali. Aiuta a prendere coscienza dei propri limiti, a gestire il dolore, a esplorare emozioni come la rabbia o la tristezza, e diventa uno strumento di auto-compassione e di rilassamento.

Immagine guidate (4° incontro)

“Immaginate una spiaggia ed osservate come appare, se profuma, se ci sono dei suoni e se sentite il sole sulla vostra pelle. Provate a dirigere la calda luce curativa verso qualsiasi parte del vostro corpo che ha bisogno di aiuto. Lasciate che la luce fluisca attraverso di voi e poi semplicemente seguite il vostro respiro” (McBee, 2008, p.60).

La signora L. si commuove facendo l'esercizio. Racconta che qualche giorno prima è mancata una sua cara amica e mostra al gruppo una foto che lei le aveva inviato: “qui era in una spiaggia che le piaceva tanto, ci era andata qualche giorno fa, pochi giorni prima di morire. Nell'esercizio non ho provato tristezza, sono riuscita ad immaginare il mare dei miei viaggi in Sardegna e ad un certo punto è apparsa lei, la mia amica. Ho provato un profondo senso di gratitudine, per lei e per ogni momento che la vita mi ha donato con lei”. In questo particolare caso la forza del gruppo è stata preziosa e L. ha ricevuto parole di conforto e vicinanza da parte di tutti i partecipanti.

Lo Yoga: la posa della montagna e la camminata consapevole (5° e 6° incontro)

Lo yoga è un'antica disciplina che combina posture fisiche (asana), tecniche di respirazione (pranayama) e meditazione. È una pratica che permette di espandere i propri orizzonti, di esplorare i propri limiti o apprenderli e nel tempo migliora flessibilità, la postura, l'equilibrio e la forza muscolare.

Gli esercizi vengono svolti in modo lento e controllato e possono essere adattati in base alle necessità e limitazioni fisiche delle persone. Ad esempio, può essere eseguito sulla sedia a rotelle piuttosto che in piedi e si può usare un solo braccio o si può solo respirare. La posa della montagna e la camminata consapevole sono entrambe pratiche di yoga (McBee, 2008).

La posa della montagna: “State in posizione eretta, con i piedi paralleli e alla larghezza dei fianchi. Prendetevi un momento per notare come state in piedi. Dov'è il vostro peso? All'interno o all'esterno dei piedi? Sul retro o sul davanti? Notate qualsiasi tensione nei vostri piedi e lasciatela andare rimanendo saldamente piantati. Bilanciate il vostro peso in modo uniforme su tutti e quattro gli angoli, piantando i piedi saldamente ed esattamente sul pavimento. Sentite il vostro peso piantato nella terra e, allo stesso tempo, il vostro corpo che si solleva verso il cielo. Lasciate che le vostre gambe siano forti, ma non rigide. Sentite i fianchi che sostengono con forza il busto. Le braccia e le mani pendono lungo i fianchi. Lasciate che la colonna vertebrale sia dolcemente eretta ma non rigida; c'è una curva naturale nella colonna vertebrale. Lasciate che la pancia sia morbida e le spalle aperte. La vostra testa è inclinata in avanti? Indietro? Vedete se riuscite ad allineare la parte superiore della testa al soffitto. Questa è la posa della montagna. Sentite la montagna dentro di voi, intorno a voi. Sentite la vostra forza e potenza simili a quelle di una montagna. Notate il vostro respiro mentre vi alzate. Chiudete gli occhi per qualche istante e sentite cosa vuol dire stare qui a respirare. Potreste notare che mentre siete fermi, il vostro corpo apporta sempre sottili aggiustamenti. Come le montagne, siamo forti, ma flessibili.” (McBee, 2008, p.24)

La signora M. R. ha immaginato di essere una montagna che aveva visto in Islanda e si sente sorpresa per aver fatto un esercizio che pensava essere impossibile per lei: “ho superato i miei

limiti”, sostiene, e ha osservato allo stesso tempo di aver sperimentato frustrazione nel non ricordare l'anno preciso in cui ha fatto quel viaggio.

La signora R., affetta da problemi motori sceglie di eseguire la pratica a livello immaginativo e condivide con il gruppo un ricordo emerso mentre eseguiva l'esercizio: “ho immaginato di essere una montagna ricoperta di neve e mentre respiravo vedevo nevicare intorno a me e mi è venuto in mente l'ultimo giorno di vita di mio marito. Quel giorno eravamo all'hospice e lui chiese di alzarsi dal letto per mettersi alla finestra. Fuori stava nevicando, ma è riuscito a stare lì solo 10 minuti perché era troppo affaticato. Quel ricordo mi ha dato spesso forza nei momenti più bui della mia malattia perché pensavo che lui, così vicino alla morte e così nella sofferenza è riuscito a fermarsi ad ammirare la vita per ancora 10 minuti. Lui è per me ancora oggi la mia montagna e mi aiuta ad essere forte e flessibile nonostante tutto. Questo pensiero mi aiuta ad andare avanti anche quando la vita mi sembra così difficile”.

La camminata consapevole: “Iniziate restando nella posa della montagna per alcuni istanti. Può essere utile iniziare con una camminata molto lenta. Può sembrare esagerato o strano, eppure imparare a prestare attenzione agli eventi quotidiani è l'essenza stessa della consapevolezza. Camminate in cerchio o avanzate di 10-15 passi e fate un giro lento per tornare indietro. Concentratevi sul corpo che cammina, sui piedi a terra, sul respiro. Se sorgono pensieri, osservateli e lasciateli andare, riportando la vostra attenzione all'atto del camminare. Le mani possono essere ai lati o giunte davanti o dietro. La meditazione camminata è una pratica che può essere eseguita tranquillamente e lentamente come meditazione e anche inserita nella vostra vita quotidiana, a un ritmo più veloce, mentre svolgete le vostre attività quotidiane. (Nota: per chi è su sedia a rotelle, tutto può essere adattato a una posa seduta. Gli utenti su sedia a rotelle possono sedersi e ruotare consapevolmente)” (McBee, 2008, p.24).

La signora A. M. riporta di sentirsi grata perché è in salute e può camminare consapevolmente.

Il signor G. si sente un po' più forte ed energico dopo la pratica della posa della montagna e della camminata consapevole, ma riporta di aver riscontrato più difficoltà nell'ultima a causa del

dolore ai piedi che non gli ha permesso di essere concentrato sull'esercizio e per questo si è sentito frustrato.

La signora L. riporta dei fastidi alle gambe: "è la parte del corpo dove riesco a percepire di più.

Le distrazioni ci sono sempre, ma appena me ne sono accorta sono tornata sull'esercizio". In seguito a tale pratica e come risposta ai vissuti emersi è stato spiegato ai partecipanti che concentrarsi in modo intenso su un oggetto di meditazione, che può essere il respiro, una esperienza interna, il corpo o il dolore, può ridurre lo stress. In lingua pali, questo concetto viene riassunto con il termine "jhana" intendendo uno stato di profonda concentrazione meditativa. Osservare il dolore permette di distaccarsi da esso e vederlo come un fenomeno transitorio e meno minaccioso. Questa relazione con il dolore riduce la risposta automatica di attacco o fuga che normalmente attiva lo stress (Buddhaghosa, 2012).

Mindful eating – mangiare consapevolmente (7° incontro)

"Prendete 2 o 3 uvette, una banana o qualsiasi piccolo spuntino e mangiatelo lentamente, con totale concentrazione. Eliminate ogni distrazione. Mangiate semplicemente molto lentamente.

Notate l'odore e il sapore del cibo, il suo peso, la sua consistenza e il suo colore, il suono che fa quando lo mangiate. Usate la consapevolezza dei vostri sensi in questa esperienza. Evitate di nominare, categorizzare o ricordare concezioni precedenti sullo spuntino che state mangiando. Mangiate semplicemente come se non l'aveste mai sperimentato prima. Com'è questa esperienza per voi?" (McBee, 2008, p.25).

La signora M. riporta di aver notato che il sapore del cibo è più intenso e gustoso se ci porta l'attenzione.

La signora M. R. decide di voler fare quest'esperienza con i biscotti e riporta con tali parole la sua esperienza: "ho scoperto che un biscotto si ammorbidisce se lo tengo in bocca anche se non lo intingo nel tè e diventa più facile da mangiare e mandare giù. Ho pensato che questo vale anche per i problemi della vita, che se si stemperano sono più facili da accettare e mandare giù".

Il signor G. mette in luce le difficoltà che gli anziani vivono stando in struttura nel momento dei pasti: le sale rumorose e caotiche; il cibo che non è di loro gradimento; il doversi adattare agli orari modificando le loro abitudini; per alcuni di loro la difficoltà del dover mangiare alimenti frullati a causa di problemi di deglutizione.

La pratica dell'alimentazione consapevole potrebbe offrire un nuovo modo di rapportarsi con l'esperienza del mangiare e sarebbe utile generalizzarla a cibi frullati e ad altre routine.

Meditazione della gentilezza amorevole (8° incontro)

“Possa io essere felice. Che io possa stare bene. Possa io trovare la pace. Possa io essere pieno di amorevole gentilezza. Che tutti gli esseri siano felici. Possano tutti gli esseri stare bene. Possano tutti gli esseri trovare la pace. Che tutti gli esseri siano pieni di amorevole gentilezza”. (McBee, 2008, p.28)

Un'ultima pratica meditativa proposta è quella della meditazione di amorevolezza. In questa pratica, ci si concentra sui sentimenti di felicità, pace, benessere e amorevolezza rivolti prima a se stessi, poi agli altri. Questa pratica conclusiva del percorso ha permesso anche di riflettere sui benefici, sugli ostacoli e sulla gradevolezza degli incontri di mindfulness. I partecipanti concordano nel dire che hanno particolarmente gradito il contesto di gruppo e questi incontri hanno creato e rafforzato il legame tra di loro.

La signora V. condivide il suo pensiero: “io sono entrata in Casa di Riposo perché ero sola a casa. Mio marito è morto 17 anni fa, non ho figli, né parenti. Ho sofferto molto la solitudine in questi anni e mi sono molto isolata. Poi mi sono accorta che questo dipendeva da me e mi sono detta che bisogna aprire le porte del cuore e far entrare gli altri. Qui mi sono fatta degli amici e l'altro giorno era il mio compleanno e ho ricevuto degli auguri e dei regali da parte dei signori del gruppo. Mi sono detta che non sono più sola e sono grata agli altri e a me stessa per essermi aperta all'altro.”

La signora M. R. aggiunge che pur sentendosi indebolita a livello fisico, perché la malattia progredisce, si sente arricchita a livello psicologico ed emotivo, sente di aver imparato cose nuove ed è contenta di aver condiviso quest'esperienza con il gruppo.

Il signor G. invece sembra dubbioso sui benefici ricevuti e sperava che il dolore fisico si attenuasse con gli esercizi. Nonostante questo, è contento di aver trascorso qualche pomeriggio in compagnia.

La signora L. riporta che è stato per lei utile condividere i propri problemi con il gruppo e accorgersi che anche gli altri hanno difficoltà simili. Si è sentita meno sola e compresa.

La signora F. infine conclude dicendo: “questi esercizi mi hanno aiutato a prendere contatto con la realtà. Mi accorgo che li uso quando entro nel vortice dei miei pensieri, in cui mi sento slegata da quello che c’è intorno a me. È come se avessi un palloncino pieno di elio che vola su e la mindfulness mi permette di ritirarlo giù e ricalibrare il focus e riconnettermi su quello che sto facendo”.

Ai partecipanti è stata rimandata l’importanza di tale pratica per integrare le varie parti di sé ancora non completamente accettate. Prendendo G. come esempio, emerge la sua difficoltà ad integrare quella parte di sé di oggi che fa fatica nel respirare con la parte di sé del passato, che si riconosce nell’essere uno sportivo e in salute. La pratica della “metta” aiuta a sviluppare un atteggiamento gentile e comprensivo verso tutte le parti di sé, favorendone l’integrazione (Salzberg & Mipham, 2008).

Riflessioni conclusive

Al termine del training sono stati nuovamente somministrati il Mini Mental State Examination e la Geriatric Depression Scale. I risultati sono stati inconcludenti dal punto di vista quantitativo; non sono state rilevate differenze significative rispetto ai punteggi iniziali, ma quanto emerso con questo percorso ci pone necessariamente di fronte ad alcune riflessioni. Gli anziani hanno riportato semplici frasi indicative di un maggior benessere, come ad esempio “mi sento più rilassato”, “vedo le cose da un altro punto di vista”, “mi sento meglio”, “sono più concentrato sul presente”.

Tra i bisogni emersi con il training si può rilevare, in primo luogo, il bisogno di connessione con l’altro. Spesso, con l’avanzare dell’età diminuisce progressivamente la propria rete sociale e possono presentarsi isolamento e sentimenti di solitudine, due aspetti non necessariamente

coincidenti (Di Prospero, 2004). L'isolamento (aleness) corrisponde "all'essere fisicamente isolati dagli altri e ad esso non corrisponde un'emozione" (Weiss, 1975). La solitudine (loneliness) è invece "un sentimento spiacevole che implica una sensazione di discrepanza tra il numero e/o la qualità delle relazioni sociali desiderate e quelle reali" (Perlman & Peplau, 1982; Cavallero, Ferrari, & Bertocci, 2006, p.24). L'isolamento e la solitudine sono spesso il risultato di lutti o allontanamenti di persone care, un aspetto che caratterizza in particolar modo questa fase della vita.

A ciò si aggiungono la perdita del ruolo sociale, delle relazioni interpersonali e lavorative, nonché le difficoltà fisiche che frequentemente ostacolano la possibilità di socializzare (Gala, 1996). Diversi studi mostrano che la solitudine percepita è un fattore di rischio per depressione (Adams, Sanders, & Auth, 2004) e per il declino cognitivo (Boss, 2015).

Nel lavoro di psicoterapia con l'anziano, da affiancare al percorso di mindfulness, particolare cura dev'essere posta al considerare la dimensione relazionale per intervenire sul sentimento di solitudine e ridurre l'isolamento. Il gruppo diventa una risorsa preziosa e terapeutica in questa direzione. La signora V., ad esempio, sperimenta di "essere uscita da una situazione di isolamento" e si è sentita amata e apprezzata grazie ai compagni del gruppo che l'hanno festeggiata con un regalo di compleanno. Nella terapia va considerata anche la dimensione emotiva. Sono emerse, come nel caso del signor G., emozioni di rabbia e frustrazione derivanti dalla percezione di perdita di autonomia e a causa della compromissione dovuta al dolore fisico o alle malattie. Vedere di essere in grado di eseguire gli esercizi o di riuscire a sopportare la sofferenza restituisce un senso di controllo e di scoperta di nuove risorse personali. La condivisione in gruppo di tali problematiche, inoltre, permette di sentirsi capiti da chi si trova in una situazione simile e la modalità con cui si presta attenzione all'altro, con empatia e con compartecipazione attiva aiuta a formarsi un'immagine di sé più adeguata.

Diventa quindi sempre più importante pensare a nuove soluzioni, sia nelle Case di Riposo che per gli anziani che vivono soli a casa, che rispondano a questo bisogno di maggiori relazioni sociali e al bisogno di continuare ad apprendere cose nuove e sentirsi attivi e capaci. Le strategie apprese con le pratiche di mindfulness permettono di gestire meglio vissuti emotivi e

garantiscono una maggiore percezione di autonomia e benessere. Gli anziani si sono mostrati interessati verso quanto gli è stato proposto, riportando vissuti di curiosità e scoperta. Si sono osservati, allo stesso tempo, anche i timori di dimenticare le pratiche o di non essere in grado di fare gli esercizi. È stato utile fornire loro un libretto con le pratiche proposte ad ogni incontro e semplificate per la comprensione di tutti, per aiutare i partecipanti a ricordare ciò che era stato fatto in gruppo. È importante allo stesso tempo considerare delle componenti di base per consentire una buona riuscita delle pratiche, come ad esempio la presenza di una stanza silenziosa dove non ci sia il passaggio di altri operatori o altri anziani e siano limitate le distrazioni.

In futuro, sarebbe interessante approfondire il modello Mindfulness Based Elder Care di McBee, o ulteriori protocolli di mindfulness specifici per l'invecchiamento, utilizzando un campione più ampio e misure di tipo quantitativo. Le pratiche di consapevolezza potrebbero essere utili non solo con anziani autosufficienti, ma anche per persone con demenza e per i loro caregiver, per ridurre stress e paure. Potrebbe inoltre essere interessante andare ad indagare la possibilità di una compresenza di giovani e anziani all'interno dello stesso gruppo di mindfulness e l'impatto che ne deriverebbe su un'eventuale sintomatologia depressiva o a livello neurocognitivo.

Bibliografia

- Adams, K., Sanders, S., & Auth, E. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging & Mental Health*, 8(6), 475-485.
- Alexopoulos, G. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365, 1961-1970.
- Allport, G. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York, NY: Holt, Rinehart, and Winston.
- Annan, K. (2002). La rivoluzione silenziosa: il progresso dell'invecchiamento della popolazione mondiale. Discorso all'Assemblea Mondiale di Madrid.
- Arroll, B., Elley, C., Fishman, T., Goodyear-Smith, F., Kenealy, T., Blashki, G., & Group, C. (2014). Antidepressants versus placebo for depression in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26.
- Birrer, R., & Vemuri, S. (2004). Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician*, 69(10), 2375-2382.
- Bodhi, B. (2012). *The numerical discourses of the Buddha: A complete translation of the Anguttara Nikaya (The teachings of the Buddha)*. Wisdom Publications.
- Bogner, H., Shah, P., & de Vries, H. F. (2009). A cross-sectional study of somatic symptoms and the identification of depression among elderly primary care patients. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 11(6), 285.
- Boss, L. K. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 541-553.
- Brodie, J. (2009). The active aging process: health, participation and quality of life. *Canadian Journal on Aging*, 28(1), 9-21.
- Buddhaghosa, B. (2012). *Visuddhimagga: the path of purification (Pali edition)*. CreateSpace Independent Publishing Platform
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4_Part 1), 243-246.
- Carstensen, L., Isaacowitz, D., & Charles, S. (1999). Taking time seriously: a theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165.
- Cavallero, P., Ferrari, M., & Bertocci, B. (2006). La solitudine degli anziani autosufficienti. *G. Gerontol*, 54:24-27.
- Charles, S., & Carstensen, L. (2007). Emotion regulation and aging. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 307-327).
- Creswell, J., Irwin, M., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M., & Ma, J. S. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26(7), 1095-1101.
- Cuijpers, P. (1998). Psychological outreach programmes for the depressed elderly: A metaanalysis of effects and dropout. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 41-48.
- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing old: the process of disengagement*. Basic Books.
- De Beni, R. (2009). *Psicologia dell'invecchiamento*. Bologna: Il Mulino.
- De Martino, P., & Couyoumdjian, A. (2012). La terapia cognitivo-comportamentale della depressione nell'anziano: una revisione della letteratura. *Psicoterapia C*, 18(3), 321-341.
- Di Prospero, B. (2004). *Il futuro prolungato (1st ed.)*. Roma: Carocci.
- Diehl, M., & Wahl, H. W. (2010). Awareness of age-related change: examination of a (mostly) unexplored concept. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(3), 340-350.
- Diehl, M., Wahl, H., Barrett, A., Brothers, A., Miche, M., Montepare, J., . . . Wurm, S. (2014). Awareness of aging: theoretical considerations on an emerging concept. *NIH Public Access, Developmental Review*, 34(2), 93-113.
- Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle: selected papers. *Psychological Issues*, 1, 1-171.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.

- Frankl, V. E. (2006). *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy* (4th ed.). Beacon Press. (Original work published 1946).
- Gala, C. (1996). *Psicogeriatrica medica*. McGraw-Hill.
- Gallegos, A. M., Hoerger, M., Talbot, N. L., Krasner, M. S., Knight, J. M., Moynihan, J. A., & Duberstein, P. (2013). Toward identifying the effects of the specific components of mindfulness-based stress reduction on biological and emotional outcomes among older adults. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(10), 787-792.
- Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., & Mayberg, H. (2004). Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 34-41.
- Gunaratana, H. (1995). *La pratica della consapevolezza*. In parole semplici. Roma: Ubaldini Editore.
- Horn, J., & Cattell, R. (1966). Refinement and test of the theory of fluid and crystallized general intelligences. *Journal of Educational Psychology*, 57(5), 253-270.
- Jayasekara, R. P., Jayasekara, R., Procter, N., Harrison, J., Skelton, K., Hampel, S., Deuter, K. (2015). Cognitive behavioural therapy for older adults with depression: a review. *Journal of Mental Health*, 24(3), 168-171.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Vivere momento per momento*. Milano: Corbaccio Editori.
- Kabat-Zinn, J. (1991). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (XI ed. 2024). *Vivere momento per momento: edizione riveduta e aggiornata*. Milano: Corbaccio - Garzanti.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10, 144-156.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1999). *Well-being: foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., T., D., C., & A., K. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(4), 331-340.
- Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, Barrett B, Byng R, Evans A, Mullan E, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Dec; 76(6):966-78. doi: 10.1037/a0013786. PMID: 19045965.
- Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Jackson, G., & Clark, S. (2008). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 843-850.
- Lang, F., & Carstensen, L. L. (2002). Time counts: future time perspective, goals, and social relationships. *Psychology and Aging*, 17(1), 125.
- Lattanzio, F., Mussi, C., Scafato, E., et al. (2010). Health care for older people in Italy: the ULISSE Project (a computerized network on health care services for older people). *Journals of Nutrition, Health & Aging*, 14(3), 238-242.
- Lee, Y., Stockings, E., Harris, M., Doi, S., Page, I., Davidson, S., & Barendregt, J. (2019). The risk of developing major depression among individuals with subthreshold depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Psychological Medicine*, 49(1), 92-102.
- Lockwood, C., Page, T., NursCert, H., & Conroy-Hiller, T. (2004). Effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of schizophrenia. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 2(2), 1-44. doi: 10.11124/01938924-200402020-00001.
- Malinowski, P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Frontiers in Neuroscience*, 7.
- Maslow, A. (1968). *Toward a Psychology of Being*. New York, NY: Van Nostrand.
- McBee, L. (2008). *Mindfulness-based elder care: a CAM model for frail elders and their caregivers*. New York: Springer Publishing Co.
- O'Rourke, N., Tuokko, H., Hayden, S., & Beattie, B. (1997). Early identification of dementia: predictive validity of the clock test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 12(3), 257-267.
- Pascual-Leone, A., Amedi, A., Fregni, F., & Merabe, L. (2005). The plastic human brain cortex. *Annual Review of Neuroscience*, 28, 377-401.

- Payne, K., & Marcus, D. (2008). The efficacy of group psychotherapy for older adult clients: a meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 12(4), 268.
- Perlman, D., & Peplau, L. (1982). Theoretical approaches to loneliness. In *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, 36, 123-134.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Romano, P. (2012). Psicoterapia di gruppo in pazienti anziani depressi. *Appunti*, 71.
- Rose, A. M. (1964). A current theoretical issue in social gerontology. *The Gerontologist*, 4(1), 46-50.
- Rothera, I., Jones, R., & Gordon, C. (2001). An examination of the attitudes and practice of general practitioners in the diagnosis and treatment of depression in older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 354-358.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Rutledge, T., & Hogan, B. (2002). A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 758-766.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. (2013). Eudaimonic well-being and health: mapping consequences of self-realization. In *The Best Within Us: Positive Psychology Perspectives on Eudaimonia* (pp. 77-98).
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), 14-23.
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.
- Ryff, C., Singer, B., & Love, G. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1383-1394.
- Salzberg, S., & Mipham, S. (2008). *Quiet mind: A beginner's guide to meditation*. Shambhala Publications
- Schulz, R., & Salthouse, T. (1999). *Adult Development and Aging: Myths and Emerging Realities* (3rd ed.). New York: Houghton Mifflin.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: inter-rater reliability, adherence to protocol, and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131-138.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Seitz, D., Adunuri, N., Gill, S., Gruneir, A., Herrmann, N., & Rochon, P. (2011). Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned Optimism*. New York: Knopf.
- Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In *Handbook of Positive Psychology* (pp. 3-12).
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive Psychology: An Introduction* (Vol. 55, No. 1, p. 5). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Serfaty, M. A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S., & King, M. (2009). Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(12), 1332-1340.
- Sheikh, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention* (pp. 165). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Sheldon, K., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216.
- Splevins, K., Smith, A., & Simpson, J. (2009). Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? a study of older adults. *Aging and Mental Health*, 13(3), 328-335.

- Steверink, N., Westerhof, C., Bode, C., & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(6), P364-P373.
- Suls, J., & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131(2), 260.
- Wang, F., Gao, Y., Han, Z., Yu, Y., Long, Z., Jiang, X., & Zhao, Y. (2023). A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness and mortality. *Nature Human Behaviour*, 7(8), 1307-1319.
- Weiss, R. (1975). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. MIT Press.
- Wilson, K., Mottram, P., & Vassilas, C. (2009). *Psychotherapeutic treatments for older depressed people (Review)*. The Cochrane Collaboration. Published by J. Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*.

Loredana Portone

Specializzanda in psicoterapia cognitiva, training Masotto e Romano, Verona

e-mail: portoneloredana@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

Il caso di A: tra abbandono scolastico e accettazione radicale

Giulia Giannetti

Psicologa, Psicoterapeuta, PhD

Riassunto

A. è una ragazza di 16 anni, presenta stati mentali di indegnità e vulnerabilità, che alimentano stati emotivi intensi di tristezza, solitudine e rabbia da mancato accudimento. Teme il giudizio altrui e il rifiuto, motivo per cui tende all'isolamento sociale. Per regolare questi stati mentali problematici, utilizza strategie di mastery disfunzionali come abbuffate, minacce suicidarie, cutting e agiti rabbiosi. La percezione di scarsa agency la porta a sentirsi incapace di gestire le proprie emozioni e a chiedere costante aiuto esterno, rafforzando l'idea di non avere controllo e incrementando la sua inattività e il senso di fallimento. In ambito scolastico, l'idea di sé come vulnerabile genera vissuti di minaccia e ansia anticipatoria, con conseguenti condotte di evitamento che l'hanno portata durante la prima parte della terapia ad abbandonare la scuola. Un passaggio fondamentale all'interno del processo terapeutico è stato, grazie al lavoro di supervisione, riconoscere come io stessi progressivamente spostando il focus dai bisogni della paziente al mio personale bisogno di evitare che perdesse l'anno scolastico. Tale consapevolezza ha permesso di riformulare l'abbandono scolastico non come un fallimento, ma come un tentativo adattivo e funzionale della paziente di anticipare e gestire le oggettive criticità presenti nel contesto scolastico. Questa riconsiderazione ha facilitato la comprensione dell'accettazione radicale intesa come accoglienza dei limiti imposti sia dalla paziente sia dalla realtà contingente, permettendomi di evitare interventi prematuri che, se forzati, avrebbero potuto riattivare dinamiche disfunzionali e incrementare il rischio suicidario. L'abbandono scolastico ha infatti determinato l'interruzione dei comportamenti autolesivi e delle minacce suicidarie e ha permesso alla paziente di poter lavorare su altri obiettivi per lei importanti.

Parole chiave: Disturbo da Alimentazione Incontrollata, Disturbo Evitante, Disturbo Borderline, NNSI, adolescenza, BDT, accettazione radicale

The case of A: between school dropout and radical acceptance

Summary

A. is a 16-year-old girl who presents with mental states characterized by feelings of unworthiness and vulnerability, which fuel intense emotional experiences of sadness, loneliness, and anger linked to perceived lack of care. She fears judgment and rejection, leading her to withdraw socially. To regulate these problematic mental states, she relies on dysfunctional mastery strategies such as binge eating, suicidal threats, self-harm

Giulia Giannetti, Il caso di A: tra abbandono scolastico e accettazione radicale, N. 34, 2024, pp. 87-99.

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

(cutting), and aggressive outbursts. Her perception of low agency makes her feel incapable of managing her emotions, prompting her to seek constant external support, which in turn reinforces her sense of helplessness and increases her inactivity and feelings of failure. In the school setting, her self-perception as vulnerable triggers a sense of threat and anticipatory anxiety, leading to avoidant behaviors that, in the first phase of therapy, culminated in school dropout. A pivotal moment in the therapeutic process came, through supervision work, when I was able to recognize how I had progressively shifted the focus from the patient's needs to my own need to prevent her from losing the school year. This awareness allowed for a reframing of the school dropout not as a failure, but as an adaptive and functional attempt by the patient to preemptively manage the real challenges present in the academic environment. This reframing facilitated a deeper understanding of radical acceptance, seen as the acknowledgment and embracing of limits imposed both by the patient and by the surrounding reality. It helped prevent premature interventions which, if forced, could have reactivated dysfunctional dynamics and increased the risk of suicidality. Indeed, the school withdrawal led to the cessation of self-harming behaviors and suicidal threats, enabling the patient to focus on other personally meaningful therapeutic goals

Introduzione

A.16 anni vive in un quartiere periferico di Roma con i genitori, un fratello di 8 anni e una sorella di 19 anni che frequenta l'ultimo anno di scienze umane e lavora sporadicamente come onicotecnica a domicilio. A. ha un peso di 85 chili su un'altezza di 165 cm. Il BMI è 31,22 (obesità di I grado).

Il padre ha 52 anni e ha un banco di ortofrutta. La madre ha 47 anni e lavora presso un supermercato nel reparto macelleria. Frequenta il II anno del liceo linguistico con una media del 6.9 in quasi tutte le materie ad esclusione di matematica (media del 5,6) e italiano (media del 4,8). Nel 2015 le è stato diagnosticato un DSA con compromissione delle abilità aritmetiche in associazione a fragilità a livello di tratto grafico. Il Piano Didattico Personalizzato è stato attivato a Maggio 2023.

Rispetto alle relazioni sentimentali A. riferisce una prima relazione sentimentale online della durata di tre settimane iniziata ad Aprile 2021 e da lei definita "*tossica*". Ad ottobre 2022 intraprende una seconda relazione con una ragazza della sua scuola con cui ha dei momenti di intimità che non arrivano al rapporto sessuale completo. A. riferisce di essere stata allontanata da questa ragazza perché ancora incerta rispetto al suo orientamento sessuale. A. ha due amiche con cui dice di trovarsi bene ma con cui attualmente non esce molto. La paziente mi viene inviata, in regime privato. Attualmente è seguita dalla neuropsichiatra nel contesto pubblico, per un disturbo dell'adattamento diagnosticato durante un ricovero effettuato l'UO di Neuropsichiatria Infantile di un ospedale di Roma dal 05/12/2022 al 06/12/2022. A. accedeva in PS, su suggerimento della psicoterapeuta che l'aveva in carico, in data 05/12/2022 per ideazione suicidaria.

La paziente ha effettuato un percorso di psicoterapia per una sintomatologia ansiosa con

manifestazioni di panico nel 2021 della durata di circa 2 mesi e successivamente, un secondo percorso di psicoterapia da Gennaio 2022 ad Aprile 2023(circa).

Attualmente riferisce di assumere la seguente terapia farmacologica prescritta in dimissione:

- Aripiprazolo 2 mg/die la mattina
- Gabapentin 300 mg x3/die
- Melatonina (di cui non ricorda il dosaggio)
- Tensiopram 30 gtt/die

Da quando assume la terapia farmacologica riferisce beneficio nel riposo notturno e ad oggi un ritmo sonno veglia regolare nonostante al mattino manifesti stanchezza e difficoltà ad alzarsi dal letto.

Nonostante un miglioramento iniziale, A. riporta un riacutizzarsi dei pensieri di morte negli ultimi 2 mesi. Riferisce di assumere in autonomia la terapia farmacologica in quanto i genitori sono spesso fuori casa per lavoro negli orari in cui avrebbe dovuto assumere i farmaci.

Si presenta in orario al primo appuntamento, accompagnata dalla madre e dal padre: quest'ultimo rimane ad attenderla in macchina per difficoltà nel trovare il parcheggio.

A. appare disponibile al colloquio e collaborativa. Curata nell'aspetto, nell'abbigliamento e nei modi. Indossa abiti larghi e sportivi (negli incontri successivi indosserà top sempre più succinti e pantaloni aderenti). Lucida, orientata rispetto al tempo, allo spazio e alla propria persona. Lo sguardo incontra quello dell'interlocutore durante le risposte ma spesso non lo sostiene quando le vengono formulate le domande. Non sono emersi disturbi delle capacità attentive e mnestiche. L'eloquio è agevole. Il linguaggio è adeguato. Non si evidenziano alterazioni del contenuto del pensiero. Il tono dell'umore appariva orientato verso le basse polarità. Comportamento motorio e mimica in linea con l'affettività. Non segni indiretti ascrivibili a disturbi della sfera percettiva. Nega uso attuale e/o pregresso di sostanze e/o bevande alcoliche. Nega abitudine tabagica. Assenza di patologie mediche conosciute.

Descrizione dei problemi presentati

A. riferisce, negli ultimi 6 mesi, una sintomatologia ansiosa con manifestazioni di panico caratterizzata da tachicardia, tremori, vertigini, respiro corto e da episodi di pianto con tendenza a tirarsi i capelli, che si manifestano con una frequenza giornaliera a casa ma soprattutto in ambito scolastico e per cui A. chiede agli insegnanti di chiamare i genitori per essere riportata a casa *“quando vengono a prendermi mi calmo”*. Durante i primi colloqui A. manifestava la volontà di non rientrare a scuola in quanto gli episodi di ansia non erano gestibili e minacciava conseguentemente,

qualora i genitori l'avessero obbligata ad andare, ideazione anticonservativa “*se ci vado mi butto dalla finestra*” per cui mi faceva richiesta esplicita di una certificazione che attestasse la sua impossibilità a frequentare gli ultimi giorni di scuola al fine di evitare la bocciatura.

Dal 2021 ad oggi sono presenti pensieri di morte e minacce anticonservative che mette in atto quotidianamente nei confronti della madre associato ad agiti di rabbia (urlare, dare pugni al muro). Dall'età di 13 anni, A. riporta pregressi episodi di autolesionismo non a scopo suicidario (cutting superficiale su braccia e gambe) praticati con una lametta e che interrompe ad Agosto 2022, quando viene scoperta dai genitori. Attualmente A. ha ripreso a tagliarsi superficialmente con la lametta sulle braccia con una frequenza di due volte a settimana da Febbraio 2023.

Sono presenti condotte alimentari disfunzionali, caratterizzate da episodi di abbuffate che si manifestano con una frequenza quotidiana e sono caratterizzate da perdita di controllo e successivi sensi di colpa in assenza di condotte compensatorie. Le abbuffate sono esordite nel 2021: inizialmente, per circa 6 mesi, erano seguite da episodi di VAI. E' presente una marcata insoddisfazione per le forme corporee. Dal 2021 ad oggi A. riporta un incremento ponderale di circa 25 chili partendo da un peso iniziale di 60 chili.

Sono presenti difficoltà relazionali con il timore di essere rifiutata o giudicata “*strana*” per cui tende a isolarsi e a preferire attività solitarie (stare su instagan/tik tok, ascoltare musica).

L'umore è tendenzialmente disforico tutti i giorni per la maggior parte del giorno. Sono presenti astenia, difficoltà di concentrazione e tendenza a rimanere a letto per diverse ore. La paziente riferisce episodi caratterizzati da scarso controllo della rabbia che agisce dando pugni contro il muro.

Secondo quanto riferito dalla paziente emerge un quadro disarmonico di funzionamento globale.

Ipotesi diagnostica: disturbo da alimentazione incontrollata in disturbo evitante della personalità.

In comorbidità:

- NNSI
- Disturbo borderline della personalità.

L'esordio appare riconducibile alla terza elementare: A. racconta di essere stata bullizzata dalla maestra che la derideva davanti a tutti i suoi compagni durante lo svolgimento in classe degli esercizi di matematica. Racconta inoltre, nonostante la richiesta di aiuto, di non essere stata creduta dai genitori (in particolar modo la madre) i quali, durante un colloquio con la maestra, avrebbero dato ragione a quest'ultima. A. riferisce di aver sperimentato in quel periodo vissuti di rabbia e solitudine “*ero arrabbiata, nessuno mi credeva. Mi sentivo tanto sola. Mi chiudevo in camera mia*”

ad ascoltare la musica e a guardare il cellulare". Successivamente alla nascita del fratello, nel 2016, riferisce di aver agito la rabbia prendendo un coltello dalla cucina con lo scopo di tagliarsi la gola: *"mi sono sentita messa da parte, c'era solo lui, da un giorno all'altro non ho potuto più dormire nel letto con i miei genitori. Stavo troppo male, sono andata in cucina e ho preso un coltello e me lo sono messo sulla gola ma poi non ce l'ho fatta, pensavo a quanto sarebbero stati male i miei genitori, mia sorella, non potevo farlo e ho rimesso il coltello a posto"*.

Scompenso

A Dicembre 2022 a seguito dell'interruzione di una relazione sentimentale durata un mese con una compagna di scuola, A. riferisce ansia e stati mentali di abbandono con conseguente ideazione suicidaria tale per cui prendeva un coltello e lo nascondeva sotto il cuscino del suo letto. Nella stessa sera inviava un messaggio di addio alle sue due amiche, spegneva il telefono lasciando la porta della sua stanza chiusa (non a chiave) e portandosi il coltello ai polsi. Interrompeva il tentativo anticonservativo solo grazie all'irruzione nella stanza della sorella e dei genitori allertati dalle amiche di A. Seguiva ricovero dal 05/12/2022 al 06/12/2022.

Profilo interno

A intrattiene alcune specifiche credenze su di sé:

Indegnità: la rappresentazione di Sé come indegna di amore attiverrebbe in A. stati emotivi di tristezza e profonda solitudine, con sentimenti cronici di vuoto e abbandono, che la porterebbero ad evitare i contatti sociali per paura di incorrere nel giudizio altrui ed essere quindi rifiutata. A. prova a modulare questi stati emotivi con strategie di Mastery di I livello (abbuffate) che si rivelano tuttavia poco efficaci in quanto non risolvono gli stati mentali problematici e alimentano, successivamente, un ulteriore stato mentale di auto invalidazione con sentimenti di disprezzo verso se stessa ("fai schifo, sei grassa, sei difettosa) che andrebbe a confermare e supportare la credenza di indegnità e difettosità. La rappresentazione di indegnità attiverrebbe inoltre lo stato mentale di rabbia da mancato accudimento, nelle relazioni affettive, rispetto al tema del torto subito, dell'ingiustizia e del rifiuto con pensieri del tipo "non me lo merito, non è giusto!" che proverebbe a gestire con comportamenti quali minacce suicidarie, cutting e pugni contro il muro.

Vulnerabilità: la rappresentazione di Sé come vulnerabile, presente soprattutto in ambito scolastico, eliciterebbe gli stati mentali di minaccia e solitudine/abbandono per cui A. sperimenterebbe ansia intensa rispetto alla possibilità di avere un attacco di panico in un contesto in cui si troverebbe sola, senza aiuto e non creduta dai professori e dal gruppo classe.

Pertanto metterebbe in atto condotte di evitamento (non andare a scuola o chiedere l'aiuto dei familiari per essere riportata a casa) al fine di ridurre l'attivazione emotiva che riferisce di sperimentare come "intollerabile". Queste condotte mantengono e alimentano il problema in quanto, quando si trova a casa da sola, A. attiverebbe un rimuginio rispetto alla sensazione di essere senza speranza (secondario). Le continue assenze scolastiche e l'abbandono sociale le fanno sperimentare vissuti di fallimento che incrementano la sua inattività.

A., avendo un tratto perfezionista, quando riesce ad applicarsi nelle attività come quella scolastica, riesce ad avere un buon rendimento che tuttavia appare ostacolato dalla presenza di stati emotivi che sperimenta come intollerabili. A. ha pertanto la percezione di non avere un controllo su eventi, azioni e scelte e sente di non poter regolare gli stati emotivi problematici. Lo schema del sé di scarsa agency determina vissuti di sofferenza dove A. sperimenta la sensazione di non farcela da sola per cui tende a chiedere aiuto agli altri o a mettere in atto condotte di evitamento che incrementano in lei la sensazione di scarsa autonomia e controllo. Se l'altro non la aiuta A. sperimenta stati emotivi intensi che per cui mette in atto condotte di mastery di primo livello.

Credenze sull'altro: Rifiutante/abbandonico/giudicante

Lo scopo centrale è: essere amata/creduta/autonoma

L'antiscopo è: non rimanere sola

Disfunzioni della meta cognizione: differenziazione, decentramento, integrazione.

Fattori e processi di mantenimento

Fattori di mantenimento intrapsichici è presente un bias confermatario: la credenza di A. rispetto ad un altro rifiutante, incapace di darle amore e attenzione la porta ad avere un'attenzione selettiva per delle informazioni che confermino le proprie credenze (sguardo dei professori o indifferenza dei compagni di classe), ad essere ipervigile rispetto ai segnali di disapprovazione, critica e rifiuto e a distorcere anche stimoli neutri. L'ambiente familiare, in particolar modo il comportamento materno che A. sperimenta come rifiutante, aggressivo e svalutante sembrerebbe rinforzare la rappresentazione di sé come indegna di amore e determinare vissuti di rabbia da ingiustizia subita. A causa dell'invalidazione ambientale e dell'autoinvalidazione A. fatica a riconoscere i propri stati emotivi e a trovare un'autoregolazione. Queste difficoltà incrementano in lei la sensazione di difettosità e indegnità.

È presente, inoltre, anxiety sensitivity per cui, una risposta fisiologica di ansia rispetto alla possibilità di essere interrogata, viene vissuta da A. come spaventosa fino a configurare, a volte, un

Attacco di Panico.

Fattori di mantenimento interpersonali: la rappresentazione di vulnerabilità e di scarsa self agency attiverebbe, nei contesti relazionali, cicli interpersonali di allarme di fronte ad un altro che percepisce come incapace di fornirle l'aiuto che sente il diritto di dover ricevere.

Vulnerabilità

Durante i colloqui A. si descrive come una bambina da sempre timida, chiusa e che si sarebbe dovuta gestire e sbrigare “sempre tutto da sola”. Descrive la figura materna come da sempre impermeabile ai suoi bisogni “mia madre non mi ha mai abbracciata, mai consolata. Mi sgridava spesso e quando stavo male o avevo problemi non mi credeva”. Riferisce di aver sperimentato maggiore vicinanza affettiva dalla figura paterna con cui si confida tuttora. Tuttavia, A. lo percepiva e lo percepisce ancora come una figura instabile e incapace di aiutarla in modo pratico. Riferisce inoltre all'età di 7 anni, dopo la nascita del fratello, di essersi sentita “invisibile” agli occhi dei genitori e di aver sperimentato vissuti abbandonici per cui tendeva ad autoregolare i propri stati emotivi senza chiedere aiuto e isolandosi spesso nella propria cameretta. A. In seduta parla spesso della sorella maggiore con cui racconta di avere un buon rapporto e con cui trascorre il tempo libero guardando film o andando al bar a chiacchierare con gli amici di lei: nonostante i buoni rapporti A. non si confida con lei rispetto alle sue difficoltà “lei è perfetta, sa gestire ogni situazione, vorrei essere come lei. Mi vergogno a parlarle delle mie cose ma va bene così”. Non ha mai parlato del fratello minore.

Dal racconto dei genitori rispetto all'infanzia emerge una visione condivisa di A. come una bambina “da sempre poco socievole e morbosa nel rapporto a due”. Negli anni della materna (3-5 anni) A. veniva spesso lasciata presso una ludoteca vicino casa in quanto i genitori lavoravano e la nonna paterna si assentava spesso per assistere il marito malato, deceduto poi quando A. aveva 6 anni per problemi cardiovascolari. Nello stesso periodo moriva il cagnolino con cui A. era cresciuta.

Emerge, sia alla ludoteca che alle elementari, una difficoltà di A. a separarsi dalle figure di riferimento, soprattutto dalla madre, e la tendenza della bambina a richiedere di essere riportata a casa. I genitori descrivono il primo anno di elementari “tranquillo”, raccontano che le difficoltà della figlia si erano notevolmente ridotte grazie alla presenza di una maestra con cui A. si trovava particolarmente bene e che indirizzò i genitori, alla fine del primo anno, ad effettuare una valutazione per i DSA che riuscirono a prenotare dopo un anno (fine della seconda elementare). Durante il secondo anno di elementari in concomitanza con l'ingresso a scuola della nuova maestra di ruolo, A. inizia a sperimentare disagio davanti al portone della scuola, che si traduceva spesso in

episodi di vomito spontaneo.

In questo periodo e per tutte le elementari i genitori riportano episodi in cui la bambina avrebbe subito atti di bullismo sia da parte della maestra (la prendeva per un orecchio e le faceva fare il giro della classe e la derideva rispetto alle sue difficoltà in matematica), sia da parte di un compagno (che le spingeva la matita appuntita nelle mani fino a farle uscire il sangue): rispetto a questi episodi emerge dal racconto del padre una tendenza a cercare di risolvere i problemi prendendo le difese della figlia mentre dal racconto della madre emerge indignazione ma in assenza di comportamenti specifici finalizzati a risolvere i problemi. Durante gli anni delle elementari e delle medie i genitori riferiscono che A. non frequentava i compagni di classe, ne veniva portata alle feste di compleanno a causa degli impegni lavorativi di entrambi: “meno male che aveva la sorella, almeno aveva qualcuno con cui giocare”. Alle medie A. dice di essersi sentita “umiliata” e presa in giro da alcuni compagni di classe dopo aver fatto coming out rispetto al suo orientamento omosessuale.

Durante il primo anno di liceo, la madre racconta di non aver presentato la documentazione relativa al DSA, nonostante le richieste della figlia in quanto “credevo che fosse un passaggio automatico da una scuola all’altra, non sapevo che avrei dovuto portarla io”, e di averla consegnata alla fine dell’anno scolastico. A. veniva promossa con tre debiti.

Il padre descrive A. come una ragazza in difficoltà ma tende, durante il colloquio, a sottolinearne i punti di forza “nonostante i tre debiti si è messa d’impegno l’estate e li ha passati tutti e tre”. La madre appare polarizzata, per tutta la durata del colloquio, sui propri bisogni e nonostante i vari tentativi messi in atto per portarla sui bisogni della figlia appare emotivamente distaccata e non incline a seguire eventuali suggerimenti per la gestione dei conflitti e delle criticità.

Trattamento psicoterapeutico

Contratto e scopi del trattamento

A. Arriva in terapia dopo aver effettuato un ricovero di due giorni per ideazione suicidaria e attacchi di panico. Sin da subito è stato sollevato dai genitori un problema rispetto alla difficoltà di accompagnarla a studio nei giorni/orari stabili. Per permettere alla ragazza di poter essere presente in maniera continuativa alle sedute le sono state proposte due sedute online e due sedute a studio. La paziente accettava inizialmente di buon grado ma nel corso della terapia tendeva a saltare due sedute su 4 riportando la difficoltà a pagare quanto concordato. Pertanto abbiamo stabilito che avrebbe corrisposto solamente le due sedute in presenza. Ciò ha permesso una maggiore regolarità necessaria per il trattamento. Un altro iniziale ostacolo alla terapia è stato il mutismo che A. metteva in atto costantemente nelle prime sedute limitando le risposte a “sì, no, non lo so”. Per gestire

questa problematica relazionale sono risultati efficaci gli auto-svelamenti rispetto alla difficoltà nella conduzione delle sedute fino ad arrivare a definire uno spazio di comune interesse nella comunicazione.

Razionale, strategie e tecniche

OBIETTIVI	RATIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
Migliorare la capacità di gestione delle emozioni problematiche (rabbia/tristezza/ansia)	-Identificare ed etichettare le emozioni negative. -Aumentare il monitoraggio degli stati mentali problematici. -Aumentare la tolleranza delle emozioni negative -Incrementare le abilità di regolazione emotiva	<ul style="list-style-type: none"> ▫ ABC e Laddering ▫ Chain analysis ▫ Psicoeducazione ▫ Condivisione del modello di funzionamento ▫ Tecniche DBT di tolleranza della sofferenza (TIP/STOP). Scheda della crisi ▫ Abilità di regolazione emotiva (Controlla i fatti/Problem solving/Cope Ahead) ▫ Interventi di validazione ▫ Abilità di Mindfulness (respiro 3 minuti/Body Scan) ▫ Ristrutturazione cognitiva
Ridurre i sintomi depressivi	-Incremento del monitoraggio -Incremento della mastery di I e II livello	<ul style="list-style-type: none"> ▫ ABC in seduta ▫ Psicoeducazione ▫ Riattivazione comportamentale ▫ Igiene del sonno
Migliorare le relazioni sociali	-Incremento delle abilità metacognitive di monitoraggio, differenziazione e decentramento -Incremento delle abilità di Efficacia Interpersonale	<ul style="list-style-type: none"> ▫ ABC in seduta e laddering ▫ Disputing ▫ Ristrutturazione cognitiva ▫ Training assertivo ▫ Schede DBT di Efficacia interpersonale (DEAR MAN) ▫ Aumentare le occasioni di socializzazione
Migliorare i conflitti con la madre	-Aumentare la consapevolezza dei bisogni che si attivano nelle relazioni interpersonali e favorirne una maggiore integrazione -Creare un ponte emotivo tra passato e presente al fine di modulare l'emozione di rabbia da accudimento mancato e validare i propri stati emotivi negativi	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Imagery ▫ Interventi di validazione ▫ Abilità di Mindfulness ▫ Ristrutturazione cognitiva

Ritorno a scuola	Incremento delle abilità metacognitive di monitoraggio, differenziazione e decentramento	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Imagery ▫ Validazione ▫ Abilità di regolazione emotiva (Cope Ahead)
Prevenzione delle ricadute	Definire gli obiettivi di vita e gli scopi terminali	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Analisi costi/ benefici e vantaggi svantaggi ▫ Abilità di Mindfulness ▫ Abilità di regolazione emotiva (Cope Ahead)

Descrizione della terapia

La psicoterapia è iniziata a Maggio 2023 con cadenza settimanale ed è tutt'ora in corso con cadenza bisettimanale e allo stato attuale sono state svolte 42 sedute. La terapia si può dividere sostanzialmente in tre blocchi:

1) Una condizione imprescindibile per l'avvio del trattamento psicoterapico è stato definire con i genitori che la terapia farmacologica fosse somministrata alla paziente dalle figure di accudimento. Posta questa premessa inizialmente è stato necessario orientare la terapia sulla gestione delle crisi, insegnando alla paziente tecniche di Tolleranza della Sofferenza della DBT (STOP/TIP) e offrendole consulenza telefonico che l'hanno aiutata a gestire i comportamenti di minaccia anticonservativa, comportamenti autolesivi e abbuffate: in tempo reale venivano messe in pratica le abilità necessarie fino all'estinzione delle crisi. Dopo un primo periodo, che si è protratto fino a Novembre 2023, in cui la paziente mostrava una scarsa capacità di rispettare i limiti e l'accordo telefonando e inviando sms ad orari non concordati innescando nel terapeuta continui cicli di allarme, le è stato insegnato, con il supporto dei familiari, in particolare il padre, come gestire le crisi negli orari in cui il terapeuta non sarebbe stato disponibile (MMG/ospedale/psichiatra) (scheda della crisi DBT). I comportamenti problematici sono rientrati a Novembre 2023 in concomitanza con l'abbandono scolastico e non si sono più ripresentati. In questo momento della terapia ho osservato di essere entrata in un ciclo di invalidazione in cui oscillavo tra i bisogni della paziente e il mio bisogno di non farle perdere l'anno scolastico. Grazie al lavoro di supervisione, sono arrivata a prendere atto di cos'è realmente l'accettazione radicale ovvero prendere atto che esistevano dei limiti imposti dalla paziente e dalla realtà che hanno impedito di avviare dei cambiamenti che sarebbero risultati precipitosi e che avrebbero esposto la paziente all'incremento dei comportamenti anticonservativi. Le abilità di tolleranza della sofferenza hanno favorito l'incremento del monitoraggio degli stati mentali problematici, tramite la

ricostruzione di ABC e laddering in seduta, interventi di psicoeducazione e abilità di regolazione emotiva (controlla i fatti/problem solving/cope ahead) che hanno permesso ad A. di riconoscere, etichettare le emozioni problematiche e regolarne la risposta diminuendo, nel contempo anche i comportamenti problematici incluse le abbuffate. Nella seconda parte della terapia, sono stati insegnati alla paziente esercizi di Mindfulness (respiro di 3 minuti/body scan) che A. ha imparato ad utilizzare quando avverte delle emozioni disturbanti e che le permettono di accoglierle ed osservarle senza giudizio.

Gestire i comportamenti disfunzionali conferiva ad A. da un lato un senso di controllo e padroneggiamento delle proprie emozioni, incrementando la motivazione e la self-agency e diminuendo i fattori di mantenimento, e da un altro lato hanno permesso di ristrutturare la credenza di sé come vulnerabile, diminuendo l'autoinvalidazione. Tuttavia questi miglioramenti non sono stati generalizzabili al contesto scolastico in cui A. ha continuato ad avvertire un senso di minaccia costante.

Rispetto agli homework la paziente man mano che sperimentava un incremento della propria agency riscontrava un'utilità nel portare a termine i compiti assegnati.

Contestualmente alla gestione delle crisi ho lavorato con la paziente per migliorare i conflitti con la figura materna ricostruendo e condividendo con lei il suo profilo di funzionamento. Al fine di incrementare il monitoraggio metacognitivo degli stati mentali problematici nella relazione con la madre si è rivelato utile la costruzione di memorie autobiografiche tramite la tecnica dell'imagery che hanno permesso di creare un ponte emotivo tra passato e presente al fine di modulare l'emozione di rabbia da accudimento mancato e validare i propri stati emotivi negativi. Gli interventi di validazione hanno permesso ad A. di aumentare la consapevolezza dei bisogni che si attivano nelle relazioni interpersonali e di favorirne una maggiore integrazione. Prendere una distanza critica dai propri contenuti mentali ha consentito di trovare un'ipotesi alternativa al comportamento della madre (nonna molto rigida e svalutante) e a depotenziare la credenza di sé come indegna di amore.

2) Nella seconda parte della terapia, una volta rientrati i comportamenti problematici, l'obiettivo principale da Novembre ad Aprile 2024 è stato migliorare la condizione depressiva che incideva in maniera significativa sulla qualità di vita e sembrava reattiva all'interruzione della terapia farmacologica (fluoxetina) sospesa dalla psichiatra a Novembre 2023. Rispetto all'inattività che si è manifestata in modo importante dopo l'abbandono scolastico e il ritiro sociale, abbiamo lavorato insieme sulla riattivazione comportamentale e sull'igiene del sonno. Gradualmente nel corso dell'anno in cui non ha frequentato la scuola la paziente è stata esposta alle interazioni sociali con

gli amici della sorella con cui usciva la sera. Inizialmente la paziente ha sperimentato vissuti di disagio che pian piano è riuscita a gestire attraverso l'utilizzo di alcune abilità di Efficacia interpersonale e attraverso un'esposizione graduale. Una volta ripristinato un ritmo sonno veglia regolare A. ha iniziato gradualmente a prendersi cura dell'ambiente dove viveva e di conseguenza anche di se stessa.

3) Da Aprile 2024 ad oggi la terapia si sta incentrando sulla prevenzione delle ricadute tramite tecniche di mindfulness che A. utilizza quotidianamente e sulla generalizzazione delle abilità apprese a tutti i contesti di vita. Tra Aprile e Luglio 2024 la paziente ha avuto bisogno di definire i propri obiettivi di vita dando priorità all'autonomia. Nel definire gli scopi terminali A. ha sperimentato un conflitto rispetto al desiderio di essere subito autonoma (lasciare la scuola e fare la parrucchiera) e il desiderio di avere un lavoro che la gratificasse: per aiutarla nel processo decisionale abbiamo utilizzato insieme l'analisi dei costi/benefici vantaggi/svantaggi.

Durante la terapia si è reso necessario il coinvolgimento dei genitori i quali tuttavia hanno fornito pareri contrastanti rispetto alla necessità di essere presenti occasionalmente alle sedute: con la madre di A. sono stati effettuati due incontri per poi rifiutare quelli successivi adducendo come motivazione mancanza di tempo/soldi. Il padre si è reso disponibile ad un solo incontro e durante alcune consultazioni telefoniche con A. per aiutarla nei momenti di criticità. Mi sono resa disponibile ad interagire con il contesto scolastico qualora fosse stato necessario ma il precoce abbandono scolastico non ha permesso questo scambio comunicativo.

Valutazione di esito

A. sta svolgendo una terapia personale a cadenza quindicinale e mostra una buona motivazione al trattamento riconoscendo in esso una possibilità concreta per raggiungere i suoi obiettivi di vita. Inoltre, A. sperimenta un miglioramento nella percezione della propria self-agency per cui sente di poter agire attivamente sull'incremento delle proprie abilità. La relazione terapeutica appare solida e stabile nel corso del tempo. A Settembre 2024 A. è tornata a scuola, attualmente con soddisfazione e interesse verso le materie studiate. Continua ad esporsi con beneficio nelle relazioni interpersonali: tuttavia le abilità di efficacia interpersonale appaiono ancora da potenziare. I conflitti con la madre si sono ridotti, ha consapevolezza dei propri bisogni e delle proprie emozioni che riesce a gestire efficacemente. I comportamenti disfunzionali si sono interrotti a Novembre 2023 e non si sono più ripresentati nel corso della terapia. Il peso di A. è incrementato fino a raggiungere a Marzo 2024 i 105 chili per poi stabilizzarsi. Attualmente sta dimagrendo e riesce a seguire in maniera più efficace la dieta.

Giulia Giannetti,

Psicologa, PhD Roma

Specializzata in Psicoterapia Cognitiva, training Andrea Gragnani e Donatella Fiore

e-mail: giuliagiannetti1982@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

Oltre il sintomo: il percorso di Luca fra esperienze traumatiche, evitamento e consapevolezza di sé

Elisa Fucà^{1,2}

¹Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico

²Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Riassunto

Luca è un ragazzo di 19 anni che giunge alla consultazione psicoterapeutica in seguito a un episodio sincopale non chiaramente riconducibile a un quadro neurologico conclamato. L'esordio del percorso clinico è caratterizzato da elementi riconducibili a uno stato di ipervigilanza e di difficoltà di regolazione emotiva e nelle relazioni interpersonali; nel pregresso, sarebbero state presenti difficoltà alimentari. Questi aspetti si radicano in esperienze familiari disfunzionali, connotate da un clima cronicamente teso e dalla presenza di agiti aggressivi paterni. Emergono tratti compatibili con un disturbo da stress posttraumatico complesso sotto-soglia. Il profilo di funzionamento di Luca risulta improntato a un evitamento esperienziale e a modelli interni centrati su un'immagine di sé fragile e di un altro percepito come imprevedibile o svilente. Grazie a questo spazio relazionale protetto, Luca ha potuto sviluppare una maggiore consapevolezza dei propri bisogni e arrivare a una progressiva riduzione dell'evitamento esperienziale. La ricostruzione del profilo interno ha reso possibile l'impostazione di un intervento strategico centrato sul sostegno all'espressione e alla legittimazione del vissuto emotivo, con attenzione al contenimento delle reazioni dissociative e alla ristrutturazione delle credenze disfunzionali. Il lavoro terapeutico ha favorito segnali di cambiamento significativi: la capacità di tollerare stati emotivi negativi, un miglioramento nella regolazione emotiva e una maggiore integrazione della propria identità sessuale. Nonostante permangano alcune criticità nella gestione della rabbia e della tristezza, si osserva un incremento delle funzioni di mentalizzazione e una riattivazione progressiva delle risorse soggettive.

Parole chiave: regolazione emotiva, disturbo da stress post-traumatico complesso, relazione terapeutica, evitamento esperienziale

Beyond the Symptom: Luca's Clinical Pathway Through Trauma, Avoidance, and Emerging Self-Awareness

Summary

Luca is a 19-year-old young man who presents for psychotherapeutic consultation following a syncopal episode not clearly attributable to a defined neurological condition. The onset of the clinical process is

Elisa Fucà, Oltre il sintomo: il percorso di Luca fra esperienze traumatiche, evitamento e consapevolezza di sé, N. 34, 2024, pp. 100-117.

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

marked by features suggestive of a state of hypervigilance and difficulties in emotional regulation and interpersonal relationships. A history of disordered eating behaviors is also reported. These difficulties appear to be rooted in dysfunctional family experiences, characterized by a chronically tense atmosphere and the presence of paternal aggressive outbursts. Traits consistent with subthreshold complex post-traumatic stress disorder emerge. Luca's overall functioning is characterized by experiential avoidance and internal working models centered around a fragile self-image and a perception of others as unpredictable or devaluing. Within the context of this protected relational space, Luca was able to develop increased awareness of his needs and gradually reduce his experiential avoidance. The reconstruction of his internal profile allowed for the implementation of a strategic intervention focused on supporting the expression and validation of emotional experience, with particular attention to containing dissociative reactions and restructuring dysfunctional beliefs. The therapeutic work facilitated significant signs of change: improved tolerance of negative emotional states, enhanced emotional regulation, and greater integration of his sexual identity. While some difficulties remain in managing anger and sadness, there has been a noticeable increase in mentalizing abilities and a progressive reactivation of personal resources.

Keywords: emotion regulation, complex post-traumatic stress disorder; therapeutic relationship; experiential avoidance

Introduzione

Il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) complesso è caratterizzato, oltre che dalla presenza dei sintomi principali del disturbo da stress post-traumatico, da compromissioni gravi e durature in una serie di aree di funzionamento, quali regolazione delle emozioni e controllo degli impulsi, percezione di sé e rapporti interpersonali (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2018). La presenza congiunta di un trauma evolutivo e di difficoltà nella regolazione affettiva può ostacolare la relazione tra l'individuo e le potenziali figure di cura: il terapeuta rischia infatti di essere vissuto come una figura ri-traumatizzante anziché come una base sicura, rendendo complessa la costruzione di un'alleanza terapeutica solida (Popolo et al., 2025). Inoltre, l'incremento dell'attivazione emotiva e del senso di vulnerabilità sperimentati in terapia può compromettere temporaneamente le funzioni di mentalizzazione (Luyten et al., 2021), limitando la possibilità di definire con chiarezza obiettivi e compiti condivisi, e di partecipare attivamente alla risoluzione dei problemi durante le sedute. Di conseguenza, diversi autori sottolineano l'importanza di intervenire preliminarmente sulle competenze di regolazione emotiva e sulla stabilizzazione dell'alleanza terapeutica (Muran et al., 2021; Popolo et al., 2025), promuovendo la percezione di sicurezza e supportando la collaborazione e l'autoefficacia del paziente (Maercker

et al., 2022). In questo contesto, il presente caso clinico intende offrire uno spunto di riflessione sulle sfide e le opportunità che emergono nella costruzione dell'alleanza terapeutica con pazienti complessi.

Formulazione del caso

Luca, 19 anni. Secondogenito di tre germani, frequenta il secondo anno di un corso universitario di design e arti visive. Pur avendo ricevuto una diagnosi di dislessia dalla terza elementare, ha rifiutato da sempre piano il didattico personalizzato (PDP). Lavora part-time come cameriere e frequenta regolarmente un piccolo gruppo di amici che conosce dai tempi del liceo e saltuariamente frequenta altri gruppi. Non ha una relazione sentimentale stabile, riferendo di alternare frequentazioni maschili e femminili.

Non ha mai svolto percorsi di psicoterapia né assunte terapie farmacologiche.

Incontro Luca nel contesto della terapia solidale. La presa in carico psicoterapeutica viene suggerita da un neurologo che ha visitato Luca a causa di un episodio di sincope vasovagale avvenuto circa tre mesi prima del nostro primo colloquio. In seguito a questo episodio, Luca viene ricoverato per circa 48h, ma gli accertamenti di natura neurologica hanno escluso definitivamente una diagnosi di epilessia e altre cause neurologiche.

In prima seduta, Luca appare curato nell'aspetto e nell'igiene personale. Vigile, lucido, orientato nei tre assi. Accede al colloquio con atteggiamento inibito e a tratti evita lo sguardo del clinico, rivolgendolo all'ambiente circostante. Si rilevano quote d'ansia libera e appare irrequieto sul piano psicomotorio: si tocca più volte capelli e orecchie mentre parla e muove spesso le gambe. La mimica appare congrua. L'umore appare lievemente deflesso, l'affettività è congrua e modulata. L'eloquio è fluido, sebbene siano apprezzabili sporadiche note di disfluenza - così come fascicolazione della palpebra - in relazione a tematiche che evocano vissuti di ansia; inizialmente il ritmo dell'eloquio è accelerato, poi si rimodula nel corso dell'incontro; anche il tono della voce non sempre risulta adeguatamente modulato. Il contenuto del pensiero, che appare esente da alterazioni formali, verte su preoccupazioni relative alla propria capacità di gestire emozioni per lui problematiche, in particolare rabbia e ansia.

Descrizione dei problemi presentati

Nel corso dei primi incontri Luca identifica i seguenti problemi come fonte di sofferenza:

- difficoltà di regolazione emotiva: le difficoltà nella gestione della rabbia compaiono principalmente nel contesto domestico ma non sembrano assumere la connotazione di vero e proprio discontrollo, mentre le difficoltà nel gestire la paura si manifestano attraverso l'attivazione di meccanismi dissociativi, in particolare nei momenti in cui il paziente percepisce segnali di minaccia o tensione relazionale all'interno dell'ambiente familiare. In questi frangenti, Luca tende a distaccarsi dall'esperienza emotiva, con una ridotta consapevolezza corporea e una difficoltà a nominare gli stati emotivi esperiti;

- stato ansioso presente in diverse situazioni e diversi contesti. Nel contesto domestico, questo si presenta sotto forma di ipervigilanza, caratterizzata da una sensazione di allarme e preoccupazione costante che il padre possa diventare aggressivo; l'aumentato stato di allerta si traduce anche sotto forma di irritabilità. Nel contesto accademico, si manifesta sotto forma di evitamento che esita in procrastinazione dei compiti assegnati e rifiuto di partecipare ad attività che prevedano lettura ad alta voce davanti ad altre persone;

- labilità emotiva, sebbene non vengano raggiunti criteri soglia per poter porre diagnosi di disturbo dell'umore.

Le difficoltà di regolazione emotiva - in particolare quelle relative alla regolazione della rabbia - nonché la condizione di ipervigilanza possono essere meglio comprese facendo riferimento alla descrizione che Luca fornisce rispetto al funzionamento della propria famiglia. Il clima familiare, infatti, viene descritto come fortemente teso a causa di alcune "crisi di rabbia" manifestate dal padre, che sarebbero comparse circa un anno e mezzo prima della richiesta della presa in carico e sarebbero caratterizzate da elevata imprevedibilità e agiti aggressivi di natura prevalentemente verbale (in particolare nei confronti della madre di Luca) o rivolti verso oggetti, fatta eccezione per un episodio in cui il padre avrebbe aggredito Luca fisicamente. Luca vive questi episodi e la loro risoluzione con marcata paura seguita da intensa rabbia agita contro il padre e senso di

inadeguatezza quando sente di non essere riuscito a “proteggere” la madre e la sorella minore. La ricostruzione esatta degli episodi critici in famiglia è inficiata dal fatto che Luca riporta ricordi frammentati, se non, in alcuni casi, vere e proprie amnesie. In seguito a questi episodi, Luca riferisce di vivere in uno stato di costante ipervigilanza in casa, ad esempio manifestando particolare attenzione al tono di voce dei genitori mentre parlano tra loro se si trovano in un'altra stanza, con una percezione di urgenza nel controllare cosa stia succedendo. A causa di un atteggiamento inizialmente reticente da parte di Luca, solo dopo mesi dall'inizio del percorso psicologico emerge che il padre fa uso di alcol, tornando spesso a casa in stato di visibile alterazione e che questo risulta essere frequentemente il motivo dello scontro con la madre. Il padre viene definito da Luca “una mina vagante”, “imprevedibile”, “allegro ma scostante”.

Durante i primi colloqui, Luca non riferisce particolari compromissioni funzionali nel dominio sociale. Tuttavia, nel corso degli incontri emergono timore/percezione di essere rifiutato, specialmente in contesti sociali nuovi e, nelle relazioni con persone a lui più familiari, riporta il timore di sembrare distaccato, egoista e poco interessato ai problemi altrui. Tale timore nasce dalla percezione che Luca ha di sé stesso come di una persona non in grado di tollerare la sofferenza [propria e altrui]. Questo lo porta, soprattutto nelle relazioni coi familiari, ad assumere un atteggiamento distaccato che, a sua volta, può essere interpretato dagli altri come freddezza o disinteresse, generando reazioni di allontanamento o incomprensione. Tali reazioni finiscono per rinforzare la convinzione di Luca di non essere capace di stare nella relazione, dando forma a un ciclo interpersonale disfunzionale.

In generale, nelle relazioni con gli altri possono essere individuate due aree problematiche. La prima è quella relativa alla presenza di vissuti di estraneità e disconnessione, basati sulla percezione di sentirsi “diverso dagli altri” [si veda storia della sofferenza]. Emergono altresì marcate difficoltà di fiducia e nell'entrare in intimità con altre persone. Il timore nell'entrare in intimità con gli altri sembra fondarsi anche su nell'instaurare legami basati sulla fiducia. Questo aspetto emerge chiaramente anche nella gestione dell'autodisvelamento, così descritto da Luca: *“Mi capita di confidarmi con i miei amici più stretti, ma sempre su aspetti parziali. Non voglio che un'unica persona sappia troppe cose di me”*. L'affermazione evidenzia una difficoltà a

condividere aspetti di sé in modo integrato, in cui la “parcellizzazione” delle informazioni personali consente a Luca di mantenere un maggiore controllo sulla relazione. Rispetto alle relazioni di natura sentimentale e sessuale, riporta invidia nei confronti di chi ha una storia sentimentale, timore di solitudine e difficoltà negli approcci di natura sessuale per timore di rifiuto. Per i primi mesi della terapia, non dichiara il proprio orientamento sessuale. Durante i colloqui, Luca ha mostrato un rifiuto netto di dichiarare il proprio orientamento sessuale, giustificando questa posizione attraverso un'elaborazione intellettualizzante: presenta la questione come un tema ideologico, sostenendo che esplicitare l'orientamento sessuale sarebbe una forma di violenza, poiché costringerebbe a eseguire una categorizzazione rigida e semplificata.

Nega disturbi del sonno e le condotte alimentari vengono descritte come sostanzialmente regolari al momento attuale, sebbene persista una difficoltà nel sentirsi a proprio agio nel proprio corpo [si veda storia della sofferenza].

Storia della sofferenza. Nega ideazione suicidaria e autolesionismo anche nel pregresso. Non riporta interventi psicoterapeutici e psicofarmacologici pregressi né attuali. Nel pregresso, vengono descritti sintomi ascrivibili a un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione: racconta che, quando aveva 15 anni, avrebbe adottato ricorrenti condotte di eliminazione dopo i pasti principali e/o in seguito a episodi di abbuffate soggettive per evitare di prendere peso; per 4-5 mesi tali episodi sarebbero stati presenti quasi tutti i giorni e, talora, anche più di una volta al giorno, e sarebbero stati associati a forte insoddisfazione per la propria immagine corporea. Nessuno a casa si sarebbe accorto di questi comportamenti né Luca avrebbe mai condiviso con nessuno queste difficoltà nell'arco di questi mesi di acuzie. Luca riferisce che i sintomi sono durati per circa due anni con una progressiva riduzione della frequenza delle condotte di eliminazione. Luca riferisce che, anche in tempi più recenti, in condizioni di “ansia o forte stress” gli capita di “mangiare tanto” [quantifica] e poi vomitare; l'ultimo di questi episodi sarebbe avvenuto due mesi prima di iniziare la presa in carico, in seguito a una lite col padre dai toni particolarmente accesi.

Emerge familiarità positiva per disturbi di linguaggio e disturbi dell'umore su linea paterna.

In base ai problemi presentati non è possibile formulare una chiara diagnosi secondo i criteri del DSM-5-TR. Tuttavia, emergono tratti del disturbo da stress post-traumatico complesso,

secondo i criteri indicati dall'ICD-11. Risultano infatti soddisfatti alcuni criteri relativi al PTSD (ipervigilanza, incapacità di ricordare aspetti importanti legati agli eventi stressanti e tentativi di evitare ricordi spiacevoli legati agli eventi stressanti) e, in aggiunta, Luca manifesta difficoltà di regolazione delle emozioni, credenze negative su di sé (vulnerabile e impotente), difficoltà nelle relazioni interpersonali (scarsa fiducia), nonché problemi pregressi legati all'immagine corporea e associati a difficoltà alimentari.

Profilo interno del disturbo

Luca presenta un'idea di sé come vulnerabile, impotente e diverso dagli altri. L'idea dell'altro sembra essere prevalentemente imprevedibile e pericoloso, ma anche rifiutante, svilente e poco protettivo. Lo scopo sovrainvestito sembra essere il valore personale, con uno scenario temuto di solitudine che assume per Luca connotazioni catastrofiche, legate non solo al timore di rimanere senza protezione di fronte alla minaccia, ma anche alla percezione di “*restare indietro*” rispetto agli altri. La mancanza di relazioni significative sarebbe dunque la conferma di un senso di fallimento personale e inadeguatezza. In questo contesto, se l'altro è temuto poiché fonte di potenziale svilimento, sembra comunque indispensabile per poter avere un riscontro sul proprio valore personale.

Gli stati emotivi dolorosi sembrano essere gestiti da Luca in maniera differente in base al tema attivato. In condizioni di minaccia fisica [agiti aggressivi del padre], Luca sembra adottare modalità dissociative (“*è come se fossi in una bolla*”) che gli impediscono, in momenti successivi, un'adeguata elaborazione dell'evento: infatti, riferisce spesso di non ricordare l'esatta sequenza degli avvenimenti o il loro preciso svolgimento.

Nel momento in cui invece subentra la percezione della frustrazione del suo bisogno di protezione, si genera un ciclo interpersonale disfunzionale per il quale la rabbia che Luca manifesta in risposta alla frustrazione del suo bisogno contribuisce a innescare reazioni di allontanamento da parte dell'altro. Dunque, il bisogno originario risulta ulteriormente disatteso e la visione dell'altro come poco affidabile viene confermata. Questo avviene principalmente nel

contesto familiare e diviene molto evidente nella relazione col fratello maggiore, dal quale Luca vorrebbe sicurezza e protezione.

L'emozione della tristezza è gestita da Luca attraverso una marcata tendenza all'evitamento esperienziale, che può essere ricondotta non solo alla difficoltà nel tollerarla, ma soprattutto al fatto che tale emozione non ha mai trovato spazio in un contesto relazionale protettivo. La tristezza, in questo senso, non è stata un'emozione "contenuta", ma piuttosto un segnale di vulnerabilità che Luca ha imparato ad associare a pericolo e mancata protezione. Questo spiega, ad esempio, la sua tendenza ad allontanarsi dalla stanza di terapia proprio nei momenti in cui il colloquio verte su contenuti "caldi", legati alla percezione di essere poco protetto. Tale modalità, estesa anche ad altri contesti relazionali, ostacola ulteriormente la possibilità che l'altro colga e comprenda i suoi bisogni. In questo quadro, l'intolleranza alla tristezza può essere intesa come espressione di una disregolazione emotiva tipica del PTSD complesso. La paura, emozione centrale nel quadro post-traumatico, sembra a sua volta gestita attraverso risposte dissociative, come nel caso del "sentirsi in una bolla", sensazione che Luca sperimenta in situazioni percepite come minacciose.

Il vissuto di impotenza sembra emergere dunque come una conseguenza della persistente impossibilità di esprimere o agire le proprie emozioni. Di fronte a emozioni intense come rabbia, tristezza o paura, Luca o si sente bloccato, incapace di tradurre questi stati interni in azioni che potrebbero alleviare il disagio o ristabilire un senso di padroneggiamento del proprio stato emotivo o, al contrario, sente di agirle senza essere in grado di controllarle. In questo quadro, la sintomatologia alimentare pregressa potrebbe essere letta come una strategia secondaria di autoregolazione emotiva, funzionale nel tentativo di anestetizzare o controllare stati emotivi altrimenti ingestibili. Va evidenziato, tuttavia, che il senso di impotenza attuale sembra poggiare su un nucleo esperienziale più antico, legato a momenti in cui Luca ha sperimentato una reale impossibilità di protezione o di difesa, contribuendo allo sviluppo di una percezione appresa di inefficacia [si veda la sezione relativa alla vulnerabilità storica]. Questo vissuto, caratteristico del PTSD complesso, continua oggi a influenzare le sue modalità di risposta agli stati emotivi intensi,

ostacolando l'accesso a strategie più funzionali. Emerge dunque un circolo vizioso che contribuisce a mantenere una percezione di vulnerabilità e inefficacia, rafforzando ulteriormente il senso di impotenza.

A	B	C
Al termine di una lite familiare [il padre è l'interlocutore principale], noto che mio fratello, mia madre e mia sorella sono tutti vicini tra loro al capo opposto della stanza	Io litigo con quello anche per proteggere loro e mi ripagano fregandosene di come sto	Rabbia (9) → Non rivolgo la parola ai miei familiari per tre giorni
	E a me chi ci pensa? Sembro invisibile	Tristezza (8) Nodo alla gola

Il timore di essere umiliato nella relazione lo porta a evitare il confronto con l'altro: la rappresentazione di sé stesso come una persona scarsamente in grado di gestire i propri stati emotivi (rabbia) lo induce a immaginare scenari in cui la propria "disregolazione" lo porterebbe ad aggredire l'altro con la conseguente necessità di doversi poi "abbassare a chiedere scusa" e, parallelamente, attiverebbe un rimuginio sull'accaduto che lo porterebbe ad autocritica ("*sono come mio padre*"). Tale dinamica riflette una rappresentazione dicotomica sé-altro in termini di vittima o carnefice: Luca teme di poter aggredire l'altro e diventare come il padre, mentre, al tempo stesso, si percepisce spesso impotente nel proteggere gli altri, sperimentando un senso di inadeguatezza nel ruolo di "salvatore" che talvolta sente di dover assumere. L'esito della tendenza all'evitamento del confronto con l'altro diviene però a sua volta una fonte di sofferenza, perché, oltre a impedire la disconferma delle credenze disfunzionali, genera in Luca la percezione di non vivere relazioni autentiche e significative.

A	B	C
Entro in cameretta e vedo Carlo [il fratello] seduto sul letto che	Non è giusto, dovrebbe essere lui a consolare me, è lui il fratello	Rabbia/sprezzo (6) Lieve tachicardia

piange	maggiore e invece mi lascia solo a gestire tutto	
	E adesso che dovrei fare? Come al solito non sono in grado di consolare nessuno, faccio proprio schifo	Ansia - Autocritica (6) → Resto immobile senza dire nulla

Nel passato, la mancata richiesta di aiuto rispetto alla sintomatologia DCA sembrava essere ancorata al timore di essere giudicato debole, confermando così la sua credenza dell'altro non solo come svilente, ma anche come scarsamente supportivo.

Fattori e processi di mantenimento

Tra i principali fattori di mantenimento possono essere identificati gli evitamenti messi in atto per sottrarsi ad emozioni negative come la tristezza (nel contesto familiare) o la vergogna (nel contesto accademico-lettura ad alta voce) impedendo la disconferma delle credenze patogene. Presente, inoltre, evitamento dei temi connessi all'omosessualità. Nelle relazioni di natura sentimentale/sexuale, entra in gioco il ragionamento iperprudenziale che fa focalizzare Luca sull'evento temuto, cioè il rifiuto, attivando valutazioni per ridurre i rischi percepiti (*"se uso i social vado sul sicuro"*). Non raggiungendo comunque la certezza piena, alla progettazione segue l'evitamento impedendo la disconferma dell'ipotesi temuta. Emerge inoltre tendenza alla ruminazione in seguito a eventi attivanti emozioni di vergogna o rabbia, con ricadute sul tono dell'umore. Il problema secondario, legato all'autocritica di Luca in risposta ai momenti in cui la rabbia viene manifestata in modo disfunzionale, costituisce un ulteriore fattore di mantenimento, confermando una rappresentazione negativa di sé stesso. Presenti, infine, fattori di mantenimento interpersonali con cicli interpersonali che confermano a Luca la credenza di essere vulnerabile e poco protetto. Ad esempio, come descritto in precedenza, nel momento in cui si attiva la frustrazione del bisogno di protezione, Luca manifesta rabbia che spesso innesca reazioni di allontanamento da parte dell'altro. Questo contribuisce a disattendere ulteriormente il bisogno originario e a rafforzare la rappresentazione dell'altro come non affidabile o non disponibile e di sé stesso come vulnerabile.

Scompenso

Un fattore predisponente per lo scompenso è stato l'incremento in frequenza e intensità degli episodi di aggressività verbale - e sporadicamente anche fisica - da parte del padre, iniziati circa un anno e mezzo prima della richiesta di presa in carico. Luca racconta di aver iniziato a sentirsi particolarmente in ansia e in allerta all'interno del contesto domestico solo 10 mesi prima del nostro primo incontro, quando, durante una lite col padre, arrivano a uno scontro fisico. La frequenza degli episodi, nonché la valutazione degli stessi da parte di Luca come improvvisi e immotivati, hanno contribuito ad alimentare lo stato di ipervigilanza e allarme che ha poi condotto all'esordio.

Vulnerabilità

Sebbene la ricostruzione della vulnerabilità sia stata parzialmente inficiata dalla difficoltà di Luca di ricordare episodi ricollegati alla sensazione di minaccia, è emerso come Luca sia cresciuto all'interno di un contesto familiare caratterizzato da un'elevata conflittualità genitoriale manifestata sotto forma di aggressività - riferita come verbale. In particolare, seppur con molta difficoltà nel retrieval, Luca riferisce un episodio risalente all'età di 8 anni circa in cui, con una già manifesta tendenza all'ipervigilanza, avrebbe assistito, rimanendo nascosto, a una lite particolarmente accesa tra i genitori. La paura percepita in quel momento è stata descritta come intensa e accompagnata da un senso di confusione. Il ricordo, frammentato, si interrompe con un tentativo di cercare conforto nel fratello maggiore. Tuttavia, anche quest'ultimo era sopraffatto dall'angoscia: piangeva, impaurito, rendendosi di fatto indisponibile a fornire un contenimento emotivo e contribuendo a generare in Luca una sensazione di impotenza (*“è come se a un certo punto dalla cucina mi fossi materializzato in cameretta trovando lì mio fratello che piangeva e singhiozzava...non c'era nessuno a consolarmi”*). Sebbene non sia in grado di riportare episodi specifici in merito, ricorda che spesso, intorno ai 7-8 anni, gli capitava di consolare la madre che piangeva in seguito alle liti col padre.

Parallelamente, emerge come la presenza di disturbi del neurosviluppo costituiscono un fattore di vulnerabilità storica che ha contribuito a costruire in Luca la sensazione di essere diverso e distaccato dagli altri. Questa credenza su sé stesso sembra essere maturata in seguito alla valutazione delle difficoltà di linguaggio e dei disturbi dell'apprendimento come la causa dell'essere oggetto di scherno da parte degli altri. Alla costruzione di questa credenza su di sé sembra aver contribuito un clima familiare in cui, secondo la percezione di Luca, le differenze legate all'orientamento sessuale o all'etnia non venivano apertamente stigmatizzate, ma emergevano spesso come oggetto di commenti ironici o sottili allusioni. Sebbene non vi fosse una critica esplicita o aggressiva, questi atteggiamenti creano un clima di scherno velato, che contribuisce a far percepire tali diversità come qualcosa di 'altro', rafforzando un senso di non appartenenza ed estraneità.

In età prescolare, sono ipotizzabili difficoltà di separazione. Presente da sempre molta paura del buio: fino alla seconda superiore si è rifiutato di dormire in stanze completamente buie se solo.

In terza elementare viene posta diagnosi di dislessia, ma ha sempre attivamente rifiutato il PDP per timore di essere considerato diverso dagli altri, ma apertamente motivato con la frase “*tanto riesco a fare tutto quanto*”. In età scolare, la percezione di sé stesso è caratterizzata dalla sensazione di essere un bambino timido, un po' goffo (“non fisicamente ma socialmente”), diverso dagli altri. Non frequentava volentieri la scuola e le interazioni con gli altri bambini erano limitate, temeva di non sapere cosa dire e di avere poco in comune con gli altri. Non gli piaceva il calcio e sentiva di non essere bravo a giocare: quando si organizzavano partite di calcetto decideva di “autoescludersi per non essere escluso”, rifiutandosi cioè di giocare per non esporsi al rischio di essere scelto per ultimo nella formazione delle squadre.

Con l'ingresso alle medie, Luca racconta di essere stato oggetto di scherno da parte dei compagni di classe a causa delle difficoltà di lettura, continuando a non frequentare volentieri la scuola; tuttavia, non segnala rifiuto scolastico. Persiste la sensazione di essere diverso dagli altri: non gli piaceva il calcio, non gli interessava giocare con la play-station. Evitava di spogliarsi davanti agli altri negli spogliatoi. Quando Luca aveva circa 12 anni, la nonna materna, punto di

riferimento affettivo e unica figura dalla quale Luca sentiva di poter ricevere protezione, si ammala di tumore al seno e Luca si offre di dormire nella stessa stanza con lei per farle compagnia; l'intero periodo viene riconosciuto da Luca come un momento di intensa sofferenza. Intorno ai 15-16 anni, il fatto di non aver avuto rapporti sessuali è diventato un motivo di preoccupazione; a questo si associa una crescente insoddisfazione per il proprio aspetto e, più in generale, per la propria immagine. In questo periodo sarebbero insorte difficoltà di alimentazione [vedere storia della sofferenza].

Trattamento psicoterapeutico

L'iniziale mancanza di motivazione alla terapia ha costituito, nelle prime fasi del trattamento, una difficoltà nella condivisione di obiettivi concreti per il percorso. Inizialmente, infatti, Luca proponeva obiettivi vaghi e poco definiti (per esempio, "*voglio essere una persona serena*", che per lui significava principalmente non provare emozioni negative ed evitare stati di sofferenza). Sono stati successivamente ridefiniti e concordati con Luca degli obiettivi relativi alla regolazione emotiva e alla riduzione dei comportamenti disfunzionali in ambito relazionale, anche in risposta alla richiesta esplicita del paziente. Questo passaggio è stato reso possibile dal graduale consolidamento della relazione terapeutica, che ha fornito a Luca uno spazio percepito come sufficientemente sicuro e prevedibile, in cui gli stati di ipervigilanza hanno potuto lentamente attenuarsi. L'atteggiamento terapeutico centrato sull'ascolto non giudicante e sulla validazione dei vissuti ha rappresentato un primo elemento trasformativo, favorendo un primo accesso a stati emotivi fino ad allora evitati o dissociati. In questo clima relazionale protetto, è stato possibile riformulare in itinere gli obiettivi del trattamento, orientandoli verso una maggiore consapevolezza delle dinamiche ricorsive nelle relazioni interpersonali.

Razionale, strategie e tecniche

Oltre il sintomo:
il percorso di Luca fra esperienze traumatiche, evitamento e consapevolezza di sé

OBIETTIVI	RATIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
Motivazione al trattamento	Costruzione alleanza terapeutica Rendere ambiente prevedibile e non svilente Modifica credenze patogene sull'altro sperimentando rappresentazioni interpersonali alternative a quelle di "altro pericoloso e svilente"	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Trasparenza intenzioni terapeuta ▫ Atteggiamento non giudicante ▫ Disciplina interiore del terapeuta ▫ Gestione delle flessioni dell'alleanza ▫ Condivisione del modello di funzionamento
Riduzione dell'ipervigilanza nel contesto domestico	Riduzione dell'attenzione selettiva ai segnali di minaccia (conflitto genitoriale)	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Condivisione del modello di funzionamento e ricostruzione vulnerabilità storica con tecniche di imagery assessment ▫ Tecniche di rilassamento ▫ Psicoeducazione sulle manifestazioni cliniche associate alla presenza di eventi stressanti e sull'importanza di ridurre arousal indotto da sostanze (es. caffeina)
Gestione della rabbia nel contesto familiare	Facilitare l'acquisizione di nuove skill nella relazione interpersonale Migliorare abilità metacognitive di monitoraggio Modifica dei processi disfunzionali relativi ad A problematici	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Training di abilità assertive ▫ ABC ▫ Psicoeducazione emozionale ▫ Tecniche di grounding
Riconoscere e tollerare gli stati emotivi problematici	Riduzione evitamento esperienziale su emozioni problematiche (tristezza, timore di umiliazione → omosessualità) Imparare a legittimare, esprimere e curare i propri bisogni	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Psicoeducazione sui costi degli evitamenti ▫ Automonitoraggio ▫ Accettazione ▫ Desensibilizzazione
Riduzione della recidiva	Ridurre sensibilità al rifiuto e all'umiliazione e promuovere visione di sé maggiormente positiva	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Condivisione del modello di funzionamento ▫ Interventi di validazione ▫ Focus su obiettivi esistenziali

Descrizione della terapia:

La terapia si è svolta a cadenza settimanale per il primo anno, mentre negli ultimi 6 mesi gli incontri si sono svolti a cadenza bisettimanale, per un totale di 60 sedute. La relazione terapeutica si è configurata fin da subito come uno degli aspetti primari da modulare per poter mettere in atto strategie e tecniche finalizzate al raggiungimento degli obiettivi terapeutici. Infatti, nel corso dei primi mesi della terapia Luca, pur presentandosi regolarmente agli incontri, manifestava scarsa motivazione al percorso, verbalizzando difficoltà nell'individuazione di obiettivi concreti e scarsa fiducia rispetto alle possibilità di cambiamento, mostrando difficoltà di compliance rispetto allo svolgimento degli homework (dimenticanze, svolgimento parziale ecc...) e rispetto alla condivisione di stati emotivi legati alle principali aree di sofferenza. Nel corso della seduta, spesso la comunicazione non verbale del paziente rivelava, alternativamente, disappunto o vergogna immediatamente seguita da irritazione e chiusura relazionale. In generale, emergevano scarsa fiducia e limitato coinvolgimento nel percorso. Questo ha portato a una rimodulazione delle modalità di conduzione delle sedute e dello stile terapeutico. Le modalità di somministrazione degli homework si sono basate su uno stile relazionale e comunicativo che ha particolarmente enfatizzato la trasparenza delle intenzioni del terapeuta, cosa che ha anche consentito di rendere il setting terapeutico maggiormente prevedibile per Luca. Inoltre, nonostante complessivamente si possano ravvisare dei benefici tratti dal paziente rispetto agli interventi di psicoeducazione (relativa, per esempio, ai costi degli evitamenti), nei primi mesi della terapia si è reso necessario ridurre la frequenza degli interventi psicoeducativi, favorendo uno stile di conduzione della seduta maggiormente improntato allo scambio dialettico. È stato dunque adottato uno stile relazionale improntato al rispetto, alla cooperazione e all'autenticità. Questo, in fasi successive, ha consentito di inserire all'interno della relazione terapeutica altri elementi come l'umorismo e l'ironia.

Nel corso degli incontri sono state usate tecniche come il dialogo socratico per stimolare nel paziente riflessioni sul proprio comportamento e approfondirne i sottostanti schemi. Tenendo presenti i principali temi costitutivi della sofferenza del paziente, sono stati mutuati alcuni elementi ascrivibili alla concettualizzazione del caso in Schema Therapy. In particolare, la terapeuta, oltre ad aver condiviso in seduta alcuni aspetti del suo funzionamento di Luca facendo

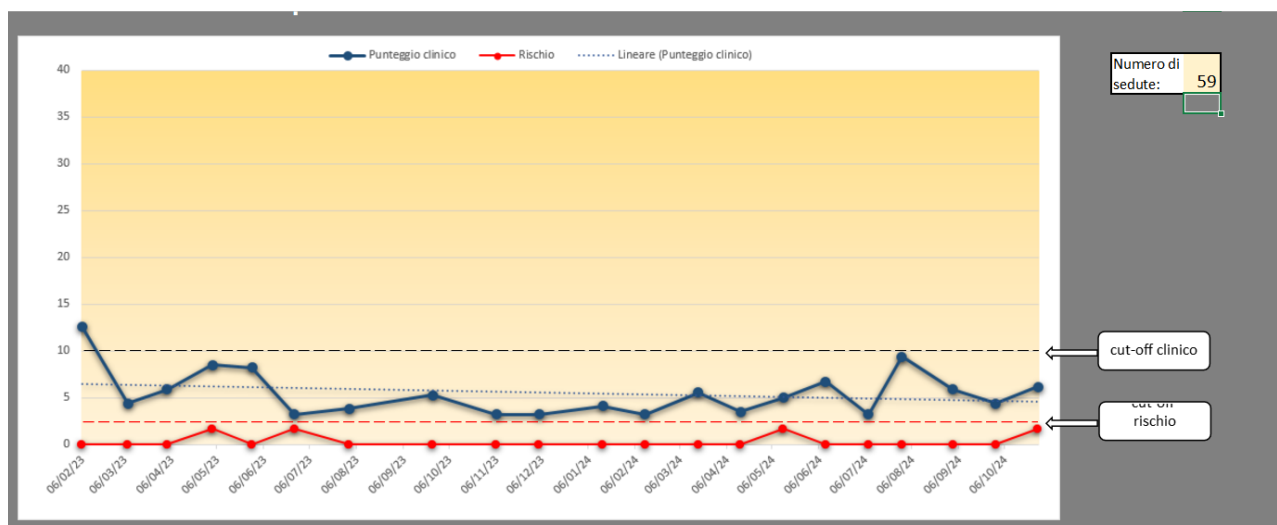
riferimento al concetto di bisogni frustrati, ha adottato un approccio validante provando ad aiutare il paziente a trovare modalità mature per l'espressione e la soddisfazione dei propri bisogni. Infine, è emerso come, all'interno della relazione terapeutica, Luca abbia messo in atto dei test relazionali che, in ottica Control-Mastery Theory, potrebbero essere definiti di test di transfert per ribellione.

Dopo aver condiviso con Luca un aspetto del suo funzionamento, relativo alla tendenza al distacco in risposta ad eventi stressanti, ha avviato spontaneamente la stesura di un diario per annotare gli eventi significativi. Questo ha consentito sia di migliorare le abilità di monitoraggio ma anche di rendere ancora più esplicite al paziente stesso le proprie modalità, riconoscendo per esempio il forte ruolo dell'evitamento rispetto all'emozione della tristezza. Si segnala che il paziente sembra avere particolarmente beneficiato della restituzione del profilo di funzionamento all'interno del quale la sintomatologia alimentare è stata riletta alla luce del disturbo da stress post-traumatico complesso, con una funzione ipotizzabile di regolazione secondaria alla difficoltà di gestione degli stati emotivi. Sono state introdotte attività volte a sviluppare abilità assertive, con l'obiettivo di ridurre modalità relazionali disfunzionali caratterizzate da un'accondiscendenza iniziale alle richieste dell'altro, seguita da vissuti di rabbia o tristezza legati al mancato riconoscimento dei propri bisogni. Il lavoro è stato orientato a incentivare un'espressione più autentica e diretta dei bisogni personali. Permangono tuttavia delle difficoltà nella ricostruzione di aspetti rilevanti di vulnerabilità storica, principalmente legate alla difficoltà del paziente nel richiamare alla memoria eventi del passato connessi a esperienze di minaccia o sofferenza. Tale limite ha comportato difficoltà nell'applicazione di specifiche tecniche, come l'imagery with rescripting.

Valutazione di esito

Nel corso della terapia, è stato svolto con regolarità il monitoraggio degli esiti dell'intervento mediante la somministrazione a cadenza mensile del questionario CORE-OM (si veda grafico riportato in calce). Si possono identificare degli indicatori che consentono di ipotizzare il

raggiungimento di alcuni progressi da parte del paziente. Tra questi, la riduzione dello stato di ipervigilanza nel contesto familiare; la maggiore consapevolezza del proprio funzionamento interpersonale, inoltre, ha dato al paziente maggiore accesso ai suoi bisogni. Questo sembra essere associata a un incremento nella capacità di “stare” negli stati emotivi negativi e di tollerarli: un possibile indicatore comportamentale si può rintracciare nell’aver avviato un confronto con la madre in merito alla situazione familiare senza manifestazioni di rabbia, ma come prezioso momento di condivisione di vissuti di tristezza e come possibilità di verbalizzare i propri bisogni di protezione nel contesto familiare. In seduta, si riscontra un miglioramento nella capacità di restare in stanza e tollerare la condivisione con la terapeuta della manifestazione comportamentale della sofferenza (pianto): la stanza della terapia è stata definita dallo stesso paziente “un posto sicuro”. Si è assistito a una riduzione degli evitamenti legati alla lettura ad alta voce, che all’inizio del percorso erano presenti anche all’interno del setting terapeutico. Permane tuttavia una significativa difficoltà nella condivisione degli stati emotivi di sofferenza. La condivisione in seduta di alcuni aspetti relativi alla propria omosessualità suggerisce una riduzione degli evitamenti associati a tale sfera, nonché una maggiore integrazione di questo aspetto nella costruzione della propria identità; in occasione dell’ultimo incontro, infatti, Luca definisce se stesso come una persona “libera di amare chi vuole”. A questo si associa una riduzione in intensità della labilità emotiva, che però tuttora persiste.



Oltre il sintomo:
il percorso di Luca fra esperienze traumatiche, evitamento e consapevolezza di sé

Elisa Fucà, Psicologa, Psicoterapeuta, Roma
Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Fiore e Gragnani
e-mail: elisa.fuca.sci@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

Il caso di Irina: la disattenzione tra ADHD e maladaptive daydreaming

Elisa Fucà^{1,2}

¹Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico

²Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Riassunto

Il presente lavoro descrive il caso di Irina, una giovane donna con una storia di maltrattamenti emotivi e neglect che hanno contribuito a sviluppare una percezione di sé come persona ignorata e non voluta. Irina presenta un quadro ansioso-depressivo associato a sintomi di ADHD, tra cui difficoltà di attenzione, problemi di organizzazione e gestione del tempo, impulsività e difficoltà nel completare i compiti, che incidono negativamente anche sul rendimento accademico. Queste difficoltà si accompagnano a relazioni interpersonali caratterizzate da una forte tendenza all'autoinvalidazione e al timore di esprimere i propri bisogni per paura di rifiuti o reazioni negative. Dal profilo clinico emerge inoltre la presenza di maladaptive daydreaming, interpretato come un meccanismo dissociativo legato a esperienze traumatiche. Il percorso terapeutico ha portato a un miglioramento significativo nella consapevolezza di sé e nelle dinamiche relazionali, favorendo uno stile comunicativo più assertivo e un aumento della cura di sé.

Parole chiave: Disturbo Da Deficit Di Attenzione/Iperattività; Maladaptive Daydreaming; Dissociazione; Maltrattamento

Irina: Inattention Between ADHD and Maladaptive Daydreaming

Summary

This paper describes the case of Irina, a young woman with a history of emotional abuse and neglect that contributed to the development of a self-perception as an ignored and unwanted person. Irina presents with an anxious-depressive condition associated with symptoms of ADHD, including attention difficulties,

problems with organization and time management, impulsivity, and challenges in completing tasks, which negatively impact her academic performance. These difficulties are accompanied by interpersonal relationships characterized by a strong tendency toward self-invalidation and fear of expressing her needs due to concerns about rejection or negative reactions. The clinical profile also reveals the presence of maladaptive daydreaming, interpreted as a dissociative mechanism linked to traumatic experiences. The therapeutic process led to significant improvements in self-awareness and relational dynamics, fostering a more assertive communication style and increased self-care.

Keywords: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; Maladaptive Daydreaming; Dissociation; Maltreatment

Introduzione

Irina, 21 anni, studentessa di psicologia, diplomata al liceo scientifico, lavora saltuariamente al montaggio video con un suo amico. Nata in Ucraina; si è trasferita in Italia all'età di 2 anni con i genitori, vivendo per i primi due anni in casa della zia paterna. Attualmente, Irina vive in un quartiere popolare di una grande città con la madre (44 anni, laureata, impiegata) e il fratello minore (10 anni; descritto come un bambino poco autonomo, con problematiche di ansia e isolamento sociale). Il padre (45 anni, laureato, artigiano) spesso dorme fuori casa per raggiungere più comodamente il posto di lavoro ed è descritto dunque come assente. Parte delle famiglie di origine dei genitori di Irina è rimasta in Ucraina, mentre i rapporti con i familiari trasferitisi in Italia vengono definiti tesi. Entrambi i genitori non frequenterebbero regolarmente amici. Il nucleo familiare di Irina viene descritto dunque come sostanzialmente isolato.

Al momento del primo colloquio, svolto quando aveva 19 anni, Irina frequentava da circa 2 anni Daniele, un ragazzo più piccolo di lei di un anno; nel corso dei primi incontri la relazione viene descritta come fonte di supporto e sostegno emotivo. Dopo circa sei mesi dall'avvio della terapia, la relazione con Daniele termina per scelta di Irina. Solo dopo i primi mesi dall'avvio del percorso, Irina condivide le difficoltà vissute nella relazione con Daniele, riconducibili al senso di costrizione – presente anche nell'intimità, definita “straziante” - e al peso di un'eccessiva responsabilizzazione percepiti dalla ragazza. Dopo un anno dell'inizio

della terapia, conosce online Jonas, un ragazzo di 27 anni che vive in Svezia e inizia una relazione che attualmente è in corso.

Lo studio viene da sempre vissuto con estrema difficoltà a causa di problemi con la lingua italiana negli anni delle elementari (riferisce scarsa esposizione alla lingua italiana nonostante la scolarizzazione) e di problemi di attenzione alle medie e al liceo; riporta una bocciatura in prima media. Ciononostante, il rendimento scolastico è sempre stato discreto. Con l'ingresso in università, invece, le difficoltà di organizzazione nello studio presenti da sempre (“a scuola avevo le scadenze a motivarmi, all'università non ho scadenze e posticipo”), unite alle frequenti richieste relative alla gestione della casa e del fratello minore, sembrano essere un importante ostacolo al rendimento. Irina avrebbe voluto iscriversi al liceo artistico, ma su pressione della madre si è iscritta al liceo scientifico. Riporta di avere avuto conflitti con la madre anche rispetto alla scelta della facoltà universitaria, perché la madre avrebbe voluto che Irina frequentasse medicina.

La rete sociale di Irina è molto povera, riporta di aver coltivato pochi rapporti anche all'interno del contesto scolastico (“trascorro la parte iniziale della ricreazione a orbitare intorno ai gruppetti che si creano ma poi mi arrendo e me ne vado”). Con l'ingresso all'università, sebbene inizialmente avesse ampliato la cerchia di conoscenze, progressivamente anche con questo gruppo di amici è sopraggiunto un senso di estraneità [“in effetti non abbiamo così tanto in comune”], la frequenza delle lezioni universitarie è diventata meno assidua e i rapporti si sono diradati.

Irina coltiva diversi interessi, come il disegno, il teatro, la lettura e l'uncinetto e ha sempre praticato sport.

Non assume terapie farmacologiche di alcun tipo.

Irina si rivolge al CSM chiedendo specificamente una valutazione per ADHD da presentare alla scuola in vista dell'esame di maturità. Dopo i primi 2 incontri, chiede di non coinvolgere i genitori per eventuali colloqui finalizzati alla ricostruzione della storia di sviluppo, ma di poter avviare una presa in carico per psicoterapia per “conoscersi e stare meglio”. Emergono inoltre preoccupazioni rispetto alla possibilità di essere autistica o avere

un disturbo bipolare. Irina svolge anche dei colloqui con uno psichiatra che non prescrive alcuna terapia farmacologica, ma da indicazioni ad assumere un integratore a base di melatonina per il sonno.

Al primo colloquio appare vigile, lucida, orientata nei 3 assi. Appare sufficientemente curata nell'aspetto e nell'igiene personale. Vistose occhiaie. Accede al colloquio con atteggiamento collaborante seppur inibito: più volte nel corso del colloquio, infatti, fatica a mantenere il contatto oculare con il clinico, orientando lo sguardo altrove nella stanza o rivolgendolo al pavimento. La postura è dimessa e la mimica facciale è ipoespressiva. Presenti quote d'ansia libera. Prova più volte nel corso del colloquio a leggere gli appunti del clinico. Eloquio fluido caratterizzato da ritmo lievemente accelerato, il tono di voce è adeguatamente modulato; l'eloquio viene costantemente accompagnato da comunicazione non verbale esprimente sarcasmo nei confronti della propria condizione. L'umore appare orientato verso le basse polarità e l'affettività risulta congrua. Il contenuto del pensiero verte principalmente sulla preoccupazione di poter avere l'ADHD. Non si rilevano alterazioni di forma e contenuto del pensiero; il flusso ideico appare veloce.

Descrizione dei problemi presentati

Irina descrive una sintomatologia ascrivibile a un quadro ansioso-depressivo, presente da un anno e caratterizzato da un corteo sintomatologico presente quasi tutti i giorni da più di un anno e costituito da umore depresso, pensieri di morte presenti quasi quotidianamente in assenza di franca ideazione suicidaria, sentimenti di autosvalutazione associati a un'immagine negativa di sé ("fallisco sempre in tutto"). Vengono inoltre riferite preoccupazioni costanti per il proprio futuro (timore di scelte sbagliate sull'università e di dover entrare in conflitto con la madre) e timore di esclusione e rifiuto nelle relazioni interpersonali, associati al timore di risultare irritante e socialmente inetta. A questo si associa un ritmo sonno-veglia marcatamente alterato, caratterizzato da difficoltà di addormentamento legate alla presenza di rimuginio e dal volontario ritardo nell'addormentamento per riuscire a organizzare i tempi di studio. L'alimentazione viene descritta come disorganizzata e vengono inoltre riportate difficoltà a consumare i pasti

davanti ad altre persone (“se mangio davanti agli altri penseranno che sto facendo qualcosa di disgustoso”).

Irina descrive inoltre periodi in cui il tono dell’umore sarebbe più elevato del solito: in questi periodi, della durata di pochi giorni, si sentirebbe molto energica, incrementerebbe attività finalizzate (“faccio in un giorno le cose che mi ero programmata di fare in una settimana”) e sarebbe più loquace del solito. Riferisce che le alterazioni dell’alimentazione seguono le oscillazioni dell’umore. Dopo una raccolta anamnestica più puntuale e circostanziata, e dopo avere avuto modo di osservare direttamente la paziente per una finestra temporale più lunga, è emerso come questi episodi non fossero ascrivibili a franche fasi ipomaniacali o maniacali: non presenti fuga di idee, grandiosità, irritabilità, coinvolgimento in attività a rischio, distraibilità (in termini di modifiche alla baseline), né ridotta necessità del sonno (rispetto alla baseline). Il riferito della paziente su questi episodi sarebbe dunque riconducibile a una generale tendenza presente all’inizio del percorso a enfatizzare la sintomatologia [si veda vulnerabilità storica].

Da sempre, sarebbero presenti marcate difficoltà di concentrazione, difficoltà di organizzazione nei compiti che esiterebbero in tendenza alla procrastinazione (“funziono meglio quando faccio tutto alla fine e sono sotto pressione”), difficoltà a rispettare i turni della conversazione, scarsa tolleranza alla noia. Racconta di avere necessità di rinforzi (anche auto-imposti) per portare a termine attività del vivere quotidiano (per es, prendere i mezzi per andare in università). Tali difficoltà avrebbero avuto marcate ripercussioni non solo all’interno del contesto accademico, ma anche sul funzionamento sociale. Nel tentativo di ricostruire la storia del sintomo di disattenzione, è emerso come in passato le difficoltà di attenzione fossero – almeno in parte - l’esito di attività massiva di maladaptive daydreaming, messa in atto soprattutto all’interno del contesto scolastico con lo scopo di rispondere alla sensazione di isolamento sociale, ottenendo gratificazione da un’attività mentale con contenuti piacevoli (per es., storie in cui lei è una cantante famosa e si esibisce su un palco). Emerge altresì come quelli cui Irina si riferisce come “momenti di distrazione” sembrino in realtà essere, in alcuni contesti, momenti di ottundimento emotivo, che si manifestano come

sensazione di confusione.

Le relazioni interpersonali vengono vissute con il timore costante di essere ignorata o di risultare “fastidiosa”, “irritante”, o “antipatica” e viene descritta una modalità relazionale caratterizzata da scarsa assertività.

La relazione con la madre viene riportata come una delle maggiori fonti di sofferenza per Irina. La madre viene descritta come autoritaria, poco attenta ai bisogni della figlia e costantemente svalutante nei confronti delle richieste di aiuto di Irina in merito al suo stato di salute mentale. Rispetto al padre, Irina racconta di una condizione di abuso di alcol e lo descrive come un padre assente. Rispetto alle dinamiche familiari generali, Irina riferisce di sentirsi costantemente esclusa dal binomio madre-fratello e “del tutto ignorata”.

Attualmente, nega tentativi di suicidio e autolesività non suicidaria. Nega uso di sostanze; fa raramente uso di alcol a scopo ricreativo. Mai avviati percorsi psicoterapeutici né trattamenti psicofarmacologici, ma dichiara di aver cominciato a pensare di rivolgersi a un terapeuta dalle medie.

Nel corso dei colloqui, Irina motiva l’interesse per le multiple diagnosi come “modo per capire perché non è come gli altri”.

Anamnesi familiare: cugino con disturbo dello spettro dell’autismo, cugino con sospetto ADHD, zia paterna descritta come impulsiva e con marcata instabilità relazionale.

Ipotesi diagnostica: flessione del tono dell’umore e disturbo dissociativo senza specificazione in ADHD e tratti del disturbo evitante di personalità.

Profilo interno del disturbo

Irina sperimenta ricorsivamente la sensazione di essere sbagliata, fastidiosa e ignorata/rifiutata (“mi sento una stupida ma non come QI, come stile di vita”, “io ci provo ad avere rapporti ma ho sempre la costante sensazione che non mi vogliano”). L’altro invece è visto come trascurante, invalidante e minaccioso. Connessa all’idea di sé come sbagliata, e di importanza centrale nell’economia del suo profilo di funzionamento, vi è una forte tendenza all’autoinvalidazione che rende Irina incapace di esprimere e far valere i propri bisogni nelle relazioni interpersonali. Questa modalità è generalizzabile a tutte le relazioni

personali più prossime. Nel momento in cui emerge un conflitto tra le richieste dell'altro e le proprie necessità, si fa strada in Irina il timore che l'espressione dei propri bisogni, manifestata anche sotto forma di rifiuto ad accondiscendere alle richieste dell'altro, possa determinare una reazione abnorme con conseguenze infauste e/o un allontanamento da parte dell'altro. Ciò risulta in uno stile relazionale scarsamente assertivo, ma soprattutto in una sistematica negazione della possibilità di far valere le proprie necessità. Ciò porta Irina a vivere un profondo stato di sofferenza emotiva, data dal conflitto tra il riconoscimento del proprio bisogno e il timore che la relazione possa essere chiusa per una sua responsabilità, confermando così la credenza su di sé come fastidiosa e, dunque, rifiutata. Gli esiti comportamentali di questa tendenza si possono identificare, per esempio, nella difficoltà a portare a termine delle attività che riguardano i propri progetti di vita (per es., ridurre la frequenza alle lezioni universitarie per poter far fronte alle pressanti richieste di prendersi cura del fratello).

Per ciò che concerne le relazioni di coppia, la forte autoinvalidazione si è tradotta, nella relazione con Daniele, nell'aver accettato per due anni di venire incontro alle richieste sessuali derivanti da un'ipotizzabile parafilia del fidanzato, vivendo per l'intero arco della relazione una vita sessuale definita "straziante", "fonte di ansia perché era una costante performance per rispettare i canoni che lui si era creato coi porno".

Le emozioni esperite in maniera problematica, dunque, possono essere rintracciate in: ansia per la reazione dell'altro, vissuta come una minaccia; rabbia per il danno subito rispetto alla realizzazione del proprio bisogno, ma non agita perché vissuta come potenzialmente pericolosa; tristezza associata al pensiero che l'altro non si curi dei suoi bisogni; emergono inoltre autocritica e disprezzo di sé secondario alla rabbia. È altresì rilevabile una tendenza all'*emotional numbing* in momenti di forte attivazione emotiva, specie in situazioni in cui Irina paventa un conflitto relazionale, vissuto come una vera e propria minaccia ("spesso non ricordo l'episodio in sé ma ricordo che ero a disagio").

La tendenza all'autoinvalidazione si rileva anche in risposta al riconoscimento dei propri punti di forza.

A	B	C
Ricevo dal mio ragazzo una foto a contenuto sessuale in risposta ad un mio sms a contenuto neutro	<p>“ma non lo capisce che quando fa così mi fa stare male?”</p> <p>“non mi capisce”</p>	<p>Rabbia (7)</p> <p>Tristezza (8)</p> <p>→ Rimugina sui motivi per cui lui si comporta così</p>
A ₂	B ₂	C ₂
Rabbia	<p>“lui è fatto così e non può cambiare, io invece potrei farlo... sono proprio una stronza”</p>	<p>Senso di colpa e disprezzo di sé (9)</p>

Nella relazione col fratello, spesso prevale senso del dovere sostenuto da una “colpa del sopravvissuto” derivante dal riconoscimento della propria autonomia, vissuta non come un proprio traguardo ma come esito di un caso favorevole (il fratello pratica ancora co-sleeping, non ha amici della sua età e trascorre la maggior parte del tempo fuori scuola a casa davanti al pc senza alcuna forma di monitoraggio da parte dei genitori). Tuttavia, a tratti emerge invidia per il trattamento che Irina sente di non aver mai ricevuto da parte dei genitori.

Nel contesto sociale, la tendenza di Irina alla distraibilità - presente da sempre - si intreccia con la messa in atto di rimuginio nel momento in cui si trova a interagire all'interno dei contesti di gruppo (“mentre gli altri parlavano mi sono ritrovata a pensare che loro fumano tutti e io non fumo e ho cominciato a chiedermi se in effetti fosse il caso per me di stare lì e poi mi sono accorta che non avevo seguito più nulla della conversazione”). Questo a sua volta ha un “effetto domino” sulla riduzione della sua effettiva partecipazione agli scambi conversazionali, con il risultato di confermare la sua aspettativa di essere ignorata.

A	B	C
Mentre sta per avvicinarsi per chiedere un [ennesimo tentativo di] chiarimento, la sua compagna di corso le dice ad alta voce: “Irina, NO” facendole segno di non avvicinarsi.	<p>“evidentemente non le sto simpatica, non mi corrisponde”</p>	<p>Tristezza (8), senso di pesantezza al petto</p> <p>→ Tendenza all'azione: andar via</p> <p>→ Azione: resta nei paraggi a far finta di controllare il cellulare</p>

A ₂	B ₂	C ₂
Tristezza	“non ha senso essere triste per una persona che ho visto 4 volte in vita mia, non è normale, sono una cretina”	Disprezzo di sé (7)

A	B	C
Nota che il gruppetto di compagni di corso che ha appena salutato si avvia compatto verso un'unica direzione [opposta alla sua]	“e se stanno andando tutti a pranzo da Maria e sono l'unica a non essere invitata?” “già mi stanno mettendo da parte?”	Ansia (9), tachicardia → Rimugina sulle diverse spiegazioni possibili per rassicurarsi

Si ipotizza la presenza di disfunzioni a carico delle abilità metacognitive di monitoraggio e di decentramento. Nel corso della narrazione, infatti, i riferimenti agli stati emotivi sono rari e vaghi (molti dei vissuti riportati ricadono sotto l'etichetta di “frustrazione”) e Irina fatica a riconoscere anche la componente somatica delle emozioni. Inoltre, sembra che Irina manifesti difficoltà nel mettersi nei panni degli altri e nel fare inferenze plausibili sugli stati mentali altrui prescindendo dal proprio punto di vista (vedi ABC). Risulta essere molto sensibile ai segnali interpersonali che indicano la possibilità di essere esclusa.

Globalmente, si può affermare che l'intreccio dato dalla vulnerabilità neurobiologica (ADHD) e temperamentale (forte propensione alla fantasia alla base di meccanismi dissociativi), unita a meccanismi di mantenimento come evitamenti e rimuginio abbia contribuito a creare una “tempesta perfetta” che, nel corso della storia di Irina, ha sostenuto un generale senso di estraneità e disconnessione rispetto al mondo circostante.

Fattori e processi di mantenimento

I fattori di mantenimento che contribuiscono a rafforzare le credenze negative che Irina ha maturato su di sé e sugli altri sono sia di tipo intrapsichico che interpersonale. Tra i fattori intrapsichici si possono identificare: l'attenzione selettiva a segnali di minaccia di esclusione; il problema secondario, che si manifesta con la tendenza a giudicare le proprie reazioni emotive inadeguate, rinforzando credenze negative su di sé; la catastrofizzazione (“se dico

una cosa fuori posto gli altri penseranno che sono fastidiosa e mi allontaneranno”), il bias interpretativo che porta Irina a interpretare in modo sistematicamente errato o negativo, coerente però con le sue credenze disfunzionali, situazioni ambigue o neutrali. Importante risulta essere altresì il ruolo giocato dal rimuginio e dalla ruminazione, quest’ultima a sostegno della sintomatologia depressiva. Per ciò che concerne i fattori interpersonali, è ipotizzabile che il timore di essere giudicata irritante dagli altri, che la porta a chiedere costantemente rassicurazioni, finisca per confermare la credenza disfunzionale (vedi ABC). Agito nel contesto relazionale, il rimuginio rappresenta un ulteriore fattore di mantenimento interpersonale, contribuendo ad aumentare il senso di estraneità di Irina.

Scompenso

Irina racconta di aver iniziato a pensare di chiedere aiuto fin dalle medie. La conclusione del percorso scolastico, con la necessità di prendere una decisione sul percorso universitario - e il conseguente timore di fare una scelta sbagliata e di entrare in conflitto con la madre rispetto alla scelta della facoltà universitaria - sembrerebbe aver giocato un ruolo decisivo nella decisione di intraprendere un percorso di psicoterapia, riattivando il conflitto tra il desiderio di autodeterminazione e la paura di deludere le aspettative materne. La prospettiva di dover prendere una decisione autonoma — in un ambito, quello formativo, già segnato in passato dalla rinuncia forzata a inclinazioni personali (come nel caso della mancata iscrizione al liceo artistico) — ha fatto emergere il timore di compiere una scelta “sbagliata” che potesse compromettere la relazione con la madre o essere oggetto di critica e disconferma. Questo ha messo in crisi uno scopo centrale per Irina: poter affermare un’identità autonoma senza mettere a rischio il legame affettivo, confermando la credenza disfunzionale di sé come persona incapace di esprimere bisogni senza conseguenze negative.

Vulnerabilità

Alcuni elementi legati alla storia di vita sembrano essere aver contribuito a maturare una credenza di sé come persona ignorata, non voluta ed esclusa. In seguito al trasferimento in Italia, la famiglia ha vissuto per due anni in condizioni estremamente precarie, condividendo

uno spazio inadeguato con la zia paterna. Successivamente, Irina ha vissuto in ambienti abitativi degradati e spesso condivisi con adulti estranei, di cui però Irina avrebbe un buon ricordo. È ipotizzabile che la scarsità di occasioni di condivisione di momenti ludico-ricreativi con altri bambini abbia contribuito ulteriormente alla sensazione di esclusione, estendendola anche al contesto dei pari.

Irina racconta di essere stata esposta da sempre a violenza domestica e di essere stata lei stessa oggetto di maltrattamenti fisici da parte della madre e della nonna materna. Il comportamento materno è percepito come imprevedibile anche nelle manifestazioni positive, contribuendo a un'esperienza di confusione emotiva e instabilità relazionale (“una mattina mi hanno portata a Gardaland senza dirmi nulla, non capivo”). In generale, però, racconta di aver vissuto come particolarmente dolorosa la sensazione di non essere considerata “un essere vivente a tutti gli effetti”: “mi davano da mangiare e un tetto, ma non gliene fregava nulla se stavo bene o male o di chi fossi io”. Fin dall'infanzia Irina ha cercato modalità creative di ottenere attenzione (es. "teatrini" pomeridiani), ma tali strategie si sono rivelate inefficaci nel tempo, alimentando un sentimento di invisibilità e invalidazione. Sulla base della letteratura scientifica che indica un'associazione tra attività di maladaptive daydreaming e condizioni di maltrattamento e neglect in età evolutiva (es. Somer et al., 2016 e 2021), si può ipotizzare che il maltrattamento fisico ed emotivo subito da Irina, insieme alla sua predisposizione alla fantasia (Somer et al., 2016) abbiano contribuito all'emergere dell'attività di daydreaming come forma di “assorbimento dissociativo” (Bigelsen et al., 2016).

Uno dei primi episodi dissociativi riportati risale all'età di 9 anni, in seguito a un'esperienza di molestia, a cui fece seguito un mancato riconoscimento materno del vissuto. Questo pattern si ripete in altri momenti cruciali, come l'esordio dell'autolesionismo in età preadolescenziale, che non viene rilevato né preso in carico dalla famiglia. In generale, è emerso come alle richieste di aiuto alla madre seguiva l'esperienza, poi divenuta aspettativa, di non essere creduta se non apertamente svilita/invalidata.

L’aspettativa di reazioni abnormi in risposta all’espressione dei propri bisogni si collega a un episodio che sarebbe avvenuto poco prima dei suoi 12 anni. Dopo aver insistentemente chiesto di poter organizzare una festa di compleanno al parco con i compagni, la madre avrebbe acconsentito, ma il giorno dell’evento avrebbe prolungato volontariamente il tragitto con varie commissioni, arrivando al parco in ritardo e trovandolo ormai vuoto. Irina riporta una sensazione di “confusione” mentre, in macchina, iniziava a realizzare che non sarebbe arrivata in tempo. Nei giorni successivi, la madre avrebbe negato che l’episodio fosse mai accaduto.

Trattamento psicoterapeutico

Nonostante si sia resa necessaria una rinegoziazione degli obiettivi del percorso, spostandoli dalla richiesta circoscritta di una valutazione per ADHD a una presa in carico per psicoterapia, Irina si è mostrata fin dall’inizio curiosa e decisa nell’intraprendere il percorso. Gli obiettivi del trattamento sono stati discussi con Irina dopo una fase iniziale di assessment e sono stati identificati principalmente in un miglioramento nella conoscenza del proprio funzionamento e nel miglioramento del tono dell’umore. Tali obiettivi si sono articolati più dettagliatamente nel corso degli incontri come segue: imparare a monitorare i propri stati mentali ed emotivi; imparare ad accettare le emozioni, soprattutto la rabbia; la comprensione e la gestione della sintomatologia dissociativa; il contenimento del rimuginio attraverso la promozione di un atteggiamento maggiormente rivolto al “qui ed ora”, soprattutto nel contesto interpersonale; la promozione di stili di coping atti a migliorare l’espressione dei propri bisogni; promozione delle abilità di organizzazione dello studio.

Razionale, strategie e tecniche

OBIETTIVI	RATIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
Riduzione dello stato di minaccia	Ricostruzione della vulnerabilità storica Comprensione sintomatologia dissociativa	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Imagery assessment ▫ Psicoeducazione sulla dissociazione e sulle condizioni di vulnerabilità (es. insonnia)

		<ul style="list-style-type: none"> ▫ Interventi di validazione ▫ Tecniche di grounding
Gestione funzionale della rabbia	<p>Migliorare abilità metacognitive di monitoraggio</p> <p>Modifica dei meccanismi di mantenimento (problema secondario)</p> <p>Apprendere le abilità sociali da utilizzare sia nel gruppo dei pari che nel contesto familiare</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ ABC ▫ Psicoeducazione ▫ Tecniche di accettazione ▫ Interventi di validazione ▫ Training di abilità assertive
Riduzione della sintomatologia associata ai tratti del disturbo evitante di personalità	<p>Favorire la comprensione delle dinamiche interpersonali, attraverso l'analisi dei cicli interpersonali e dei fattori di mantenimento intrapsichici (bias di attenzione, rimuginio, bias di interpretazione)</p> <p>Riduzione credenze disfunzionali su sé stessa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Condivisione del modello di funzionamento ▫ Intervento sulle metacredenze positive sul rimuginio ▫ Intervento di manipolazione dell'attenzione per riduzione rimuginio ▫ Interventi di validazione
Migliorare le difficoltà nello studio	<p>Promuovere le capacità di pianificazione e organizzazione delle attività</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Strategie di pianificazione (uso di strumenti come agende e checklist per pianificare le attività di studio) ▫ Suddivisione dei compiti complessi in piccoli passi gestibili ▫ Uso di timer per favorire la concentrazione con pause programmate ▫ Tecniche di rinforzo positivo ▫ Creazione di un ambiente di studio ottimale, riducendo stimoli distraenti.
Riduzione della recidiva	<p>Ridurre sensibilità ai temi di esclusione e promuovere visione di sé maggiormente positiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Condivisione del modello di funzionamento ▫ Interventi di validazione ▫ Focus su obiettivi esistenziali

Descrizione della terapia

Complessivamente, il percorso è durato poco più di un anno e mezzo per un totale di 45 sedute con sedute a cadenza settimanale per il primo anno ma con frequenza discontinua nei periodi a cavallo tra l'estate e l'autunno. I primi incontri si sono focalizzati sulla definizione del problema e sulla definizione di una relazione terapeutica basata sull'accoglienza e sulla validazione. Si è proposto fin da subito a Irina l'utilizzo del "tu" per favorire una relazione simmetrica, utilizzato però nel corso degli incontri in maniera incostante dalla paziente nei confronti della terapeuta.

Nelle prime fasi dell'intervento e, più sporadicamente, anche in fasi più avanzate del percorso, la relazione terapeutica ha subito flessioni nell'alleanza collegate alla tendenza, da parte della terapeuta, a mettere in dubbio i racconti della paziente. Tale dinamica è emersa a seguito dell'impressione che, in alcune circostanze, la paziente potesse esagerare i sintomi, riportando descrizioni che sembravano riprese direttamente dalla lettura del DSM o da approfondimenti di altra natura. Inoltre, i resoconti relativi ad alcuni episodi dell'infanzia risultavano talmente esagerati da apparire poco verosimili, suscitando dubbi sulla loro autenticità. Questi momenti hanno generato tensioni nella relazione terapeutica, inducendo la terapeuta ad assumere a tratti una modalità "inquisitoria" nei confronti della paziente nel tentativo di ripristinare una verità storica rispetto agli episodi raccontati, per esempio con domande volte a verificare le coincidenze temporali tra gli episodi raccontati. Questo ha rischiato di far esperire nuovamente alla paziente una sensazione a lei ben nota, cioè quella di non essere creduta e invalidata. Si è dunque cercato di contestualizzare il comportamento della paziente alla luce del suo sistema di credenze e della sua storia di vita: la tendenza all'esagerazione è stata dunque riletta come una modalità per chiedere attenzione e validazione, riflesso del bisogno di Irina di sentirsi "vista" e riconosciuta nella relazione con l'altro. Questo ha permesso di superare i momenti di difficoltà senza invalidare l'esperienza della paziente: gli interventi di validazione si sono dunque rivolti principalmente alle emozioni della paziente, con un focus sul significato del racconto piuttosto che sulla sua veridicità.

Sono state inoltre riscontrate dalla terapeuta delle difficoltà nel lavorare sugli obiettivi relativi alle difficoltà di organizzazione dello studio. Nello specifico, è emersa una difficoltà da parte della paziente nel mettere atto le strategie suggerite (si veda tabella), principalmente a causa di difficoltà nello stimare correttamente il tempo necessario per lo svolgimento dei compiti, il che la portava a procrastinare o a sovraccaricarsi nelle fasi finali. Poiché nel corso degli incontri è emerso come, parallelamente alle difficoltà connesse al deficit esecutivo tipico dell'ADHD, le dinamiche familiari contribuirono alle difficoltà di organizzazione dei tempi di studio (es. difficoltà a dire di no alle richieste relative alla gestione del fratello), parte del lavoro sull'organizzazione dello studio si è focalizzata prioritariamente sugli aspetti relazionali all'interno del contesto familiare, in linea con gli altri obiettivi della terapia.

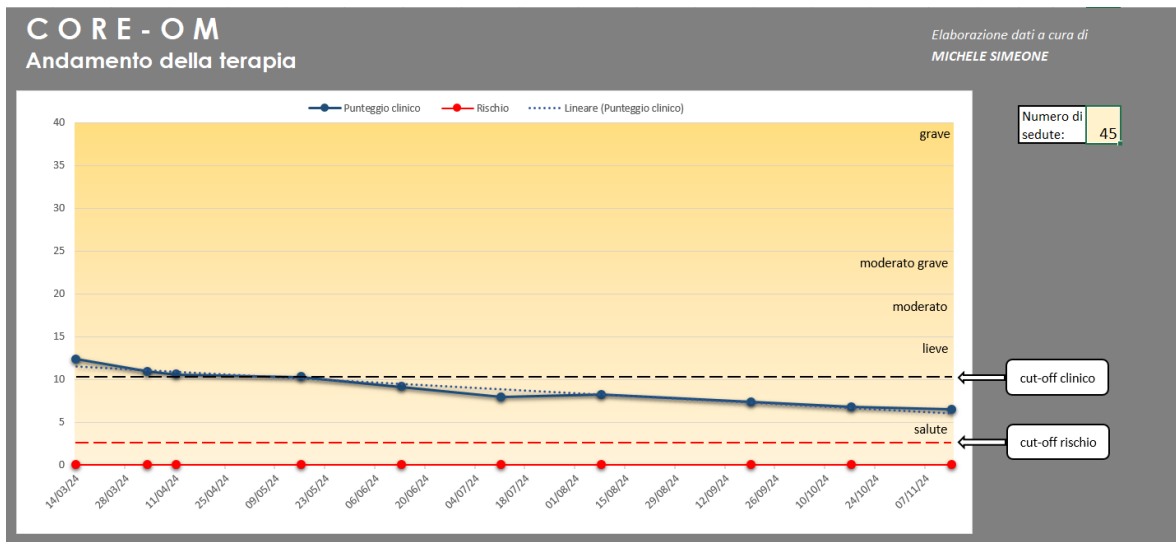
La terapia è stata interrotta a causa del termine del periodo di tirocinio della terapeuta presso la struttura in cui Irina aveva avviato la presa in carico. L'interruzione della terapia non ha reso possibile proseguire il lavoro sul miglioramento delle difficoltà di studio. La comunicazione della necessità di interrompere il percorso è avvenuta mesi prima dell'effettiva interruzione, in modo da condividere con Irina l'obiettivo primario dell'ultimo periodo di intervento e cioè la prevenzione delle ricadute. Nel far questo, sono stati prima di tutto ricapitolati i progressi fatti, rivedendo insieme gli obiettivi iniziali, i cambiamenti raggiunti e le strategie apprese. Il periodo di preparazione all'interruzione, inoltre, ha consentito di esplorare con Irina le emozioni che la fine del percorso stava evocando, principalmente sentimenti di abbandono. Particolare attenzione è stata data alla promozione del senso di autoefficacia: gli interventi di rassicurazione e validazione sulle risorse e sulle abilità acquisite hanno sottolineato come queste possano essere utilizzate autonomamente da Irina.

Valutazione di esito

Oggi in Irina si riscontra un significativo miglioramento nella cura di sé, nonché una riduzione dell'insonnia (dorme stabilmente 6-7 ore per notte). È stato inoltre possibile favorire un cambiamento di prospettiva più funzionale e auto-compassionevole. Questo

lavoro ha consentito a Irina di spostare il focus da una visione fortemente autocritica a una comprensione più equilibrata delle dinamiche relazionali e del proprio funzionamento interno, sviluppando una maggiore capacità di riconoscere le proprie risorse e i propri limiti senza ricorrere al disprezzo di sé. Irina inoltre frequenta stabilmente due amiche conosciute in università, con le quali riesce a sentire un senso di condivisione nonostante il riconoscimento delle diversità caratteriali. Nella relazione con l'attuale fidanzato riesce a esprimere in maniera funzionale la propria rabbia nel momento in cui sente disagio per alcuni comportamenti messi in atto da lui: questo le ha consentito di avviare un circolo virtuoso che ha permesso di ridurre progressivamente il senso di potenziale minaccia conseguente all'espressione della propria rabbia. Seppure in misura molto minore, questo cambiamento è ravvisabile anche nella relazione con la madre: in alcune occasioni, infatti, Irina è riuscita ad assumere uno stile comunicativo più assertivo, rifiutandosi per esempio di svolgere commissioni richieste dalla madre che le avrebbero impedito di seguire lezioni importanti in università. È ipotizzabile che tali cambiamenti siano alla base del miglioramento sul tono dell'umore di Irina, che oggi appare sostanzialmente eutimica. Permangono tuttavia difficoltà nella relazione con la madre, relative principalmente al senso di invalidazione rispetto alla sofferenza di Irina e ai suoi obiettivi di vita. Permangono inoltre le difficoltà nello studio, sostanzialmente ascrivibili alle marcate difficoltà di organizzazione dei tempi a esso dedicati.

Negli ultimi 9 mesi della terapia è stato svolto con regolarità il monitoraggio degli esiti dell'intervento mediante la somministrazione a cadenza mensile del questionario CORE-OM (si veda grafico riportato in calce).



Bibliografia

- Bigelsen, J., Lehrfeld, J. M., Jopp, D. S., & Somer, E. (2016). Maladaptive daydreaming: Evidence for an under-researched mental health disorder. *Consciousness and Cognition*, 42, 254–266. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.03.017>
- Somer, E., Abu-Rayya, H. M., & Brenner, R. (2021). Childhood Trauma and Maladaptive Daydreaming: Fantasy Functions and Themes In A Multi-Country Sample. *Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 22(3), 288–303. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1809599>
- Somer, E., Somer, L., & Jopp, D. S. (2016). Childhood Antecedents and Maintaining Factors in Maladaptive Daydreaming. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 204(6), 471–478. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000507>

Elisa Fucà, Psicologa, Psicoterapeuta, Roma
Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Fiore e Gragnani
e-mail: elisa.fuca.sci@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

Pietro: lo spettro dello spettro

Giulia De Luca¹

¹Psicologa, Psicoterapeuta, Pineto, Teramo

Riassunto

Il caso clinico presenta Pietro, diciotto anni, con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento e sintomi di Ansia Generalizzata (GAD), non consapevole della propria condizione al momento dell'inizio della terapia. Il problema clinico centrale riguarda la difficoltà nella gestione dell'ansia da prestazione, in particolare in ambito scolastico, con rimuginio, rigidità comportamentale e intolleranza all'incertezza. Gli stati ansiosi si manifestano con attivazione somatica intensa e forte preoccupazione; tende a modulare l'ansia attraverso schemi di pensieri e comportamenti ripetitivi e rigidi, condotte di controllo, richieste ripetute di rassicurazione, soprattutto alla madre, determinando un circolo vizioso disfunzionale e di mantenimento. La terapia ha inizialmente affrontato la mancata condivisione della diagnosi con il paziente, integrando la psicoeducazione del suo funzionamento con tecniche metacognitive, ACT e CBT. Il trattamento ha promosso una maggiore consapevolezza di sé, una regolazione più efficace degli stati emotivi e un miglioramento delle abilità sociali. Pietro ha completato il ciclo scolastico e prosegue il percorso terapeutico orientato allo sviluppo dell'autonomia e alla costruzione di un progetto di vita personale.

Parole chiave: Disturbo dello Spettro dell'Autismo, Disturbo d'Ansia Generalizzato, ACT, Abilità di Mindfulness, CBT

Pietro, The Ghost of The Spectrum

Summary

This clinical case presents Pietro, an eighteen-year-old diagnosed with High-Functioning Autism Spectrum Disorder and symptoms of Generalized Anxiety Disorder (GAD), who was unaware of his condition at the start of therapy. The core clinical issue involves difficulties in managing performance anxiety, particularly in the academic context, characterized by rumination, behavioral rigidity, and intolerance of uncertainty. Anxiety states manifest as intense somatic activation and excessive worry. Pietro tends to regulate his anxiety through rigid and repetitive thought and behavior patterns, control strategies, and repeated reassurance-seeking—especially from his mother—resulting in a dysfunctional

Giulia De Luca, Pietro: lo spettro dello spettro, *N. 34, 2024*, pp. 136-146.

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

and self-reinforcing cycle. Therapy initially addressed the lack of awareness regarding the diagnosis by integrating psychoeducation about his functioning with metacognitive techniques, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and Cognitive Behavioral Therapy (CBT). The treatment fostered greater self-awareness, more effective emotional regulation, and improved social skills. Pietro successfully completed his school education and continues therapy with a focus on developing autonomy and building a personal life plan.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Generalized Anxiety Disorder, ACT, Mindfulness Skills, CBT

Introduzione

Pietro ha diciotto anni e frequenta l'ultimo anno di un istituto professionale, con sostegno didattico. Vive con la madre insegnante di 46 anni, padre operaio di 50 anni e la sorella studentessa di 14 anni.

Nel tempo libero va in palestra, guarda le partite della squadra locale di calcio, la F1, frequenta il coro della Chiesa e il dopo cresima; da quando è piccolo esce con i suoi due amici, coetanei ai quali è molto legato. Autonomo negli spostamenti.

Pietro viene seguito dall'età di 4 anni, presso un centro di riabilitazione, a seguito della diagnosi di "Spettro Autistico ad Alto Funzionamento". Pietro non è a conoscenza della diagnosi. Dal 2022 prosegue con me la terapia a cadenza settimanale. Non assume terapia farmacologica. Alimentazione varia e regolare, non vengono riferiti pensieri di morte e TS.

Esame Psicico al primo colloquio. Si presenta puntuale, accompagnato dai genitori; appare vigile ed orientato, curato nell'aspetto e nell'igiene personale. La prosodia non sempre adeguata, il tono della voce è alto, poco modulato, tende a muoversi sulla sedia e alterna lo sguardo tra l'interlocutore e la stanza, come a perlustrarla; presenta ipercinesia e stereotipie motorie, come sfregare le mani. L'eloquio è fluido, risponde in modo congruo e diretto alle domande, le pone lui stesso, non sempre pertinenti all'argomento, tendendo a portare la conversazione agli argomenti di suo interesse. Non è consapevole della diagnosi, sa di essere seguito *"perché da piccolo mi comportavo male, mi piaceva fare un po' di dispetti, correvo sempre, poi sono cresciuto e adesso vengo qui perché mi fa stare bene. Durante il Covid mi sono fissato con la scuola e con i voti, non riuscivo più a dormire la notte, ora va meglio a scuola ma sono sempre preoccupato che possa fissarmi di nuovo"*.

Descrizione dei problemi presentati

Pietro frequenta un Centro di Riabilitazione dall'età di 4 anni in seguito alla Diagnosi di

“Disarmonia dello Sviluppo con caratteristiche di Disturbo Generalizzato dello Sviluppo”, poi aggiornata in “Disturbo Generalizzato dello Sviluppo NAS” ed infine “Disturbo dello Spettro Autistico ad alto funzionamento”.

Quando arriva da me ha già iniziato un lavoro sull’ansia e sulle modalità di gestione della stessa, ma ha il timore e l’immagine catastrofica di poter tornare al periodo del COVID “*ero bloccato, non dormivo più, non facevo più nulla, ero sempre a studiare ma non riuscivo ad imparare, a concentrarmi, se provavo a ripetere non ricordavo nulla. Non andavo in palestra o uscivo per studiare di più ma non riuscivo*”.

Pietro riferisce forte ansia e preoccupazione, sul petto, sulla pancia, con aumento del battito cardiaco e sensazione di non riuscire a respirare, quasi tutti i giorni, con un aumento di intensità prima di un eventuale compito o interrogazione legata al possibile calo nel rendimento scolastico, di non saper rispondere e di tornare a sperimentare e sentirsi come nel periodo del COVID, con la preoccupazione di “*non riuscire questa volta a superarlo*”.

In questi momenti tende a rimuginare per la maggior parte del giorno su queste preoccupazioni, specialmente la sera prima di andare a dormire, chiedendo continuo supporto e rassicurazione, in primis alla madre: programma lo studio e le attività con lei e questo da un lato lo rassicura e sente l’ansia diminuire, ma al contempo gli conferma l’idea di essere “incapace”; riferisce di non dormire bene in queste circostanze, di non riuscire a concentrarsi nelle attività quotidiane: questo gli conferma il non riuscire a fare le cose, che “*andrà male*” ed aumenta l’immagine catastrofica di non farcela.

In tali situazioni tende a modulare l’ansia attraverso schemi di pensieri e comportamenti ripetitivi e rigidi, insistendo con routine poco variabili nel tipo di esperienze e negli orari, ad esempio sospende le attività ricreative come la palestra e le uscite con gli amici per poter avere più tempo per studiare; sono inoltre presenti condotte di controllo come programmare in modo dettagliato lo studio.

Questo rende però l’intolleranza per l’incertezza sempre più intensa, andando così a determinare un circolo vizioso che si manifesta con l’ansia; si evidenzia in questi episodi anche un aumento dell’ipercinesia e dello stimming come dondolare leggermente il corpo avanti e dietro o sfregarsi le mani causandosi ferite e a volte sanguinamento. Sperimenta, specialmente in ambito scolastico vergogna legata alla possibilità che qualcuno lo richiami o gli dica di stare attento, con la preoccupazione che gli altri si accorgano e lo giudichino “*strano*”.

Ipotesi diagnostica: GAD in Disturbo dello Spettro Autistico ad alto funzionamento.

Profilo interno del disturbo

Dalla ricostruzione degli stati interni emerge come l'ansia sia la condizione maggiormente sperimentata, nelle situazioni di performance, specialmente quelle scolastiche.

In questi momenti tende a valutare questa emozione come "esagerata" e le sue modalità di gestione come "inadeguate", sperimentando così maggiore ansia e alimentando il circolo vizioso di mantenimento di rassicurazioni e richiesta di supporto che non lo aiutano a disconfermare l'immagine catastrofica e validano sempre più la credenza di essere "incapace". Inoltre si rende conto, in alcuni momenti di mettere in atto comportamenti non sempre congrui/bizzarri che gli fanno sperimentare emozioni di ansia e vergogna, percependo gli altri come giudicanti e quindi lui "non adeguato/strano". Pietro non sa perché non riesce a calmarsi e/o concentrarsi, perché si diverte ad annusare oggetti o stuzzicare alcuni compagni, questo gli conferma l'immagine di sé di essere "strano".

ABC esemplificativi:

A	B	C
La prof di italiano ci ha detto che domani faremo un compito e dovrò studiare 1 capitolo	<p>Come faccio domani? Un conto è se ho 3-4 giorni per organizzarmi ma è per domani, come faccio? Prenderò 2</p> <p>Non ho tempo di organizzarmi, doveva avvisarci prima</p>	<p>Ansia (10) Nodo alla pancia, aumento battito cardiaco</p> <p>Comportamento: avrei voluto subito andare via e studiare; ho controllato quante cose erano, rimuginio</p> <p>→ Rimugina su ciò che dovrà studiare, l'immagine catastrofica si fa sempre più viva, aumenta l'ansia, chiede più supporto e rassicurazioni alla madre e si critica di non saperla gestire</p> <p>Rabbia (5) Tendenza azione: Avrei voluto prenderla a parole Comportamento: non faccio nulla</p>

A	B	C
La prof di	Cavolo! Mi sono distratto e	Vergogna

alimentazione mi dice di concentrarmi	gli altri se ne accorgono	Tendenza azione: vorrei che gli altri non mi vedessero Gestione vergogna: cerco di concentrarmi per evitare che gli altri mi guardino/giudichino
A2	B2	C2
Non riesco a concentrarmi e non riesco a stare attento per niente	Non posso far vedere agli altri che mi agito così tanto o mi diranno che sono strano; devo contenermi, non va bene così	Ansia/vergogna ++

Credenze su di sé: incapace, non adeguato, strano

Credenze sugli altri: giudicanti, fonte di aiuto

Credenze sul mondo: imprevedibile

Fattori e processi di mantenimento

- Rimuginio: il pensiero ripetitivo amplifica lo scenario temuto, mantenendo e aumentando nel tempo l'ansia e la "sensazione di non farcela", creando un circolo vizioso di autoinvalidazione e sensazioni negative che non lo aiutano a trovare strategie funzionali di gestione del problema;
- Tende ad evitare situazioni sociali o impegni che potrebbero togliere tempo allo studio, ma non riuscendo comunque a concentrarsi/studiare, l'evitamento rinforza le credenze patogene, che non permettono esperienze correttive;
- Doverizzazioni e standard elevati: emerge la tendenza a basare comportamento ed esiti su "come dovrebbe essere" piuttosto che su "cosa gli piacerebbe";
- Affect as information /ragionamento emozionale: "se ho l'ansia allora vuol dire che mi bloccherò";
- Bias dell'attenzione selettiva: pone attenzione a tutte le sensazioni somatiche legate all'ansia e alla vergogna, sovrastima così l'entità delle stesse e questo gli impedisce di gestire in modo funzionale la situazione temuta;
- Bias della conferma: tende a valutare tutte le situazioni in cui non riesce a "concentrarsi o ottenere il voto che vorrebbe" come conferma di "essere incapace";
- Catastrofizzazione: la previsione di scenari catastrofici aumentano l'ansia e non permettono di considerare ipotesi alternative più realistiche;

- Metacognizione: si riscontrano difficoltà di differenziazione tra stati interni e realtà esterna, con la difficoltà a considerare anche ipoteticamente come opinabile la propria rappresentazione; il deficit riguarda spesso rappresentazioni legate all'atteggiamento mentale dell'altro, coinvolgendo la capacità di comprensione della mente altrui (riesce a cogliere alcuni aspetti degli stati mentali degli altri ma non riesce a dare loro un senso es: "*capisco che è papà è arrabbiato ma perché mi dice così?*");
- La famiglia, specialmente il padre, tende ad invalidargli gli stati emotivi, giudicandolo in alcune situazioni come "*esagerato*", confermandogli così la credenza di "*non essere adeguato*";
- La famiglia e il contesto sociale non condividono con P. la diagnosi, nascondono tutto ciò che è legato alla stessa: Pietro crea così un'immagine di sé che non rispecchia, da significato e normalizza il suo funzionamento.
- Richiesta di rassicurazioni: questo meccanismo mantiene il circolo vizioso dell'ansia e tende a rinforzare le credenze disfunzionali, inoltre l'atteggiamento di accondiscendenza della madre, sostiene e rinforza la richiesta di aiuto e rassicurazione.

Scompenso

È possibile collocare lo scompenso al periodo del COVID, nel quale Pietro ha iniziato a sperimentare timore e ansia legate alla possibilità di ammalarsi e poter avere conseguenze organiche. Nello stesso periodo è iniziata la DAD ed è venuto meno l'aiuto dell'insegnante di sostegno: inizia in questo periodo ad aumentare il rimuginio. La sperimentazione di questa emozione è di difficile comprensione per Pietro, pur affrontando e provando ad imparare con la terapia strategie per la gestione dell'ansia e del rimuginio, Pietro continua ad avere la preoccupazione di tornare a questo periodo "*non facevo più nulla, ero sempre a studiare ma non riuscivo ad imparare, se provavo a ripetere non ricordavo nulla. Non andavo in palestra o uscivo per studiare di più ma non riuscivo*".

Vulnerabilità

Pietro non è consapevole del suo funzionamento, non essendo mai stata condivisa con lui la diagnosi; la famiglia ha sempre utilizzato l'iperattività o le difficoltà di regolazione delle emozioni e socio-relazionali per motivargli i trattamenti e le visite; anche la sorella non è a conoscenza della diagnosi del fratello. La non condivisione non gli ha permesso di conoscere, comprendere e normalizzare aspetti del suo funzionamento e ha fatto sì che costruisse credenze disfunzionali su di

sé quali “strano, incapace e non adeguato”. La risposta della madre alle contingenze di Pietro nei momenti di ansia, non ha favorito l’individuazione di strategie più autonome e funzionali per regolare gli stati emotivi sperimentati, confermando e mantenendo il ciclo disfunzionale. Pietro riferisce di non sentirsi sempre compreso e validato dal padre “*perché mi dice così? Non lo capisco*”, il quale davanti a preoccupazioni del figlio sulla scuola tende a rispondere con frasi quali “*Se fai così non riesci a continuare scuola, non va bene. Quando lavorerai cosa farai?*”.

Trattamento Psicoterapeutico

La prima fase del lavoro è orientata alla condivisione della diagnosi e alla restituzione del funzionamento, includendo i genitori e il contesto sociale di riferimento. Si lavorerà poi per ridurre l’ansia e la vergogna, fornire, migliorare e favorire strategie più funzionali di gestione e di regolazione delle emozioni e delle contingenze, aumentare le social skills e la flessibilità.

La fase conclusiva della terapia prevede la prevenzione delle ricadute: ci concentreremo sulla vulnerabilità storica, imparando a riconoscere, legittimare, curare e proteggere i propri bisogni, incoraggiando un piano di vita autonomo e personale (es: esame per la patente, inserimento lavorativo).

Razionale, strategie e tecniche

OBIETTIVI	RAZIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
Condivisione diagnosi e restituzione del funzionamento	Rendere Pietro consapevole della diagnosi e del suo funzionamento; lavorare sull’accettazione	- Condivisione diagnosi e modello di funzionamento - Psicoeducazione - Interventi di normalizzazione - Metafore ACT
Favorire/potenziare le capacità metacognitive	Favorire un atteggiamento metacognitivo, implementare il funzionamento metacognitivo	- Psicoeducazione - ABC
Ridurre ansia e vergogna, fornire strategie di gestione e regolazione delle emozioni, ristrutturazione cognitiva e gestione contingenze	Conoscere, riconoscere l’ansia e la vergogna, identificarne i trigger, formulare pensieri alternativi funzionali, favorire processi di abitudine a tali vissuti, intervenire sui comportamenti protettivi, ridurre il rimuginio; decatastrofizzare lo scenario temuto e le sue conseguenze.	- ABC - Laddering - Psicoeducazione - Accettazione esperenziale - Disputing - Abilità di Mindfulness

Alternative allo stimming	Incrementare maggiormente modalità funzionali di regolazione emotiva	- Abilità di Mindfulness
Aumentare le social skills	Relazione come modello per le abilità sociali, favorire competenze sociali	- Skills Training - Role Playing - Homework
Aumentare la flessibilità	Favorire un processo di abituazione ai cambiamenti, anche di ordine quotidiano	- Abilità di Mindfulness - ACT
Prevenzione ricadute	Lavoro sulla vulnerabilità storica, riconoscimento e legittimazione dei bisogni, promozione del benessere e individuazione valori per la costruzione di un piano di vita autonomo	- Ricostruzione storia di vita - ABC - Esercizi ACT

Descrizione della terapia

La terapia è ancora in corso e prosegue attualmente a cadenza quindicinale. Il primo obiettivo della terapia è stata la condivisione della diagnosi, in collaborazione con la famiglia e il contesto sociale di riferimento. Si decide di fare un incontro con i genitori, per conoscere i motivi che hanno portato alla decisione di non condividere la diagnosi, comprendere l'importanza di renderlo consapevole, discutere delle modalità, tempi e fasi per raggiungere tale obiettivo, prevedere e gestire le possibili conseguenze. I genitori mi confidano di essere inizialmente molto preoccupati delle possibili ripercussioni nel rendere Pietro consapevole: avevano il timore di poter *“rovinare il rapporto con lui”*, ma nello stesso tempo iniziavano a capire l'importanza di farlo, condividendo anche le difficoltà nel tenere nascosto tutto ciò che era collegato con lo Spettro, dalle valutazioni, ai documenti, esenzioni ecc. e le preoccupazioni per il suo futuro quali: *“Prenderà la patente? Sarà autonomo? Quando noi non ci saremo con chi starà? Sì, ha degli amici ma sono pochi”*.

Prima di condividere e leggere con Pietro la diagnosi abbiamo descritto e trascritto insieme le proprie caratteristiche, interne ed esterne, punti di forza e debolezza, interessi, attività quotidiane, hobby e relazioni; si è passato poi alla fase di psicoeducazione e normalizzazione nella quale sono stati spiegati anche il funzionamento del cervello, le percezioni, le relazioni e la comunicazione, arrivando poi a dare una definizione di autismo e di cosa significa per Pietro, focalizzandoci sul collegare ed attribuire le difficoltà che lui identifica, alle caratteristiche dell'autismo e quindi al funzionamento. Per favorire l'accettazione e l'individuazione dei propri valori intesi come la direzione, il modo, in cui scegliamo e trattiamo come importanti cose, persone, modi di essere si è

proposto “L’Esercizio della festa di compleanno a 50 anni”. Il raggiungimento di questo obiettivo ha permesso a Pietro di normalizzare, dare un senso, un significato al suo funzionamento, di modificare l’immagine di sé, prendere consapevolezza dei suoi comportamenti, integrare le percezioni di sé e degli altri e di lavorare sulle relazioni familiari e sociali. Successivamente la madre mi riferisce di essersi “ricreduta, sollevata”, ringraziandomi di aver condiviso con tutto il nucleo questo obiettivo “*Non pensavamo che l’avremmo mai fatto, poterne parlare apertamente in famiglia è bellissimo. Pietro mi chiede chiarimenti e mia figlia ha finalmente potuto capire perché suo fratello si comporta in questo modo e adesso anche tra loro le cose vanno meglio*”. Si continua poi con un lavoro volto a favorire e potenziare le capacità metacognitive, attraverso la Psicoeducazione e gli ABC per stimolare il funzionamento metacognitivo, in particolare le abilità di monitoraggio, differenziazione ed integrazione. Attraverso la spiegazione delle manifestazioni, degli ingredienti cognitivi e delle funzioni delle emozioni si chiedeva a Pietro di riconoscere le stesse, per poi concentrarci sull’individuare strategie di gestione più funzionali, insegnando esercizi di Mindfulness come abilità di tolleranza, imparando a focalizzare l’attenzione in un distretto corporeo alla volta, o su una determinata attività fisiologica (es: respiro), così da assumere maggiore consapevolezza del proprio corpo e delle sensazioni connesse, verbalizzando a voce alta i pensieri, insegnandogli a spostare l’attenzione da una situazione o da un pensiero attivante verso una parte del corpo percepita come neutra; questo ha permesso a Pietro di imparare a fermarsi, focalizzare la mente sul corpo e di conseguenza calmarsi, distrarsi, sentendosi più efficace nella gestione delle emozioni.

Per rendere consapevole Pietro che non accettare o evitare le sue emozioni è impossibile e svantaggioso ed aiutarlo a tollerare di stare nell’esperienza emotiva di sofferenza ed accettare la normalità del disagio sono state utilizzate le Metafore ACT come “Le sabbie mobili” e “L’ospite Indesiderato” e l’esercizio esperienziale della “Trappola Cinese”, così da imparare ad accogliere in modo attivo e consapevole le proprie esperienze, rinunciando a cambiarle, ridurne la frequenza o contrastarle, aumentando così anche la flessibilità cognitiva: è stato utile far capire a Pietro come la tendenza a mantenere le cose così come programmate e l’adesione a routine rigide, determina una maggiore sofferenza ed intolleranza verso l’imprevisto più che una soluzione.

In parallelo ci si focalizzava sulla Ristrutturazione Cognitiva attraverso il Dialogo socratico, Laddering e Disputing per prendere consapevolezza dei suoi pensieri e delle credenze disfunzionali, osservandole in modo critico per ridurre il rimuginio e consentirgli di individuare e formulare pensieri alternativi.

È stato poi importante lavorare sulle Abilità Sociali utilizzando la relazione terapeutica come

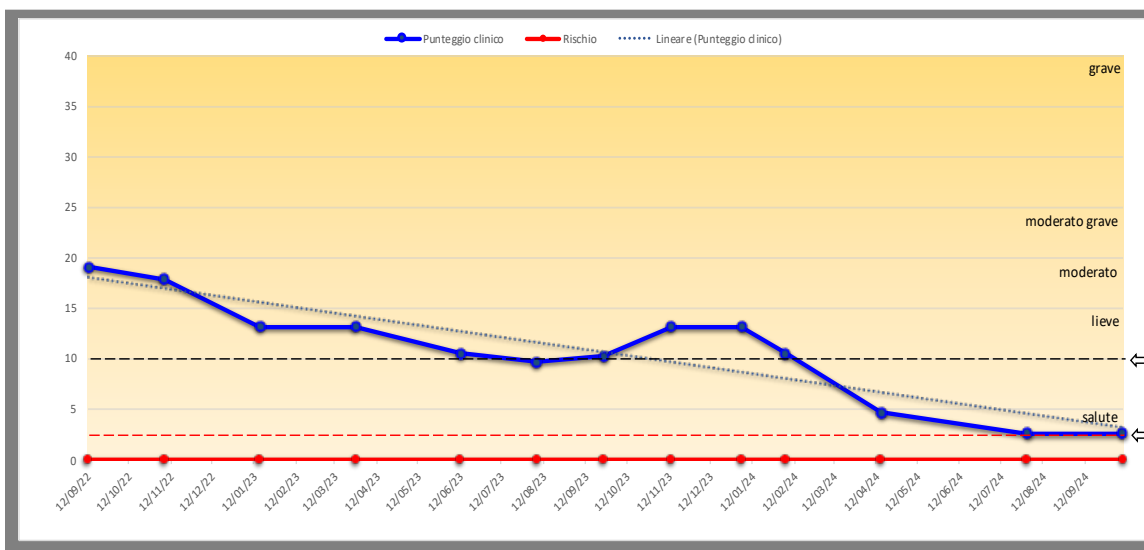
modello e il Role Playing, addestrando Pietro sulle singole abilità. Dopo aver definito e spiegato le differenti componenti delle Abilità Sociali (es: comportamenti espressivi, recettivi, interattivi...) e i fattori che influenzano il funzionamento sociale abbiamo lavorato sulle singole componenti (es: Ascoltare gli altri, Esprimere sentimenti spiacevoli, Avviare una conversazione, Iniziare e mantenere le relazioni), trovando così benefici sia nel Funzionamento Metacognitivo che nelle Abilità di conversazione e partecipazione sociale.

Si lavora nel contempo con i familiari, utilizzando alcuni colloqui per gestire le contingenze, implementare le Abilità Sociali e sostenere Pietro nell'individuazione e nella messa in atto di strategie alternative funzionali, nonché nell'autonomia personale e sociale.

Valutazione di esito

Pietro ha concluso la Scuola Secondaria di Secondo Grado e si è iscritto ad un corso per coordinare le attività nelle strutture ricettive. In estate, ha frequentato il tirocinio e ha lavorato come cameriere. La terapia prosegue con l'obiettivo di riconoscere, legittimare i propri bisogni per promuovere il proprio benessere attraverso l'individuazione e la direzione dei valori personali e favorire la flessibilità psicologica attraverso esercizi come "La Matrice ACT", così da poter iniziare a costruire un piano di vita autonomo e personale; si continua inoltre il lavoro volto ad implementare e potenziare le Abilità Sociali.

Grafico CORE-OM



Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA) (2013), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014;
- Caretto F., Murtas I. (2022). Autismo e psicoterapia. L'intervento cognitivo e comportamentale per adolescenti e adulti. Carocci editore S.p.A, Roma;
- Harris R. (2010). La trappola della felicità. Come smettere di tormentarsi e iniziare a vivere. Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A., Trento;
- Harris R. (2011). Fare ACT. Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy. Franco Angeli, Milano;
- Kevin L. Polk, Benjamin Schoendorff, Mark Webster, Fabian O. Olaz (2017). La Matrice ACT: Guida all'utilizzo nella pratica clinica. Franco Angeli Editore, Milano;
- Perdighe C., Gragnani A. (2021). Psicoterapia cognitiva. Comprendere e curare i disturbi mentali. Raffaello Cortina, Milano.

Giulia De Luca, Psicologa, Psicoterapeuta, Pineto (TE)

**Specializzata in Psicoterapia ad indirizzo Cognitivo Comportamentale -
Training Fiore e Gragnani, SICC Roma**

e-mail: giuliadeluca1994@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

Sparire per sopravvivere: ansia e disturbo dissociativo in stile evitante e paranoide di personalità

Claudia Ciabattoni¹

¹Scuola Psicoterapia Cognitiva, Roma

Riassunto

V. è una ragazza di 16 anni che presenta problematiche di ansia sociale con forte isolamento, difficoltà attentive e calo nel rendimento scolastico. La richiesta di aiuto arriva dai genitori, preoccupati per i suoi comportamenti e per il calo nel rendimento scolastico. La ragazza è spesso sovrappensiero e isolata nel suo mondo, manifesta apatia, ansia e isolamento sociale ed evita attivamente le interazioni sociali. Durante le situazioni sociali, come le verifiche orali o i gruppi di lavoro, sperimenta intensa ansia e pensieri catastrofici relativi al giudizio negativo degli altri su di sé, che la portano ad evitare e a distrarsi con il telefono o sognando ad occhi aperti. Ha una bassa autostima, si critica duramente e si percepisce come “*diversa*” e “*strana*”. Ha ricevuto una diagnosi di Disturbo d’Ansia Sociale e mostra un’immagine di sé negativa, con forte autocritica e sensazione di inadeguatezza. In terapia, si lavora sulla costruzione dell’alleanza, sulla gestione dell’ansia e sul rafforzamento delle capacità sociali, con progressi iniziali nel rendimento scolastico e nella relazione terapeutica. Tuttavia, rimangono sfide importanti legate alla vulnerabilità emotiva e alla costruzione di competenze sociali più solide.

Parole chiave: Disturbo d’ansia, Disturbo Dissociativo, Evitamento, Maladaptive daydreaming, Età evolutiva

Disappear to survive: anxiety and dissociative disorder in an avoidant and paranoid personality style

Summary

V. is a 16 year-old girl experiencing social anxiety issues with significant social withdrawal, attentional difficulties, and a decline in academic performance. The request for help comes from her parents, who are worried about her behaviors and her worsening school results. She is often lost in her thoughts and isolated in her own world, displaying apathy, anxiety, and social withdrawal, actively avoiding social interactions. During social situations, such as oral exams or group work, she experiences intense anxiety and catastrophic thoughts related to negative judgments from others about herself, which lead her to avoid these situations and distract herself with her phone or daydreaming. She has low self-esteem, criticizes herself harshly, and perceives herself as “different”

and “strange.” She has been diagnosed with social anxiety disorder and shows a negative self-image, with strong self-criticism and feelings of inadequacy. In therapy, work focuses on building a therapeutic alliance, managing anxiety, and strengthening social skills, with initial progress in her academic performance and in the therapeutic relationship. However, significant challenges remain related to emotional vulnerability and the development of more solid social skills.

Keywords: Anxiety disorder, Dissociative disorder, Avoidance, Maladaptive daydreaming, adolescence

Presentazione del caso

V., è una ragazza di 16 anni che frequenta il II anno di un Liceo.

Vive con i genitori e i suoi 4 fratelli. V. non pratica sport, ha pochissimi interessi, passa la maggior parte del tempo a casa e ha un'unica amica dall'infanzia (trasferitasi in un altro stato con la famiglia) con cui, raramente, comunica per messaggio e che vede solo l'estate. V. ama leggere e disegnare ma passa la maggior parte del tempo al cellulare (motivo di litigio con la madre).

La richiesta di terapia arriva dai genitori perché preoccupati dalle problematiche attentive della ragazza (“*È spesso sovrappensiero, nel suo mondo!*”), dalla caduta nel rendimento scolastico, dall'apatia e dall'isolamento sociale (“*non ha amici e dobbiamo obbligarla a fare qualsiasi cosa*”) e dalla presenza di self talk (“*Parla da sola a casa ma, a volte, anche fuori casa!*”).

Esame psichico. V. si presenta puntuale all'incontro. L'atteggiamento iniziale nei confronti del clinico è disponibile e collaborativo. Ordinata ma poco curata nell'aspetto e nell'abbigliamento (vestiario semplice, assenza di trucco) e in condizioni igieniche non ottimali (cattivo odore). Mimica facciale inizialmente inespressiva (fissità dello sguardo) ma modulabile nel corso della seduta e motilità ridotta. Assenza di eloquio spontaneo (solo in risposta a domande) e linguaggio adeguato rispetto al grado di istruzione. I nessi associativi sono preservati. I contenuti del pensiero sono scarsi e poveri.

Vigile, lucida, e orientata nei 3 assi; a volte, durante il colloquio, soprattutto durante il turno conversazionale della terapeuta, lo sguardo diventa fisso e la ragazza sembra perdere il filo del discorso. Umore tendente verso le basse polarità ma sufficientemente modulabile. Presente consapevolezza rispetto al proprio stato ansioso. Il paziente nega TS e ideazione suicidaria.

Descrizione dei problemi presentati

La richiesta di aiuto arriva dai genitori a seguito del calo nel rendimento scolastico. I voti scolastici di V., infatti, sono peggiorati a partire dalla classe I secondaria di I grado. Attualmente la ragazza non riesce ad organizzare lo studio, spesso lo evita e si blocca durante le prove orali.

La paziente non è mai stata seguita in psicoterapia e non assume terapia farmacologica.

V. ha ricevuto, ad aprile 2021, la diagnosi di Disturbo d'ansia sociale da un professionista che lavora privatamente (psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale). Il colloquio con il collega è stato richiesto dalla famiglia al fine di ottenere delle indicazioni scolastiche dopo che un'insegnante (I classe di scuola secondaria di II grado), durante una lezione in DAD, ha interpretato il silenzio di V., in risposta a una sua domanda, come una provocazione e l'ha mandata a colloquio dal Dirigente Scolastico.

Durante i momenti di interazione sociale (situazioni nelle quali si può essere attenzionati dall'altro o quando è richiesta una prestazione anche di livello ordinario come chiacchierare con un compagno o comunicare con un commesso in un negozio per fare un acquisto) V. sperimenta intensa vergogna all'idea di non sapere cosa dire, che per questo farà una brutta figura, verrà presa in giro alle spalle e giudicata come "troppo paurosa", "strana" (diversa dagli altri come se fosse "un'aliena"), "esagerata" e che, a causa di ciò, verrà umiliata e respinta e, quindi, resterà sola (immagine di lei adulta che vive sola in una casa vuota con pochi mobili e si sente sola). In queste situazioni V. sperimenta una forte attivazione somatica con accelerazione del battito cardiaco, sudorazione, dolori intestinali e confusione mentale (a cui si associa perdita di concentrazione e difficoltà di memorizzazione e recupero mnestico). Per questi motivi V. ad isolarsi, rimanere seduta al suo banco e a non rivolgere spontaneamente la parola a nessuno.

Nonostante racconti di essere inserita in una classe "positiva" dove non si sono mai verificati episodi di bullismo o di umiliazione sociale e in cui ha sperimentato un iniziale contatto positivo con la compagna di banco, V. a scuola sperimenta quotidianamente:

- ansia anticipatoria (timore di vergogna) i giorni e le ore che precedono le verifiche orali: in quei momenti inizia a pensare ai possibili scenari catastrofici relativi alla brutta figura (soprattutto con i pari) che farà durante l'interrogazione: fare scena muta, non saper rispondere a una domanda semplice, avere un vuoto di memoria, prendere un brutto voto,

lo sguardo severo e deluso del professore, gli sguardi increduli dei compagni che la valuteranno negativamente come “incapace di fare anche una cosa semplice”, “una persona strana”; “inadeguata”. A casa, dunque, il materiale scolastico rappresenta un trigger ansiogeno e l’unica strategia di regolazione emotiva utilizzata da V. è l’evitamento (chiude il libro, si distrae al telefono, fantastica ad occhi aperti);

- intensa ansia durante le verifiche orali: in queste situazioni V. sperimenta ansia quando non sa rispondere ad una domanda semplice con il timore di essere giudicata negativamente, derisa alle spalle e per questo rifiutata e isolata;
- ansia e tristezza intense quando bisogna formare i gruppi di lavoro: quando i suoi compagni devono scegliere i membri del gruppo V. sperimenta queste emozioni negative all’idea di “non essere voluta” e che per gli altri rappresenta “un peso”. Riferisce “devono scegliermi solo perché sono obbligati e infatti sono sempre scelta per ultima”).

Ciò ha comportato un graduale abbassamento del rendimento scolastico (i voti di V. sono notevolmente peggiorati dalla III media) e un forte isolamento anche in famiglia dove viene criticata e invalidata per via dei voti a scuola e dell’uso eccessivo del telefono.

V. critica aspramente sé stessa rispetto ai suoi vissuti e ai suoi comportamenti dicendosi di essere “problematica”, “strana”, “incapace” ed “esagerata” (riferisce “gli altri compagni non hanno i miei “problemi”, “sono troppo sensibile”) sperimentando una forte tristezza (avvertita a livello corporeo come un nodo alla gola e voglia di piangere).

V. non esprime mai apertamente le sue emozioni (anche in terapia) ma in famiglia (mai con il padre), V. riesce a esprimere la rabbia: si arrabbia e si oppone tutte le volte che le danno consigli sull’igiene, la esortano ad uscire o la criticano per l’uso del cellulare poiché ciò le rimanda un senso di incompetenza e incapacità.

V. ha un rapporto conflittuale con il suo corpo: non si piace, si giudica troppo magra, con il seno troppo piccolo e il naso troppo grande. Non riferisce sensazioni sgradevoli al contatto con il corpo durante la doccia e non conosce il proprio orientamento sessuale.

Si rivelano sintomi clinicamente significativi compatibili con un Disturbo d’Ansia NA. e Disturbo dissociativo NAS in stile Evitante e Paranoide di Personalità.

Profilo interno del disturbo

V. è arresa all'idea di non essere capace di interagire con gli altri. Per questo motivo e per via della credenza che gli altri siano giudicanti e rifiutanti, il dominio della vicinanza all'altro è attivamente evitato: V. non si ingaggia in comportamenti sociali e prosociali e si limita a frequentare gli ambienti sociali stando "vicino ma non con gli altri".

Rispetto a questo riferisce verbalmente intense emozioni di tristezza che, però, non esprime a livello non-verbale e paraverbale in terapia (es. non piange). Esprimere le emozioni per V. assume il significato di dare la prova di essere "esagerata" e quindi "strana" agli altri. Per questa ragione anche le emozioni sono evitate attraverso strategie di distrazione (pensare ad altro) o controllate.

V. reagisce ai minimi segni sociali (es. sull'autobus incrocia lo sguardo di alcune persone) pensando che gli altri la stiano giudicando in modo critico ("penso che mi stanno giudicando per come sono vestita in modo strano. Pensano che sono brutta, ho il corpo troppo dritto e secco, i capelli in disordine") e che a causa della sua inadeguatezza nessuno si avvicinerà a lei e rimarrà sola in preda all'angoscia.

Per limitare e regolare l'ansia la ragazza tende ad usare spesso strategie disfunzionali di evitamento che alimentano le sue credenze patogene:

- distrarsi (al telefono, maladaptive daydreaming)
- procrastinare (lo studio, la scelta dello sport)
- evitare qualsiasi interazione sociale (non rivolge la parola ai compagni, non ricerca il loro sguardo, non chiede aiuto in caso di bisogno)
- evitare le situazioni sociali o in cui è richiesta una performance in pubblico (feste, sport, momenti di aggregazione, parlare in pubblico)

Un ruolo di rilievo nel determinare i sintomi è dato da deficit di decentramento metarappresentativo: V. tende a formulare ipotesi sul funzionamento mentale altrui da una prospettiva egocentrica. Per questo motivo gli altri la vedrebbero proprio come lei si vede: difettata, strana e inadeguata.

SCOPO: essere inclusa; appartenenza.

ANTISCOPO: essere isolata/esclusa; rifiutata, essere derisa/umiliata.

CREDENZE SÉ: strana, aliena, incapace, inadeguata, difettata.

CREDENZE SULL'ALTRO: giudicanti, escludenti/rifiutanti, umilianti, migliori di lei.

- se mostro le mie emozioni verrò giudicata come esagerata;
- se mostro la vergogna gli altri vedranno che sono strana;
- se sbaglio gli altri mi giudicheranno come incapace;
- se chiedo aiuto l'altro si infastidirà e mi allontanerà

Fattori e processi di mantenimento

Paradosso nevrotico: BSTS, per evitare di confermare la credenza di essere strana/esagerata e quindi allontanata; non si espone agli altri.

Autocritica e metaverogna: V. si critica aspramente e prova vergogna all'idea di vergognarsi per cui è difficile parlare dei suoi problemi anche in terapia.

Evitamento: evitamento sociale

o aumenta l'isolamento nei contesti sociali e rinforza le credenze patogene. Ad esempio V. odia il momento in cui a scuola devono scegliere i membri dei gruppi studio perché è l'ultima ad essere scelta e questo le rimanda un senso di esclusione ("mi sento sempre non scelta, non voluta", "un fastidio", "un peso per gli altri") e di diversità/estraneità (parla spesso degli "altri" come se fossero un'entità diversa dalla sua: "non riesco a fare quello che gli altri fanno tutti i giorni"; "non riesco a rispondere a domande semplici")

o rende impossibile l'apprendimento di skill sociali funzionali ed esperienze sociali correttive

L'ingaggio in attività di Maladaptive Daydreaming comporta la distrazione a scuola, l'isolamento anche in famiglia con l'aumento delle critiche da parte dei genitori che rafforzano le credenze patogene sugli altri.

L'evitamento emozionale

o fa sì che gli altri non si accorgano delle sue difficoltà e non si attivino empaticamente fornendo aiuto o accudimento rinforzando le credenze patogene su di sé e sugli altri;

- o fa sì che V. non parli delle sue emozioni/esperienze e, dunque, non le normalizzi;
- o rende la sua espressività facciale rigida e poco naturale suscitando sorpresa confermando la credenza patogena di essere strana.

Bias:

- Affect as information: se mi vergogno vuol dire che sono inadeguata.
- Bias dell'ancoraggio: V. valuta gli altri e le esperienze sociali in base alle esperienze negative precedenti percependo tutti come critici e giudicanti.
 - Bias dell'attenzione selettiva: V. è attenta a tutti i dettagli che le rimandino un giudizio negativo (sguardo, mimica facciale, prossemica, ecc.).
 - Bias della conferma: V. tende a leggere tutte le espressioni facciali ambigue come un giudizio.
 - Catastrofizzazione: V. tende a interpretare in modo eccessivamente negativo i propri comportamenti ed emozioni e, sulla base di questi, a prevedere come molto probabile un futuro fatto di isolamento e solitudine.

Relazioni interpersonali

- Padre autoritario, giudicante e violento verbalmente (fisicamente nel passato)
- Famiglia giudicante che le rimanda un senso di inadeguatezza.
- Famiglia che invalida le emozioni che rinforza la credenza di essere esagerata/diversa dagli altri.
 - Famiglia che si infastidisce e si arrabbia di fronte alle difficoltà di V. e che rinforza, quindi, l'idea di essere un peso per gli altri e che questi, di fronte ad una possibile richiesta di aiuto, si arrabbieranno, la giudicheranno e la allontaneranno.
 - Famiglia lievemente trascurante: V. ha una famiglia numerosa dove è difficile trovare uno spazio di accoglienza. V. tende a non essere vista anche a casa o a essere vista solo per gli aspetti negativi (uso eccessivo del telefono, distrazione, self talk, assenza di amici).
 - Padre autoritario che ha sempre imposto le sue decisioni in modo rigido e violento (verbalmente e fisicamente) rimandando un senso di umiliazione e doverizzazione e inibendo

qualsiasi forma di scelta autonoma della ragazza. Ciò ha alimentato il senso di impotenza e un criterio di scelta basato quasi esclusivamente sulle aspettative degli altri.

Cicli interpersonali: distacco / invalidante

- V. con la sua estrema timidezza e il suo aspetto fisico elicitava accudimento rinforzando la credenza di non essere capace
- L'evitamento elicitava negli altri l'imposizione rinforzando la credenza di non poter scegliere (si arrabbia con la madre quando la invita a fare la doccia replicando che "so io quando fare la doccia!")
- L'incuria/la scarsa igiene personale suscita disgusto negli altri (e quindi repulsione) rinforzando la credenza di essere rifiutata

Scompenso

V. non è in grado di individuare una vera e propria fase di scompenso ma riferisce che il suo quadro è peggiorato con l'ingresso alle scuole medie. In questo periodo ha subito bullismo da parte dei compagni a causa del fatto che parlava pochissimo (riporta come episodio di massima vergogna il giorno in cui un compagno, a ricreazione, l'ha imitata davanti alla classe): in quel momento il suo stile di coping (evitare gli scambi con gli altri) ha perso la sua funzione protettiva poiché è stato oggetto di critica e scherno.

Nello stesso periodo ha perso un'amica (sua cugina di II grado) che ha iniziato a frequentare altri amici e la sua unica attuale amica si è trasferita con la famiglia all'estero.

Vulnerabilità

- Padre violento, critico e autoritario: V. dopo 1 anno e mezzo di terapia riesce a riferire che il padre, quando era piccola, era molto severo, imponeva le sue decisioni senza chiedere il parere dei figli, non chiedeva mai scusa e in caso di errore puniva fisicamente (spinte e schiaffi) e verbalmente (insulti e invalidazioni verbali). Ciò ha alimentato la credenza che gli altri siano pericolosi. V. ricorda episodi in cui ha provato terrore (tachicardia, freezing corporeo, impossibilità a parlare e a muoversi e tendenza alla fuga) per sé e per i suoi fratelli:

o L'episodio su di sé riguarda un momento, verosimilmente tra i 6 e i 7 anni, in cui V. stava litigando con la sorella e, presa dalla rabbia, le fa il dito medio. V. riferisce che improvvisamente ha sentito una violenta spinta che l'ha atterrata e che il padre, arrabbiatissimo, l'ha costretta urlando a chiedere scusa. La ragazza riferisce di essersi molto spaventata, di aver sentito un forte impulso alla fuga ma di aver anche sentito il suo corpo irrigidirsi. Riferisce inoltre di aver provato anche una forte umiliazione per essere stata costretta a chiedere scusa e per essere stata trattata in questo modo e rabbia perché il padre non le ha mai chiesto scusa.

o L'episodio sul fratello riguarda un momento, intorno ai 9 anni, in cui il padre, credendo che il fratello più piccolo, che era stato affidato all'attenzione del fratello maggiore, si fosse perso, si arrabbia moltissimo e aggredisce il maggiore fisicamente e verbalmente. V. racconta che, nonostante le scuse del fratello maggiore, il padre non smetteva di urlare e di picchiarlo e di aver provato un senso di forte paura per l'incolumità del fratello maggiore ("Avevo paura che gli facesse troppo male!") e di impotenza nel non poter fare nulla per aiutarlo ("Potevo solo guardare!"). la ragazza ricorda che poco dopo il fratello minore è stato trovato addormentato sotto al suo letto ma che questo non ha portato il padre a chiedere scusa e che ciò ha provocato in lei molta rabbia ("Lui ritiene di aver fatto una cosa giusta, non pensa di aver sbagliato!")

• Mutismo selettivo scuola dell'infanzia: V. ha messo in atto sin dalla tenera età strategie di evitamento che, all'epoca sono risultate funzionali (abbassamento dell'ansia) e che nel tempo si sono automatizzate.

• Bullismo alla scuola primaria e secondaria di I grado: La scuola è sicuramente un luogo ansiogeno per V. poiché ha sperimentato un ambiente classe molto critico e umiliante: alle scuole primaria la ragazzina era inserita in una classe dove molti bambini, compresa lei, hanno subito atti di bullismo; nella scuola secondaria di I grado la ragazza veniva schernita "a causa della sua timidezza" (i compagni di classe la schernivano ripetutamente, la imitavano in sua presenza perché molto silenziosa/isolata e la giudicavano aggredendola verbalmente per le sue performance sportive).

Componenti aggiuntive

La paziente gode di una buona intelligenza cognitiva e proviene da una famiglia con buone risorse economiche che rendono possibile la presa in carico per un lungo periodo.

Tra i fattori che possono essere potenziati per favorire resilienza spicca sicuramente le buone capacità di apprendimento scolastico. V. è inserita in un ambiente scolastico non giudicante, i suoi professori si sono resi disponibili alla stesura del Pdp per il Bisogno Educativo Speciale presentato dalla ragazza tenendo in considerazione la mia relazione clinica.

La teoria naive che guida V. nella terapia, e che stiamo tentando di modulare, è l'inutilità di qualsiasi tentativo terapeutico per lei. Ciononostante, V. è molto compliant al trattamento (non ha mai saltato una seduta).

Trattamento psicoterapeutico

Inizialmente le sedute sono state orientate alla fase di assesment e alla costruzione dell'alleanza terapeutica.

Sono state concordate sedute individuali a cadenza settimanale e le è stato spiegato il funzionamento della terapia secondo l'orientamento CBT. La parte più difficile del trattamento, ancora in atto, è stata proprio la costruzione dell'alleanza terapeutica.

Le prime sedute si sono, inoltre, focalizzate sulla formulazione di obiettivi condivisi: comprendere il suo funzionamento, gestire l'ansia e migliorare le abilità sociali.

Razionale, strategie e tecniche

OBIETTIVI	RATIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
Costruzione dell'alleanza terapeutica	Regolazione del tono emotivo della seduta Essere consapevole e superare i cicli interpersonali problematici	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Disciplina interiore ▫ Psicoeducazione ▫ svelamento ▫ Validazione ▫ Discussione su argomenti di interesse comuni (libri)
	Abbassare il tono emotivo in seduta rendendo prevedibili e comprensibili le mosse del terapeuta attraverso l'empirismo collaborativo (Trasparenza delle intenzioni del terapeuta)	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Psicoeducazione ▫ Validazione ▫ svelamento ▫ uso del "noi"

	<p>Normalizzare le esperienze del paziente</p> <p>Rendere agevole lo scambio comunicativo e al contempo fornire un modeling di scambio comunicativo efficace</p>	<p>universale”</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ umorismo ▫ condivisione di esperienze
<p>Gestire l’ansia/vergogna nelle situazioni sociali</p>	<p>Rendere consapevole V. circa le manifestazioni somatiche e cognitive dell’ansia (ansia da vergogna)</p> <p>Aumentare la tolleranza alle emozioni negative</p> <p>Fornire strategie di coping in emergenza alternative all’evitamento</p> <p>Ridurre l’autocritica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Psicoeducazione ▫ Mindfulness ▫ STOP/TIP ▫ Posto sicuro ▫ Compassion Focused Therapy ▫ Pro/contro
<p>Migliorare la qualità delle relazioni sociali</p>	<p>Promuovere in seduta il miglioramento delle funzioni metacognitive: monitoraggio, integrazione e decentramento</p> <p>fornire un modeling di scambio comunicativo efficace</p> <p>promuovere la consapevolezza dell’impatto del proprio atteggiamento verbale e non verbale sull’altro all’interno dell relazioni sociali</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ psicoeducazione ▫ ABC ▫ Esercizi di “mettersi nei panni di” ▫ Imagery e autosservazione in vivo ▫ Compiti di osservazione del comportamento degli altri ▫ condivisione di esperienze
<p>Riduzione delle recidive</p>	<p>Ridurre sensibilità all’umiliazione e al rifiuto costruita storicamente e costruzione di un’immagine di sé maggiormente positiva e sana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Interventi di vulnerabilità storica (<u>ancora in atto</u>)

Descrizione della terapia

Il percorso terapeutico, avviato il 27 gennaio 2023, è tuttora in corso e prevede sedute individuali a cadenza settimanale. Sinora sono state svolte 78 sedute.

Seppur non lo manifestasse in modo evidente, V., in linea con le sue credenze, era inizialmente intimidita, se non spaventata, dalla terapeuta ed evitava di mostrare significativi aspetti della sua psicopatologia e della sua storia personale rifugiandosi in una sorta di anestesia difensiva espressa anche attraverso sintomi dissociativi. Questo ha reso il dialogo in seduta difficile con conseguente difficoltà nella ricostruzione del profilo di funzionamento e della vulnerabilità storica. Lo stato emotivo di V. era da me percepito con l’attivazione dei cicli interpersonali. È stato quindi molto importante utilizzare la disciplina interiore per uscire fuori dai cicli e regolare il tono emotivo della seduta affinché V. si sentisse meno minacciata e, al contrario, entrasse in contatto con una sensazione di padroneggiamento essenziale per accedere

agli stati emotivi più dolorosi sentendo di poterli fronteggiare. In particolare, si attivavano in seduta due cicli:

- Il ciclo invalidante: mi sono spesso sentita inadeguata ad aiutarla o ho percepito i miei interventi inutili se non potenzialmente dannosi (per cui ho spesso fantasticato un dropout e la presa in carico da parte di un terapeuta più competente). Tutto ciò ha creato un clima problematico in cui era intensa la percezione di inaiutabilità e assenza di speranza della ragazza che è stato gestito e attraverso la psicoeducazione (sul funzionamento della psicoterapia e sulle problematiche presentate che sono state discusse in maniera franca ed esplicita), la validazione, lo svelamento e mantenendo un atteggiamento reale di ottimismo verso l'utilità del trattamento.

- Il ciclo del distacco: le conversazioni stentate, le risposte a monosillabi e i lunghi silenzi di V. hanno spesso elicitato noia nel terapeuta o, al contrario, forte imbarazzo che il terapeuta ha tentato di gestire riempiendo i silenzi con lunghe spiegazioni e rassicurazioni che finivano per annoiare la paziente o elicitare in lei stati dissociativi

Per fronteggiare l'attivazione di questo ciclo è stato importante introdurre argomenti di interesse condiviso (libri) che ci hanno permesso abbassare il tono emotivo delle sedute, avere argomenti di conversazione che potessero fungere da modeling di scambi comunicativi efficaci e piacevoli (poiché più liberi dall'ansia). Anche la condivisione di alcune esperienze simili del terapeuta (bullismo alle scuole medie) e l'uso del "noi universale" ha permesso di avviare un processo di normalizzazione delle difficoltà percepite dalla ragazza come "esagerate", "starne" tanto da sentirsi profondamente diversa dagli altri ("un alieno").

Una volta stabilita una discreta alleanza terapeutica è stato possibile lavorare sulle difficoltà metacognitive (monitoraggio, integrazione e decentramento) alla base della sofferenza. Ho utilizzato molto la psicoeducazione (per spiegare le funzioni metacognitive e come queste interferissero sul funzionamento della paziente) e gli ABC che si sono rivelati fondamentali per esplorare i trigger, i pensieri e le emozioni disfunzionali che hanno reso la sua mente meno opaca al terapeuta e a lei stessa. Gli episodi sono stati ripresi con la tecnica dell'Imagery per lavorare sulle emozioni in vivo con la speranza di utilizzare l'effetto ponte per ricostruire la vulnerabilità storica della prima infanzia: V. tendeva a proteggere molto le figure genitoriali e è

riuscita a parlare dell'atteggiamento critico, autoritario e imprevedibilmente violento del padre solo dopo un anno e mezzo di terapia.

Contemporaneamente si è lavorato sulla gestione dell'intensa ansia provata a scuola (che minava il suo funzionamento scolastico) attraverso un'attenta psicoeducazione sulle manifestazioni corporee e cognitive (compresi i bias) dell'ansia e sui suoi significati fornendo anche delle strategie di coping (stop/tip; posto sicuro; pro e contro) più evolute e diverse dall'evitamento. In questa fase è stato necessario intervenire con alcune tecniche della Compassion Focused Therapy per ridurre la forte autocritica che manteneva attiva l'ansia e l'angoscia provate e che contribuiva a inficiare la capacità di decentramento.

Gli interventi sulla vulnerabilità storica sono stati i più complessi in quanto V. dichiarava di non ricordare la sua infanzia e si mostrava molto difesa. Come prima descritto, solo dopo che si è costruito un clima di fiducia V. è stata in grado, e con molta attivazione emotiva, di raccontare alcuni significativi episodi circa il comportamento paterno che hanno permesso di dare un senso ai suoi sintomi.

Valutazione di esito

La terapia è ancora in corso. La paziente ha mostrato iniziali progressi a scuola (aumento del rendimento scolastico, diminuzione dell'ansia in classe e aumento degli scambi comunicativi con gli insegnanti) e significativi miglioramenti nella relazione terapeutica (per V. il terapeuta costituiva un trigger inizialmente) evidenziati dall'aumento degli scambi comunicativi, la diminuzione dei sintomi dissociativi in seduta e a casa (la paziente appare oggi più vigile e la sua mimica è maggiormente modulabile) e la diminuzione dell'attivazione dei cicli interpersonali disfunzionali.

Sono lievemente migliorate le capacità di definire i problemi in termini psicologici e di mettere in atto strategie di coping più adeguate (a volte V. ha utilizzato strategie di coping di II livello come pensieri di autosostegno).

L'abbassamento dell'autocritica è un obiettivo parzialmente raggiunto in quanto a periodi positivi in cui V. riesce ad essere compassionevole con sé stessa seguono momenti di forte autocritica.

È stato quasi impossibile lavorare su nucleo di vuoto interno e solitudine in quanto V. difende (ha paura di ...?) attivamente, attraverso la vergogna e l'evitamento in seduta, questi stati emotivi. Inoltre, la solitudine della ragazza è reale poiché devono ancora costruirsi e consolidarsi le skill sociali necessarie a permetterle una vita sociale più ricca.

V. sta, infine, gradualmente iniziando a progettare il suo futuro (sta pensando di andare a studiare fuori regione all'università).

Resta molto lavoro da fare soprattutto nell'ambito della costruzione delle abilità sociali. Oltre al proseguo del lavoro come sopra descritto, gli obiettivi futuri saranno concentrati sulla costruzione di un programma realistico di socializzazione progressiva in cui V. possa discutere le difficoltà incontrate in terapia con il fine ultimo di estendere questa abilità alla vita sociale di V. e abbassare la sua sofferenza emotiva.

Claudia Ciabattoni, Psicologa, Pescara

Specializzanda psicoterapia cognitiva, training: A. Gragnani e D. Fiore

e-mail: claudia-ciabattoni@hotmail.it

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

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