

in-**psicoterapeuti** in-formazione

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

Numero 35, Giugno 2025

ISSN 2035-2328

ARTICOLI TEORICI

- Ambra Beretta *Il lutto perinatale nei padri* pp. 5-33
- Giada Tanaceto *Utilizzo della Compassion Focused therapy nel periodo perinatale* pp. 34-60
- Erika Brunelli *Riconoscere e Valorizzare la Dignità: Psicoterapia e Cure Palliative* pp 61-78
- ## CASI CLINICI
- Ilaria Nicoli *Francesco: il bambino che voleva volare* pp 79-92
- Chiara Gargiulo *Il caso clinico di Eliana* pp 93-106
- Marina Ferrillo *Viola un caso di Disturbo Ossessivo-Compulsivo: Una mente intrappolata tra la paura di sbagliare e il bisogno di essere giusta* pp 107-116
- Ilaria Capuano *Disturbo Ossessivo-Compulsivo da Relazione: la formulazione del caso clinico di Sofia* pp 117-135

psicoterapeuti in-formazione

RESPONSABILE

Claudia Perdighe

VICE-RESPONSABILE

Chiara Mignogna

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

Il lutto perinatale nei padri

Ambra Beretta¹

¹Psicologa Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale
Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Ancona

Riassunto

Il presente lavoro ha come obiettivo dare spazio al tema del lutto perinatale nei padri, passando in rassegna la letteratura esistente. Come si potrà constatare durante la lettura, gli studi che esplorano le reazioni fisiche, psicologiche, emotive e relazionali legati alla perdita di un figlio durante tutta la gravidanza fino al primo anno dopo il parto, si sono concentrati prevalentemente sulle madri. Infatti “negli anni il presupposto di fondo sembra essere stato quello secondo cui la società riconoscesse solo alla donna la sofferenza, essendo colei che vive l’esperienza corporea della gravidanza” (Nguyen, Temple-Smith, Bilardi, 2019). I padri sono stati relegati al ruolo di sostegno della partner, impedendo implicitamente loro di poter esprimere il proprio dolore. Le loro emozioni sono state spesso trascurate, rendendo più difficile il processo di elaborazione del lutto e aumentando il rischio complicanze psicopatologiche a lungo termine quali depressione, ansia e disturbo post traumatico da stress (PTSD). E’ fondamentale che i padri abbiano a disposizione spazi di ascolto in cui i loro vissuti possano essere espressi, accolti, riconosciuti e non sminuiti. Sono indispensabili ulteriori ricerche per individuare e valutare l’efficacia di interventi psicoterapeutici per i padri che hanno subito una perdita perinatale.

Parole Chiave: padri, perdita, lutto perinatale, aborto, morte perinatale

Perinatal grief in fathers

Summary

The present work aims to give space to the theme of perinatal grief in fathers, reviewing the existing literature. As can be noted during the reading, studies exploring the physical, psychological, emotional, and relational reactions associated with the loss of a child throughout pregnancy and up to the first year after birth have primarily focused on mothers. In fact, "over the

years, the underlying assumption seems to have been that society only recognizes the suffering of women, as they are the ones who experience the bodily aspects of pregnancy" (Nguyen, Temple-Smith, Bilardi, 2019). Fathers have been relegated to the role of supporting their partner, implicitly preventing them from expressing their own grief. Their emotions have often been overlooked, making the grief processing more challenging and increasing the risk of long-term psychopathological complications such as depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder (PTSD). It is crucial that fathers have access to listening spaces where their experiences can be expressed, acknowledged, recognized, and not diminished. Further research is essential to identify and evaluate the effectiveness of psychotherapeutic interventions for fathers who have experienced perinatal loss.

Key words: fathers, loss, perinatal loss, miscarriage, perinatal death

Il lutto perinatale

Definizione

Il «lutto perinatale» è *l'insieme di sensazioni fisiche e psichiche, di emozioni, pensieri e comportamenti che seguono la perdita del bambino atteso durante tutta la gravidanza fino al primo anno di vita.* (Ravaldi, 2022, *Piccoli Principi*, pag.9)

Le sensazioni fisiche comprendono stanchezza pervasiva e persistente, spossatezza, dolori muscolari e agli arti, tensioni corporee, perdita dell'appetito, calo di peso, nausea, diarrea, costipazione, difficoltà a respirare, sensazioni di "fiato corto", oppressione al petto, aumento della frequenza cardiaca, disturbi del sonno (difficoltà nell'addormentamento, risvegli notturni, insonnia), pesantezza al petto o all'addome, agitazione o rallentamento motorio. Nelle mamme a tutto ciò si possono aggiungere: dolori o formicolii alle braccia (sensazione nota con il nome di "sindrome dalle braccia vuote" e prevalente nelle prime 48 ore dopo il parto soprattutto se la perdita è avvenuta nella seconda metà della gravidanza); movimenti in pancia simili a quelli del proprio bambino, che possono essere presenti per alcune settimane e scompaiono generalmente con l'arrivo della prima mestruazione; l'arrivo del latte nonostante l'utilizzo dei farmaci.

A livello psichico si possono riscontrare difficoltà di concentrazione (riuscire a leggere un libro, seguire un programma televisivo, prendere parte ad una conversazione...); mnestiche (dimenticarsi di date, appuntamenti, impegni...), nell'effettuare scelte, nel pianificare e progettare.

Le emozioni prevalenti sono quelle di tristezza profonda, ansia, rabbia, irritabilità, senso di colpa, angoscia, invidia, gelosia, nostalgia, incredulità, paura. Tutte queste emozioni possono alternarsi molto velocemente e raggiungere una forte intensità. Sono inoltre presenti oscillazioni marcate del tono dell'umore.

I pensieri sono caratterizzati da pervasività ed intrusività e riguardano ruminazioni sul passato (spesso i genitori passano in rassegna nella loro mente ogni momento da quando hanno scoperto di aspettare un bambino alla ricerca di errori, omissioni, comportamenti che potrebbero aver determinato la perdita), impossibilità nel continuare a vivere nel presente (“non posso sopportare tutto questo dolore, è troppo per me”) e continui rimuginii sul futuro (“non riusciremo mai più ad essere felici”, “come faremo ad affrontare un’altra gravidanza con tutta questa paura ed ansia?”). Possono verificarsi casi in cui emergono pensieri autolesionistici o suicidari ai quali è necessario prestare particolare attenzione.

Tutte queste reazioni sono del tutto normali e fisiologiche, si attivano in risposta all’evento traumatico della perdita di un bambino atteso e non devono essere considerate come patologiche se non nei casi in cui, passati 12 mesi dalla perdita, si ravvisino i criteri elencati nel DSM 5 ed usati per porre diagnosi di lutto complicato.

A quanto finora esposto si aggiungono problematiche di tipo relazionale come incomprensioni all’interno della coppia, nelle rispettive famiglie d’origine, nei rapporti amicali. Questo perché molto spesso accade che i genitori in lutto vengano letteralmente travolti da consigli non richiesti o fuori luogo, banalizzazioni, minimizzazioni e soluzioni paternalistiche in cui chiunque sembra arrogarsi il diritto di sapere che cosa sia meglio per loro e quale sia la modalità giusta per affrontare questo doloroso percorso. A causa di questo molte coppie preferiscono non parlare della loro perdita e tendono ad isolarsi per non essere nuovamente oggetto di critiche e giudizi che non fanno altro che aumentare le emozioni di tristezza, rabbia, vergogna. L’isolamento sociale rende però l’elaborazione del lutto più complessa in quanto non poter narrare la propria storia alimenta ancora di più il tabù sull’esperienza di perdita perinatale. Vi è quindi un forte contrasto tra la necessità dei genitori in lutto di poter sostare nel loro dolore dovuto alla perdita e le sollecitazioni che invece vengono proposte dalla nostra società e spesso anche dagli operatori sanitari: lasciarsi alle spalle la tristezza, reagire in tempi brevi, dedicarsi ad altro, tornare a lavoro, prodigarsi nella ricerca di una nuova gravidanza nel più breve tempo possibile come se l’arrivo di un nuovo bambino potesse far dimenticare loro quello perso.

“Certe parole sono come cerotti messi su una ferita ancora aperta: possono dare l’illusione di una guarigione, ma in realtà aumentano il senso di isolamento e non condivisibilità”

(Ravaldi, 2024, Il lutto perinatale. Un’esperienza complessa e dolorosa, pag.57)

Da un articolo di Lang A, Fleiszer AR, Duhamel F et al. del 2011 emerge inoltre come le coppie in lutto che hanno subito una perdita perinatale, in particolare nei casi di aborto spontaneo, spesso si trovano da sole ad affrontare il proprio dolore in quanto il loro lutto viene considerato dalla società

come meno legittimo rispetto ad altri tipi di lutto, motivo per cui non vengono offerti loro supporti adeguati.

Appare quindi evidente come la perdita di un bambino che è stato “oggetto d’amore” dei propri genitori ma non conosciuto da altri sembra essere considerato un lutto non riconosciuto, frequentemente ignorato o sottovalutato. Molti tendono a considerare il lutto di qualcuno che non si è mai visto, toccato, abbracciato, con cui non si ha ancora avuto una relazione visibile esteriormente come un lutto inferiore rispetto ad altri considerati “più gravi” e meno sopportabili.

Il lutto perinatale è invece un lutto a tutti gli effetti in quanto tutte le caratteristiche psicologiche, cognitive, emotive sperimentate dai genitori sono perfettamente sovrapponibili a quelle di coloro che hanno subito altri tipi di perdita.

Ha però delle caratteristiche peculiari che sono riconducibili solo alla perdita perinatale (Ravaldi, 2023, *Assistere la morte perinatale* pag.47-48):

- E’ un lutto in cui le perdite sono multiple: la perdita di quel bambino (e non di UN bambino come spesso viene invece erroneamente definito, un articolo che fa la differenza tra un bambino desiderato ed atteso ed un bambino qualunque), la perdita di una progettualità di vita e della genitorialità che inizia fin dal momento in cui la coppia inizia a desiderare di avere un figlio, la perdita della gravidanza, della fiducia nel proprio corpo (nelle donne in lutto è incarnato) e la perdita della fiducia nella propria capacità generativa. Vi sono quindi tre lutti diversi che si influenzano reciprocamente e che possono rendere più complesso il percorso di elaborazione;
- Con la perdita del proprio figlio si perde anche il riconoscimento e l’identità di genitore, questo avviene nei casi in cui non si hanno altri bambini o quando si tratta del primo bambino della coppia. Non c’è inoltre a livello internazionale nessun termine che possa essere utilizzato per descrivere un genitore che perde il proprio figlio;
- La scarsa possibilità di condivisione dell’evento luttuoso a causa dello stigma sociale che si associa a questa esperienza;
- Il senso di responsabilità, colpa e vergogna che molti genitori sperimentano nonostante non avrebbero potuto in alcun modo evitare che la perdita avvenisse.

E’ importante inoltre soffermarsi sulla seconda parte della definizione esposta all’inizio di questa introduzione “..durante tutta la gravidanza fino al primo anno di vita”. Tutte le esperienze di perdita simbolica (come nel caso dell’infertilità o della impossibilità riproduttiva, delle gravidanze anembrionate) e reale (aborto spontaneo, morte intrauterina fetale, morte intraparto, interruzione

terapeutica di gravidanza, gravidanze extrauterine, fallimento procreazione medicalmente assistita, morte improvvisa ed inaspettata del neonato “Suid”, sindrome della morte improvvisa del lattante “Sids”, interruzione volontaria di gravidanza, perdita di uno o più gemelli in corso di gravidanza multipla) che avvengono in epoca perinatale danno luogo a tutte le sensazioni fisiche, psichiche tipiche del lutto perinatale.

Spesso alle perdite che avvengono nel primo trimestre di gravidanza viene prestata poca attenzione e viene offerto meno sostegno poiché si pensa erroneamente che abbiano un impatto psicologico e fisico sulle madri, sui padri, sulle coppie e sull’intero sistema familiare meno rilevante rispetto alle perdite che avvengono in epoca gestazionali successive. Allo stesso modo queste ultime vengono considerate delle perdite meno significative rispetto a quelle che avvengono dopo la nascita.

Attualmente le evidenze che suggeriscono che il dolore, la tristezza e tutte le emozioni correlate al lutto perinatale siano influenzate dal momento in cui avviene la perdita sono molto esigue e risalgono a lavori datati nel tempo.

Quando i genitori narrano la loro storia, raccontano del profondo legame, del profondo dolore e dei propri vissuti legati alla perdita parlano del loro bambino indipendentemente dall’età gestazionale in cui si è verificato l’evento luttuoso. Nelle loro menti non esiste alcuna distinzione, il loro progetto di genitorialità e di vita futura insieme viene bruscamente interrotto e così anche il legame con il proprio bambino. Il lutto è una esperienza soggettiva a differenza dell’evento morte che è una esperienza di tipo clinico, medico e diagnostico, e non può quindi essere legittimato o meno a secondo dell’epoca gestazionale.

“Piccole vite, non piccole perdite”

(C. Ravaldi, 2014, *Piccoli Principi*, pag.8)

I numeri

Prima di passare in rassegna alcuni dati che mostrano la prevalenza delle perdite perinatali nel mondo e nel nostro Paese, è doveroso fare una precisazione rispetto alle diverse definizioni con cui nei vari paesi vengono indicate nella clinica medica e nelle varie legislazioni la perdita di un bambino nelle diverse epoche gestazionali, durante il parto e dopo la nascita.

Per quanto riguarda la morte prenatale è definita in modi diversi nel mondo. Sia per il termine aborto spontaneo che per quello di nato morto c’è una variabilità a livello internazionale in base ai diversi cut off stabiliti, cosa che invece non avviene per quanto riguarda la morte neonatale in cui vi è una unanimità ovvero la morte di un bambino che avviene fino al 28° giorno dopo la nascita e che viene distinta in precoce quando si verifica entro il 7° giorno di vita e tardiva dopo il 7° giorno ma prima del concludersi del 28.

In Italia, a livello clinico, per aborto spontaneo si intende una interruzione della gravidanza con espulsione o estrazione di un embrione o di un feto con peso < di 500 gr o, qualora il peso sia sconosciuto, quando la gravidanza è durata meno di 22 settimane o il feto risulti minore di 25 cm di lunghezza. Per Morte Endouterina Fetale (MEF) si indica la morte prima o durante il parto di un feto con età gestazionale \geq a 22 settimane complete o con un peso di almeno 500 grammi o se il feto risulti > di 25 cm di lunghezza.

Nella legislazione italiana vigente si definisce invece come nato morto il feto che viene partorito senza segni di vita dopo il 180° giorno di amenorrea (>25+5 settimane gestazionali). Non esiste quindi una uniformità tra i criteri medici e quelli legislativi.

Negli Stati Uniti, in Canada e in Nuova Zelanda, la definizione di nato morto comprende la morte del bambino a partire da 20 settimane di gravidanza, mentre in Finlandia da 22 e nel Regno Unito da 24. La gravidanza che finisce spontaneamente al di sotto di queste diverse età gestazionali viene definita aborto spontaneo.

L’Oms ha recentemente raccomandato, per i confronti internazionali, di utilizzare il termine “nato morto” (*stillbirth*) per definire il feto partorito, o estratto dalla madre, senza segni vitali con un’età gestazionale di 28 settimane o più, facendo quindi coincidere la propria definizione di nato morto con quella di morte fetale tardiva fornita dall’ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*, ICD, classificazione internazionale delle malattie, incidenti e cause di morte). Inoltre l’OMS definisce come aborto spontaneo l’interruzione di gravidanza entro la 22° settimana.

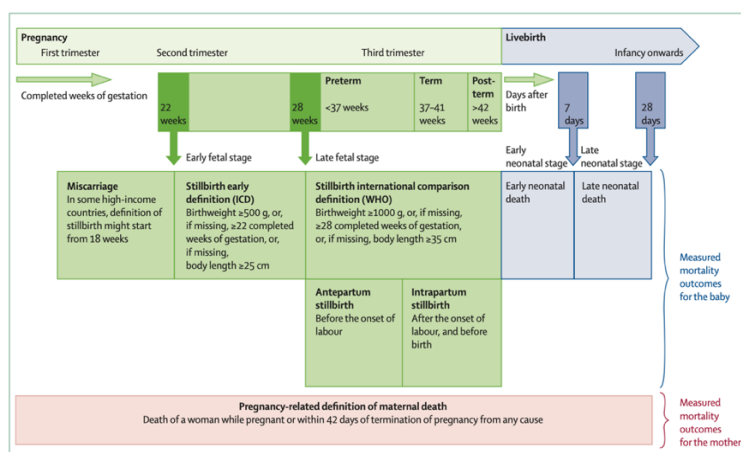


Fig. 1. Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R, et al, for The Lancet's Stillbirths Series steering committee. *Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? Lancet 2011; published online April 14.*

In Italia i dati raccolti dal 2017 al 2019 tramite il Progetto pilota di sorveglianza della mortalità perinatale coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute, hanno permesso di confermare il tasso di mortalità perinatale prodotto dall'ISTAT, pari a circa 4 decessi ogni 1000 nati, valore che ci colloca in linea con Paesi, come la Francia e il Regno Unito, che hanno sistemi socio-sanitari analoghi al nostro.

I dati evidenziano una variabilità per area geografica che penalizza il Sud del nostro Paese. Secondo il "Rapporto sulle nascite in Italia 2022" sono stati registrati 994 nati morti, corrispondenti a un tasso di natimortalità di 2,40 nati morti ogni 1.000 nati vivi (nel 2019 era di 2,50 bambini ogni mille nati vivi).

TABELLA 2
Nati totali, nati vivi e nati morti
Anni
2012-2022

Anni	Nati totali	Nati vivi	Nati morti per 1.000 nati
2012	535.428	533.342	2,84
2013	512.327	510.659	2,66
2014	502.446	500.895	2,74
2015	486.451	484.936	2,86
2016	474.925	472.421	2,78
2017	461.284	459.929	2,86
2018	442.676	441.457	2,59
2019	421.913	420.795	2,60
2020	404.260	403.180	2,65
2021	401.087	400.007	2,68
2022	393.997	393.055	2,40

Fig. 2. Ufficio di Statistica del Ministero della Salute (2023) *Rapporto sull'evento nascita in Italia Analisi dei dati rilevati dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) dell'anno 2022*

Secondo i dati Istat 2022 le dimissioni per aborto spontaneo sono state 43018 per questa rilevazione il cut off utilizzato è quello legislativo quindi perdite al di sotto della 25+5 settimana di gestazione. Nel documento pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità il 13 Marzo 2019 su aborto, morte in utero e assistenza rispettosa "*Why we need to talk about losing a baby*" viene indicato come ogni anno 2.6 milioni di bambini nascono morti e molte di questi eventi possono essere evitabili. Inoltre il documento afferma che le stime variano da Paese a Paese, sebbene "*March of*

Dimes”, un’organizzazione che lavora per la salute materna e infantile indichi che l’aborto abbia un tasso compreso tra il 10% ed il 15% di tutte le donne che sapevano di essere in attesa.

Purtroppo, gli aborti e le morti in utero non sono sistematicamente registrati, anche nei Paesi sviluppati, *compresa l’Italia* e questo suggerisce che i numeri potrebbero essere più elevati.

L’OMS afferma inoltre che nel 2019 2.4 milioni di neonati sono morti nel primo mese di vita, di cui circa il 75% nella prima settimana. Va notato che la prevalenza di perdite perinatali differisce notevolmente nelle varie parti del mondo con una incidenza maggiore nei paesi a basso e medio reddito. Nel 2019 i tre quarti dei casi di bambini nati morti si sono registrati nell’Africa subsahariana e nell’Asia meridionale (stima ufficiale elaborata congiuntamente da UNICEF, OMS, Gruppo della Banca mondiale e Divisione per la popolazione del Dipartimento per gli affari economici e sociali delle Nazioni Unite e pubblicata nel report “*A Neglected Tragedy: The Global Burden of Stillbirths*”).

L’importanza di un focus sul vissuto dei padri

Nel nostro Paese il lutto perinatale rappresenta ancora un argomento tabù e l’esperienza dei padri lo è ancora di più. Nella mia pratica clinica riscontro quasi quotidianamente che la maggior parte dei padri che mi contattano lo fanno in quanto riferiscono di essere molto preoccupati per la salute mentale delle proprie compagne e chiedono quindi un aiuto per quest’ultime, senza far riferimento in alcun modo ai propri bisogni e vissuti emotivi.

Questo dimostra come nella nostra società l’esperienza di dolore per la perdita di un bambino atteso e di tutte le emozioni ad esso correlate sembra essere concesso e riconosciuto solo alle madri. Al padre sembra essere attribuito solo il ruolo di partner che si prende cura della compagna, ruolo che viene percepito come culturalmente più adeguato rispetto a quello di padre che soffre per la perdita del proprio bambino.

Inoltre, in molte realtà ospedaliere e territoriali nei rari casi in cui è presente la possibilità di poter ricevere un supporto psicologico subito dopo l’evento di perdita, questo è spesso riservato quasi esclusivamente alle madri, lasciando completamente soli ed emarginati i padri nel loro percorso di elaborazione del lutto. Questo a causa di un vecchio pregiudizio secondo cui gli uomini “soffrono meno”, il loro lutto è “meno grave” e comunque più facilmente risolvibile.

Dai racconti dei padri emerge spesso come fin dalla comunicazione della diagnosi di morte non vengano coinvolti nella conversazione, in molti casi vengono addirittura lasciati fuori dalla stanza in cui si trova la loro partner non potendo partecipare al processo decisionale condiviso.

Dagli studi che esplorano i vissuti dei padri si evince come i ricercatori internazionali, i professionisti formati che si occupano di lutto perinatale e tutte le Associazioni che sostengono e accompagnano i genitori dopo la perdita siano unanimi nel suggerire che è fondamentale prestare particolare attenzione al padre, ai suoi vissuti, e alle conseguenze a breve, medio e lungo termine del lutto sul benessere fisico, psichico, sociale e relazionale.

I padri hanno quindi il bisogno e il diritto di essere accolti, ascoltati, sostenuti e validati nel loro dolore.

“Un giorno ho detto a mia sorella: Non è solo Melissa ad aver perso un bambino, l’ho perso anche io. Non sono un operatore telefonico al quale chiedere solo notizie sulle condizioni di Melissa...

Chiedimi come sto. Ho perso il mio bambino.” (Bonnette & Broom 2012).

Il lutto dalla parte dei padri

La maggior parte degli studi sul lutto perinatale si sono focalizzati sull’esperienza materna, mentre i bisogni dei padri sono stati frequentemente ignorati. Per questo motivo ad oggi le nostre conoscenze dell’impatto dell’evento di perdita su di loro sono molto limitate rispetto alle numerose evidenze sulle madri.

Negli anni il presupposto di fondo sembra essere stato quello secondo cui la società riconoscesse solo alla donna la sofferenza, essendo colei che vive l’esperienza corporea della gravidanza (Nguyen, Temple-Smith, Bilardi, 2019). Si era convinti infatti che il padre non sentendo il proprio bambino crescere e muoversi dentro di sé, non instaurasse una relazione di attaccamento se non solo dopo la nascita.

In passato la ricerca sulla perdita in gravidanza si è prevalentemente focalizzata sull’utilizzo di una scala che potesse valutare l’entità dell’impatto del lutto sull’individuo e le sue capacità di fronteggiarlo: Perinatal Grief Scale, Toedter et al., 1988. Tali studi hanno generalmente concluso che le donne sperimentano livelli più elevati di dolore rispetto agli uomini pur citando spesso l’esistenza di norme culturali che incoraggiano l’interiorizzazione delle emozioni da parte degli uomini (ne è un esempio lo studio Stinson et al., 1992).

Ci si è chiesti dunque fino a che punto la misurazione del dolore attraverso questa scala sia sensibile alle modalità di espressione maschile del dolore. Mentre il verbo “misurare” tende a suggerire una oggettività dei risultati ottenuti, in realtà questo potrebbe non avvenire in quanto le differenze riscontrate tra padri e madri potrebbero essere riconducibili più al modo in cui gli uomini rispondevano agli item, ovvero rispettando le aspettative culturali sulla loro espressione delle emozioni, più che riportando i loro effettivi vissuti. Per questo motivo negli ultimi anni si sono

privilegiati studi di tipo qualitativo e non quantitativo in quanto ritenuti più rappresentativi dell'esperienza di lutto vissuta dai padri. Ciò permette di osservare come questi ultimi descrivono le loro emozioni e quali parole utilizzano per farlo. (Bonnette e Broom, 2012).

È fondamentale esplorare le esperienze degli uomini, ascoltare i loro vissuti di paternità e di lutto al fine di migliorare le conoscenze in quanto la perdita perinatale può essere una esperienza emotivamente devastante che può portare all'isolamento dei padri e che ha implicazioni sul benessere psicologico e sociale, sulle relazioni intime e sui futuri progetti di genitorialità. (Nguyen, Temple-Smith, Bilardi, 2019).

La morte del bambino si associa alla perdita dei sogni di una vita futura con lui è ciò provoca profonde ferite nella vita di entrambi i genitori e provoca in loro un grande dolore. (Due et al., 2017).

Non a caso aborto e morte perinatale sono stati inseriti tra gli eventi di vita stressanti (Paykel, 1970), traumatici (Xella, 2011, prefazione del libro *la tua culla è il mio cuore* di C. Rvaldi del 2011) e ad alto rischio di complicanze psichiche (Lancet Stillbirth Series 2016, OMS, 2019).

“Per trauma in psicopatologia si intende un'esperienza minacciosa estrema, insostenibile, inevitabile, di fronte alla quale un individuo è impotente” (Hermann, 1992).

Può riferirsi ad un unico evento singolo, a eventi multipli o ripetuti nel tempo, o a una serie di circostanze che vengono esperite da una persona come minacciose o pericolose dal punto di vista fisico o psicologico, e che hanno effetti negativi e duraturi sul benessere fisico, sociale, emotivo o spirituale. (SAMHSA, 2012, p. 2).

Il trauma crea una spaccatura profonda tra un prima ed un dopo, ed è caratterizzato dalla impossibilità di dare senso e significato all'evento di perdita.

L'evento traumatico vissuto viene immagazzinato in memoria corredato da emozioni, percezioni, cognizioni, sensazioni fisiche disturbanti che hanno caratterizzato quel momento. Se il trauma non viene elaborato continua nel tempo a provocare disagio ed espone al rischio di complicanze psichiche.

I padri e le emozioni del lutto

Uno dei risultati che si trovano con più frequenza nella letteratura è che gli uomini tendono ad esprimere meno le loro emozioni rispetto alle donne (Doucet, 2006; Dermott, 2008). Questo aspetto pare sia da attribuirsi alla tendenza degli uomini ad assumere ruoli di supporto piuttosto che concedersi la possibilità di esprimere le proprie emozioni (Versalle e McDowell, 2005). Tale

assunzione di ruolo ha alimentato ed alimenta tutt'ora l'ipotesi che gli esiti del trauma degli uomini siano bassi rispetto a quelli delle loro partner femminili.

Queste rappresentazioni troppo semplicistiche delle esperienze di salute e malattia, spesso guidate da ruoli sessuali, hanno ricevuto critiche significative in altre aree della sociologia (ad esempio nei lavori di Connell e Messerschmidt, 2005; Courtenay, 2009), ma poco nel contesto della perdita perinatale.

Le esperienze di lutto perinatale sono situate all'interno di aspettative socioculturali più ampie sul "ruolo maschile" che incoraggiano gli uomini ad essere forti ed indipendenti, nascondendo la propria ansia, la tristezza e il proprio dolore. Questi tratti correlati ad una idea di mascolinità prevedono anche che gli uomini non debbano cercare aiuto per il timore di apparire deboli (Saunders, Peerson, 2009).

"L'espressione delle emozioni nei maschi viene scoraggiata fin dalla più tenera età. Imparano presto che non devono piangere, perché solo le "femminucce" piangono e che di fronte agli ostacoli i maschi devono reagire mostrando la loro forza e nessun segno di debolezza o cedimento" (Ravaldi, 2024, Il Lutto perinatale. Un'esperienza complessa e dolorosa, pag. 85).

Molti dei padri che hanno preso parte agli studi hanno dichiarato di essere stati educati con l'insegnamento che gli uomini non piangono e che quando i loro bambini sono morti sebbene fossero molto tristi, non dovevano condividere quello che provavano con gli altri.

Gli studi che si concentrano specificamente sulle esperienze di perdita degli uomini dopo la morte perinatale, hanno illustrato la complessa difficoltà degli uomini nel destreggiarsi tra la possibilità di esprimere il proprio dolore ed essere di sostegno per la propria partner.

Alcuni uomini possono interiorizzare il loro dolore per proteggere la propria compagna (Bonneterre e Broom, 2012; O'Leary, 2005b). Molti di loro riferiscono inoltre di essere particolarmente preoccupati per le loro mogli e di non sapere cosa fare per poterle aiutare (Cacciatore et al., 2013; Lang et al., 2011).

Poiché i padri sono stati visti quasi esclusivamente come il sostegno per la madre dopo la perdita, le loro emozioni e le possibili sequele psicopatologiche negli anni sono state spesso trascurate.

McCreight (2004) ha sottolineato che i padri sono spesso stati costretti a mettere da parte il loro lutto per prendersi cura della loro moglie e che la loro tristezza e depressione sperimentata a seguito della perdita è stata trascurata dalla famiglia, dagli amici e dagli operatori sanitari. Sarebbe che i padri dovrebbero essere forti e sostenere le mogli indipendentemente dal loro stato psicologico, ma questo è un atteggiamento profondamente ingiusto che non prende minimamente in considerazione i loro vissuti emotivi ed i loro bisogni.

Un partecipante al medesimo studio afferma: *“Mi ci è voluto un po' di tempo per parlare con Jane (la compagna) della perdita del bambino perché pensavo di non poter scoppiare a piangere davanti a lei, dovevo essere forte per lei. Jane piangeva sulla mia spalla, era a pezzi e io piangevo dentro senza poterlo mostrare”*

Gli uomini soffrono da soli mentre cercano dei modi per sintonizzarsi con le emozioni delle loro partner per sostenerle durante il processo di elaborazione del lutto, per mostrare loro vicinanza, sostegno e forza, nonostante il loro dolore.

Per alcuni padri partecipanti allo studio di Pàbon, Fergusson, Palacios del 2019 questo meccanismo di adattamento ha contribuito a salvare la relazione coniugale. Alcuni partecipanti hanno descritto di essersi sentiti estranei all'interno della coppia, provando un distacco affettivo, di aver vissuto situazioni difficili di conflitto ed incomprensione soprattutto nelle prime settimane dopo la perdita, tuttavia riportano anche che con il passare del tempo, la coppia è riuscita a trovare delle strategie per superare le tensioni nella loro relazione.

Per quanto riguarda i casi di aborto spontaneo seppur siano state condotte ricerche molto limitate per comprendere l'esperienza degli uomini dopo questo tipo di perdita, i dati disponibili indicano che uomini e donne hanno diversi modi di reagire sebbene per i padri le emozioni riportate siano generalmente le stesse delle donne: dolore, depressione, ansia e stress (Due et. al, 2017)

Lo studio di Daly et. al. del 1996, se pur datato, mostra come nei 25 padri che avevano perso il loro bambino nelle prime 6 settimane i livelli di ansia misurati con la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond and Snaith, 1983) risultavano alti nel 36% dei partecipanti (“morbid level of anxiety”).

Altre emozioni frequentemente descritte in letteratura sono senso di impotenza o incapacità (soprattutto durante il travaglio ed il parto), un forte senso di responsabilità nel dover svolgere attività burocratiche e organizzative (come compilare moduli, firmare pratiche, prodigarsi per la sepoltura o per la cerimonia di commiato...) e nel dover informare familiari e amici della perdita. Molti padri hanno riferito come il doversi dedicare a questi aspetti non è stato facile in un momento così stressante per loro stessi, avrebbero voluto solamente del tempo per comprendere che cosa stava accadendo.

Alcuni studi indicano come i padri sperimentano shock, incredulità, disperazione, tristezza, frustrazione, inadeguatezza, e viene descritta la presenza di molti incubi notturni nei mesi successivi alla perdita (Cacciatore et al., 2013; Murphy 1998). Altri padri affermano di essersi sentiti “vuoti”, (Samuelsson et al., 2001), inutili e non in grado di controllare il dolore e la paura (Kavanaugh and Hershberg, 2005).

Le risposte dei padri alla perdita perinatale spesso si associano anche a sentimenti di colpa e di vuoto a causa della percezione del fallimento nel loro ruolo di supporto e protezione delle loro compagne (Armstrong, 2001). Questo accade poiché nonostante i loro tentativi continui di sostenere e rendere “meno dolorosa” l’esperienza di lutto nelle compagne, percepiscono che i loro sforzi sono vani visto che il percorso di elaborazione del lutto è un processo soggettivo e che ha tempi e modalità diverse per ogni genitore, anche all’interno della stessa coppia.

L’emozione di colpa si associa anche al pensiero secondo cui i padri si sentono responsabili per la perdita del loro bambino “*avrei dovuto portarla prima in ospedale*”, “*non l’ho protetta abbastanza, perché alla fine ha perso il bambino*” (Wagner et al. 2018).

Le esperienze emotive sono influenzate da diversi fattori, tra cui la relazione con la partner, il supporto familiare, la visione culturale della paternità e le caratteristiche personali (ad esempio, l’empatia o la capacità di comunicare le proprie emozioni).

È fondamentale sottolineare che sperimentare disagio e tutte le emozioni finora descritte dopo la perdita di un bambino è del tutto fisiologico poiché si associa al crollo delle aspettative, alla perdita di speranze e del sogno di diventare genitori (Strobe, Shut et al., 2007). Ma in alcuni casi si possono avere ripercussioni più gravi. Le ricerche indicano che ci possono essere molte conseguenze psicologiche, fisiche, sociali e finanziarie. Il disconoscimento del lutto degli uomini può avere un impatto ancora più dannoso sulla loro salute fisica e sul loro benessere psichico (Nguyen, Temple-Smith, Bilardi, 2019).

Il lutto in seguito alle perdite perinatali è associato a esiti negativi per la salute maschile, come ansia, depressione, disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e rischio di suicidio (Turton et al, 2006, Redshawe et al. 2014).

La scoping review del 2019 di Jones et al. nella parte dedicata all’impatto psicologico della perdita cita i risultati del lavoro di Christiansen del 2017, che nella sua revisione sistematica di 46 studi sulla perdita perinatale ha rilevato che entrambi i genitori valutano la morte del loro bambino come un evento altamente traumatico. Tuttavia, l’impatto della perdita, misurato attraverso la prevalenza di PTSD, era diverso tra madri e padri. La prevalenza del PTSD per le madri variava in tutti gli studi tra lo 0,6% e il 39%, mentre per i padri variava dallo 0% al 15%. Cinque studi della revisione di Christiansen hanno riscontrato che le madri hanno riportato un numero significativamente maggiore di sintomi di PTSD rispetto ai padri fino a 18 anni dopo la perdita. E’ importante sottolineare come i sintomi del PTSD non sono risultati significativamente diversi in base al fatto che la morte fosse avvenuta prima, durante o dopo la nascita, né tanto meno l’età gestazionale in cui è avvenuta la perdita è risultata associata al PTSD.

Vale la pena notare che Christiansen (2017) ha suggerito molteplici spiegazioni per le differenze di genere nella prevalenza del PTSD in seguito a morte perinatale. Una di queste è che i genitori si trovano di fronte a contesti sociali diversi dopo la perdita. Il vuoto lasciato dall'assenza di un bambino all'interno di una casa può essere maggiore per le madri, che possono aver passato più tempo per prepararsi all'arrivo del bambino e impiegano più tempo per tornare al lavoro. Questo espone le donne a un maggior numero di ricordi, pensieri intrusivi. Come già descritto precedentemente inoltre, le misure utilizzate per valutare i sintomi del PTSD potrebbero non riuscire a rappresentare pienamente le esperienze paterne di lutto. Infine, ci si aspetta che i padri per “mostrarsi forti” possono non segnalare alcuni sintomi o non rientrare tra i partecipanti delle ricerche in quanto non ricercano un supporto professionale. Di conseguenza, il lutto dei padri sembra meno diffuso, meno visibile e spesso trascurato dai ricercatori, operatori sanitari e clinici.

Nella review sistematica di Obst, Due et al. del 2019 che ha preso in esame 46 articoli (26 qualitativi e 19 quantitativi) emerge come, anche se l'esperienza del lutto è stata molto varia e le modalità di reazione al lutto sono state diverse, si è riscontrata una tendenza generale tra i partecipanti all'uso di strategie di coping attive o focalizzate sui problemi: “*mantenersi occupati*” e “*andare avanti*”, ricercare distrazioni, aumentare l'attività sportiva e l'esercizio fisico, iperinvestire sul lavoro, dedicarsi alle attività domestiche, o ad hobby creativi e pratici, come la lavorazione del legno, la pittura o la scrittura. Alcuni padri hanno dichiarato di aver affrontato la situazione tornando subito a lavoro “*Mi tengo occupato. Sono praticamente uno stacanovista. È quello che faccio quando sono triste. Mi tengo occupato. È questo che mi fa superare la cosa*” (O'Leary, Thorwick, 2006).

Per affrontare le emozioni spiacevoli correlate al lutto gli uomini ricorrono dunque molto spesso a distrazioni, a comportamenti di evitamento attivo o all'utilizzo di strategie disfunzionali come ad esempio il consumo di alcolici, o l'utilizzo di sostanze. Questa mancanza di espressione dell'angoscia e del lutto può essere influenzata da una mancanza di riconoscimento del proprio dolore, dalle aspettative sociali che vedono l'uomo come forte e stoico, e dalla responsabilità di essere un sostegno per la loro partner. (Rineahrt, Kiselica, 2010; Johnson, Puddifoot, 1997).

“Molti padri di fronte al lutto perinatale rimangono come imprigionati dietro un vetro partecipano a tutto ciò che accade memorizzano tutto quello che viene fatto e detto assistono alla sofferenza della compagna, danno la cattiva notizia ad amici e parenti si occupano degli altri figli, rimanendo però lontani da ciò che loro stessi sentono”

(Ravaldi, 2024, Il lutto perinatale. Un'esperienza complessa e dolorosa, pag.85)

I padri e la genitorialità

Fino a non molti anni fa era opinione comune che il padre creasse un legame affettivo con il figlio solo dopo la sua nascita, come se solo l'esperienza fisica di contatto e quella visiva potessero promuoverlo.

Studi recenti dimostrano come l'attaccamento con il proprio bambino e la preparazione del padre al suo ruolo di paternità inizia già in gravidanza (Wagner et al., 2018; Alio et al., 2013).

“Quando Caitlin era incinta, nostro figlio rispondeva sempre al suono della mia voce. Mentre eravamo a letto pronti prima di addormentarci, io gli facevo un po' di coccole, allungavo la mano sul pancino di mia moglie per giocare con lui e sentivo che lui si muoveva, che calciava e allora io continuavo spostando la mano.” (Bonnette & Broom, 2012)

La costruzione della relazione tra padre e bambino è influenzata da molti fattori quali: la qualità della relazione tra i coniugi, la settimana di gravidanza, gli ormoni, la pianificazione della gravidanza e l'ambiente socio-culturale (Alio et al., 2013; Avelin et al., 2011).

Durante la gravidanza, i padri accolgono nella loro mente una creatura che non hanno mai visto, che non portano in grembo, sognano il futuro e che tipo di padre saranno (Aydin & Kabukcuoğlu, 2020).

La gravidanza desiderata favorisce un fisiologico attaccamento prenatale: quel legame tra genitori e nascituro che si evolve nel tempo, passando mese dopo mese da un piano simbolico a un piano di realtà. Il legame prenatale rafforza le fantasie materne e paterne sull'aspetto del bambino, anche il bambino immaginato ha delle sembianze sue proprie, seppur ipotetiche, mentre il bambino reale ha una sua identità fisica, che i genitori, iniziano ad avvertire in modo più profondo quando iniziano i movimenti percepibili (Ravaldi, 2023).

Gli uomini che sentivano di aver sviluppato un forte legame con il loro bambino durante la gravidanza hanno descritto un dolore più intenso in seguito alla perdita rispetto ai padri che a causa di uno scarso coinvolgimento, o poichè la perdita era avvenuta ad una età gestazionale precoce, hanno dichiarato di non aver sentito alcun tipo di legame prenatale (Obst, 2019; Hamama-Razz et al., 2010; Fisher, 2002; Murphy, 1998).

Alcuni padri hanno riferito inoltre di aver consapevolmente cercato di non affezionarsi durante la gravidanza, a causa di precedenti esperienze di perdita o di diagnosi di una malattia incompatibile con la vita (Campbell-Jackson et al, 2014). Anche in questi casi, il dolore è stato riferito come meno intenso.

Molti padri hanno indicato come la partecipazione agli appuntamenti ostetrici, alle ecografie (che permettono di vedere il bambino ed ascoltare il suo battito cardiaco), agli incontri del corso di accompagnamento alla nascita e il trascorrere del tempo con il bambino (nel caso di nascite premature o a termine) aveva promosso e favorito la formazione dell'attaccamento (Weaver-Hightower, 2012; Bonnette, 2012)

Studi quantitativi hanno esplorato il legame tra dolore rilevato attraverso la PGS e tre diversi parametri che influenzano l'attaccamento tra padre e bambino: l'aver visto una ecografia, la vividezza delle immagini mentale del proprio figlio e l'età gestazionale.

Gli uomini che avevano visto un'immagine ecografica avevano un punteggio totale medio alla PGS di 23 punti in più rispetto a quelli che non avevano visualizzato alcuna immagine (Puddifoot J, Johnson M, 1997). Gli stessi autori in uno studio del 1998 hanno rilevato come gli uomini che avevano una vivida immagine visiva del loro bambino misurata dal questionario *Baby Vividness of Visual Imagery* avevano un punteggio totale medio alla PGS di 40 punti più alto rispetto a coloro che non l'avevano. Per quanto riguarda il parametro legato al momento in cui è avvenuta la perdita, l'aumento dell'età gestazionale è stata associata a punteggi alla scala PGS più elevati (Huffman et al. 2015; Cope et al., 2015; Rich, 2000).

Gli studi qualitativi che riportavano le descrizioni dei padri che avevano subito una perdita nelle diverse età gestazionali hanno invece mostrato un quadro molto diverso: i padri che avevano avuto perdite in età gestazionali precoci non hanno descritto un lutto meno intenso rispetto a quelli con perdite più tardive (McCreight, 2004; Cholette, 2012; Jones-Peebles, 2014).

Anche gli studi qualitativi sull'aborto spontaneo hanno evidenziato che le descrizioni fatte dai padri del proprio dolore non erano diverse da quelle di coloro che avevano perso il proprio bambino nel terzo trimestre di gravidanza, durante il parto o dopo la nascita (Tennenbaum, 2008; Fisher, 2002).

Questa disparità di risultati tra studi quantitativi e qualitativi pone nuovamente l'accento sulla possibilità che la PGS possa non essere lo strumento utile per la rilevazione del dolore negli uomini e che andrebbero privilegiati studi che permettano ai padri di descrivere con le proprie parole i loro vissuti emotivi.

Un altro tema centrale oltre all'attaccamento, a cui è stato dato molto rilievo nella letteratura recente è quella della difficoltà degli uomini che hanno subito una perdita perinatale a riconoscersi il ruolo di padre. Gli uomini tendono a provare una certa ambivalenza, sanno di esserlo stati fino al momento della perdita ma non riescono a definirsi tali dopo di essa. Anche nel caso della presenza di altri figli vivi quando viene chiesto loro di quanti figli sono genitori fanno fatica ad includere i bambini che hanno perduto.

Definirsi padri è molto più complicato nei casi di perdite precoci, a causa principalmente del non riconoscimento dell'esperienza traumatica nei padri e della mancanza di rituali che possono essere condivisi e che rendano "reale" l'esperienza di perdita.

Nelle perdite che avvengono in età gestazionali più avanzate, in cui ai padri è stata offerta la possibilità di vedere, prendersi cura del proprio bambino morto e hanno deciso di farlo, i genitori descrivono il tempo passato con lui come una esperienza di paternità.

Raccogliere ricordi come le impronte delle mani e dei piedi, fare delle foto, poter lavare il proprio bambino, tagliare una ciocca di capelli se presenti, vestirlo, tenerlo in braccio vengono percepiti come momenti in cui hanno potuto sperimentare, se pur per breve tempo, la loro genitorialità e questo si è rilevato molto prezioso per affermare la loro identità di padre. (Samuelsson et al. del 2001; Broom, 2012).

Nello studio di McCreight del 2004 invece l'incontro con il bambino morto viene descritto come dannoso e traumatico negli uomini, i partecipanti hanno però affermato che questo fosse stato determinato dal fatto di non essere stati adeguatamente supportati ed accompagnati dagli operatori sanitari in questo delicato e doloroso momento.

In passato si proibiva di vedere il bambino dopo la perdita perché si era convinti che farlo avrebbe causato troppo dolore ai genitori, si è poi osservato invece che vederlo promuove l'elaborazione del lutto ed evita che il bambino nato morto o morto prematuramente resti un fantasma nella mente dei genitori (Ravaldi, 2023).

Le linee guida internazionali (SANDS, 2016; PSAZ 2006) le recenti raccomandazioni italiane ("Gestione della morte endouterina fetale. Prendersi cura della natimortalità", 2023) indicano come per una assistenza rispettosa in seguito a morte perinatale sia fondamentale che gli operatori sanitari proponano e promuovano l'incontro dei genitori con il loro bambino senza vita.

"Quando è nato nostro figlio lo abbiamo visto. Una testa piena di capelli ricci assolutamente meravigliosi, un bel viso....era semplicemente bellissimo...era perfetto," (Worth, 1997) .

Interventi psicoterapeutici

Sebbene il lutto è una reazione fisiologica ad un evento di perdita, possono verificarsi complicanze psichiche dovute: al non riconoscimento sociale dell'evento di perdita perinatale, alla non condivisibilità in quanto ancora troppo spesso la nascita affiancata alla morte viene considerata un tabù di cui è meglio non parlare, alla ricorrenza della perdita (come nei casi di aborti ripetuti), alle traumatizzazioni secondarie dovute agli errori comunicativi verbali e non da parte degli operatori

sanitari, allo status psicopatologico dei genitori prima della perdita. In questi casi sono necessario oltre ad interventi di sostegno al lutto, anche interventi psicoterapeutici.

A tutt'oggi gli studi che prendono in considerazione gli effetti di un trattamento psicoterapeutico mirato ad una riduzione della sintomatologia legata alle eventuali sequele psichiche del lutto perinatale, sono pressoché inesistenti. Seppur molto esigue, la maggior parte delle ricerche sono state effettuate sulle madri, lasciando ancora una volta i padri privi di un riconoscimento del loro lutto e degli eventuali esiti psicologici.

A causa della mancanza di studi randomizzati in questo settore, gli autori della revisione *“Support for mothers, fathers and families after perinatal death”* (2013) affermano di non essere in grado di fornire indicazioni chiare su quali siano gli interventi più efficaci volti a fornire un supporto appropriato, adeguato e sensibile per i genitori e le famiglie dopo una morte perinatale. Questo perchè da un lato i dati empirici disponibili sono scarsi e molto variabili tra loro, e dall'altro gli studi prendono in considerazione dimensioni difficilmente comparabili per poter trarre conclusioni valide. Sono quindi necessari ulteriori studi metodologicamente rigorosi che garantiscano misure di esito chiaramente definite (valutate con strumenti psicometrici standard, per quanto possibile convalidati per lo scopo), nonché dati numericamente completi e presentati in modo appropriato, e da ultimo che sia presente un adeguato follow-up.

Tuttavia, fornire supporto dopo una perdita perinatale è fondamentale e gli autori hanno evidenziato tre temi centrali nell'assistenza: un profondo rispetto per l'individualità e la diversità del lutto, il rispetto per il bambino morto e il riconoscimento del potere di guarigione e della resilienza dello spirito umano. È indubbio che un'assistenza compassionevole e sensibile sia preziosa per i genitori e le famiglie in lutto (Janzen 2003-2004; Kirkley-Best 1982; Mashegoane 1999; Murray 2000; Wing 2001).

Sebbene due studi (Forrest 1982; Lilford 1994) abbiano incluso i partner negli interventi di sostegno al lutto, questi non hanno portato a risultati e conclusioni specifiche.

Gli autori della review e meta-analysis *“Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for Improving the Mental Health and Other Psychosocial Outcomes of Parents with Perinatal Loss”*

hanno preso in esame studi che coinvolgevano genitori (padri, madri o entrambi) che hanno perso il loro bambino a causa di un aborto spontaneo, morte endouterina fetale, perdita neonatale, gravidanza ectopica o interruzione della gravidanza dovuta ad anomalie fetali, a distanza di massimo un anno dalla perdita.

Lo studio ha identificato cinque approcci d'intervento non farmacologici: interventi cognitivi (n = 7), counselling (n = 7), interventi di supporto (n = 4), esercizi corporei di connessione mente-corpo (n = 2) e psicoterapia interpersonale (n = 1).

Gli interventi cognitivi prevedevano l'utilizzo di tecniche come la CBT, la mindfulness, la meditazione, la psicoeducazione sulla perdita perinatale e il training per favorire l'incremento di abilità di coping. Gli interventi di supporto si sono concentrati principalmente sul supporto emotivo e informativo per i genitori. Gli esercizi di connessione mente-corpo prevedevano sedute di meditazione e yoga.

I risultati indicano che gli interventi non farmacologici sono efficaci nell'alleviare i sintomi psicologici dei genitori tra cui l'impatto del lutto nella vita quotidiana, il PTSD, la depressione e l'ansia, aumentando al contempo il sostegno sociale percepito rispetto ai gruppi di controllo.

Inoltre l'analisi rileva come gli interventi di tipo cognitivo sono gli approcci più efficaci per una migliore elaborazione del lutto, per la riduzione dei livelli di dolore, stress, depressione ed ansia nei genitori che hanno subito una perdita rispetto a interventi di counselling e corporei. E' fondamentale però, anche se non hanno avuti risultati significativi a causa ad un limitato numero di studi effettuati, comprendere come inserire interventi mente-corpo come lo yoga all'interno dei trattamenti poiché possono aiutare i genitori, in particolare le madri nel migliorare la qualità del sonno e nel recupero fisico.

Non avendo a disposizione studi che valutano l'esito dei trattamenti psicoterapeutici sugli uomini, prenderò in esame alcune ricerche che si sono focalizzate sulle madri al fine di comprendere quali interventi siano risultati efficaci.

Sono indispensabili ulteriori ricerche per valutare l'effetto di interventi psicoterapeutici per i padri che hanno subito una perdita perinatale.

Kersting et al, 2011a) hanno progettato, sperimentato e valutato un protocollo di terapia cognitivo-comportamentale online adattato dal programma basato sulla terapia online di Wagner per i pazienti che soffrono di lutto complicato e lo hanno adattato al fine di poterlo utilizzare con le madri che avevano recentemente sperimentato una perdita in gravidanza (aborto spontaneo, interruzione terapeutica di gravidanza, o morte endouterina fetale).

Il disturbo da stress post-traumatico è stato misurato prima e dopo l'intervento utilizzando la scala dell'impatto dell'evento (IES; Horowitz et al., 1979).

Rispetto al gruppo di controllo, il gruppo che aveva partecipato al percorso di terapia cognitivo-comportamentale online, ha mostrato miglioramenti significativi nella riduzione dello stress post

traumatico ($P = 0,012$), nell'intensità del lutto ($P = 0,001$) e nella salute mentale complessiva ($P = 0,004$).

In un secondo studio del 2013 Kersting et al. ha riscontrato nuovamente una riduzione dei sintomi del PTSD nel gruppo di trattamento dopo l'intervento CBT rispetto al gruppo di controllo questa volta utilizzando la versione tedesca dell'IES-Revised (IES-R; Maercker & Schützwohl, 1998).

Caroline J. Hollins Martin e Katrina Reid nel loro lavoro "*A scoping review of therapies used to treat psychological trauma post perinatal bereavement*" hanno cercato di valutare quali fossero i trattamenti più efficaci per il trattamento del trauma a seguito di un lutto perinatale o dopo esperienze di parto traumatiche nelle madri. Sono stati identificati 23 articoli che prendevano in esame 10 tipi di interventi differenti. Di questi solo 4 si concentravano sul lutto perinatale, 3 di questi si sono rilevati efficaci: due fanno riferimento agli studi sugli interventi CBT di Kersting sopra esposti e l'altro è lo studio di Navidian et al., 2017 che ha rilevato come dopo 4 sessioni di counselling sul lutto i sintomi traumatici in 50 donne che avevano avuto una perdita perinatale si sono ridotti.

In tutti questi lavori presentati ci sono delle limitazioni: i partecipanti sono esigui, sono solo donne, le descrizioni degli interventi sono poco accurate e nessuno di essi prende in considerazione la nuova diagnosi proposta dall'ICD-11 di PTSD complesso (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2018).

Poiché il 39% delle donne sperimenta un PTSD o un cPTSD dopo il lutto perinatale (Christiansen, 2017; Martin et al., 2021), è veramente importante che vengano sviluppati e valutati nuovi trattamenti flessibili ed efficaci.

Lo studio di Martin, ha rilevato inoltre che il cPTSD è una condizione più comune rispetto al disturbo da stress post-traumatico in un campione di donne che avevano vissuto un lutto perinatale in una regione geografica della Scozia. Delle 74 partecipanti che hanno compilato l'ITQ (questionario internazionale sui traumi), il 10,8% ($n=8$) ha soddisfatto i criteri per PTSD e 29,7% ($n=22$) per CPTSD, pari a un totale del 40,5% delle partecipanti.

I dati suggeriscono inoltre che la *Compassion Focus Therapy* (CFT) e l'*EMDR* possono essere interventi utili ed efficaci.

La CFT sembra essere un intervento promettente per ridurre l'impatto dell'evento traumatico sulle madri che hanno subito una perdita perinatale vi è quindi la necessità di studi futuri che ne valutino il suo utilizzo su ampia scala e anche su un campione di padri con la stessa esperienza di lutto.

Poche ricerche hanno indagato gli esiti sulla salute mentale delle donne che hanno subito un lutto perinatale dopo un percorso di psicoterapia interpersonale (IPT). (Johnson et al., 2016; Neugebauer

et al., 2007). Questi studi mostrano un miglioramento della sintomatologia ansiosa, depressiva e una riduzione del PTSD.

Al termine di questo breve excursus sugli studi che hanno come campione le madri che hanno subito una perdita perinatale è fondamentale ribadire come le ricerche future debbano necessariamente orientarsi sulla valutazione degli esiti di interventi psicoterapeutici nei padri al fine di individuare quelli più efficaci e che siano in grado di migliorare il loro benessere psicofisico.

Il lutto perinatale, come già precedentemente accennato, è un evento soggettivo e quindi ogni madre, padre, membro della famiglia esprime in modo differente i suoi peculiari vissuti di perdita. Allo stesso modo ogni famiglia è diversa dalle altre, ha quindi un suo percorso di vita, le proprie radici culturali e il suo modo unico di vivere la morte del bambino e di affrontarne il lutto che ne deriva.

Il mancato riconoscimento sociale del lutto perinatale provoca importanti ricadute psicologiche, in quanto la negazione del lutto, che, purtroppo, è parte della nostra cultura, determina, nella mente di molti, il pensiero che un bambino non nato non può essere morto e, non essendo morto, il lutto non può essere accettato. Non riconoscendo ai genitori, alla famiglia e a tutti coloro che sono colpiti dalla perdita perinatale l'origine della loro sofferenza, non si permette loro di creare ricordi e di narrare la propria storia di perdita. Se, però, il ricordo viene negato non è possibile alcuna elaborazione del lutto.

E' fondamentale fornire ai padri l'opportunità di poter avere accesso a supporti psicologici o a gruppi di auto mutuo dove poter essere liberi di esprimere tutte le loro emozioni ed integrare la morte del proprio bambino all'interno della loro storia di vita.

Conclusioni

I padri, pur vivendo come le madri l'esperienza di perdita perinatale, sono stati per anni ignorati e lasciati soli nelle loro esperienze di dolore sentendosi spesso esclusi fin dal momento della diagnosi di morte o di prognosi infausta. Ricerche recenti hanno sottolineato l'importanza di comprendere come gli uomini vivano e affrontino questo lutto che spesso viene sottovalutato, non adeguatamente esplorato e negato. Questo è da attribuirsi da un lato agli stereotipi sul ruolo dell'uomo nella nostra società e più specificatamente nei momenti traumatici e di difficoltà all'interno della coppia o nella famiglia, dall'altro a causa di una tradizione medica focalizzata quasi esclusivamente sull'impatto della perdita di un figlio nelle madri.

La letteratura suggerisce come i padri vivano un costante conflitto emotivo tra l'essere di supporto alle loro compagne e l'esprimere la propria sofferenza che pare non aver diritto di essere mostrata, fanno di tutto per non deludere le aspettative sociali di come un uomo dovrebbe comportarsi di

fronte a situazioni traumatiche come quella della perdita del proprio figlio. Non esprimono apertamente il loro dolore per non sembrare vulnerabili o per il timore di essere responsabili di ulteriore tristezza e dolore alle loro partner.

Il lutto dei padri è quindi spesso un lutto silenzioso e solitario. Molti di loro hanno descritto la loro esperienza luttuosa come una costante invalidazione da parte delle famiglie, degli amici, degli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza.

Il non riconoscimento delle loro emozioni e dello status di padre ha fatto sì che sperimentassero un pervasivo senso di inadeguatezza che ha favorito comportamenti di isolamento e ritiro sociale.

La morte di un figlio indipendentemente dall'età gestazionale in cui avviene porta con sé un senso di fallimento del proprio ruolo genitoriale per non aver protetto il nucleo familiare nonché un senso di profonda impotenza data dall'impossibilità di poter fare qualcosa affinché la perdita non avvenisse.

Un altro aspetto cruciale emerso è la carenza di un supporto psicologico per i padri che spesso, si trovano da soli immersi in un turbinio di emozioni senza l'opportunità di poterle condividere. Gli studi presentati evidenziano come sia importante proporre ai padri degli spazi a loro dedicati dove poter esprimersi senza sentirsi in nessun modo giudicati, dove la propria tristezza non venga banalizzata ed il dolore riconosciuto.

Includere entrambi i genitori nei percorsi di cura promuove una elaborazione del lutto che tenga conto dei bisogni emotivi sia dei padri che delle madri, equiparandone il valore e permettendo una condivisione dei vissuti, una migliore comunicazione e vicinanza reciproca. Il coinvolgimento dei padri dovrebbe essere visto come una parte essenziale di un approccio globale e condiviso. Questo permette di fornire degli strumenti ai padri che favoriscano l'utilizzo di strategie di fronteggiamento più sane, funzionali, efficaci e l'espressione di tutte le emozioni in maniera autentica e senza filtri scoraggiando il ricorso a coping disfunzionali e distruttivi quali l'evitamento emotivo, "distogliere" il pensiero dalla perdita, il ricorso all'uso di alcool o droghe, l'attività fisica eccessiva.

Spesso i padri hanno la tentazione di cercare di velocizzare il processo di elaborazione e credono che provare a razionalizzare la perdita possa essere un modo utile. Quei padri che si concedono la possibilità di so-stare nelle emozioni, spostandosi dalla modalità del "fare" a quella dell' "ascolto", del "sentire", dell' "accogliere" sperimentano: come non è necessario né tanto meno utile imporsi dei limiti temporali entro cui dover dimostrare di stare meglio, che la perdita non va "superata" ma integrata nel proprio percorso di vita e nella storia personale, di coppia e familiare; che l'esperienza di lutto ha origine da una esperienza di amore intenso e profondo (Ravaldi, 2023). Amore che inizia

fin dal momento in cui i genitori iniziano a desiderare di avere un bambino e che prosegue per sempre.

Il supporto, la vicinanza e l'accoglienza da parte di persone care e dei professionisti sanitari è fondamentale per il riconoscimento della propria genitorialità e di tutti i vissuti correlati alla perdita di un bambino durante tutta la gravidanza, il parto e nell'anno successivo alla nascita.

Se al contrario il lutto viene ignorato o non validato si è di fronte a traumatizzazioni secondarie che ostacolano il percorso elaborativo e aumenta la probabilità di incorrere in un lutto complicato e in sequele psicologiche a lungo termine quali disturbi depressivi, disturbi d'ansia e PTSD. *“Il PTSD può durare anni, ripresentarsi durante la successiva gravidanza e ostacolare una paternità serena e consapevole”* (Ravaldi, 2022, Piccoli Principi. Attraversare il lutto perinatale, pag. 119).

È necessario promuovere una maggiore consapevolezza riguardo alla sofferenza dei padri dopo la perdita del loro bambino, non solo tra gli operatori della salute, ma anche tra i familiari e nella società in generale.

“Per elaborare un lutto occorre(rebbe) un intero villaggio”

(Ravaldi, 2014, Piccoli Principi. Attraversare il lutto perinatale, pag. 42)

Implementare le ricerche e gli studi sul lutto perinatale nei padri può contribuire a sensibilizzare i legislatori sulle politiche sociali ed economiche a tutela dei padri che nel nostro Paese solo a partire dal 2022 possono beneficiare di 10 giorni di congedo parentale solo nel caso in cui la perdita avvenga sopra i 180 giorni corrispondenti a 25+5 settimane di epoca gestazionale, mentre le madri possono usufruire di 3 mesi (12 settimane) di astensione per maternità.

Nessun giorno è previsto per i padri nel caso in cui la perdita avvenga prima di questo termine, in questo caso alle madri non va meglio in quanto sono possibili solo 7 giorni di malattia rinnovabili su loro richiesta.

Che cosa favorisce una corretta elaborazione del lutto nei padri?

- la presenza di personale ospedaliero e territoriale formato sulla comunicazione salutogenica che possa fornire un sostegno precoce al lutto in ottica trauma orientata e che includa il padre in tutto il percorso dalla diagnosi di morte del proprio bambino, durante il ricovero della compagna, e dopo la dimissione.
- la presenza di una relazione di coppia stabile in cui ognuno dei partner possa liberamente esprimere i rispettivi bisogni e sentire che questi vengono accolti, ascoltati, non giudicati e rispettati anche se non in linea con i propri;

- la presenza di una famiglia di origine che offre presenza, affetto, disponibilità emotiva e che non alimenti gli stereotipi di genere legati a come gli uomini dovrebbero o non dovrebbero esprimere le loro emozioni ed i propri vissuti legati al lutto;
- la presenza di una rete territoriale supportiva che fornisca le giuste informazioni sugli aspetti emotivi, psichici, fisici e sociali del lutto perinatale senza patologizzarlo;
- il riconoscersi di aver bisogno di aiuto e concedersi del tempo per prendersi cura di sé al fine di integrare l'esperienza di perdita nella propria vita, nella propria storia personale dando il proprio personale significato;
- il riconoscimento sociale della perdita, della storia di quel bambino e del ruolo di padre di tutti gli uomini che hanno desiderato i loro figli ma che non possono stringerli tra le braccia;
- la riduzione del tabù sul lutto perinatale, poiché questo favorisce la comunicabilità della perdita perinatale all'esterno della propria famiglia.

Sono necessarie ulteriori ricerche sull'esperienza di dolore degli uomini in seguito a un lutto perinatale che si concentrino su loro benessere fisico, mentale, sociale e sui loro bisogni con l'obiettivo finale di migliorarne l'assistenza.

“Non è possibile curare la morte, ma è possibile prendersi cura del dolore che resta”

(Ravadi, 2014, Piccoli Principi, pag. 88)

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA), (2013). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*. American Psychiatric Publishing (trad.it a cura di Massimo Biondi. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quinta Edizione. DSM-5. Raffaello Cortina Editore, Milano 2014).

Alio, A.P., Lewis, C.A., Scarborough, K., Harris, K., & Fiscella, K. (2013). *A community perspective on the role of fathers during pregnancy: A qualitative study*. BMC Pregnancy and Childbirth, 13, 2–11.

Armstrong, D. (2001). *Exploring fathers' experiences of pregnancy after a prior perinatal loss*. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 26, 147–153.

Armstrong, D.S. (2004). *Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 33, 765–773.

- Avelin, P., Erlandsson, K., Hildingsson, I., & Rådestad, I. (2011). *Swedish parents' experiences of parenthood and the need for support to siblings when a baby is stillborn*. *Birth*, 38, 150–158.
- Aydin, R., & Kabukcuoğlu, K. (2020). *Fathers' Experiences of Perinatal Loss: A Sample Meta-Synthesis Study*. *Journal of family issues* 1-28.
- Bonnette, S., & Broom, A. (2012). *On grief, fathering and the male role in men's accounts of stillbirth*. *Journal of Sociology*, 48, 248-265.
- Campbell-Jackson, L., Bezance, J., & Horsch, A. (2014). *A renewed sense of purpose: Mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth*. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14(1):423.
- Cacciatore, J. (2013). *Psychological effects of stillbirth*. *Semin Fetal Neonatal Med.*;18(2):76–82.
- Cholette, ME. (2012). *Exploring the meaning of the paternal experience of perinatal loss: a phenomenological study*. University of Arizona.
- Connell, R.W., & Messerschmidt, J.W. (2005). *Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept*. *Gender & Society* 19(6): 829–59.
- Cope, H., Garrett, M.E., Gregory, S., & Ashley-Koch, A. (2015). *Pregnancy continuation and organizational religious activity following prenatal diagnosis of a lethal fetal defect are associated with improved psychological outcome*. *Prenatal Diagnosis* 35(8):761–8.
- Courtenay, W. (2009). *Theorising Masculinity and Men's Health*. Broom and P. Tovey Editions. *Men's Health: Body, Identity and Social Context*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Christiansen, D.M. (2017). *Posttraumatic stress disorder in parents following infant death: a systematic review*. *Clin. Psychol. Rev.* 51, 60–74.
- Christiansen, D.M., Olf, M., & Elklit, A. (2014). *Parents bereaved by infant death: sex differences and moderation in PTSD, attachment, coping and social support*. *Gen. Hosp. Psychiatry* 36, 655–661.
- Christiansen, D., Elklit, A., & Olf, M. (2013). *Parents bereaved by infant death: PTSD symptoms up to 18 years after the loss*. *Gen. Hosp. Psychiatry* 35, 605–611.
- Daly, S.F., Harte, L., O'Beirne, E., Mcgee, H., & Turner, M. (1996). *Does miscarriage affect the father?*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* Vol. 16, 260-266.
- Ducet, A. (2006). *Estrogen-Filled Worlds: Fathers as Primary Caregivers and Embodiment*. *The Social Review*, Volume 54, uscita 4, 696-716.
- Due, C., Chiarolli, S., & Riggs, D.W. (2017). *The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review*. *BMC Pregnancy, Childbirth* 2017; 17: 1–14.
- Fisher, K.A. (2002). *Miscarriage: A phenomenological approach to the father's experience*. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 62(11-B):5032.
- Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato SIGO, AOGOI, AGUI (2023). *Gestione della morte endouterina fetale (MEF). Prendersi cura della natimortalità*. <https://www.aogoi.it/media/8827/17-raccomandazioni-mef-definitiva-7-febbraio-2023-min.pdf> consultato il 16.02.2025.
- Forrest, G. (1989). *Care of the bereaved after perinatal death*. Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC editor(s). *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press:1423-30.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion-focused therapy: distinctive features. The CBT distinctive features series*. London; New York: Routledge.
- Hamama-Raz, Y., Hemmendinger, S., & Buchbinder, E. (2010). *The unifying difference: dyadic coping with spontaneous abortion among religious Jewish couples*. *Qualitative Health Research*;20(2):251–61.
- Hollins Martin, C.J., & Reid, K. (2023). *A scoping review of therapies used to treat psychological trauma post perinatal bereavement*. *J Reprod Infant Psychol*.
- Huffman, C.S., Schwartz T.A., & Swanson, K.M. (2015). *Couples and miscarriage: the influence of gender and reproductive factors on the impact of miscarriage*. *Womens Health Issues*. 25(5):570–8.
- ISTAT (2023). *Aborti spontanei- dimissioni rispetto a luogo di residenza della donna*. http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_ABORTISPONTN consultato il 16.02.2025.
- Janzen, L., Cadell, S., & Westhues, A. (2003-2004). *From death notification through the funeral: Bereaved parents' experience and their advice to professionals*. *Omega: Journal of Death and Dying*, 48(2), 149–164.
- Johnson, M.P., & Puddifoot, J.E. (1998). *Miscarriage: is vividness of visual imagery a factor in the grief reaction of the partner?* *Br J Health Psychol*. 3:137–46.
- Jones-Peeples, A.E. (2014). *Understanding paternal experience of perinatal loss and maternal expectations*. *Dissertation Abstracts International: Section B*. In: *The Sciences and Engineering*, vol. 74; 10-B(E).

- Jones, K., Robb, M., Murphy, S., & Davies, A. (2019). *New understandings of fathers' experiences of grief and loss following stillbirth and neonatal death: A scoping review*. *Midwifery*, 79, 102531.
- Johnson, J.E., Price, A.B., Kao, J.C., Fernandes, K., Stout, R., Gobin, R.L., & Zlotnick, C. (2016). *Interpersonal psychotherapy (IPT) for major depression following perinatal loss: a pilot randomized controlled trial*. *Arch Womens Ment Health*;19(5):845-59.
- Kavanaugh, K., & Hershberger, P. (2005). *Perinatal loss in low-income African American parents*. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34, 595–605.
- Kelley, M.C., & Trinidad, S.B. (2012). *Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth-a qualitative analysis*. *BMC Pregnancy Childbirth*. 27(12):137.
- Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S., & Wagner, B. (2011). *Internet-based treatment after pregnancy loss: concept and case study*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 32(2):72-8.
- Kirkley-Best E., & Kellner, K.R. (1982). *The forgotten grief: a review of the psychology of stillbirth*. *American Journal of Orthopsychiatry*;52(3):420-9.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basi Books.
- Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., & Flenady, V. (2013). *Support for mothers, fathers and families after perinatal death*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD000452.
- Lang, A., Fleischer, A.R. et al. (2011). *Perinatal loss and parental grief: the challenge of ambiguity and disenfranchised grief*. *Omega*; 63: 183-196.
- Lamon, L., De Hert, M., et al. (2022). *Depression and post-traumatic stress disorder after perinatal loss in fathers: A systematic review*. *European Psychiatry* 28;65(1):e72.
- Lawn, J.E., Blencowe, H., Pattinson, R., et al (2011). *The Lancet's Stillbirths Series steering committee. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count?* *Lancet*: 1449
- Li, S., Yang, L. et al. (2024). *Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for Improving the Mental Health and Other Psychosocial Outcomes of Parents with Perinatal Loss* *Wiley Depression and Anxiety*. Volume 2024, 13 pages
- Lilford, R.J., & Harrison, S. (1994). *Health services research: what it is, how to do it, and why it matters*. *Health Serv Manage Res*. Nov;7(4):214-9.
- Lok, I.H., & Neugebauer, R. (2007). *Psychological morbidity following miscarriage*. *Best Practise. Res Clin Obstet Gynaecol*;21(2):229-47.
- Marks, D.F. (1973). *Visual imagery differences in the recall of pictures*. *British Journal of Psychology*. 64 (1): 17–24.
- Martin, C.J.H., Patterson, J., Paterson, C., Welsh, N., Dougall, N., Karatzias, T., & Williams, B. (2021). *ICD-11 complex Post Traumatic Stress Disorder (CPTSD) in parents with perinatal bereavement: Implications for treatment and care*. *Midwifery*. 96:102947.
- Mashegoane, S., Mabasa, L., & Mashego, T. (1999) *Stillbirth grief in hospital settings: assessing the intervention practices of professional helpers*. Madu S, Baguma P, Pritz A editor(s). *Cross-cultural Dialogue on Psychotherapy in Africa*. Sovenga, South Africa:UNIN Pres, 1999:374.
- McCreight, B.S. (2004). *A grief ignored: Narratives of pregnancy loss from a male perspective*. *Sociology of Health & Illness*, 26(3), 326–350.
- Murphy, F. A. (1998). *The experience of early miscarriage from a male perspective*. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 325–332.
- Murray, J.A., Terry, D.J., Vance, J.C., Battistutta, D., & Connolly, Y. (2000). *Effects of a program of intervention on parental distress following infant death*. *Death Studie*;24(4):275-305.
- Nguyen, V., Temple-Smith, M., & Bilardi, J. (2019). *Men's lived experiences of perinatal loss: A review of the literature*. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 59, 757–766.
- Obst, K., & Due, C. (2019). *Australian men's experiences of support following pregnancy loss*. *Midwifery*;70:1–6.
- O'Leary, J., & Thorwick, C. (2006). *Fathers' perspectives during pregnancy, postperinatal loss*. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nurs* 35(1):78–86.
- Puddifoot, J. E., & Johnson, M. P. (1997). *The legitimacy of grieving: The partner's experience at miscarriage*. *Social Science & Medicine*, 45, 837–845.
- Pàbon, L., Fergusson, M., & Palacios A. (2019). *Experience of Perinatal Death From the Father's Perspective*. *Nursing Research*, 68(5):E1-E9.

- Paykel, E.S. (1983). *Methodological aspects of life events research*. (1983) Journal of Psychosomatic Research; 27:341-352.
- Perinatal Society of Australia and New Zealand (PSANZ) e The Centre of Research Excellence in Stillbirth (Stillbirth CRE) (2024). *Care Around Stillbirth and Neonatal Death Clinical Practice Guideline* <https://learn.stillbirthcre.org.au/learn/casand/> visitato il 16.02.2025.
- Ravaldi, C., et al. (2009). *Aspetti psicologici della morte intrauterina: ricerca, esperienze e protocolli di intervento*. Franco Angeli Editore, Psicobiettivo: Rivista quadrimestrale di psicoterapie a confronto. Fascicolo 3.
- Ravaldi, C. (2011). *La morte in-attesa. Assistenza e sostegno psicologico nel lutto in gravidanza e dopo il parto*. Verona, Iper testo Edizioni.
- Ravaldi, C. (2014). *Piccoli Principi. Perdere un bambino in gravidanza e dopo la nascita. Le parole dei genitori e le riflessioni degli specialisti in psicologia del lutto perinatale*. Verona, Officina Grafica Edizioni, Terza edizione aggiornata
- Ravaldi, C. (2016). *La tua culla è il mio cuore. Il cammino del lutto perinatale verso la ri-nascita interiore, raccontato dalle mamme di CiaoLapo*. Verona, Officina grafica Edizioni.
- Ravaldi, C. (2018). *Assistere la morte perinatale. Il ruolo del personale ospedaliero nel sostegno ai genitori e ai familiari in lutto*. CiaoLapo Edizioni, Prima Edizione.
- Ravaldi, C. (2022). *Piccoli Principi. Attraversare il lutto perinatale*. CiaoLapo Edizioni.
- Ravaldi, C. (2023). *Assistere la morte perinatale. Il quaderno*. Torrazza Piemonte, CiaoLapo Edizioni, Seconda Edizione ampliata.
- Ravaldi, C. (2024). *Il lutto perinatale. Un'esperienza complessa e dolorosa*. Milano, Emse Italia srl, Collana Genitori e Figli.
- Redshawe, M., & Martin, C. (2014). *The couple relationship before and during transition to parenthood*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 32(2), 109–111.
- Rich, D.E. (2000). *The impact of postpregnancy loss services on grief outcome: integrating research and practice in the design of perinatal bereavement programs*. Illness Crisis & Loss.;8(3):244–64.
- Rineahrt, M., & Kiselica, M. (2010). *Helping men with the trauma of miscarriage*. Psychotherapy Theory Research Practice Training 47(3):288-95.
- Samuelsson, M., Rådestad, I., & Segesten, K. (2001). *A waste of life: Fathers' experience of losing a child before birth*. Birth, 28, 124–130.
- SANDS (2016). *Pregnancy Loss and the Death of a Baby: Guidelines for Professionals*. Forth edition Midwives, London
- Saunders, M., & Peerson, A. (2009) *Australia's national men's health policy: masculinity matters*. Health Promot J Austr. 20(2):92–7.
- Salvatore, M., et al. coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute. (2024). *Le morti in utero: risultati di un progetto pilota di sorveglianza della mortalità perinatale in Italia (SPItOSS)* https://epiprev.it/articoli_scientifici/stillbirths-results-of-a-pilot-population-based-surveillance-system-in-italy-spitoss consultato il 16.02.2025.
- Stinson, L., & Ickes, W. (1992). *Empathic accuracy in the interactions of male friends versus male strangers*. Journal of Personality and Social Psychology, 62 (5): 787-97.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). *Health outcomes of bereavement*. Lancet; 370:1960–73.
- Tennenbaum, E.A. (2008). *A qualitative investigation of the psychological effects of recurrent miscarriage on male partners*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 69(2-B):1348.
- The Lancet series (2011). *Le morti in utero, 14 aprile* <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/stillbirths/stillbirths-1407728420157.pdf> consultato il 16.02.2025.
- The Lancet series (2016). *Prevenire le morti in utero evitabili*. <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/stillbirths2016-exec-summ.pdf> consultato il 16.02.2025.
- Toedter, L., Lasker, J., & Alhadeff, J. (1988). *The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation*. American Journal of Orthopsychiatry 58(3):435-49.

Turton, P., Badenhorst, W., Riches, S., & Hughes, P. (2006). *The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: Systematic review*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 27, 245–256.

Turton, P., Badenhorst, W., Hughes, P., et al. (2006). *Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium*. The British Journal of Psychiatry. 188: 165-172.

Ufficio di Statistica del Ministero della Salute (2023). *Rapporto sull'evento nascita in Italia Analisi dei dati rilevati dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) dell'anno 2022*. <https://www.epicentro.iss.it/materno/cedap-2022> consultato il 16.02.2025

Versalle, A., & McDowell, E.E. (2005). *The Attitudes of Men and Women Concerning Gender Differences in Grief*. Omega 50(1): 53–67.

Wagner, N.J., Vaughn, C.T., & Tuazon, V.E. (2018). *Fathers' lived experiences of miscarriage*. The Family Journal, 26, 193–199

Weaver-Hightower, M.B. (2012). *Waltzing Matilda: an autoethnography of a father's stillbirth*. J Contemp Ethnogr. 41(4):462–91.

Wing, D., Clance, P., Burge-Callaway, K., & Armistead, L. (2001). *Understanding gender difference in bereavement following the death of an infant: implications for treatment*. Psychotherapy;38(1):60-72.

World Health Organization (2019). *Why we need to talk about losing baby* <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby> consultato il 16.02.2025.

World Health Organization, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, UNICEF, World Bank Group (2020). *A Neglected Tragedy: The Global Burden of Stillbirths*. <https://www.who.int/publications/m/item/a-neglected-tragedy-the-global-burden-of-stillbirths> consultato il 16.02.2025.

World Health Organization application of ICD-10 to perinatal deaths: ICD-perinatal mortality (ICD-PM). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/249515/9789241549752-eng.pdf;jsessionid=7C7A1843753F38A9F9DC2632D451807F?sequence=1> consultato il 16.02.2025.

Williams, H., Topping, A., et al. (2019). *Men and miscarriage: a systematic review and thematic synthesis*. Qualitative Health Research 133 – 145.

Worth, N.J. (1997). *Becoming a father to a stillborn child*. Clinical Nursing Research, 6, 71–89.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). *The hospital anxiety and depression scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 67 (6): 361.370.

Ambra Beretta, Psicologa Psicoterapeuta a Recanati (MC)

Specializzata in psicoterapia cognitiva presso Spc sede di Ancona

training Mantione, Romano e Rossi

e-mail: ambra_beretta@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

Utilizzo della Compassion Focused therapy nel periodo perinatale

Giada Tanaceto¹

¹Psicologa psicoterapeuta cognitivo comportamentale specializzata presso SPC di Ancona

Riassunto

Il seguente lavoro tratta il tema dell'autocritica materna nel periodo perinatale. L'autocritica, alimentata da aspettative interne e pressioni sociali, è associata a un aumento del rischio di ansia e depressione in questa delicata fase della vita di una donna. L'insorgenza di quadri psicopatologici, oltre a compromettere il benessere delle madri, può influenzare il legame d'attaccamento e lo sviluppo emotivo e cognitivo a lungo termine del bambino. La Compassion Focused Therapy viene presentata come un modello teorico e clinico efficace per comprendere e ridurre l'autocritica. La Perinatal Compassion Focused Therapy (P-CFT), ideata dalla psicologa Michelle Cree (2010), rivolge, nello specifico, l'attenzione all'autocompassione delle madri e alle eventuali difficoltà nella creazione del legame madre-bambino.

Parole Chiave: Periodo perinatale, autocritica materna, terapia basata sulla compassione

Summary

The paper addresses the topic of maternal self-criticism in the perinatal period. Self-criticism, fueled by internal expectations and social pressures, is associated with an increased risk of anxiety and depression during this delicate stage of a woman's life. The onset of psychopathology, in addition to compromising mothers' well-being, can affect the attachment bond and the child's long-term emotional and cognitive development. Compassion Focused Therapy is presented as an effective theoretical and clinical model for understanding and reducing self-criticism. Perinatal Compassion Focused Therapy (P-CFT), developed by psychologist Michelle Cree (2010),

Giada Tanaceto, *Utilizzo della Compassion Focused therapy nel periodo perinatale*, N. 35, 2025, pp. 35-60.

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

specifically focuses on mothers' self-compassion and any difficulties in establishing the mother-infant bond.

Key words: Perinatal period, maternal self-criticism, compassion-based therapy

Introduzione

Sia dalla mia esperienza di madre che dalla pratica clinica ho potuto sperimentare come ancora esistano nella società i cosiddetti “miti sulla maternità”, cioè dei pregiudizi riguardo al proprio ruolo di madre come, ad esempio *“dovrebbe venirmi naturale fare la mamma”* oppure *“deve piacermi ogni aspetto della maternità”*. La gravidanza e la maternità sono presentate culturalmente come un periodo di immensa gioia; non tutte le donne, però, riescono a provare questa gioia e, di conseguenza, possono sentirsi diverse e inadeguate rispetto agli stereotipi sociali. Questo può tradursi in intensi vissuti di vergogna e autocritica sperimentati dalle madri.

Durante gli anni del corso di specializzazione in psicoterapia, ho avuto l'opportunità di conoscere un recente approccio psicoterapeutico, nato nell'ambito delle terapie cognitivo-comportamentali di terza generazione, chiamato Compassion Focused Therapy (Terapia Focalizzata sulla Compassione). Sviluppato da Paul Gilbert nei primi anni 2000, questo modello terapeutico propone una visione del processo di cambiamento che si basa sulla regolazione di sistemi emotivi e motivazionali, connessi all'attaccamento e al care-giving (Petrocchi, 2012). Nella Terapia Focalizzata sulla Compassione il target primario degli interventi è la riduzione dell'attitudine all'autocritica, considerata un meccanismo di difesa da un ambiente percepito come imprevedibile e minaccioso (Petrocchi, 2012). La Compassion Focus Therapy sarà descritta nel primo capitolo.

Il secondo capitolo offre una panoramica dei più comuni quadri psicopatologici del periodo perinatale, con un focus proprio sull'autocritica materna come fattore di vulnerabilità alla psicopatologia. Dalla letteratura emerge che la psicopatologia perinatale, in particolare la depressione post-partum, oltre a compromettere la salute psicofisica delle madri, sembra sia associata a difficoltà dello sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino e a problemi nella creazione del legame di attaccamento madre-bambino.

Per affrontare i vissuti di vergogna, autocritica e le potenziali difficoltà di attaccamento, la psicologa clinica Michelle Cree, ha sviluppato un adattamento della terapia focalizzata sulla compassione di Paul Gilbert, specificatamente per le donne nel periodo post-partum (Cree, 2010). Nel terzo capitolo verrà presentata, dunque, la Perinatal Compassion Focused Therapy (P-CFT) (Cree, 2010). Attualmente, la P-CFT viene erogata soprattutto nei Servizi di salute mentale del Regno Unito e, sebbene i risultati siano incoraggianti, sono necessarie ulteriori ricerche per

determinare se la P-CFT possa effettivamente essere utile alle madri donne nel periodo perinatale.

Lo scopo del seguente lavoro è mostrare come, sulla base del rationale della Compassion Focused Therapy, quest' ultima venga adattata al periodo perinatale e vada ad affrontare i frequenti vissuti di autocritica delle madri, alimentati da una serie di falsi miti.

Capitolo 1

Compassion focused therapy

1. Cosa è la Compassione?

La parola compassione deriva dalle parole latine “*cum*” e “*patior*” e significa “soffrire insieme”. Gilbert (2014) definisce la compassione come "una sensibilità alla sofferenza in sé e negli altri, con un impegno a cercare di alleviarla e prevenirla". Strauss (2016), tentando di dare una definizione univoca di compassione, ne individua cinque componenti:

1. Riconoscimento della sofferenza altrui;
2. Comprensione della sua universalità;
3. Simpatia, empatia o preoccupazione per coloro che stanno soffrendo (capacità nota come risonanza emotiva);
4. Capacità di tollerare la sofferenza quando si è testimoni di essa;
5. Motivazione ad agire per alleviare la sofferenza.

La compassione si differenzia dalla pena poiché mentre quest'ultima deriva da una valutazione di inferiorità della persona sofferente, nella compassione c'è il riconoscimento della “normalità” della sofferenza. Si differenzia anche dall'empatia: l'empatia, in risposta a segnali di sofferenza, tende ad aumentare le emozioni negative; la compassione, al contrario, aiuta a modulare le emozioni negative e a incrementare quelle positive. Praticare la compassione porta a numerosi effetti benefici tra cui: riduzione del dolore fisico, dell'ansia e della pressione sanguigna e una guarigione più rapida (Gilbert, 2005).

1.2 Origini della Compassion Focused Therapy

La Compassion Focused Therapy (CFT, in italiano Terapia Focalizzata sulla Compassione, TFC; Gilbert, 2010) fa parte delle terapie cognitivo-comportamentali di terza generazione e trae le sue

origini dalla Teoria dell'attaccamento, dagli studi evolutivisti, dalle neuroscienze cognitive e dalla tradizione Buddhista. Gilbert (2000) aveva notato come alcuni pazienti depressi non rispondevano efficacemente agli interventi CBT standard di ristrutturazione cognitiva. Questi pazienti riportavano intensi vissuti di vergogna e autocritica nei confronti della loro malattia e, nonostante fossero in grado di produrre pensieri alternativi più funzionali, non riuscivano a modificare le proprie credenze nucleari svalutanti. Secondo Gilbert, il problema centrale era lo stile del dialogo interno, cioè la modalità con cui i pazienti parlavano a loro stessi: il loro stile rimaneva rigido, distaccato, critico e a talvolta aggressivo; decide, allora, di introdurre nella pratica clinica indicazioni che aiutassero i pazienti a modificare il proprio dialogo interno e a rivolgersi a loro stessi con gentilezza, calore e compassione. Infatti, secondo Gilbert, il problema risiedeva nella difficoltà dei pazienti depressi ad accedere a un particolare sistema affettivo, evolutosi con i mammiferi e legato a una particolare motivazione (la compassione) derivante dal sistema di accudimento, che negli esseri umani provoca emozioni positive di calma e sicurezza (Depue e Morrone-Strupinsky 2005, Panksepp, 1998).

1.3 *Sistemi di regolazione emotiva*

Gilbert, coerentemente con altre teorie evolutivistiche sulle emozioni (Panksepp,1998), ha suggerito che nel cervello siano presenti tre circuiti che costantemente interagiscono e si co-regolano, dirigono il nostro comportamento verso il raggiungimento delle nostre motivazioni innate e sono responsabili delle nostre emozioni (Gilbert, 2014). Secondo la CFT, la psicopatologia si basa su uno squilibrio nei sistemi di regolazione delle emozioni, acquisito durante le prime esperienze di attaccamento (Gilbert, 2010). I tre sistemi di regolazione emotiva sono rappresentati da Gilbert come tre cerchi interagenti (Figura 1).



Figura 1: (tratto da *La terapia focalizzata sulla compassione*, Gilbert 2010 Franco Angeli editore)

1.3.1 Il sistema di protezione dalla minaccia (*Threat system*)

Il sistema di protezione dalla minaccia è utile per individuare rapidamente pericoli, attivare risposte difensive e innesca emozioni di ansia, rabbia e disgusto, tristezza che aiutano a fronteggiare i pericoli e ripristinare la condizione di sicurezza (safety). Viene attivato anche quando la minaccia riguarda una persona che amiamo e sebbene provochi emozioni spiacevoli, questo sistema si è evoluto come sistema di protezione (Gilbert, 2010). Quando questo sistema è attivo, il nostro cervello è impegnato nel controllo delle minacce piuttosto che nella ricerca di elementi piacevoli (Baumeister, 2001) e agisce attraverso circuiti cerebrali come l'amigdala e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). L'attivazione di questo sistema provoca negli umani risposte automatiche con lo scopo di aumentare la nostra competenza di difenderci dai pericoli: attenzione selettiva verso segnali di minaccia, stile di ragionamento prudentiale (better safe than sorry), memoria intrusiva comportamenti di attacco, fuga, freezing o sottomissione. Alcuni studi mostrano come il sistema di protezione dalla minaccia sia particolarmente attivo in pazienti con depressione (Chen, 2017).

1.3.2 Sistema di ricerca di stimoli e risorse (*Drive system*)

Il sistema di ricerca di stimoli e risorse ci indirizza e motiva verso le risorse di cui abbiamo

bisogno per sopravvivere e prosperare (cibo, amicizie, riconoscimenti, etc.). E' un sistema legato all'attivazione del circuito dopaminergico ed è responsabile di emozioni positive ed energizzanti, come l'eccitamento e l'euforia (Fredrickson, 2005) , che sono quelle principalmente sopresse nello stato depressivo.

1.3.3 Sistema calmante di appagamento e sicurezza

Il tipo di sicurezza (*safeness*) a cui fa riferimento Gilbert (2014) quando descrive il terzo sistema è diverso sia dalla sensazione di “cessato pericolo” (*safety*) che dall'euforia e eccitamento tipici del sistema di ricerca di stimoli e risorse. Questo sistema è responsabile delle sensazioni di calma e appagamento, non derivanti dalla disattivazione degli altri due sistemi ma dall'attivazione di un circuito specifico legato al sistema ossitocinergico e degli oppioidi endogeni e all'aumento del sistema parasimpatico. Il sistema calmante è associato alle interazioni affiliative e ai sistemi di attaccamento e accudimento.

Numerosi studi mostrano come l'attivazione di questo sistema costituisca un fattore di resilienza e protezione dalla psicopatologia sia per gli animali che per gli esseri umani (Abbot, 2003; Rueger, 2016; Kelly, 2012).

1.4 Ossitocina e CFT

La CFT si fonda sull'idea, quindi, che il cambiamento in psicoterapia derivi dall'attivazione di un particolare assetto emotivo e motivazionale (compassione per se stessi e per gli altri). L'attivazione del sistema calmante ridurrebbe l'attivazione del threat system e del tipico stile di pensiero, delle emozioni e motivazioni che lo contraddistinguono. La sostanza che sembra maggiormente coinvolta in questo processo è l'ossitocina (Petrocchi, 2012). Un incremento di questa molecola nell'organismo è direttamente correlato ad una maggior sensazione di calma e fiducia nei confronti di se stessi e degli altri dovuta al ruolo di inibizione che questa sostanza svolge nei confronti delle aree cerebrali associate alla paura (l'asse ipotalamo- ipofisi-surrene). Dunque, una molecola che indica la presenza di interazioni sociali “positive” e che viene prodotta prevalentemente durante scambi sociali improntati al calore e alla fiducia reciproca, sembra avere anche un profondo effetto sull'intero sistema cognitivo (Petrocchi, 2012). L'ossitocina, quindi, è un ormone pro-sociale ed è implicata in una serie di funzioni riguardanti la trasmissione dei geni e la conservazione della specie come l'accoppiamento, il parto, l'allattamento, l'accudimento della prole, il legame parentale e il legame tra pari. Viene prodotta grazie a stimolazioni della pelle non dolorose da parte di conspecifici (carezze, massaggi, applicazione di calore sulla pelle), ma anche a seguito di

stimolazioni cutanee specifiche come il parto, durante il quale l'ossitocina provoca la contrazione dell'utero producendo l'espulsione del feto, e la suzione della mammella. L'ossitocina sembra essere coinvolta anche nella creazione del legame madre-bambino. Le cure prossimali (es. prendere in braccio il bambino) e il contatto fisico tramite l'azione dell'ossitocina promuovono la relazione rinforzando il bisogno di attaccamento del bambino e di accudimento da parte della madre e costituiscono la base della mutua dipendenza. Inoltre il contatto fisico determina, attraverso l'inibizione dell'amigdala e quindi dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, calma e riduzione dello stress (Moschetti, 2006).

1.5. Rationale della CFT: l'autocritica come target degli interventi

Gli interventi della CFT hanno l'obiettivo di riattivare il sistema calmante il cui funzionamento è stato compromesso. Secondo la teoria di Gilbert (2009), esperienze precoci di attaccamento disfunzionale (abusi, neglect, alta emotività espressa, stili genitoriali freddi e critici) potrebbero aver condotto a un'iper-attivazione del sistema di protezione della minaccia e conseguente ipo-attivazione del sistema calmante. Il comportamento autocritico dei pazienti costituisce una manifestazione dell'attività del *threat system* e diventa un meccanismo difensivo da un ambiente percepito come imprevedibile e pericoloso (Gilbert, 2009). Invalidare se stessi per qualcosa che deriva dagli altri potrebbe garantire la percezione di avere un senso di controllo interno rispetto a ciò che succede e manterrebbe inalterata la credenza che un certo aspetto della realtà è modificabile, se cambiamo qualcosa di noi stessi (Gilbert, 2009). Inoltre, l'autocritica è legata all'attivazione del sistema di protezione dalla minaccia e rappresenta un meccanismo di mantenimento e aggravamento dei sintomi psicopatologici (Petrocchi, 2012). Uno stile di relazione con sé stessi fondato su disprezzo, sulla vergogna e sul senso di indegnità stimolano continuamente il sistema di minaccia. L'attivazione del sistema calmante è connessa alla compassione che, come descritto precedentemente, rappresenta una sensibilità verso la sofferenza nostra e degli altri e un desiderio di alleviarla. Allenare la capacità di essere compassionevoli aiuta ad accettare le emozioni negative (Hildebrant, 2017).

1.6 Interventi basati sulla CFT e prove di efficacia

L'obiettivo degli interventi basati sulla CFT risulta essere la riduzione del livello di autocritica legata all'attivazione del sistema di protezione della minaccia e a un'ipo-attivazione del sistema calmante. La stimolazione del sistema calmante avviene, inizialmente, attraverso pratiche che

coinvolgono il corpo e il respiro. Inoltre, con esercizi di mindfulness si aiuta il paziente ad acquisire maggiore consapevolezza e accettazione dei propri stati mentali e a sviluppare un atteggiamento benevolo verso di essi. In un secondo momento, vengono introdotte pratiche che allenano le tre “direzioni” della compassione (Gilbert, 2010). Per aprirsi alla compassione degli altri verso di noi vengono insegnate tecniche immaginative con lo scopo di creare qualcuno (creatura compassionevole) o qualcosa (posto sicuro) che sperimenti compassione e accudimento verso di noi. Questo tipo di visualizzazioni aiutano la regolazione emotiva e la riduzione dell'autocritica (Mikulincer, 2015). Per stimolare la compassione che scaturisce da noi ed è diretta verso gli altri si aiuta il paziente a rivivere episodi in cui abbia sperimentato compassione verso qualcun altro e gli si chiede di metterli in scena in una pratica teatrale in cui impersona un personaggio compassionevole. Incarnare persone con caratteristiche di calore, forza, gentilezza è utile per promuovere un cambiamento nello stile di ragionamento e del tono dell'umore (Falconer, 2014). Per sviluppare la compassione verso noi stessi, il paziente viene aiutato a sperimentare compassione verso parti di sé sofferenti e ad utilizzare un atteggiamento di validazione verso i propri vissuti. Vengono utilizzate alcune tecniche come la sedia compassionevole, in cui il paziente dialoga con la parte di sé autocritica rappresentata da una sedia posta di fronte a lui; oppure la lettera compassionevole che può aiutare il paziente a produrre frasi comprensive e non giudicanti della propria sofferenza. Essendo il fenomeno dell'autocritica di natura transdiagnostica, risultano molti studi che mostrano l'efficacia della CFT nel trattamento della psicopatologia tra cui disturbi dell'alimentazione (Kelly, 2017), disturbi d'ansia (Judge, 2012), disturbi di personalità (Lucre, 2013). Numerose ricerche mostrano la riduzione della sintomatologia depressiva in seguito a protocolli di CFT (Gilbert e Proctor, 2006; Judge, 2012) I risultati hanno mostrato una significativa diminuzione di vissuti depressivi, ansia, autocritica, vergogna, inferiorità e comportamenti di sottomissione. Si è anche registrato un aumento significativo nella capacità dei partecipanti di auto-rassicurarsi e concentrarsi su sentimenti di calore e consolazione per se stessi.

Capitolo 2

Ruolo dell'autocritica nella genesi della psicopatologia perinatale

2.1 Periodo perinatale: definizione e i più comuni quadri psicopatologici

La gravidanza e il periodo seguente al parto rappresentano per la donna un periodo di grandi cambiamenti sia dal punto di vista fisico che emotivo. L'Istituto Superiore di Sanità (2019)

definisce il periodo perinatale come “periodo che va dalla gravidanza a un anno dopo il parto” e aggiunge “I cambiamenti fisiologici ed emotivi della gravidanza, del parto e della cura di un neonato possono rendere il periodo perinatale un momento di vulnerabilità per madri e padri”. Infatti, la nascita di un figlio può generare conflitti di coppia (Rosan, 2016) o far riemergere traumi psicologici non elaborati (Iyengar, 2014); può avere conseguenze sul senso di auto-efficacia della madre (Brazeau, 2018) e sul proprio senso di sé (Javadifar, 2016). Risulta che circa il 10-13% delle donne lamenta problemi di salute mentale perinatale, di cui ansia e depressione sono i più comuni (World Health Organisation, 2020). Il disturbo d’ansia generalizzato perinatale ha una prevalenza di 8,5%-10,5% durante la gravidanza e il 4,4%-10,8% dopo il parto (Ross, 2006). I vissuti di ansia possono riguardare il parto, le difficoltà di gestione del neonato, la salute del bambino e i giudizi degli altri riguardo le proprie capacità di genitore. Inoltre, possiamo distinguere l’ansia che precede il parto da quella post-parto: nel primo caso, la paura più comune risulta essere la morte del feto in pancia; nel secondo caso, i temi riguardano la morte in culla del bambino e il timore dei giudizi sulle proprie competenze genitoriali (Brockington et al. 2006). Il DSM-5 non riconosce la depressione post partum come un’entità nosografica autonoma, ma la considera come un sottotipo della depressione maggiore. La definizione è di un “episodio depressivo maggiore con un esordio in gravidanza o entro 4 settimane dal parto”, riconoscendo la possibilità di insorgenza pre-natale (a differenza del DSM-IV). Per fare diagnosi è necessario che siano presenti almeno cinque sintomi depressivi per almeno due settimane insieme alla depressione e all’anedonia. La depressione post partum va distinta dalla maternity blues o baby blue. Rappresenta una condizione fisiologica che interessa la maggior parte delle madri ed è dovuta a cambiamenti ormonali. Regredisce spontaneamente circa due settimane dopo il parto e i principali sintomi sono: tono dell’umore basso, instabilità dell’umore, irritabilità, agitazione, ansia (O’Hara et al., 1990; Gonidakis et al., 2007) . Nell’ 1-2% dei casi si osserva l’insorgenza di una psicosi post-parto (Davies, 2017). Rappresenta la condizione più grave fra le patologie perinatali ed è caratterizzata da sintomi tra cui deliri, allucinazioni, depressione grave. Si osserva, inoltre, un rischio maggiore di suicidio e infanticidio. Fra le patologie riportate, la depressione è la condizione clinica più diffusa dopo il parto, che colpisce circa il 13% delle donne e ha un impatto negativo non solo sulla salute della madre ma anche sulla relazione madre-figlio e sullo sviluppo del bambino. La ricerca ha individuato una serie di fattori di rischio per l’insorgenza della depressione post- partum tra cui caratteristiche socio-demografiche (ad esempio, stato di single, basso livello socioeconomico) e relazionali (ad esempio, mancanza di supporto, scarsa qualità della relazione

coniugale) (Pedro, 2019). Tuttavia, sono poco note caratteristiche individuali che possono essere coinvolte nell'insorgenza e nel mantenimento dei sintomi depressivi. Il principio fondamentale della teoria cognitivo-comportamentale (CBT) è che i nostri pensieri influenzano le nostre risposte emotive e comportamentali alle situazioni di vita. Le credenze disfunzionali fondamentali rappresentano credenze consolidate su sé stessi, gli altri e il mondo e sono generalmente influenzate dalle esperienze precedenti dell'individuo. Queste credenze disfunzionali costituiscono un fattore di vulnerabilità per l'insorgenza di disturbi emotivi, poiché influenzano il modo in cui gli individui interpretano gli eventi. Di conseguenza, uno degli obiettivi principali della CBT per la depressione è aiutare i pazienti a notare i loro pensieri automatici negativi e a comprendere e ristrutturare le loro convinzioni disfunzionali fondamentali. I risultati di uno studio (Hall & Wittkowski, 2006) mostrano come tutte le madri lamentano la presenza di pensieri negativi post-partum con contenuto simile (ad esempio, correlati al maggiore senso di responsabilità e alla paura del fallimento); tuttavia, la frequenza e l'intensità di questi pensieri era maggiore nelle madri depresse rispetto a quelle non depresse. Inoltre, ci sono sempre più prove che non è solo il contenuto di un pensiero (ad esempio "Non voglio stare da sola con il mio bambino") a essere correlato all'aggravamento dei sintomi della depressione post-partum, ma anche la valutazione metacognitiva del contenuto del pensiero, cioè il modo in cui le donne valutano successivamente i loro pensieri negativi come indesiderati (ad esempio, "Avere cattivi pensieri sul mio bambino significa che sono cattiva") (Rodrigues, Costa, Canavarro e Fonseca, 2017). Valutare negativamente la presenza dei pensieri negativi può portare la donna ad impegnarsi in tentativi persistenti di sopprimere questi pensieri, il che paradossalmente può aumentarne la frequenza. Inoltre, la valutazione dei pensieri post-partum delle donne come indesiderati può avere un impatto negativo sulla loro visione di se stesse (ad esempio, sentirsi in colpa e percepirsi come cattive madri). Entrambi questi processi derivanti dalla valutazione metacognitiva dei pensieri delle donne (soppressione e auto-visioni negative) possono aumentare la frequenza dei pensieri negativi post-partum e aggravare i sintomi depressivi.

2.2 Autocritica materna come vulnerabilità alla psicopatologia perinatale

La ricerca recente si è concentrata sul ruolo dell'autocritica nello sviluppo e nel mantenimento della psicopatologia. Secondo la teoria dei sistemi di regolazione affettiva di Gilbert (2010), l'attivazione del sistema di protezione dalla minaccia avviene quando gli individui affrontano situazioni potenzialmente pericolose e attiva emozioni come ansia o rabbia che spingono quegli individui ad agire per proteggersi. Le prime esperienze negative con le prime figure di

attaccamento (in particolare quelle caratterizzate da reazioni critiche e ostili) possono iperstimolare il sistema di minaccia, portando allo sviluppo di uno stile di pensiero autocritico che di conseguenza influenza il modo di interpretare eventi potenzialmente minacciosi (Gilbert, 2009). È ormai noto dalla letteratura il ruolo dell'autocritica come fattore predittivo e di mantenimento di molti disturbi mentali. Tuttavia, esistono pochi studi in merito alla funzione dell'autocritica materna nella genesi di disturbi mentali nel periodo perinatale. L'autocritica è definita come una forma persistente e intensa di dialogo interno che implica auto-riflessione ed espressione di ostilità e disprezzo verso se stessi. Esistono due differenti tipi di autocritica, noti come "odio di sé" e "senso di inadeguatezza". La prima si concentra su una valutazione negativa di sé e sulla volontà di rimuovere aspetti indesiderati del sé. La seconda si concentra sui propri fallimenti e carenze, con la funzione di auto-correzione (Gilbert et al., 2004). Per quanto riguarda la relazione tra autocritica e psicopatologia (in particolare depressione e ansia), entrambe le forme di autocritica, ma in particolar modo l'odio di sé, sono state associate alla psicopatologia. Nel periodo perinatale, le donne sembrano essere particolarmente inclini all'autocritica (Brassel et al., 2020). Sebbene la ricerca sugli effetti dell'autocritica sui sintomi della depressione postpartum sia ancora limitata, studi esistenti hanno dimostrato che le donne depresse postpartum presentavano livelli più elevati di autocritica rispetto alle donne non depresse (Beato, 2022). Risulta che l'autocritica aumenti la frequenza dei pensieri automatici negativi e la valutazione metacognitiva di questi pensieri (Pedro et al., 2019). Quando affrontano situazioni stressanti e sfide legate alla maternità, le donne con uno stile di pensiero autocritico possono sentirsi incapaci di rispettare elevati standard auto-imposti di "maternità perfetta" il che può portare a un'ostilità interna verso se stesse e tradursi in pensieri negativi post-partum più frequenti (Pedro, 2019). Inoltre, ci sono prove che gli individui autocritici tendono a sentirsi intrappolati nei propri pensieri. Pertanto, quando si affrontano difficoltà nel ruolo materno, è possibile che le donne con uno stile di pensiero autocritico mostrino pensieri negativi post-partum più frequenti, ma anche valutazioni più negative rispetto ai propri pensieri. I risultati di uno studio condotto da Pedro (2019) su 686 donne nel periodo perinatale supportano il ruolo dell'autocritica come fattore di vulnerabilità per la depressione post-partum mostrando che livelli più elevati di autocritica sono direttamente e indirettamente associati a livelli più elevati di sintomi depressivi. Infatti, i risultati hanno mostrato che l'autocritica delle donne è correlata a un aumento della frequenza di pensieri negativi, non solo per quanto riguarda l'interpretazione degli eventi correlati alla maternità, ma anche alla valutazione metacognitiva del contenuto dei loro pensieri. L'autocritica incoraggia l'attivazione del sistema di minaccia, che influenza il modo in cui

le donne pensano e interpretano gli eventi (Gilbert, 2010). È possibile che le donne che presentano uno stile di pensiero autocritico possano percepirsi come incapaci di soddisfare elevati standard autoimposti in relazione alla maternità, il che si traduce in un modello di autovalutazioni negative e una minore competenza percepita nel ruolo materno. Di conseguenza, possono interpretare negativamente la loro esperienza di maternità rafforzando il proprio senso di inadeguatezza e una visione negativa di sé. I risultati evidenziano, inoltre, l'importanza del ruolo delle cognizioni nell'insorgenza e nel mantenimento della depressione post-partum. Livelli più elevati di autocritica delle donne sono stati associati a una maggiore frequenza di pensieri negativi correlati alla maternità, che possono portare a una valutazione più frequente da parte delle donne di questi pensieri come indesiderati e possono tradursi in livelli più elevati di sintomi depressivi. Questo suggerisce come la valutazione metacognitiva delle donne sui pensieri negativi, piuttosto che il loro contenuto, sia di primaria importanza nello spiegare i sintomi depressivi. Questo potrebbe derivare dal fatto che le madri valutano questo tipo di pensieri come intrusivi, per cui si impegnano in meccanismi di evitamento e/o soppressione; ciò può avere l'effetto paradossale di aumentarne la frequenza, determinando così sintomi depressivi più elevati. Anche la ruminazione, che è uno stile di pensiero chiave nella depressione, può esacerbare la valutazione negativa dei pensieri e di se stesse come madri (ad esempio, sentimenti di colpa e pensiero di essere una cattiva madre).

2.3 Salute mentale materna e benessere del bambino

Come si è visto precedentemente, esistono una serie di condizioni che possono influire sul benessere psicofisico della donna nel periodo perinatale. Tali condizioni hanno anche implicazioni sulla crescita del bambino. Alcune ricerche mostrano come i bambini le cui madri hanno ricevuto diagnosi di depressione postpartum hanno una probabilità maggiore di sviluppare disturbi del linguaggio (Aoyagi et al., 2019), difficoltà cognitive, emotive, sociali e comportamentali (Slomian, 2019). Condizioni psicopatologiche materne possono avere implicazioni anche sulla relazione madre- bambino. Il legame madre-bambino è un costrutto dinamico che si instaura già durante la gravidanza e continua e si rinforza durante la crescita. Il legame materno fa riferimento alle attenzioni e ai segnali emotivi che una madre mostra verso il proprio figlio, mentre l'attaccamento si riferisce alla vicinanza del caregiver che consente al bambino di formare un rapporto positivo con lui. In una revisione condotta da Slomian (2019) emerge un legame significativo tra depressione post- partum e maggiori difficoltà nell'accudire il bambino. Il legame madre-bambino compromesso include ritardi nelle risposte emotive delle madri verso il loro

bambino, rabbia, ostilità, indifferenza e rifiuto (Brockington et al, 2006). Questi comportamenti possono progredire in evitamento, negligenza e abuso sui minori. Anche l'autocritica può essere associata a difficoltà nella creazione del legame madre-bambino. In uno studio condotto da Beebe et al. (2007) si è scoperto che a 4 mesi, le madri con alti livelli di autocritica mostravano meno interazioni con lo sguardo e con il viso verso il proprio figlio. Le madri possono interpretare i segnali e il comportamento del bambino come un riflesso della loro auto-inadeguatezza e possono quindi interagire meno con il bambino o ridurre il loro coinvolgimento nell'accudimento. Inoltre, le madri autocritiche possono proiettare sul bambino sentimenti di risentimento dovuti alla perdita di controllo e autonomia derivanti dalla maternità. Un ulteriore studio dimostra che un alto livello di autocritica delle madri correla con una peggiore qualità di attaccamento con i loro figli all'età di 20 mesi (Gravener et al., 2012)

Capitolo 3

Utilizzo della Compassion Focus Therapy nel periodo perinatale

3.1 Importanza della compassione verso di sé nel periodo perinatale

Nei capitoli precedenti si è visto come il periodo perinatale rappresenti una fase delicata nella vita di una donna. Prima con la gravidanza e poi con la nascita di un bambino, le madri devono confrontarsi con importanti sfide fisiologiche, psicologiche e sociali e, per alcune, questo periodo può comportare un notevole dolore emotivo e disagio. Dalla letteratura emerge che la psicopatologia materna nel periodo perinatale è correlata con una ridotta capacità di prendersi cura del neonato, a compromissioni dello sviluppo cognitivo, emotivo, sociale e comportamentale del bambino e a difficoltà nella creazione del legame madre-bambino. Le neomamme possono sviluppare l'idea di non essere all'altezza, senso di inadeguatezza e senso di colpa che possono innescare una pesante autocritica. Si è visto come l'autocritica rappresenti un fattore predittivo e di mantenimento di molti disturbi mentali, tra cui le psicopatologie nel periodo perinatale. Tuttavia, l'auto-rassicurazione (cioè la capacità di concentrarsi sui propri aspetti positivi e di essere compassionevoli verso se stessi) sembra funzionare come un "cuscinetto" contro l'autocritica e quindi sembra essere un fattore protettivo contro lo sviluppo di psicopatologia (Gilbert, 2010) L'autocompassione rappresenta una strategia di regolazione emotiva adattiva associata al sistema calmante di regolazione delle emozioni che si traduce in comportamenti di apertura, abilità sociali associate all'affiliazione e alle emozioni di sicurezza (Gilbert, 2005) e può essere concepita come

un "antidoto" all'autocritica (Cree, 2010) Nel contesto della maternità, studi preliminari hanno dimostrato che l'autocompassione è collegata a minori sintomi di depressione e ansia (Fonseca & Canavarro, 2018). I risultati dello studio condotto da Pedro (2019) hanno mostrato che livelli più elevati di autocritica influenzano gli stili di pensiero delle donne (ad esempio, la frequenza di pensieri automatici negativi e la loro successiva valutazione metacognitiva del loro contenuto) che a loro volta portano a più sintomi di depressione post-partum. Esistono diversi approcci terapeutici per trattare la psicopatologia perinatale. Attualmente, le linee guida sembrano raccomandare la Terapia cognitivo comportamentale (CBT) e la Psicoterapia interpersonale (IPT) (O'Brien, 2023). Sebbene risulti che la CBT sia efficace nel trattare la depressione postnatale, ci sono meno prove che l'intervento miri a qualcosa di più dei sintomi della depressione, inclusa la relazione della madre con il neonato. Come è stato già riportato, una relazione madre-bambino inadeguata può avere esiti negativi per lo sviluppo emotivo, sociale e cognitivo a lungo termine del bambino. Pertanto, gli interventi psicologici erogati alle madri dovrebbero trattare anche il legame e la relazione madre- bambino. Attualmente, in alcuni centri di salute mentale perinatale del Regno Unito vengono offerte psicoterapie che sembrano essere adeguate ad affrontare sia le difficoltà di salute mentale materna, sia a migliorare la relazione madre-bambino. Una di queste terapie è la terapia focalizzata sulla compassione di Gilbert, che è stata adattata da Cree (2010) per le difficoltà delle madri durante il periodo perinatale. Tuttavia, le ricerche in questo ambito sono limitate.

3.2 Perinatal Compassion Focused Therapy (P-CFT)

Bowlby (1969) ha posto l'accento sull'importanza del comportamento di attaccamento tra neonato e genitore nell'evoluzione dei mammiferi. A differenza dei rettili, infatti, che si riproducono rapidamente ma offrono poche cure alla prole, i mammiferi offrono cura e protezione. L'evoluzione del comportamento di attaccamento è stata facilitata da una serie di importanti adattamenti neurofisiologici che consentono al neonato e al genitore di interessarsi l'uno all'altro, rispondere alle reciproche comunicazioni e formare legami di attaccamento. Come già sottolineato, un ormone importante per questo è l'ossitocina. Le delicate interazioni tra la neurofisiologia dell'attaccamento, la storia personale di un genitore e il contesto sociale possono contribuire a creare condizioni in cui il legame tra bambino e genitore diventa problematico (Cree, 2010). La terapia basata sulla compassione mira a raggiungere un equilibrio tra i tre sistemi di regolazione emotiva noti come sistema di protezione dalla minaccia (Threat System) , sistema di ricerca di stimoli e risorse (Drive System) e sistema calmante di appagamento e sicurezza (Soothing system). La CFT è stata sviluppata per individui con alti livelli di autocritica, che si

teorizza abbiano un'iperattivazione del sistema di protezione dalla minaccia e un sistema calmante soppresso. Nei contesti clinici, gli individui, comprese le donne nel periodo perinatale, riportano spesso alti livelli di vergogna e autocritica. Dagli studi emerge che livelli più elevati di autocritica durante la gravidanza possano avere conseguenze negative sul legame madre-bambino. Per questo motivo, può essere importante affrontare la relazione madre-bambino negli interventi psicologici che vengono offerti alle madri (Millard, 2023). La psicologa Michelle Cree (2010) ha adattato la CFT alle madri durante il periodo perinatale per affrontare i vissuti di vergogna e autocritica che sarebbero potuti insorgere e per ridurre eventuali difficoltà del legame madre-bambino. Essendo l'ossitocina un ormone rilevante per promuovere il legame madre-bambino, Cree teorizza che un sistema calmante soppresso, che produce ossitocina, può ostacolare la relazione madre-bambino. I livelli di ossitocina aumentano significativamente verso la fine del terzo trimestre, durante il travaglio e l'allattamento al seno entro la prima ora di nascita, promuovendo l'attaccamento. Tuttavia, Gilbert (2014) ha sostenuto che la vergogna deriva dal sistema di minaccia. Di conseguenza, coloro che hanno alti livelli di autocritica e vergogna hanno un sistema di minaccia che è iperattivato, mentre gli altri due sistemi sono entrambi soppressi (Gilbert, 2014). Un sistema calmante poco attivo significa che viene prodotta meno ossitocina, potenzialmente interrompendo l'attaccamento madre-bambino (Cree, 2010). La capacità delle madri e dei neonati di formare legami di attaccamento intimi dipende quindi da una serie di condizioni che consentono al sistema di attaccamento di funzionare in modo appropriato. Sebbene per molte madri l'avvento di un nuovo bambino sia un momento di gioia, piacere e caratterizzato da sentimenti di affetto e protezione, per altre può rappresentare un periodo difficoltoso. Tra le possibili problematiche ci sono quelle legate al cambiamento ormonale, alle difficoltà del parto, alla mancanza di supporto e alla paura di essere inadeguate. In effetti, a volte sembrerebbe che il sistema di minaccia diventi iperattivo, sopprimendo il sistema di ossitocina che calma e crea affetto, causando così interruzioni nella costruzione del legame con il bambino. Le interruzioni nel legame possono variare da una completa assenza di sentimenti affettuosi o premurosi verso il neonato, fino al punto che la madre percepisce il neonato come non suo, a sentimenti predominanti di irritazione, rabbia o disgusto verso il neonato. Nel primo caso, la madre non prova alcun impulso a creare un legame e mostra indifferenza verso il bambino. Nel secondo caso, la madre può essere respinta dal neonato, suggerendo che lei o il neonato siano percepiti come una minaccia per l'altro. Il modello Compassion Focused suggerirebbe che in entrambi i casi, se il sistema calmante può essere stimolato, questo a sua volta stimolerà la produzione di ossitocina; nel primo caso riportando in

linea il sistema di attaccamento e, nel secondo caso, attivando il sistema calmante in modo sufficiente da inibire il sistema di minaccia (Cree, 2010). Un neonato spaventato ricercherà una figura di attaccamento che lo protegga e lo calmi e sperimenterà una risposta fisiologica di calma e quiete una volta tenuto in braccio e confortato. Questo meccanismo, se ripetuto, porterà alla formazione di convinzioni come "Se mi rivolgo agli altri, mi conforteranno". Tuttavia, quando la ricerca di conforto viene ripetutamente accolta con rabbia, ansia, disgusto o indifferenza, allora i sentimenti e i desideri di ricerca di vicinanza e conforto diventano associati a esperienze interiori di rabbia e rifiuto e alla convinzione "gli altri mi feriranno o mi abbandoneranno". Questi ricordi emozionali e convinzioni possono causare confusione e angoscia nell'età adulta. Il bisogno di conforto e aiuto, o l'offerta di vicinanza e gentilezza da parte di altri può attivare ricordi emozionali che a loro volta possono innescare una risposta di minaccia. Le stesse emozioni possono essere suscitate anche durante le relazioni di cura. Quando una donna partorisce, il sistema calmante viene stimolato, facilitando la costruzione del legame e possono essere attivati quei ricordi emozionali associati al proprio sistema di attaccamento. La presenza del bambino può quindi evocare quei sentimenti correlati a passate esperienze di attaccamento. La madre può sentirsi, di conseguenza, appagata o sentirsi sopraffatta, spaventata, arrabbiata, indifesa e sola. Questo processo può spiegare una risposta di panico e impotenza di alcune madri alla sofferenza di un bambino che piange, piuttosto che una spinta a calmare. Nell'articolo "Compassion Focused Therapy with Perinatal and Mother-Infant Distress" (2010) Michelle Cree spiega come la CFT nel periodo perinatale agisca su due fronti: innanzitutto, la madre viene aiutata ad aumentare la propria autocompassione, rafforzando così il suo sistema calmante di regolazione emotiva basato sul sistema ossitonergerico. La stimolazione dell'ossitocina di per sé probabilmente aumenta la sua capacità di sentirsi più connessa con gli altri, incluso il proprio neonato. In secondo luogo, viene aiutata a portare specificamente compassione nella sua relazione con il suo neonato.

3.2.1 Promuovere l'autocompassione nelle madri

Secondo il modello della Compassion Focus Therapy, è fondamentale acquisire consapevolezza sulla minaccia che attiva il proprio Threat System. Esistono minacce specificamente innescate dalla gravidanza e dalla nuova maternità, riportate nella Figura 2

<p>Minaccia esterna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mancanza di supporto da parte del partner/famiglia. • Esperienza traumatica del parto. • Paura per la neonato. • Violenza domestica.
<p>Quando il neonato è percepito come una minaccia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di ricordi traumatici del parto. • Il disagio del neonato evoca ricordi della propria sofferenza. • Il disagio del neonato è percepito come manifestazione dell'incompetenza della madre. • Il neonato è percepito come incarnazione del "lato oscuro" angosciato e bisognoso della madre. • Il neonato è considerato troppo prezioso da amare, ma le cose belle vengono sempre portate via. • Percepire la crescente indipendenza del neonato come rifiuto. • Feto/neonato come "parassita".
<p>Minaccia interna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Senso di vulnerabilità fisica durante la gravidanza. • Cambiamenti biologici: aumento della stanchezza, cambiamenti ormonali. • Cambiamento della forma del corpo.
<p>Quando la madre percepisce se stessa come una minaccia per il bambino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paura di contaminare con la propria "cattiveria". • La paura porterà il bambino a essere come lei. • Si percepisce come "incapace"; ad esempio, incapace di identificare accuratamente i bisogni del bambino. • Paura di danneggiare il bambino. • Troppo debole o impotente per proteggere il bambino da danni esterni.

Figura 2. Esempi di minacce espresse dalle donne nel periodo perinatale (Cree, 2010)

Incrementare la consapevolezza sulle possibili minacce può aiutare ad avviare il processo di validazione e di de-sensibilizzazione alla vergogna, in particolare attraverso l'aspetto di condivisione ("quindi anche altri devono essersi sentiti così"). La CFT considera la validazione e l'accettazione delle proprie difficoltà come precursori della terapia. I vissuti delle madri che si prendono cura di un neonato possono oscillare da momenti di gioia e amore travolgente a sentimenti di noia, frustrazione, rabbia, furia e impotenza. Le madri possono trovare queste ultime emozioni sconcertanti quando si aspettano di provare solo amore incondizionato per il loro neonato. La validazione dei sentimenti di una madre le consente di assumere una posizione più aperta e meno difensiva. Esempi di validazione potrebbero includere: queste sono esperienze normali; la genitorialità spesso porta le persone agli estremi delle loro emozioni; la genitorialità è particolarmente dura per alcune donne poiché avere un neonato fa riemergere ricordi delle proprie esperienze precoci, questo "non è colpa tua".

Gilbert ha identificato sei attributi necessari per sviluppare la compassione (Gilbert, 2009): (1) la motivazione a orientarsi verso la cura di sé o di un altro, (2) la sensibilità verso i nostri sentimenti e bisogni, (3) la simpatia, (4) la tolleranza alla sofferenza, (5) l'empatia e (6) l'accettazione non giudicante. Il comportamento compassionevole spesso richiede coraggio, come cercare di tenere in braccio il bambino quando questo sembra non volerlo, portare il bambino al parco quando si ha paura di uscire di casa o cercare aiuto dagli altri quando si ha paura di essere rifiutati. L'aspetto della tolleranza alla sofferenza emerge frequentemente nel lavoro perinatale, in particolare quando le proprie strategie abituali di tolleranza alla sofferenza sono compromesse proprio dalla presenza del bambino (ad esempio, leggere un libro, andare a correre, pulire, ecc.). Per essere in grado di contenere la sofferenza del bambino, una madre ha bisogno di ripristinare le proprie competenze per contenere la propria sofferenza (Cree, 2010). Esistono alcune tecniche che possono essere apprese e utilizzate quando si è in difficoltà (vedere Figura 3) e che possono dare accesso a "micro" momenti di calma durante il giorno.

- Notare consapevolmente la sofferenza e immaginare di "tenerla" con calore e tenerezza.
- Da una posizione di curiosità leggermente distaccata, notare dove nasce la sofferenza nel corpo e dove si trova nel corpo.
- Immaginare di stare accanto al proprio corpo e relazionarsi alla sofferenza che si può vedere con gentilezza e calore.
- Ricordare che queste sensazioni passano sempre e che in un'ora, un giorno, una settimana, ti sentirai diverso.
- Utilizzare tecniche di esposizione in cui ci si occupa delicatamente del proprio disagio notandolo, lasciandolo nascere, quindi concentrandosi sulla compassione per quel disagio, ad esempio, utilizzando lettere compassionevoli, immagini compassionevoli, comportamenti compassionevoli, prima di impegnarsi nelle proprie tecniche abituali per far fronte alla situazione, come distrarsi, mangiare, pulire, ecc.
- Imparare a essere "nel momento" piuttosto che rimuginare sul passato o sul futuro, ad esempio, portando l'attenzione sulla sensazione dell'acqua calda sulle mani, utilizzando tutti i sensi.

Figura 3: Tecniche di tolleranza allo stress (Cree, 2010)

3.2.2. Uso della CFT per le difficoltà nel rapporto madre-bambino

Cree (2010) sottolinea come uno dei ruoli cruciali della maternità sia quello di facilitare lo sviluppo di un attaccamento sicuro nel neonato; ciò dipende dalle interazioni reciproche tra il neonato e la madre. Le caratteristiche richieste dalla madre per facilitare un attaccamento sicuro sono complesse e includono: sensibilità alle comunicazioni del neonato, la capacità di comprendere che il bambino ha una mente separata dalla propria, (capacità definita come *Mente Materna*), regolazione emotiva del neonato. Anche relazionarsi al neonato con calore e accettazione non giudicante è collegato alla sicurezza dell'attaccamento. È interessante notare che queste caratteristiche materne potrebbero essere considerate come mappate sugli attributi di compassione di Gilbert (Figura 4) e rafforzare l'inestricabile legame tra attaccamento precoce e

capacità di provare compassione verso se stessi e gli altri in età adulta.

Attributi della compassione di Gilbert	Attributi materni per un attaccamento sicuro
Motivazione a prendersi cura di sé	Motivazione a prendersi cura del neonato
Sensibilità	Sensibilità materna
Simpatia	Sintonizzazione
Tolleranza alla sofferenza	Regolazione emotiva
Empatia	Mente materna
Accettazione non giudicante	Accettazione non giudicante del neonato
Calore verso se stessi	Calore verso il neonato

Figura 4: Confronto tra gli attributi di compassione di Gilbert e gli attributi materni per un attaccamento sicuro del neonato.

Per stimolare nelle madri la motivazione a prendersi cura del bambino è opportuno un ri-orientamento dalla posizione di considerare una relazione con il neonato come una minaccia in cui la motivazione è quella di proteggere se stessi o il neonato dall'altro, a una in cui la motivazione è prendersi cura del benessere del bambino. Uno dei metodi per cercare di ri-orientare la motivazione è sviluppare sentimenti di calore e compassione verso il neonato; esistono specifiche tecniche con questo scopo che includono: 1) immagini compassionevoli, 2) scrittura di lettere compassionevoli e 3) attenzione compassionevole.

1) *Immagini compassionevoli.* Esempi di immagini compassionevoli sono elencati nella Figura 5. Ciò che è importante in questi esercizi è l'intenzione. Inizialmente potrebbero non suscitare alcuna emozione, ma concentrarsi sull'intenzione di generare questi sentimenti crea il contesto in cui possono verificarsi

- Immaginare calore e amore che provengono da noi stessi e sono diretti al neonato. Usare i sensi per immaginare una luce morbida e calda, e immaginare come il neonato potrebbe sperimentarla, ad esempio, esserne riempito, esserne avvolto.
- Immaginare calore e amore per un'altra persona e poi dirigerli verso il neonato.
- Immaginare calore e amore da parte di un altro e diretti a noi stessi, poi dirigerli verso il neonato.
- Immaginare noi stessi come persone compassionevoli con qualità di calore, gentilezza, forza di carattere, saggezza, maturità e accettazione senza pregiudizi. Immaginare di incontrare il neonato e di relazionarsi con lui con tutte queste caratteristiche.

Figura 5: Esempi di immagini compassionevoli rivolte al neonato.

2) *Scrittura di lettere compassionevoli.* La scrittura di lettere compassionevoli comporta la scrittura di una lettera al neonato in cui la madre esprime tristezza per la mancanza di sentimenti verso il bambino, e che questo non è colpa di nessuno dei due, ma è la conseguenza di molti fattori. Può esprimere i propri vissuti, come si sente e i passaggi del comportamento compassionevole che

desidera intraprendere per aiutare entrambi. La lettera dovrebbe essere scritta con calore verso se stessa e il suo bambino, ed essere validante e priva di giudizi. La lettera può essere letta al proprio bambino; ciò dovrebbe avvenire con un tono di calore e gentilezza. È utile considerare che questo tipo di lettere sono difficili da scrivere e potrebbero richiedere diversi tentativi.

3) *Attenzione compassionevole.* L'attenzione compassionevole si concentra sul notare i sentimenti che sorgono verso il bambino senza giudizio. Consente di notare piccole scintille di calore che possono verificarsi a cui generalmente non si presta attenzione poiché l'attenzione è invece rivolta a sentimenti di antipatia o irritazione.

L'interazione madre-bambino non solo regola lo stato fisiologico del bambino, ma anche quello della madre. Quando si sente minacciato, il bambino segnala il bisogno di essere messo al sicuro attraverso il pianto e il movimento. Quando la madre prende in braccio il bambino e lo calma, il bambino risponde al calore, all'odore, alla stimolazione tattile, al sostegno corporeo e al movimento, all'espressione facciale e al tono della voce della madre. Gli stimoli fisiologici derivanti dal tenere in braccio e calmare il bambino innescano quindi anche il sistema calmante della madre, inducendo una sensazione di tranquillità e rafforzando il suo legame con il bambino (Cree, 2010). Inoltre, viene stimolato anche il sistema dopaminergico (o di ricompensa) incoraggiandola a ripetere il comportamento. Nei casi in cui il neonato o la madre rappresentino una minaccia per l'altro, il contatto fisico potrebbe essere particolarmente problematico; infatti, nel tempo la madre può sviluppare una serie di strategie di sicurezza per evitare di entrare in contatto con il bambino.

I passaggi per tentare di aumentare la vicinanza potrebbero includere:

1. Iniziare con l'uso di immagini compassionevoli senza il neonato presente (come quelle elencate in Fig. 5).
2. Attenzione consapevole: consente di rifocalizzare l'attenzione sul neonato e di notare le reazioni senza giudizio e senza la necessità di contatto fisico.
3. Quando la madre inizia a tollerare questo, potrebbe essere in grado di impegnarsi in un comportamento a distanza che è ispirato da calore e compassione, ad esempio, sorridere al neonato quando dorme o guardarlo mangiare o giocare da lontano.
4. Gradualmente, la madre potrebbe decidere di toccare il neonato, immaginando calore e gentilezza provenienti dalla punta delle sue dita.

5. Potrebbe provare a tenere in braccio il neonato mentre dorme, immaginando calore e compassione che avvolgono lei e il suo neonato.

6. Alla fine potrebbe raggiungere un punto in cui può tenere in braccio il neonato quando è in difficoltà mentre è ancora impegnata nell'intenzione di provare calore e compassione verso se stessa e il neonato. Questo passaggio potrebbe risultare difficile e richiede compassione da parte della madre, nei momenti in cui è in difficoltà, delusa e frustrata con se stessa.

3.2.3 Favorire la sintonizzazione madre-bambino e sviluppo della "Mente Materna"

La relazione di attaccamento tra madre e neonato è molto più complessa del semplice contatto fisico e della protezione; aiuta anche il neonato a dare un senso alla reciproca relazione con il mondo, plasmando così il senso di sé in relazione agli altri e consentendogli di sviluppare strategie per predire il futuro. Ciò richiede che la madre sia "sintonizzata" sui segnali dati dal neonato e che risponda a questi in modo positivo e contingente (Crittenden, 1995). Queste interazioni coinvolgono l'espressione facciale, il tono della voce, il tatto e i movimenti del corpo, plasmano il cervello del neonato per prepararlo a rispondere in modo ottimale all'ambiente in cui vive. Una funzione fondamentale è la regolazione emotiva, mediante la quale la madre nota i primi segnali di disagio e aiuta il bambino a raggiungere uno stato ottimale, ad esempio aumentando o riducendo la stimolazione. Queste strategie vengono interiorizzate dal bambino per essere utilizzate per tutta la vita per regolare le emozioni. Tuttavia, una madre può avere difficoltà a essere responsiva alla comunicazione del suo bambino. Crittenden (1995) suggerisce che ci sono due modi principali in cui le madri possono rispondere in modo non funzionale a un bambino, definendoli "non responsivo" e "controllante". La relazione non responsiva si verifica quando il genitore è imprevedibile, in quanti non ci sono strategie cognitive affidabili con cui prevedere il comportamento, per cui il bambino impara a fare affidamento sul suo sistema di protezione dalla minaccia per ottenere informazioni su cosa potrebbe accadere dopo. Crittenden suggerisce che questi bambini arrivano a utilizzare strategie guidate dalle emozioni, inibendo l'aspetto cognitivo. È quindi probabile che rispondano al loro stato fisiologico interno senza una chiara idea di causa o effetto. Una madre è definita "Controllante" quando plasma il comportamento o l'emotività del suo bambino in base alla propria mente piuttosto che a quella del bambino, fornendo chiare strategie cognitive ma sopprimendo l'affettività e il comportamento del bambino. È probabile che il bambino "protesti" sia vocalmente che a livello comportamentale. Quando la protesta viene soppressa dalla madre, i bambini già dai 6 mesi sono in grado di inibire il comportamento, la vocalizzazione e

l'affetto come strategie autoprotettive (Crittenden, 1995). Queste strategie portano a una perdita del senso di sé poiché il vero affetto o la cognizione del bambino vengono trasformati per proteggersi da danni, intrusioni o abbandono. Dunque, la teoria di fondo di Crittenden (1995) sostiene che la qualità dell'interazione madre- bambino si ripercuota sulle strategie degli adulti per relazionarsi con il mondo. Durante il processo di CFT, una madre può imparare la capacità di prestare attenzione ed essere sensibile ai propri sentimenti e bisogni; questi possono essere verbalizzati e quindi resi espliciti. Questa capacità può essere utilizzata per sintonizzarsi con lo stato fisiologico del neonato. La mente materna è definita come è la capacità di una madre di trattare il proprio figlio, non importa quanto piccolo, come un individuo con una mente, sentimenti, pensieri e convinzioni separati dai propri (Cree, 2010). La ricerca sta iniziando a suggerire che la mente materna potrebbe essere il moderatore chiave per un attaccamento sicuro. Elizabeth Meins e colleghi hanno scoperto che la genitorialità basata sul concetto di mente materna a 6 mesi era correlata a un attaccamento più sicuro a 12 mesi. In effetti, la genitorialità basata sulla mente materna era un predittore migliore dell'attaccamento sicuro rispetto a qualsiasi altra variabile, inclusa la "genitorialità reattiva e sensibile" (Meins et al., 2001). Una componente fondamentale della Compassion Focus Therapy nel periodo perinatale è, quindi, lo sviluppo di queste capacità come abilità esplicite che vengono deliberatamente descritte e praticate. Ciò rende queste abilità disponibili alla madre in modo che possa applicarle in modo consapevole quando interagisce con il suo bambino.

3.3 Efficacia della P-CFT

La terapia incentrata sulla compassione perinatale (P-CFT) risulta essere un intervento di gruppo diffuso, soprattutto in Inghilterra. Dalla review di Millard (2023) emerge, tuttavia, la scarsità di studi che esplorano l'efficacia della CFT o della P-CFT nelle donne nel periodo perinatale. La review si è concentrata sull'individuazione di ricerche che offrivano il modello di CFT di Gilbert o l'adattamento P-CFT di Cree alle donne nel periodo perinatale, indipendentemente dal fatto che siano tratti da campioni clinici o non clinici, e sull'esame dei benefici di questo tipo di intervento in termini di riduzione della sintomatologia e/o miglioramenti nella creazione del madre-bambino. La review riporta uno studio pilota condotto da Kelman (2018) che ha confrontato due brevi interventi online di CBT con training di abilità compassionevoli in 123 donne che erano attualmente in gravidanza, lo erano state di recente o intendevano rimanere incinta. I risultati hanno rivelato che entrambi gli interventi erano simili nello sviluppo di qualità compassionevoli; tuttavia, l'intervento basato sulla CFT ha mostrato riduzioni maggiori e significative dei sintomi di

ansia e depressione rispetto alla CBT. Adattando il modello di CFT di Gilbert, Mitchell et al. (2018) hanno fornito un intervento online autoguidato a un campione non clinico di 262 madri che si trovavano entro un periodo di 24 mesi dopo il parto. Il breve intervento di autocompassione consisteva in due video online, che presentavano: 1) psicoeducazione sull'autocompassione nel contesto della maternità e 2) un esercizio di visualizzazione CFT. Dai risultati emerge un piccolo aumento significativo dell'autocompassione da parte delle madri. Nonostante i risultati di questi pochi studi sembrino essere incoraggianti, attualmente la ricerca è limitata per stabilire se la CFT o la P-CFT migliorino il benessere materno. La Review evidenzia che il modello di Gilbert nella popolazione perinatale è stata finora applicabile solo alle madri in popolazioni non cliniche. Inoltre, poiché gli interventi riportati sopra sono principalmente brevi interventi online autoguidati rispetto alla terapia di 12 settimane raccomandata da Cree, attualmente non ci sono dati sufficienti per stabilire se la P-CFT sia effettivamente efficace per le donne che ricevono questo intervento (Millard, 2023).

Conclusioni

Spesso le aspettative sociali riguardanti la maternità possono suggerire alle madri l'idea che non stiano facendo un buon lavoro e possono causare sentimenti di inadeguatezza, vergogna e autocritica. La vergogna e l'autocritica sono vissuti comuni in diversi quadri psicopatologici, compresi quelli che possono insorgere durante il periodo perinatale, come la depressione post-partum. Dalla letteratura emerge l'importanza di occuparsi della salute mentale materna, poiché, oltre a compromettere il benessere delle madri, può influenzare il legame d'attaccamento e lo sviluppo emotivo e cognitivo a lungo termine del bambino. La Perinatal Compassion Focused Therapy (P-CFT), ideata dalla psicologa Michelle Cree (2010), rivolge l'attenzione all'autocompassione delle madri e alle eventuali difficoltà nella creazione del legame madre-bambino. La P-CFT si basa sul modello dei tre sistemi regolatori emotivi primari di Gilbert (2010). Il primo è il *Sistema di protezione dalla minaccia*, che innesca risposte di lotta o fuga ed è spesso associato a sentimenti come ansia, rabbia o disgusto. Il *Sistema di ricerca di stimoli e risorse* è associato a sentimenti di eccitazione. Infine, c'è il *Sistema calmante*, basato sull'attivazione dell'ossitocina che crea sentimenti di calma, sicurezza e appagamento. Le donne con sintomi depressivi post-partum sembrano avere prevalentemente il sistema di protezione dalla minaccia attivato, che ha la precedenza sul sistema calmante a cui è collegata l'autocompassione e che risulta inibito (Cree, 2010). Da un punto di vista teorico, la CFT sembra adattarsi molto bene

al periodo perinatale, soprattutto nella fase del post-parto in cui è frequente che le neomadri sperimentino vissuti di autocritica, alimentati da una serie di falsi miti. Dalla letteratura risultano effettivamente, però, pochi studi riguardanti l'applicazione e l'efficacia di questo approccio al periodo perinatale. Tuttavia, quello che appare evidente è la necessità di supportare le donne in questa delicata fase della vita intrisa di cambiamenti. In primo luogo, è importante aiutare le donne a normalizzare e accettare senza giudizio la presenza di pensieri negativi post-partum e a cambiare il loro rapporto con tali pensieri; in secondo luogo, sarebbe opportuno che le donne ricevano formazione sullo sviluppo di qualità compassionevoli verso loro stesse. Gli attributi di autocompassione possono aiutare le donne a vivere il periodo post-partum in modo meno autocritico e adattivo, aiutandole a essere più flessibili e realistiche nel giudizio dei loro pensieri negativi (Cree, 2010) e a considerare questi ultimi come parte normale dell'esperienza di maternità.

Bibliografia

Abbott DH, Keverne EB, Bercovitch FB, Shively CA, Mendoza SP, Saltzman W, Snowdon CT, Ziegler TE, Banjevic M, Garland T Jr, Sapolsky RM (2003). Are subordinates always stressed? A comparative analysis of rank differences in cortisol levels among primates. *Horm Behav.*:67-82.

American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione. DSM-5. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Aoyagi, S. S., Takei, N., Nishimura, T., Nomura, Y., & Tsuchiya, K. J. (2019). Association of late-onset postpartum depression of mothers with expressive language development during infancy and early childhood: The HBC study. *PeerJ*, 7, e6566.y

Baumeister RF, Bratslavsky E, Finkenauer C, & Vohs KD (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 5, 323-370.

Beato A.F , Albuquerque S. , Kömürçü. , Costa L. , Salvador Á. (2022) Do Maternal Self-Criticism and Symptoms of Postpartum Depression and Anxiety Mediate the Effect of History of Depression and Anxiety Symptoms on Mother-Infant Bonding? Parallel–Serial Mediation Models. *Frontiers in Psychology*

Beebe, B., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Blatt, S., et al. (2007). Six-week postpartum maternal self-criticism and dependency and 4-month mother-infant self-and interactive contingencies. *Dev. Psychol.* 43, 1360–1376.

Bowlby, J. (1969). *Attachment: Attachment and loss*, vol. 1. London: Hogarth Press

Brassel, A., Townsend, M. L., Pickard, J. A., and Grenyer, B. F. (2020). Maternal perinatal mental health: associations with bonding, mindfulness, and self-criticism at 18 months' postpartum. *Infant Ment. Health J.* 41, 69–81.

Brazeau N, Reisz S, Jacobvitz D, George C. Understanding the connection between attachment trauma and maternal self-efficacy in depressed mothers. *Infant Ment Health J.* 2018;39(1):30–43. 6. Brockington IF, Macdonald E, Wainscott G (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of Women's Mental Health.* 253-63

Chen X, Yang R, Kuang D, Zhang L, Lv R, Huang X, Wu F, Lao G, Ou S. (2017). Heart rate variability in patients with major depression disorder during a clinical autonomic test. *Psychiatry Res.* 2017 Oct;256:207-211.

Cree M. Compassion focused therapy with perinatal and mother-infant distress. *Int J Cogn Ther.*

(2010) 3:159–71.

Crittenden, P.M. (1995). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *John Bowlby's attachment theory: Historical, clinical, and social significance* (pp. 367-406). New York: Analytic

Davies W. (2017) Understanding the pathophysiology of postpartum psychosis: Challenges and new approaches. *World J Psychiatry.* 7(2):77-88.

Depue RA & Morrone-Strupinsky JV (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding. *Behavioral and Brain Sciences* 28, 313-395

Ehret AM, Joormann J, Berking M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cogn Emot.* 2015;29(8):1496-504.

Falconer CJ, Slater M, Rovira A, King JA, Gilbert P, Antley A, Brewin CR. (2014) Embodying compassion: a virtual reality paradigm for overcoming excessive self-criticism. *PLoS One.* ; Fonseca A, Canavarró MC. Exploring the paths between dysfunctional attitudes towards motherhood and postpartum depressive symptoms: The moderating role of self-compassion. *Clin Psychol Psychother.* 2018 Jan;25(1):e96-e106.

Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*, 19(3), 313–332.

Gilbert P (2000). *Overcoming Depression: A Self-Guide Using Cognitive Behavioural Techniques*, rev. edn. Robinsons, London, and Oxford University Press, New York.

Gilbert P (2009). *The Compassionate Mind*. Constable & Robinson, London e New Harbinger.

Oaklands, CA.

Gilbert P (2010). *Compassion Focused Therapy. Distinctive Features*. Routledge, London. Tr. it. a cura di Petrocchi N. *La terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distinte*. Franco Angeli, Milano 2012

Gilbert P (ed) (2005) *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. Routledge.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*.

Gilbert, P., & Proctor, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.

Gonidakis, F., Rabavilas, A.D., Varsou, E., Kreatsas, G., & Christodoulou, G.N. (2007). Maternity blues in Athens. Greece: a study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders*, 99, 107-115.

Gravener, J. A., Rogosch, F. A., Oshri, A., Narayan, A. J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2012). The relations among maternal depressive disorder, maternal expressed emotion, and toddler behavior problems and attachment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(5), 803–813.

Hall, P. L., & Wittkowski, A. (2006). An exploration of negative thoughts as a normal phenomenon after childbirth. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51, 321–330.

Hildebrandt, L.K., McCall, C. & Singer, T. (2017). Differential Effects of Attention-, Compassion-, and Socio-Cognitively Based Mental Practices on Self-Reports of Mindfulness and Compassion. *Mindfulness* 8, 1488–1512

Iyengar U, Kim S, Martinez S, Fonagy P, Strathearn L. Unresolved trauma in mothers: intergenerational effects and the role of reorganization. *Front Psychol.* 2014;1(5):966.

Javadifar N, Majlesi F, Nikbakht A, Nedjat S, Montazeri A. Journey to motherhood in the first year after child birth. *J Family Reprod Health.* 2016;10(3):146.

Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 420–429.

Kelly AC, Wisniewski L, Martin-Wagar C, Hoffman E. (2017) Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clin Psychol Psychother.* Mar;24(2):475-487.

Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Leybman, M. J., & Gilbert, P. (2012). Social safeness, received social support, and maladjustment: Testing a tripartite model of affect regulation. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 815–826.

Kelman A, Evare B, Barrera A, Muñoz R, Gilbert P. (2018) A proof-of-concept pilot randomized comparative trial of brief Internet-based compassionate mind training and cognitive-behavioral therapy for perinatal and intending to become pregnant women. *Clin Psychol Psychother.*

Lucre KM, Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychol Psychother.* 2013 Dec;86(4):387-400.

Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 637-648

Mikulincer M., Shaver P.R. (2015). The psychological effects of the contextual activation of security-enhancing mental representations in adulthood. *Current Opinion in Psychology*

Millard A., Wittkowski A. (2023) Compassion focused therapy for women in the perinatal period: a summary of the current literature *Front. Psychiatry*, 19 December 2023 Sec. Perinatal Psychiatry Mitchell A, Whittingham K, Steindl S, Kirby J. (2018) Feasibility and acceptability of a brief online self-compassion intervention for mothers of infants. *Arch Womens Ment Health.*

Moschetti A., Tortorella M.L. (2007) Ossitocina e attaccamento. *Quaderni acp* 2007; 14(6): 254-260 O'Brien J, Gregg L, Wittkowski A. (2023) A systematic review of clinical psychological guidance for perinatal mental health. *BMC Psychiatry.*

O'Hara M.W., Zekpski, E.M., Philipps, L.H. & Wright, E.J. (1990). Controlled prospective study of post partum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 3-15.

Panksepp J (1998). *Affective Neuroscience*. Oxford University Press, New York.

Pedro, L., Branquinho, M., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2019). Self-criticism, negative automatic thoughts and postpartum depressive symptoms: The buffering effect of self-compassion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(5), 539–553.

Petocchi N. Couyoumdjian A. (2012). "The use of compassion focused therapy techniques to promote the process of acceptance in psychotherapy/L'impiego delle tecniche della terapia focalizzata sulla compassione per promuovere il processo di accettazione in psicoterapia." *Cognitivismo Clinico.*

Rodrigues, S., Costa, A. C., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2017). Adaptação da Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto para a população Portuguesa: Estudos

psicométricos [The Portuguese version of the Postpartum Negative Thoughts Scale: Psychometric studies]. *Análise Psicológica*, 35, 395–407

Rosan C, Grimas E. (2016) The power of couple-focused approaches in the perinatal period. *J Fam Health*.

Ross LE, McLean LM (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry* 67, 8, 1285-1298.

Rueger SY, Malecki CK, Pyun Y, Aycock C, Coyle S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychol Bull.* 2016 Oct;142(10):1017-1067.

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15.

Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., et al. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clin. Psychol. Rev.* 47, 15–27.

Sitografia

<https://www.iss.it/salute-mentale-perinatale>

World Health Organisation. Maternal Mental Health. [Internet]. 2020. https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/.

Giada Tanaceto, psicoterapeuta cognitivo comportamentale, Assisi (PG)

Training di Romano, Mantione e Rossi

e-mail: giadatanaceto@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

Riconoscere e Valorizzare la Dignità: Psicoterapia e Cure Palliative

Erika Brunelli¹

¹Psicologa, Psicoterapeuta

Riassunto

Il presente lavoro analizza l'integrazione tra l'approccio delle cure palliative e la psicoterapia cognitiva, con un focus centrale sulla conservazione della dignità nel fine vita. Attraverso l'esame della normativa italiana (Legge 38/2010) e del modello di "sofferenza totale", viene approfondito il distress esistenziale che colpisce il malato terminale e il suo nucleo familiare. Viene presentato il modello della dignità di Harvey Chochinov e l'applicazione della Dignity Therapy come intervento breve strutturato. L'obiettivo è illustrare come il supporto psicoterapeutico possa favorire l'elaborazione del lutto e il mantenimento dell'identità della persona, offrendo strumenti operativi per l'equipe multiprofessionale e migliorando la qualità della vita residua.

Parole Chiave: Cure Palliative, Dignity Therapy, Lutto, Dignità, Fine Vita, Sofferenza.

Recognizing and valuing dignity: Psychotherapy and Palliative Care

Summary

This paper analyzes the integration between the palliative care approach and cognitive psychotherapy, with a central focus on preserving dignity at the end of life. Through the examination of Italian legislation (Law 38/2010) and the "total pain" model, the existential distress affecting terminal patients and their families is explored. Harvey Chochinov's dignity model and the application of Dignity Therapy as a structured brief intervention are presented. The objective is to illustrate how psychotherapeutic support can facilitate the grieving process and the preservation of personal identity, providing operational tools for the multiprofessional team and improving the quality of remaining life.

Key words: Palliative Care, Dignity Therapy, Grief, Dignity, End of Life, Pain.

INTRODUZIONE

La morte, nella cultura occidentale contemporanea, è stata progressivamente allontanata dalla sfera quotidiana per essere confinata nei luoghi della cura medica. Questo processo di “sequestro della morte” ha reso più complesso il compito di affrontare la finitudine. In questo scenario, le cure palliative si pongono non solo come controllo dei sintomi, ma come difesa della dignità umana. Il presente contributo intende illustrare come la psicoterapia cognitiva possa integrarsi in questo percorso, fornendo al malato strumenti per rinegoziare il significato della propria esistenza anche nella fase terminale.

APPROCCIO PALLIATIVO

Cure palliative: definizione e normativa

Le cure palliative rappresentano un approccio multidisciplinare volto a migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da malattie cronico-evolutive e delle loro famiglie. In Italia, la Legge 38/2010 ha sancito il diritto per ogni cittadino all’accesso alla terapia del dolore e alle cure palliative (Zanetta, 2020). Come evidenziato nel testo, l’obiettivo non è accelerare né differire la morte, ma assicurare una dignità costante alla persona malata attraverso un piano assistenziale che si prenda cura della “sofferenza totale”. Tale concetto, introdotto da Saunders (1967), sottolinea come il dolore non sia solo fisico, ma coinvolga dimensioni psicologiche, sociali e spirituali che richiedono un intervento integrato (Saunders, 1967).

Setting assistenziali e strumenti

La rete assistenziale si articola in diversi contesti per garantire la continuità delle cure (Zanetta, 2020):

- *L’Hospice*: descritto come un ambiente dove l’accoglienza e la personalizzazione degli spazi mirano a far sentire il paziente “come a casa”, allontanandosi dal modello ospedaliero tradizionale.
- *L’assistenza domiciliare*: che permette al malato di restare nel proprio ambiente familiare attraverso l’opera delle Unità di Cure Palliative (UCP). Lo strumento cardine per l’organizzazione di questi interventi è il PAI (Piano Assistenziale Individualizzato), che permette all’equipe di rispondere in modo specifico ai bisogni emergenti del paziente e del suo nucleo familiare, monitorando costantemente l’efficacia delle cure (Zanetta, 2020).

La figura dello psicologo nelle cure palliative

La presenza dello psicologo è fondamentale all’interno dell’equipe multiprofessionale. Il suo ruolo non si limita al supporto clinico del paziente, ma si estende alla facilitazione della comunicazione tra i diversi attori coinvolti (medici, infermieri, familiari). Lo psicologo interviene per:

- Sostenere il malato nell'affrontare la perdita di autonomia e il distress legato alla diagnosi.

- Accompagnare i familiari, intesi come parte integrante dell'unità di cura, nella gestione delle dinamiche emotive e del lutto anticipatorio.
- Prevenire fenomeni di *burn-out* negli operatori sanitari, promuovendo il benessere dell'equipe. L'obiettivo ultimo è trasformare il percorso di fine vita in uno spazio di senso, preservando l'identità della persona oltre il limite imposto dalla malattia (Zanetta, 2020; Worden, 1982).

IL PROCESSO DEL MORIRE

Il distress esistenziale e la sofferenza del malato nella fase terminale

La sofferenza nella fase terminale della vita non è un fenomeno unidimensionale, ma si configura come una “sofferenza totale” che investe le dimensioni fisica, psicologica, sociale e spirituale (Saunders, 1967). Quando la malattia progredisce e la cura in senso curativo non è più possibile, il malato si trova ad affrontare il distress esistenziale: una condizione di profonda angoscia legata alla perdita di controllo, alla minaccia all'integrità del Sé e alla ricerca di un senso di fronte alla morte imminente (Cassel, 1982). Come indicato nel testo, la sofferenza insorge quando la persona percepisce che la propria identità e la propria autonomia sono messe in crisi dalla patologia, rendendo necessario un passaggio dal *to cure* (curare la malattia) al *to care* (prendersi cura della persona) (Zanetta, 2020).

Valutazione dei bisogni psicologici del morente

La valutazione dei bisogni del malato terminale richiede un'attenzione specifica alla dimensione soggettiva. Oltre al controllo dei sintomi fisici, emergono bisogni psicologici fondamentali come la necessità di mantenere la propria dignità, il desiderio di non essere un peso per gli altri e il bisogno di chiudere i compiti evolutivi della propria vita (Chochinov, 2015). Lo psicoterapeuta supporta il paziente nell'esplorazione di questi vissuti, aiutandolo a gestire le perdite progressive e a rinegoziare i propri obiettivi. La valutazione deve essere continua, poiché i bisogni cambiano rapidamente con l'evolversi della condizione clinica, richiedendo una flessibilità costante da parte dell'equipe curante.

Accompagnare ed educare alla morte

Educare alla morte significa restituire a questo evento la sua dimensione naturale e umana, contrastando la tendenza della società contemporanea a nascondersela o medicalizzarla eccessivamente. Riprendendo le riflessioni di Kubler-Ross (1969) e Zanetta (2020), l'accompagnamento efficace prevede la rottura della “congiura del silenzio”, favorendo una comunicazione onesta e aperta tra malato, famiglia e operatori. Questo processo non solo aiuta il paziente a sentirsi riconosciuto e ascoltato fino alla fine, ma prepara anche i familiari all'evento della perdita, facilitando l'espressione delle emozioni e la risoluzione di eventuali conflitti in sospeso, riducendo così il rischio di un lutto patologico (Worden, 1982).

IL LUTTO

Il lutto è una reazione alla perdita intesa come risposta biologica e istintiva, unica per ogni individuo e per ogni tipo di relazione. Come evidenziato da Bowlby (1961, 1973) attraverso l'osservazione del legame tra infanti e caregivers, il lutto si fonda sul sistema di attaccamento. Sebbene nella società occidentale la morte sia spesso allontanata dalla sua dimensione naturale (Testoni, 2011), il dolore per la perdita involontaria di una persona cara resta un'esperienza universale che si manifesta attraverso espressioni facciali, vocalizzazioni e posture specifiche (Klass, 2014). Il pianto, in particolare, funge da segnale intersoggettivo che elicitava la risposta consolatoria dell'altro, permettendo la risoluzione del dolore in un ambiente sociale (Klass, 2014).

Le reazioni alla perdita possono variare sensibilmente:

- Lutto comune o integrato: include disperazione, rabbia, incredulità e sintomi somatici che tendono a svanire entro l'anno dalla perdita (Bonanno & Kaltman, 2001).
- Lutto cronico: si configura quando i sintomi di disorganizzazione cognitiva e disforia persistono nel tempo senza risolversi (Bonanno & Kaltman, 2001).
- Lutto minimo e Resilienza: una minoranza di persone mostra un distress limitato, espressione di un funzionamento psicosociale adattivo definito resilienza, ovvero la capacità di uscire rinforzati dalle avversità (Bonanno, 2004; Rutter, 1999; Testoni, 2011).

Per comprendere il processo di adattamento alla perdita, nel testo vengono richiamati tre modelli fondamentali:

- Modello delle cinque fasi (Kübler-Ross, 1969): descrive il percorso emotivo di fronte alla malattia terminale attraverso diniego, rabbia, negoziazione, depressione e accettazione.
- *Task Model* (Worden, 1982): prevede che il dolente lavori attivamente su quattro compiti: accettare la realtà, elaborare il dolore, riadattarsi all'ambiente senza il defunto e reinvestire l'energia emotiva.
- Modello a quattro fasi (Parkes, 1988): identifica una sequenza che va dalla negazione e ricerca del defunto alla disorganizzazione, fino alla ripresa della progettualità.

Lutto in famiglia

La dott.ssa Gelcer (1983) sottolinea come ogni società abbia sviluppato degli atteggiamenti per affrontare l'evento del lutto, che consentivano di vivere la situazione in maniera individuale e sociale. La società individualista, occidentale, abbandonò tali pratiche tradizionali e religiose, dal lutto al matrimonio, fino anche alla genitorialità. Questo spinse le persone a vivere il lutto di una persona cara sia in modo solitario e isolato sia a vivere la morte in modo accettabile, cioè da persone "forti". La letteratura evidenzia come

esistano differenze individuali nelle reazioni al lutto, dipendenti sia dall'individuo che dalla relazione che è stata disturbata dalla morte (Gelcer, 1983).

Differenze individuali sono state individuate anche in base all'età. Gli adulti attraversano varie fasi del lutto, che possono essere risolutorie oppure avere un esito infausto; i bambini sono molto più limitati degli adulti nella loro capacità di concettualizzare la morte e verbalizzare il loro dolore, questa capacità varia a seconda della loro età o livello cognitivo (Gelcer, 1983). Generalmente gli adulti possiedono capacità di coping maggiormente efficaci rispetto ai bambini. Le espressioni di dolore dei bambini variano quindi di conseguenza ma sono anche un'espressione sia della natura del loro rapporto con il defunto sia delle circostanze del decesso che, nel caso di un genitore deceduto, del sesso del genitore e delle capacità del genitore sopravvissuto di fornire un ambiente favorevole successivo al lutto (Gelcer, 1983). Le difficoltà da adulti, qualora i bambini non riescano ad elaborare il lutto in modo positivo, possono sfociare in: depressione, difficoltà con identità di genere, vari disturbi somatici e persino psicosi (Gelcer, 1983). La morte o il suo avvicinarsi, dunque, riguarda il morente e anche coloro che gli sono accanto. Il sistema familiare di conseguenza potrebbe affrontare diversi cambiamenti durante la malattia, soprattutto dopo la prognosi e la morte (Testoni, 2011). In questo delicato momento le cure palliative sono chiamate a rispondere e a sanare questo aspetto, in modo tale che ciascuno possa avere una morte dignitosa e circondato dai propri cari. La prognosi precede una fase del lutto chiamata "lutto anticipatorio", ovvero il vissuto di perdita che si attiva nei mesi precedenti al decesso e si identifica con l'avvicinarsi dell'evento finale. Dovendo confrontarsi con l'ineluttabilità e l'imminenza della perdita, la famiglia del paziente con patologia in fase terminale può manifestare reazioni emotive intense o meccanismi di difesa, che potrebbero peggiorare la situazione. Come evidenziato da Testoni (2011), il lutto anticipatorio può portare ad azioni di abbandono prematuro, come lasciare il morente in ospedale o in clinica delegando così tutte le cure al personale sanitario; può esserci anche la negazione della realtà di morte, affidando al malato impegni o responsabilità di cui non riesce più a prendersi carico, si tratta di un tentativo di evitare il dolore della realtà. La speranza della morte del malato è una terza reazione al lutto anticipatorio, visto come sollievo dalla sofferenza per il malato e sollievo dal burden per i famigliari. Le modalità con cui si affronta questa fase spesso influenzano l'esito dell'elaborazione del lutto dopo il decesso della persona cara (Testoni, 2011). Questa anticipazione della morte ha un suo peso cognitivo, sono funzioni cognitivamente complesse di cui i bambini piccoli sono per lo più incapaci. Fondamentale, specialmente in questa fase, è la capacità della famiglia di accettare o negare la morte (Testoni, 2011). Il contesto culturale e sociale occidentale tuttavia non dà spazio a chi è colpito dalla minaccia di morte di elaborare positivamente la situazione e non permette di vivere in modo adeguato il distacco dai famigliari. Tale contesto spinge all'isolamento, negando ad entrambe le parti di congedarsi (Testoni, 2011). Il momento temuto arriva e i sopravvissuti, possedendo le proprie abilità di coping e le fragilità regalate già dalla loro stessa vita,

devono far fronte al dolore e alla sofferenza che si può presentare. La psicoterapia è diventata la modalità principale di aiuto alle persone in lutto. La perdita di un membro significativo è la principale crisi che una famiglia deve affrontare. Se il sistema non dispone delle risorse adattative necessarie, il lutto familiare può portare alla scomparsa del sistema stesso (Pereira, 2018).

Chi muore lascia uno spazio grande e sempre diverso, in conseguenza al ruolo che occupava nella famiglia. Il suddetto a volte viene lasciato vuoto, come nel caso di un anziano che perde la propria compagna di una vita intera. Altre volte, invece, può essere riempito, come nel caso di una famiglia che perde un genitore o un figlio. Sono situazioni che lacerano in maniera diversa (Pereira, 2018). Infatti Gelcer (1983) evidenzia come possa accadere che la morte di un genitore possa interferire con il progresso dei ruoli nella famiglia. Il progresso, però, inizia quando si ha consapevolezza di non star vivendo alcun progresso (Gelcer, 1983). I professionisti devono essere consapevoli dei sintomi del dolore espressi dai pazienti e aiutarli attraverso il necessario processo di lutto (Rotter, 2000). Prima del lutto dev'esserci la morte o un'anticipazione di essa. Dopo aver ricevuto la comunicazione della cattiva notizia, intesa come l'evento che modifica in modo negativo e irreversibile le prospettive del futuro da parte di chi la riceve (Testoni, 2011), si entra in uno spiraglio di eventi a cui parenti e il morente stesso difficilmente sono preparati (Testoni, 2011). È qui che il personale sanitario e gli psicologi dovrebbero fare affidamento al modello delle cure palliative, disciplina giovane ma che sta dimostrando sempre più la sua valenza scientifica (Testoni, 2011).

Hospice: concetto di "casa" dove si muore

Il paziente, grazie alla medicina palliativa, è guidato fino alla fine del suo percorso terreno, assistito in un ambiente a lui caro come la propria casa, garantendogli in questo modo sia una morte dignitosa che occuparsi della sua salute e del suo benessere fino a che è in vita. Il ricovero con cure palliative in ambienti non hospice inoltre tende a ridurre l'ospedalizzazione e conseguentemente anche la spesa sanitaria (Testoni, 2011). Un'alternativa possono essere gli hospice quando la casa non è adeguata al percorso di fine-vita (Testoni, 2011). Gli hospice nascono e sono progettati per la comodità e per ricordare un ambiente familiare, l'obiettivo risulta essere quello di creare una seconda casa. Il concetto di casa, soprattutto per gli anziani, ha particolare importanza nel mantenere un senso di identità e autonomia, dando in questo modo significato all'esistenza (Testoni, 2011). La maggior parte degli hospice è vissuto da anziani con diagnosi di cancro, cardiopatia, demenza, infermità e malattie respiratorie, per questi il servizio principale offerto è la cura del dolore: fisico, mentale, sociale e spirituale (Testoni, 2011), l'obiettivo è quello di accompagnare l'ammalato ad una "buona morte" (Testoni, 2011). Gli anziani spesso però muoiono nelle case di riposo, per questo motivo c'è una necessità impellente di un'equipe multidisciplinare che sia in grado di offrire dignità e benessere sia al morente, anche se non si trova nel

suo ambiente, sia alla sua famiglia. Infatti, all'interno di questo modello olistico, rilevante diviene la valorizzazione della dignità delle persone anziane, generalmente effettuata dal medico di medicina generale. Il medico di base è una figura centrale nella cura delle persone anziane, poiché al corrente della loro anamnesi e ha instaurato un rapporto di fiducia con essi (Testoni, 2011). La terapia della dignità (Dignity Therapy, DT) si dimostra essere un valido strumento per aiutare i malati terminali: le metodologie narrative facilitano il parlare del passato in prospettiva del futuro, anche di fronte alla morte (Testoni, 2022). Una malattia grave che avvicina alla morte può capitare a chiunque, in qualsiasi momento della vita, per tale motivo l'universalità e l'accessibilità alle cure palliative risulta essere di estrema importanza. Soprattutto considerando che l'attenzione ricade sia sul morente che verso i suoi famigliari, i quali vengono anch'essi colpiti profondamente dall'evento (Testoni, 2022).

Approcci clinici e interventi psicologici e psicoterapeutici nel fine vita

Il focus di un intervento psicologico che si rivolge a una persona morente ha a che fare con la guarigione da un sintomo di condizione di sofferenza e con un percorso di adattamento e comunque da un'accettazione del distacco dalle proprie relazioni e della perdita della propria vita. Ciascun approccio clinico al fine vita non può non considerare la dimensione esistenziale che caratterizza l'esperienza che il malato sta vivendo. Il tempo del fine vita risulta essere un tempo dilatato e ricco di grande significato: la persona riflette sulla propria vita passata e cerca di darvi un significato. Così si crea un ponte tra presente e passato, ciò che si è vissuto assume significato alla luce della sua rielaborazione nel momento della fine. Il modo in cui viene affrontata la fase terminale è influenzato a sua volta dalle esperienze relazionali precedenti (Selmi S., Vecchi R., 2023). Il compito del clinico, al fianco di un morente, consiste nell'aiutarlo a comprendere e a dare un senso a questi collegamenti tra presente e passato. Le narrazioni autobiografiche permettono allo psicologo specialista di: stabilire un contatto terapeutico attraverso il racconto, conoscere i punti di forza e di vulnerabilità del malato in modo da favorire quel senso di continuità e conoscere il significato necessario per affrontare la morte con serenità. La riflessione sulla propria vita e sulle proprie relazioni passate potrebbe scatenare reazioni emotive molto intense, caratterizzate a volte da un vero e proprio stato di angoscia. Un altro compito importante del terapeuta è il contenere tali stati d'animo tanto da riuscire ad aiutare il malato a tollerare anche le emozioni più minacciose, lasciando così quest'ultimo libero di riflettere e di rielaborare la propria biografia fino ad accettare di essere arrivato al suo limite (Selmi S., Vecchi R., 2023). Nei decenni successivi, a questi primi approcci è seguita una serie di ulteriori rielaborazioni dei modelli clinici di intervento psicologico e psicoterapeutico del fine vita, che sono stati sostenuti in particolar modo dagli studi effettuati da Chocinov e McClain sui malati oncologici in fase avanzata i quali avevano manifestato il desiderio di togliersi la vita. Da queste ricerche è emerso come la sofferenza dei malati fosse in gran parte legata alla:

disperazione, perdita di significato e di uno scopo per la propria vita, mancanza di benessere spirituale. Al contrario, preservare la propria dignità anche nelle fasi terminali, risulta essere uno dei fattori più importanti per salvaguardare il senso di sé individuale e contrastare il desiderio di rinunciare alla vita. Grazie a questi presupposti si sono sviluppati gli approcci terapeutici maggiormente impiegati negli interventi psicologici nel fine vita (Selmi S., Vecchi R., 2023).

Raramente gli interventi nel fine vita sono diretti al trattamento di uno specifico disturbo psicopatologico. L'obiettivo primario è: ridurre la sofferenza data dalla fase della malattia che la persona sta affrontando, spesso trattasi di una condizione di distress globale, caratterizzata da sintomi ansioso-depressivi che presentano componenti cognitive, emotive e somatiche legate agli aspetti psicologici, sociali e spirituali della condizione di terminalità. Per questo qualsiasi approccio psicologico e psicoterapeutico classico deve essere adattato e rimodulato al contesto delle cure palliative. Nel fine vita, infatti, le condizioni psicofisiche deteriorate e lo stato di sofferenza generale nel quale la persona si trova impongono che qualsiasi approccio clinico venga applicato a questo setting. Detto ciò, il terapeuta è libero di muoversi secondo l'orientamento teorico e metodologico che gli appartiene, sia esso psicodinamico, sistemico-relazionale, cognitivo-comportamentale, costruttivista, umanistico-esistenziale ecc. Al di là dell'approccio, i malati si trovano spesso in una condizione di difficoltà dal punto di vista cognitivo. È bene focalizzare l'intervento sul contenimento delle emozioni e sul sollievo dai sintomi, rispettando i limiti e facendo attenzione a non sovrastimolare il malato. In questo possono essere molto utili le tecniche di rilassamento, di imaging e in generale quelle mindfulness. Per quanto riguarda gli interventi psicoterapeutici, l'approccio umanistico-esistenziale presenta caratteristiche favorevoli per la sua applicazione nel fine vita: tocca aspetti legati al senso dell'esistenza e alla spiritualità, tematiche centrali per chi si trovi al termine del suo viaggio (Selmi S., Vecchi R., 2023). La Terapia analitico-esistenziale di Viktor Frankl (logoterapia), basata sulla sua esperienza come prigioniero in un campo di concentramento nazista durante la Seconda Guerra Mondiale, sottolinea l'importanza di ritrovare dignità, valore e significato esistenziale anche negli ultimi momenti di vita. La terapia individua il focus nei domini della creatività, delle relazioni e dei valori personali così da dare un significato più ampio all'esistenza. I principali approcci psicoterapeutici utilizzati nel fine vita sono (Selmi S., Vecchi R., 2023):

- *Terapia supportivo-espressiva (SECT) di David Spiegel*: terapia di gruppo che si propone di facilitare l'espressione dei vissuti emotivi grazie al supporto reciproco dei membri del gruppo. L'obiettivo risulta essere quello di identificare stili più adattivi per affrontare la malattia, il tutto focalizzandosi sulle tematiche esistenziali;
- *Terapia analitico-esistenziale di Viktor Frankl*: terapia che individua nei domini di creatività, relazioni e valori personali il focus tramite il quale dare un significato maggiore all'esistenza;

- *Terapia della Dignità (Dignity Therapy, DT)* di Harvey M. Chochinov: intervento breve strutturato nello specifico per il setting delle CP. Il terapeuta coinvolge il paziente in conversazioni che affrontino temi, ricordi importanti per la persona stessa, tanto che si desidera vengano trasmessi alle persone amate;
- *Meaning-Centered Psychotherapy (MCP)* di William S. Breitbart: si propone di dare aiuto alla persone affette da cancro avanzato a riconnettersi con il significato della propria vita così da contrastare l'angoscia di morte;
- *Meaning-Centered Psychotherapy-Palliative Care (MCP-PC)* di Barry Rosenfeld: pensata esclusivamente per l'ambito delle CP;
- *Compassion-focused Therapy (CFT)* di Paul Gilbert: annoverata tra le terapie cognitivo-comportamentali di terza generazione mindfulness-based. Il percorso di cura risiede nella capacità del paziente di porsi con un atteggiamento basato sull'accettazione nei confronti delle proprie manifestazioni psicopatologiche;
- *Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM)* di Gary Rodin: intervento breve semi-strutturato. Tenta di aiutare il malato ai cambiamenti che la malattia impone fino a mantenere un contatto con la vita durante la preparazione al suo termine (Selmi S., Vecchi R., 2023).

LA TERAPIA DELLA DIGNITÀ

La dignità è un tema pervasivo perché si tratta di un elemento costitutivo dell'essere umano: il concetto di persona, con i suoi diritti. Pertanto questa tematica si ritrova in molte formulazioni teoriche e in molte teorie. Nella logoterapia di Viktor Frankl (1929), ad esempio, elaborata a partire dall'esperienza degli internati nei campi di concentramento durante la Seconda Guerra mondiale, i temi principali come scopo della vita, libertà di scelta, sofferenza umana possono essere intesi come declinazione pratica del concetto di dignità. La logoterapia concepita come cura medica dell'anima, si appella alla capacità spirituale del paziente di autodistanziarsi dal suo disturbo mentale al fine di sostenere un'esistenza che abbia pienezza di senso. Permette di affrontare la sofferenza senza perdere la dignità e la speranza: l'uomo che vive esperienze devastanti può riacquistare la sua dignità attraverso un percorso che gli faccia riscoprire lo scopo della vita nonostante il percorso di sofferenza che si sia trovato ad attraversare o che stia attraversando, anche grazie all'affermazione del principio di autonomia di scelta (Fizzotti E., 2005). Analogamente, la teoria dei sentimenti morali di M. Smith (1759), incentrata sulla narrazione e sul rapporto interpersonale, può essere intesa come tentativo di conferire dignità al paziente nella sua unicità e peculiarità attraverso la comunicazione ed il dialogo (Bonfigli R. e FeliceD., 2024). Un grande passo

avanti si è fatto con il gruppo di lavoro del dottor Harvey Max Chocinov (medico palliativista e professore di psichiatria all'Università di Manitoba), che ha esplorato il significato del termine in relazione al concetto di qualità di vita del paziente. Infatti nella *Dignity Therapy* di Chocinov, terapia della dignità sviluppata nel 2004, il paziente raccontandosi porta alla luce gli aspetti di vita, i momenti, le persone che più danno significato alla sua esistenza, restituendo quel senso di dignità che spesso la malattia può soverchiare. E' una teoria valida in diversi ambiti assistenziali, sia a domicilio che in ospedale che in strutture quali gli hospice (Chocinov H. M., 2005). Tutta la dimensione delle cure palliative è incentrata sul tema del rispetto della dignità della persona “fino alla fine” e anche oltre.

Dignità: definizione

Nel corso del tempo il termine dignità si è evoluto e arricchito e le sue origini suggeriscono che la dignità sia un qualcosa da meritare, prezioso valore che arricchisce. Al concetto di dignità tuttavia possono essere associate definizioni molteplici, trattandosi di un sentire soggettivo ed astratto, seppur intrinseco nell'essere umano (Moretto G. e Grassi L., 2016). La letteratura in ambito sanitario è relativamente scarsa: è tendenzialmente focalizzata su assistiti in fase terminale, i pochi studi condotti hanno ribadito la complessità del concetto di dignità. Maggiore consapevolezza di quanto risulti importante preservare la dignità delle persone in ambito sanitario si è sviluppata nell'ultimo ventennio. Si è osservato quanto il termine di dignità e del senso di dignità siano diventati d'uso comune: espressioni come “trattamento dignitoso” e “diritto alla dignità”. Queste rappresentano ricorrenti definizioni ricollegabili alle cure della persona giunta al termine della vita e che vanno ricondotte ai termini di rispetto, consenso informato e riservatezza. Quindi è necessario tener conto che la dignità umana è strettamente correlata al vissuto sociale, si può inoltre affermare, anche se esigua la quantità di letteratura presente sul tema, essa rappresenti in modo chiaro che il modo in cui i pazienti percepiscono di essere visti è un importante veicolo della loro dignità (Chocinov H. M., 2007).

La dignità nelle cure palliative

Quando la persona si avvicina al momento della morte poiché il decorso della malattia diventa irreversibile, ci si trova spesso di fronte a un quadro complesso di problematiche definito come “dolore totale”: una sofferenza psicologica e spirituale accompagna i problemi fisici, le difficoltà nei rapporti interpersonali e sociali. Quindi prendersi cura del malato inguaribile significa affrontare questi diversi aspetti della sofferenza umana, applicando così la filosofia delle cure palliative in un contesto diverso dal curare, ovvero l'accompagnare, l'aver cura. La più recente normativa italiana ha sancito il diritto di accesso alle Cure palliative attraverso la Legge del 15 marzo 2010 n. 38 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010. Nel

testo le cure palliative vengono definite come *“l’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un’inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici”* (Legge n. 38, 2010). L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce *“le cure palliative sono un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle famiglie che si confrontano con i problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo dell’identificazione precoce, dell’approfondita valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psicosociali e spirituali”* (OMS, 2002). Si vuole sottolineare come le due definizioni si riferiscono a tutte le patologie croniche: la legge 38/2010 mira a garantire l’equità nell’accesso all’assistenza senza alcuna distinzione, senza che la malattia possa configurarsi come elemento di discriminazione. La natura stessa delle cure palliative impone sia che l’attenzione venga rivolta al sollievo della sofferenza della persona nella sua totalità sia l’impegno di prendersi cura del dolore e della sofferenza alla fine della vita mettendo in atto tutte le competenze e le risorse disponibili, questo diventa prioritario in quanto espressione del riconoscimento del diritto alla tutela della dignità della persona. La Legge 38 e la dichiarazione dell’OMS rappresentano un’affermazione della visione olistica: come la salute della persona passa anche attraverso la salute della famiglia così la dignità del singolo non può essere tutelata se non si prevede un processo assistenziale in cui la famiglia è parte attiva, è coinvolta e supportata, è potenziata come risorsa, è capita e aiutata nei propri bisogni. Si tratta di una rivoluzione concettuale per un modo nuovo di esercitare la professione: spostare il focus dalla malattia (to cure) alla persona (to care) ed estendere il concetto di assistito alla famiglia secondo una visione sistemica, significa fornire un’assistenza totale, personalizzata, in cui assisto e famigliari diventano alleati dei professionisti per sostenere il malato nel suo percorso (Legge n. 38, 2010; OMS, 2002).

La terapia della dignità: che cos’è?

La Terapia della Dignità è un approccio clinico e umanistico, si concentra sul rispetto e mantenimento della dignità dei soggetti sia in situazione di malattia grave, terminale, cronicità sia in situazione di criticità vitale. Si basa sull’idea che ogni individuo possiede il diritto di essere trattato con rispetto, compassione e attenzione della propria dignità umana, anche nell’affrontare sfide mediche complesse o particolari (Moretto G. e Grassi L., 2016). Tale terapia è maturata con gradualità nel corso degli anni grazie al crescente interesse per l’umanizzazione delle cure sanitarie e alla consapevolezza dell’importanza di rispettare la dignità dei pazienti in tutte le fasi della propria esperienza clinica. Negli ultimi decenni, la cura centrata sul paziente e l’attenzione all’aspetto emotivo sociale e spirituale della cura, la Terapia della Dignità è stata formalizzata in alcuni protocolli e approcci specifici, che

comprendono: strategie e modalità per sostenere un'adeguata comunicazione con i pazienti e per affrontare temi sensibili come l'accettazione di lunghe ospedalizzazioni, ricoveri, riacutizzazione; affrontare nuove situazioni come l'assistenza domiciliare o modificazioni della quotidianità, che vanno a influenzare la qualità di vita. Lo sviluppo della Terapia della Dignità è dunque collegato all'evoluzione della pratica medica e alla riconoscenza crescente dell'importanza di curare il corpo fisico, il benessere emotivo, psicologico e spirituale dell'individuo e dei suoi caregiver, mantenendo il bagaglio culturale, esperienziale e personale creato fino a quel momento della vita. Questa pratica mira a consentire ai pazienti di vivere la loro esperienza di malattia con rispetto, compassione e dignità (Moretto G. e Grassi L., 2016). La Terapia della Dignità è un approccio terapeutico che è stato sviluppato per affrontare le sfide emotive e spirituali associate anche alle malattie croniche e a situazioni di criticità vitale. Ad oggi, la sua applicazione continua ad essere studiata ed analizzata in molte parti del mondo, predispone diversi vantaggi per gli individui, le loro famiglie e per i professionisti della salute (Moretto G. e Grassi L., 2016). Ad oggi viene applicata attraverso (Moretto G. e Grassi L., 2016):

- Assistenza palliativa e cure terminali: la Terapia della Dignità è comunemente utilizzata come parte delle cure palliative per le persone in fase di malattie terminali e altre malattie a decorso cronico. I terapeuti della dignità, con la collaborazione di altri professionisti, lavorano per aiutare i pazienti ad esplorare i loro sentimenti, riflettere sulla loro vita e creare, tramite la somministrazione e compilazione di consensi informati, un documento narrativo della loro storia e i loro valori come lascito per chi resta;
- Aiutare a migliorare la comunicazione medico-paziente: la Terapia della Dignità promuove una comunicazione aperta e sensibile tra i medici e i pazienti, aiutando così i medici a comprendere meglio le esigenze e le preferenze dei pazienti, in modo tale da consentire loro di garantire cure personalizzate e di conseguenza più efficaci;
- Supporto emotivo e psicologico: l'approccio terapeutico è utilizzato per aiutare i pazienti a affrontare le loro emozioni e le preoccupazioni legate alla malattia cronica, critica e che a sua volta andrà a modificare la vita. Questo può contribuire a ridurre l'ansia, la depressione e il disagio emotivo.
- Fornire un senso di scopo e significato: aiutare i pazienti a riflettere sulle loro vite, sul senso del loro essere e del loro operato. Questo può contribuire a migliorare la qualità di vita e a promuovere una maggiore soddisfazione esistenziale;
- Sostegno alle famiglie: la Terapia della Dignità può essere estesa anche alle famiglie dei pazienti, aiutandole a comprendere meglio le situazioni, le esigenze dei propri cari e i loro desideri,

facilitando così la comunicazione all'interno dei loro nuclei familiari e migliorando il sostegno e la comprensione reciproca;

- Ricerca continua: condurre o aderire a ricerche per valutare l'efficacia e i livelli di conoscenza riguardanti la terapia della dignità e identificare le migliori pratiche per la sua applicazione;
- Utilizzo di tecnologie digitali: la Terapia della Dignità, in determinate situazioni, può essere fornita attraverso piattaforme digitali, consentendo un'interazione virtualmente.

La Terapia della Dignità si mantiene nel tempo come un approccio terapeutico prezioso nell'ambito delle malattie croniche e critiche. Contribuisce a migliorare il benessere psicologico, emotivo e spirituale del paziente e delle loro famiglie (Moretto G. e Grassi L., 2016). Dalla cornice teorica formulata da Chochinov, quindi, si è sviluppato questo particolare approccio terapeutico, uno dei primi interventi strutturati, brevi e focali, sviluppati specificamente per il setting delle Cure Palliative. Nella *Dignity Therapy (DT)*, le persone affette da una patologia in fase avanzata vengono invitate a discutere degli aspetti della loro vita che desiderano che vengano. Il terapeuta chiede al paziente di affrontare una discussione insieme, nella quale gli affronterà gli argomenti a lui più cari, inclusi pensieri che desidera condividere con i familiari e gli amici più stretti. Il tutto poi audioregistrato. Queste conversazioni sono guidate da un protocollo di domande. Il terapeuta utilizza il protocollo di domande per facilitare la rivelazione (e la registrazione) di pensieri, sentimenti e memorie del malato. La conversazione, di solito, viene condotta durante una singola seduta, ma può prolungarsi anche per più incontri. Al termine, il terapeuta trascrive i contenuti registrati in una forma narrativa al fine di creare ciò che si definisce il documento generativo che verrà poi sottoposto al malato affinché possa essere visionato e nel caso modificato come ritenga più appropriato. Il documento finale è poi consegnato al paziente, che può decidere se condividerlo con i propri cari o meno. L'obiettivo del lavoro è infondere un senso di generatività tale da trasmettere al malato la sensazione di avere qualcosa di prezioso da lasciare in eredità (Selmi S., Vecchi R., 2023). Chochinov (2007) nell'articolo di rivista "*Dignity and the Essence of Medicine*" descrive e afferma l'A, B, C e D delle cure che preservano la dignità o che possono ripristinarla: acronimo che va a definire una linea guida per descrivere le parti salienti di un approccio etico mirato. Per ogni punto seguono delle indicazioni comunicative e di attuazione (Chochinov H. M., 2007). L'acronimo ABCD sta per:

- *A di Atteggiamento*: sottolinea la necessità che gli operatori sanitari in primis osservino i propri atteggiamenti e i presupposti che hanno verso i pazienti;
- *B di Base*: base di un comportamento modificato, quella assistenza che preserva la dignità di ogni individuo che viene preso in carico;

- *C di Compassione*: profonda consapevolezza della sofferenza di un altro unita alla volontà di alleviarla;
- *D di Dialogo*: componente fondamentale della pratica della Terapia della Dignità. Nella sua forma base, il dialogo deve riconoscere la personalità al di là della malattia stessa e riconoscere l'impatto emotivo che l'accompagna per raggiungere il mantenimento della dignità individuale (Chochinov H. M., 2007).

Agli iniziali lavori di Chochinov, sono seguiti diversi studi scientifici per valutare l'efficacia della DT, come una review sistematica del 2017, che include 28 articoli pubblicati tra il 2011 e il 2017. Tale review conferma come siano stati ottenuti risultati positivi in termini di capacità della DT di favorire una migliore gestione di ansia e depressione e in generale di agire positivamente sulla dimensione psicologica e spirituale dei malati. Tuttavia, come in generale gli approcci psicoterapeutici in Cure Palliative, la DT necessita di ulteriori studi per comprendere se sia più appropriata e più efficace su determinati sottogruppi di malati e per valutare in modo più sistematico il meccanismo che sottende i cambiamenti osservati nelle valutazioni pre- e post-trattamento (Selmi S., Vecchi R., 2023).

CONCLUSIONE

L'approccio palliativo sottolinea l'importanza dell'assistenza centrata sulla persona e sulla sua famiglia, considerata come una risorsa per integrare la gestione del processo di cura. L'obiettivo principale: miglioramento della qualità della vita dell'assistito e del suo nucleo familiare, finalità da raggiungere nell'ambito delle cure palliative e in tutto il Sistema Sanitario. Per ottenere tale risultato è essenziale il coinvolgimento di più professionisti, ospedalieri e territoriali, per poter garantire la continuità tra i setting assistenziali, la tempestività e l'omogeneità delle cure. La figura dello psicologo riveste un ruolo rilevante nel processo assistenziale, in quanto contribuisce alla presa in carico della persona considerando la sfera fisica, psicologica, sociale e spirituale. L'oggetto della cura è rappresentato dalla persona posta al centro della rete: il bisogno di cure palliative viene infatti accolto, valutato e successivamente definito il percorso di cura, individuando il setting assistenziale più idoneo per favorire la continuità delle cure. Questo aspetto è rilevante poiché mentre in passato le cure palliative erano rivolte alla sola persona affetta da malattia oncologica, ad oggi si rendono indispensabili per tutte quelle persone affette da patologie cronico degenerative, per cui essendo i bisogni mutevoli e caratterizzati da un'elevata complessità, è determinante saper individuare correttamente il percorso da seguire per poter infine rendere concreto il miglioramento della qualità della vita. In riferimento alla dignità, i pazienti che hanno potuto ricevere la Terapia della Dignità hanno potuto giudicarla "utile", per loro che per i loro familiari, evidenziando un miglioramento della loro qualità di vita, un aumento del loro senso di dignità e un cambiamento del modo in cui i

familiari si sono rapportati a loro. Certo è che ricerche ulteriori dovranno essere effettuate per esplorare gli effetti benefici della terapia della dignità, per poter svelare quella complessità psicologica, spirituale ed esistenziale di un individuo di fronte alla morte, e comprendere quale è il miglior modo per sostenere i pazienti con una malattia avanzata o terminale, come anche le loro famiglie.

BIBLIOGRAFIA

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di cure palliative pediatriche. Rep. Atti n. 138/CSR del 27 giugno 2007

Accordo Stato-Regioni 10 Luglio 2014. Individuazione figure professionali 27 Novembre 2017. Lo psicologo come professione sanitaria. Pubblicata il 30 Aprile 2010.

Benini, F., Vecchi, R., Lazzarin, P., Jankovic, M., Orsi, L., Manfredini, L., Drigo, P., Sellaroli, V., Gangemi, M., Spizzichino, M., & Orzalesi, M. (2016a). *The rights of the dying child and the duties of healthcare providers: the "Trieste Charter."* Tumori Journal, 103 (1). <https://doi.org/10.5301/tj.5000566>

Benini, F., Marcello, O., de Santi, A., Congedi, S., Lazzarin, P., Pellegatta, F., De Zen, L., Spizzichino, M. & Alleva, E. (2016b). *Barriers to the development of pediatric palliative care in Italy.* Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanita, 52(4), 558–564.

Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). *The varieties of grief experience.* Clinical Psychology Review, 21(5), 705–734.

Bonanno, G. A. (2004). *Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?* American Psychologist, 59(1), 20–28.

Bonfiglioli R., Felice D. (2024). *La teoria dei sentimenti morali.* Milano-Udine, Mimesis

Bormolini, G. (2014). *Christian meditation of the origins and victory on death.* In I. Testoni, (Ed.), *Seeing beyond in facing death* International Conference 25-28 Settembre 2014, Padova University Press.

Buckman, R. (1992). *How to break bad news, A Guide for Healthcare Professionals.* University of Toronto Press

Buonaccorso L., Mistretta G., Mule M., Porta A., Prandi C., (2020), *Psicologi in Cure Palliative.* Contributo degli Psicologi alle Cure Palliative. Società Italiana di Cure Palliative.

Charles A. Corr. (1991-1992). *A task-based approach to coping with dying.* Omega, Journal of death and dying 24, n.2, 81-94.

Charmaz, K., & Milligan, M. J. (2006). Grief. In J. E. Stets, & J. H. Turner (Eds.), *Handbook of the Sociology of Emotions: Volume II* (pp. 516-538). Springer. <http://www.springer.com/series/6055>

Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. (2005). *Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life.* J Clin Oncol; 23: 5520-25

Chochinov H. M. (2016). *Terapia della Dignità. Parole per il tempo che rimane.* Edizione italiana a cura di Moretto G. e Grassi L.

Chochinov, Harvey Max. (2007). *Dignity and the Essence of Medicine: The A, B, C, and D of Dignity Conserving Care.* BMJ (Clinical Research Ed.) 335, fasc. 7612, 184–87.

Cosh R. (1987). *The Physician and the Hopelessly Ill Patient: Legal.*

D'Angelo, D., Mastroianni, C., Vellone, E., Alvaro, R., Casale, G., Latina, R., & De Marinis, M. G. (2011). *Palliative care quality indicators in Italy. What do we evaluate? Supportive Care in Cancer.* 20(9), 1983–1989.

Du Boulay, Shirley (1984). *Cicely Saunders: The Founder of the Modern Hospice Movement.* London: Hodder and Staunton.

Fizzotti E. (2005). *Logoterapia e analisi esistenziale,* Brescia, Morcelliana.

Fernando, G. V. M. C., & Hughes, S. (2019). *Team approaches in palliative care: a review of the literature.* International Journal of Palliative Nursing, 25(9), 444–451.

Garfield, C. A. (1987). *Assistenza psicosociale al malato in fase terminale.* (Comitato Regionale Gigi Ghirotti di Genova, Trad.) (Originariamente pubblicato nel 1978). McGraw-Hill Libri Italia.

- Gelcer, E. (1983). *Mourning is a family affair*. Family Process, 22(4), 501-516. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1983.00501.x>
- Hadot, P. (1988). *Esercizi spirituali e filosofia antica*. Torino: Einaudi.
- Hawley, P. (2017). *Barriers to access to palliative care*. Palliative Care, 10.
- Intesa stipulata dalla Conferenza Stato-Regioni di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai pazienti in fase terminale e delle Unità di Cure Palliative e della Terapia del Dolore (Rep. Atti n.151/CSR del 25 luglio 2012)
- Iona Heath (2008). *Modi di morire*, Bollati Boringhieri, pag 44.; pag 50
- Jung, C.G. (1992b). *Ricordi, sogni, riflessioni*. A. Jaffè (ed.), pp. 361-362. Milano: BUR
- Kasl-Godley, J., King, D. A., & Quill, T. E. (2014). *Opportunities for psychologists in palliative care: Working with patients and families across the disease continuum*. American Psychologist, 69(4), 364– 376.
- Kenneth J. Doka, (1995-1996). *Coping with life-threatening illness: a task model*. Omega, Journal of death and dying n32, n 2: 111-122.
- Klass, D. (2014). *Grief, consolation, and religions: A conceptual framework*. OMEGA - Journal of Death and Dying, 69(1), 1-18.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy, and Their Own Families*. New York: Macmillan.
- Kübler-Ross, E. (1976). *La morte e il morire*. (C. Zoppola, Trad.) (Originariamente pubblicato nel 1969). Cittadella.
- Larzelere, M.M., Wiseman, P. (2002). *Anxiety, Depression and Insomnia*. In: *Alternative Therapies*. Primary Care Clinic of North America, 29, (2), 339-360.
- Legge 26 febbraio 1999, n. 39 'Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000'. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 27 febbraio 1999, n. 48
- Legge 15 marzo 2010, n. 38 'Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore' pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010.
- Legge 22 Dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale, 16 gennaio 2018, n.12
- Legge Gennaio 2018, n. 3, Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza
- Lora Aprile P, Governo delle Cure Palliative e del fine vita, in Gruppo di lavoro SItI "Governare l'Assistenza Primaria. Manuale per Operatori di Sanità Pubblica", Bruno Mondadori - Pearson Italia, Milano, 2016
- Maffoni, M., Argentero, P., Giorgi, I., & Giardini, A. (2019). *Healthcare professionals' perceptions about the Italian law on advance directives*. Nursing Ethics, 27(3), 796–808.
- Meier, D. E., Back, A. L., Berman, A., Block, S. D., Corrigan, J. M., & Morrison, R. S. (2017). *A National Strategy For Palliative Care*. Health Affairs, 36(7), 1265– 1273.
- Meier, E. A., Scheiber, C., & Montross-Thomas, L. P. (2016). *Moving toward a field of palliative psychology*. Journal of Palliative Medicine, 19(4), 351.
- Miller, J.J., Fletcher, K., Kabat-Zinn, J. (1995). *Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders*. General Hospital Psychiatry, 17, (3), 192-200.
- Ministero della Salute. *La rete di cure palliative, 2013 (ultimo aggiornamento 2021)*
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th edition*. Richmond, VA: National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018.
- Onofri, A., & La Rosa, C. (2015). *Il lutto*. Giovanni Fioriti Editore.
- Orkibi, H., Biancalani, G., Bucuță, M. D., Sassu, R., Wieser, M., Franchini, L., Raccichini, M., Azoulay, B., Ciepliński, K., Leitner, A., Varani, S., & Testoni, I. (2021). *Students' confidence and interest in palliative and bereavement care: a European study*. Frontiers in Psychology, 12.

- Parkes, C. M. (1988). *Bereavement as a psychosocial transition: Processes of adaptation to change*. Journal of Social Issues, 44(3), 53–65.
- Pattison, E. M. (1967). *The Experience of Dying*. American Journal of Psychotherapy.
- Pereira, R. (2018). *The mourning family: Diagnosis and systemic intervention in dysfunctional family grief*. Clinical Interventions in Systemic Couple and Family Therapy, 221-237.
- Pirolì, A., Leuter, C., Fusco, L., Biccire, D., Paladini, A., Testa, R., & Marinangeli, F. (2022). *Diagnostic and therapeutic pathway for pain in a Continuing Care setting: a survey at an Italian Continuing Care Service*. Annali Di Igiene: Medicina Preventiva E Di Comunità, 34(1), 84–96.
- Pulchalsky, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., Sulmasy, D. (2009). *Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference*. Journal of Palliative Medicine, 12, (10): 885-904.
- Richard, S. (2000). *A good death*. British medical journal, 320, 129-130.
- Romeo, A. (1949). *Ars Moriendi*. In Enciclopedia Cattolica Vol.1, pp. 30-32. Città del Vaticano: Ente per l'Enciclopedia cattolica.
- Rotter, J. C. (2000). *Family grief and mourning*. The Family Journal, 8(3), 275-277.
- Rutter, M. (1999). *Resilience Concepts and Findings: Implications for Family Therapy*. Journal of Family Therapy, 2, 119-144.
- Santini, A., Avagnina, I., Marinetto, A., De Tommasi, V., Lazzarin, P., Perilongo, G., & Benini, F. (2022). *The intervention areas of the Psychologist in Pediatric Palliative Care: A Retrospective analysis*. Frontiers in Psychology, 13.
- Scaccabarozzi, G., Lovaglio, P. G., Limonta, F., Floriani, M., & Pellegrini, G. (2017). *Quality assessment of palliative home care in Italy*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 23(4), 725– 733.
- Selmi S., Vecchi R. (2023). *Psicologia in cure palliative e cure palliative pediatriche*
SICP Società Italiana di Cure Palliative.PSICOLOGI IN CURE PALLIATIVE. Contributo degli psicologi alle cure palliative. Approvato dal CD il 4/11/2019. Pubblicato a luglio 2020
- Stellato, K., & Romano, M. (2020). *Information to be provided to patients and their caregivers. The Italian Law 219/2017 on informed consent, advance directives, and do not attempt resuscitation order*. PubMed, 21(4), 306–308.
- Tanuseputro P. et al. (2015). *The Health care cost of dying: a population based retrospective cohort study of the last year of life in Ontario- Canada*. PLOS ONE, March 26
- Testoni, I. (2011). *Dopo la notizia peggiore. Elaborazione del morire nella relazione*. Padova: Piccin.
- Testoni, I. (2020a). *Psicologia palliativa. Intorno all'ultimo compito evolutivo*. Torino, Italia: Bollati Boringhieri
- Testoni, I., Sblano, V. F., Palazzo, L., Pompele, S., & Wieser, M. (2020c). *The Hospice as a Learning Environment: A Follow-Up Study with a Palliative Care Team*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(20), 7460.
- Testoni, I., Sicari, G., Ronconi, L., Biancalani, G., Franco, C., Cottone, P., & Crupi, R. (2021). *Dehumanization and burden of care among caregivers of terminally ill patients*. Health Psychology Research, 9(1).
- Testoni, I., Nicoletti, A., Moscato, M. G., & De Vincenzo, C. (2023). *A qualitative analysis of the experiences of young patients and caregivers confronting pediatric and adolescent oncology diagnosis*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(14), 6327.
- Testoni, I., Orkibi, H., Benini, F., & Dagan, E. (2022). *Editorial: The challenge of palliative psychology across the lifespan: Between new health emergencies and paradigm shifts*. Frontiers in Psychology, 13.
- Turriziani, A. (2012). *Terapie di supporto, cure palliative e oncologia: un contributo alla chiarezza*, La rivista italiana di cure palliative, vol. 14, n. 2
- Vovelle, M. (1986). *La morte e l'Occidente. Dal 1300 ai giorni nostri*. Bari: Editori Laterza.
- Zanello, E., Vecchi, R., Zamagni, G., Biagi, M. C., Bruno, I., Cragolin, E., Danielli, E., Paoletti, S., Rabusin, M., Ronfani, L., & Valente, E. P. (2023). *Measuring Knowledge of Healthcare Providers on Pediatric Palliative Care with an Online Questionnaire Based on the National Core Curriculum in Italy*. Healthcare,11(13), 1971.
- Zanetta, M. (2020). *Breve storia delle Cure Palliative e del loro sviluppo in Italia*. Federazione Cure Palliative.

Walsh, F. (1999b). *Families in later life: Challenges and opportunities*. In B. Carter, M. McGoldrick (Eds), *The expanded family life cycle: Individual, family and social perspectives* (3rd ed), pp. 307-326. Boston: Allyn & Bacon.

Williams, A.L., Selwyn, P.A., Liberti, L., Milde, S., Njike, V.Y., McCorkle, R., Zelterman, D., Katz, D.L. (2005). *A randomized controlled trial of meditation and massage effects on quality of life in people with late-stage disease: a pilot study*. *Journal of Palliative medicine*, 8 (5): 939-52.

William Worden J. (1982). *Grief Counselling and Grief Therapy*. Volume 246 di Social science paperbacks. Tavistock.

WHO, (1990). *Expert Committee Cancer pain relief and palliative care*. Report of a WHO Expert Committee Technical Report Series, No.804, Geneva, WHO

WHO, (1990). *Cancer pain relief and palliative care*. Report of a WHO expert committee (Technical Report Series 804). Geneva: World Health Organization.

Erika Brunelli, Psicologa, Psicoterapeuta, Perugia

Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Romano, Mantione e Rossi

e-mail: erikabrunelli.psy@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 Francesco: il bambino che voleva volare

Ilaria Nicoli¹

¹Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale

Riassunto

Il caso di Francesco rappresenta un esempio di come la Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) possa essere applicata efficacemente anche nel contesto della neurodivergenza e della disabilità. Francesco è un bambino di 8 anni con Disturbo dello Spettro Autistico di grado moderato. Il lavoro clinico con pazienti con bisogni complessi richiede una attenta preparazione dell'ambiente terapeutico: nel caso di Francesco, è stato fondamentale predisporre la stanza in modo da minimizzare distrazioni e disarmonie sensoriali, oltre a utilizzare strumenti visivi come timer per facilitare la comprensione delle attività e della loro durata. La restituzione della diagnosi e la psicoeducazione, rivolte sia al bambino sia alla famiglia, hanno costituito un momento cruciale per stabilire un terreno comune e condiviso su cui sviluppare il percorso terapeutico. La psicoterapia si è focalizzata sull'incremento delle competenze sociali ed emotive, attraverso training di gruppo e sessioni individuali, integrando parallelamente il lavoro con i genitori per strutturare un ambiente domestico chiaro e prevedibile. La collaborazione con la scuola e il sostegno in rete tra famiglia e servizi ha ulteriormente favorito la generalizzazione delle competenze acquisite. Il caso di Francesco mostra come la CBT, adattata alle esigenze del bambino, possa promuovere competenze sociali, autonomia e benessere psicologico in un contesto integrato.

Parole Chiave: Disturbo dello spettro autistico; Psicoterapia cognitivo-comportamentale; Competenze sociali; Collaborazione scuola-famiglia

Francesco: The Boy Who Wanted to Fly

Summary

The case of Francesco is an example of how cognitive behavioral therapy (CBT) can be effectively applied in the context of neurodiversity and disability. Francesco is an 8-year-old boy with moderate autism spectrum disorder. Clinical work with patients with complex needs requires

Ilaria Nicoli, Il caso di Francesco: il bambino che voleva volare, N. 35, 2025, pp. 79-92.

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

www.psicoterapeutiinformazione.it

careful preparation of the therapeutic environment: in Francesco's case, it was essential to arrange the room in such a way as to minimize distractions and sensory disharmony, as well as to use visual aids such as timers to facilitate understanding of the activities and their duration. The diagnosis and psychoeducation, aimed at both the child and the family, were crucial in establishing common ground on which to develop the therapeutic path. Psychotherapy focused on increasing social and emotional skills through group training and individual sessions, while also working with parents to structure a clear and predictable home environment. Collaboration with the school and network support between the family and services further facilitated the generalization of the skills acquired. Francesco's case shows how CBT, adapted to the child's needs, can promote social skills, autonomy, and well-being in an integrated context.

Key words: autism spectrum disorder; Cognitive Behavioral Therapy; Social Skills Training; Family-School Collaboration

F. è un bambino di 8 anni che vive in una città del centro Italia con i genitori e due fratelli minori. I genitori, entrambi avvocati, hanno richiesto una valutazione a settembre 2022 su indicazione del neuropsichiatra infantile per un sospetto disturbo dello spettro autistico. Lo sviluppo psicomotorio è riferito nella norma, dai 18 mesi i genitori segnalano difficoltà nel contatto oculare e nella risposta al nome. Attualmente frequenta la terza classe di scuola primaria senza supporto di insegnante di sostegno.

Descrizione dei problemi

F. presenta difficoltà a combinare diverse modalità comunicative, come il gesto, il linguaggio verbale e lo sguardo. Il contatto oculare è scarsamente modulato per iniziare, regolare e terminare l'interazione e la conversazione sociale reciproca risulta limitata. Mostra interesse per il gioco di finzione, sebbene in modo ristretto. A livello ideativo è capace di costruire storie con personaggi. Il linguaggio è adeguato all'età ma caratterizzato da intonazione peculiare e volume insolito. I suoi interessi sono ristretti, focalizzati in particolare sui cartoni animati (*Il Re Leone*), e presenta movimenti ripetitivi delle mani (flapping). Non verbalizza emozioni proprie o altrui e manifesta difficoltà nella tolleranza alla frustrazione, specialmente di fronte a divieti o interruzioni di attività preferite.

I risultati della valutazione strutturata riportano il seguente quadro:

- WISC-IV: QI totale di 85 (area medio bassa), con difficoltà nel ragionamento sociale e nel perspective taking (es. "cosa faresti se ti trovassi...") e punto di forza nel ragionamento visuo-percettivo.

- ADOS-2 (Modulo 3): Punteggio totale di 14, classificato come Spettro Autistico.
- ADI-R: Anomalie qualitative nell'interazione sociale, nella reciprocità socio-emotiva e nella comunicazione, con comportamenti ristretti e stereotipati presenti prima dei 36 mesi.
- ABAS: Punteggio al limite inferiore della norma nel dominio sociale e significativamente inferiori alla media nell'area delle autonomie pratiche.
- SCQ: Punteggio di 11 (cut-off per lo spettro autistico = 15).
- SRS: Punteggio di 56 (profilo in norma).
- CCC-2: Punteggio globale di comunicazione di 52 (punteggio clinico).
- Osservazioni dei genitori:
 - o Anomalie nell'interazione sociale e comunicazione presenti anche a casa e a scuola,
 - o Difficoltà nell'approccio spontaneo con i pari tra cui posizionarsi di spalle durante le conversazioni,
 - o Manifestazione di “comportamenti di dipendenza” da tablet e televisione.

F. presenta un quadro riconducibile al Disturbo dello spettro autistico di livello moderato (DSM 5), caratterizzato da difficoltà nell'integrazione delle modalità comunicative, anomalie qualitative nell'interazione sociale e nella reciprocità socio-emotiva, oltre alla presenza di interessi ristretti e comportamenti ripetitivi.

Profilo interno

Il quadro sintomatologico può essere spiegato dall'interazione tra fattori neurobiologici e meccanismi di apprendimento che regolano il comportamento.

La mia ipotesi è che ci sia una associazione tra l'emozione provata e il movimento del corpo. In particolare, quando F. prova un'emozione ad intensità alta sembra aumentare in frequenza il flapping (Motttron,2023).

Durante i colloqui ho esplorato i pensieri di F. in relazione al suo interesse assorbente ed emerge come F. non acceda all'emozione provata mentre guarda il Re Leone né a seguito di domande di tipo generale né più specifiche e tende a seguire il filo dei suoi pensieri. È in questi momenti, tuttavia, che si interessa maggiormente agli stati mentali dell'altro. Di seguito alcuni pensieri legati alla visione del cartone animato “*lo voglio vedere*” “*io penso che Simba stia cantando con Timon*”

e Pumba e lo guardo, mi piace tanto quando la criniera diventa sempre più grande, poi dopo che cantano arriva la fidanzata di Simba che è una leonessa e ha la pelliccia più chiara. Le leonesse hanno il pelo più chiaro dei leoni e poi non hanno le criniere, lo sapevi?”

Approfondisco le difficoltà riportate dai genitori nella gestione dei “comportamenti di dipendenza” da tablet e tv, si effettua analisi funzionale del comportamento, chiedendo loro di raccontare un episodio recente.

Tabella 1

Antecedente	Comportamento	Conseguente
F. ha finito cena si alza dal tavolo. La mamma chiede a F. di aspettare che tutti abbiano finito.	F. si risiede ma inizia ad agitarsi, si muove sulla sedia, gioca con le posate, sbattendo le posate tra loro. La mamma si agita, il papà ignora F.	La mamma toglie le posate ad F. e gli chiede di calmarsi. F. continua ad essere agitato, inizia ad urlare e inizia a produrre stereotipie. La mamma permette a F. di alzarsi dal tavolo e di andare a guardare la televisione (Masha e Orso).

Tabella 2

Antecedente	Comportamento	Conseguente
F. sta guardando i cartoni. Il papà dice ad F. di andare in bagno per mettere il pigiama e lavare i denti perché è ora di andare a dormire.	F. rifiuta. Il papà insiste e spegne la televisione. F. piange, urla, inizia a sbattere il busto con forza contro il divano, produce stereotipie.	Il papà concorda con F. di guardare altri 10 minuti di cartoni (Masha e Orso) e imposta un timer. F. piange ma accetta di lavare i denti, mettere il pigiama ed andare a dormire

I comportamenti che i genitori definiscono come “dipendenza da TV e tablet” hanno una matrice più complessa che coinvolge sia fattori individuali sia ambientali. Questi comportamenti possono essere il risultato di una combinazione di difficoltà interne di F. e caratteristiche del contesto familiare. Nello specifico, fattori individuali:

- Bassa tolleranza alla frustrazione: F. fatica a gestire situazioni poco chiare in cui è richiesta l’attesa. Questo è emerso dall’osservazione clinica così come mostrano gli episodi in cui è necessario interrompere la TV o aspettare a tavola.

- Difficoltà nel riconoscere e gestire le emozioni: F. ha difficoltà a identificare e comunicare le sue emozioni in modo adattivo. Questo può portarlo a ricorrere a comportamenti immediatamente gratificanti, che offrono una fuga da un disagio emotivo che è in grado di sentire, ma non riconoscere e regolare.

I fattori individuali co-occorrono a caratteristiche ambientali, quali:

- Regole poco definite: gli episodi descritti evidenziano che le regole relative all'uso della TV e del tablet non sono sempre chiare o coerenti.
- Bassa prevedibilità delle routine: la transizione tra attività (es. passare dalla TV alla preparazione per la notte) non sempre segue una sequenza prevedibile e chiara per F., causando ansia e difficoltà di adattamento.
- Gestione delle emozioni dei caregiver: la reazione emotiva dei genitori di fronte ai comportamenti di F. (es. agitazione della mamma o negoziazione del papà) può rinforzare i comportamenti disadattivi. Ad esempio, permettere a F. di continuare a guardare la TV come soluzione per calmare una crisi potrebbe consolidare l'associazione tra il comportamento problematico e il risultato desiderato.
- Gratificazione intrinsecamente legata all'attività dello screen time, in quanto fornisce stimoli sensoriali e visivi piacevoli e coinvolgenti

Fattori di mantenimento

I sintomi di F. sono mantenuti da una combinazione di fattori neurobiologici ed ambientali.

Sintomatologia autistica

Credeze rispetto al disturbo dello spettro autistico

La madre di F. percepisce le stereotipie come segnali di disagio, reagendo con agitazione e tentando di interromperle. L'interazione stressante con la madre potrebbe abbassare la regolazione emotiva di F., spingendolo a intensificare le stereotipie per regolare l'arousal.

Profilo cognitivo

Il QI medio-basso e i deficit nell'integrazione cognitiva limitano la capacità di F. di gestire situazioni complesse o stressanti.

Comportamenti problema

Difficoltà sociocomunicative

Le difficoltà nell'esprimere bisogni ed emozioni possono aumentare o mantenere la ricerca di attività in cui non è richiesto interagire.

Stile genitoriale

Lo stile genitoriale sembra essere caratterizzato da bassi livelli di fermezza ed un sistema di regole deboli, ciò fa sì che F. non abbia chiara la conseguenza dei suoi comportamenti con maggiore fatica nella gestione della frustrazione. Inoltre, la mancanza di coerenza data dalle differenti risposte tra mamma e papà può concorrere al mantenimento dei momenti di disregolazione emotiva. La mancanza di regole chiare e la gestione incoerente tra i genitori potrebbero contribuire alla disregolazione emotiva e alla difficoltà nella gestione della frustrazione.

Rinforzo dei comportamenti problema

L'evitamento delle richieste (es. restare seduto) rinforza i comportamenti problematici, poiché F. ottiene attenzione e accesso a ciò che desidera. Anche il rinforzo intermittente, come concedere occasionalmente più tempo davanti alla TV, potrebbe favorire l'opposizione e mantenere la disregolazione.

Associazioni apprese

F. ha imparato che urla e pianti permettono l'accesso a situazioni desiderate.

Regolazione sensoriale

Dopo cena, F. può sperimentare sovraccarico sensoriale dovuto a stimoli eccessivi (luci, rumori, conversazioni). È possibile che cerchi di evitare l'ambiente stimolante preferendo attività strutturate e ripetitive, come guardare la TV.

Screen time e autoregolazione

F. potrebbe aver appreso che la televisione aiuta a scaricare lo stress in situazioni di sovraccarico sensoriale. La TV e il tablet, con la loro struttura prevedibile e ripetitiva, possono diventare una strategia auto-regolativa per F., aiutandolo a ridurre il disagio emotivo.

Trattamento

Il percorso terapeutico, della durata di 11 mesi (1 incontro settimanale di 60 minuti ed 1 incontro quindicinale con i genitori), si è articolato in tre fasi principali:

Costruzione della relazione terapeutica

- Preparazione dell'ambiente: durante i primi incontri è stato determinante prevedere un ambiente accogliente, prevedibile e visivamente chiaro, riducendo al minimo stimoli che potevano risultare sovra stimolanti. Prima degli incontri un obiettivo era proprio la sistemazione della stanza, cioè, rendere l'ambiente equilibrato e che facilitasse l'attenzione a stimoli di natura sociale (es. rimozione di quadri dalla parete e utilizzo del tappetone a tinta unita).
- Creazione di un ambiente strutturato e prevedibile con supporti visivi (visual timer, agenda visiva). Considerato il profilo cognitivo in cui il ragionamento visuo- percettivo rappresentava un punto di forza, ho utilizzato strumenti visivi per spiegare ad F. cosa sarebbe accaduto ad ogni incontro.
- Restituzione della diagnosi ai genitori e psicoeducazione sulle caratteristiche del disturbo e sulle strategie di supporto. Utile per la costruzione di una ipotesi condivisa del disturbo autistico di F. e per la valutazione dei fattori di rischio e dei fattori protettivi presenti nella famiglia per attivare e promuovere i comportamenti esistenti e modificare quelli carenti.
- Restituzione della diagnosi a F. per aiutarlo a comprendere il proprio funzionamento. Per spiegare la diagnosi ho utilizzato immagini raffiguranti scene sociali che F. ha vissuto (ad es. scene sociali in classe o in piscina), un linguaggio chiaro (ad es. "Hai mai notato che a volte è difficile parlare con i compagni di classe o giocare con loro? Questo succede perché il tuo cervello

funziona in un modo diverso”) ed una intonazione prosodica caratterizzata da un tono basso e calmo.

Definizione del progetto terapeutico definendo contratto e scopi del trattamento con i genitori e con F. e gli obiettivi terapeutici:

- **Riduzione della sintomatologia autistica** attraverso un training sulle abilità sociali, progettato per il trattamento della sintomatologia autistica di F e basato sulla letteratura disponibile su autismo e trattamenti di tipo naturalistico (Mottron, 2023). Il training sociale può favorire un maggiore senso di controllo, riducendo la reattività emotiva, migliorando la qualità delle relazioni ed affrontando le richieste dell’ambiente in modo più efficace. È avvenuto in setting individuale e di gruppo. Il gruppo era costituito da F ed altri 3 bambini con profilo di funzionamento simile (criteri di inclusione nel gruppo: età, QI nella media o limiti inferiori di media e difficoltà socio-pragmatiche). L’obiettivo è stato perseguito mediante psicoeducazione su abilità sociali e interazione sociale utilizzando l’interesse assorbente (Il re leone) come risorsa, attività e giochi volti a promuovere l’uso combinato di comunicazione verbale e non verbale, esercizi per la reciprocità sociale, attività per favorire l’espressione e il riconoscimento delle emozioni (es. termometro emotivo) ed attività di problem solving sociale e acquisizione di autonomie sociali e pratiche (es. role playing di situazioni sociali tipiche, i bambini collaboravano per apparecchiare insieme la tavola ad ogni incontro), attività a casa (preparare la merenda, fare una breve lista della spesa e acquistare i prodotti al supermercato, svolgere piccoli acquisti).
- **Aumento della competenza emotiva.** Nel caso di F. è stato fondamentale lavorare sulla correlazione tra tolleranza alla frustrazione, gestione delle emozioni e disturbo dello spettro autistico. F. non era in grado di gestire situazioni in cui un suo bisogno – di compiere un’azione nel gioco o di parlare - non venivano immediatamente soddisfatti. Questa difficoltà è una delle competenze fondamentali della regolazione emotiva. È stato, perciò, importante lavorare sul riconoscimento delle emozioni. L’obiettivo è stato perseguito mediante: psicoeducazione su emozioni e funzione delle emozioni utilizzando l’interesse assorbente come risorsa, labeling emotivo, giochi che prevedevano l’alternanza e l’attesa (es. bowling, uno), esercizi di rilassamento del corpo (relaxation routine).

- **Intervento ambientale** Con i genitori di F. abbiamo lavorato sull'analisi dei rinforzi e delle associazioni apprese così da poter introdurre comportamenti alternativi che promuovessero la prevedibilità ed un sistema di regole chiare. In particolare, abbiamo lavorato su:
 - o Strutturazione di routine prevedibili con supporti visivi,
 - o Riduzione graduale dello screen time, introducendo attività alternative e cartoni animati a basso impatto stimolativo (*Bluey, Trash Truck*),
 - o Coinvolgimento del fratello minore per incentivare interazioni spontanee e modelli comunicativi alternativi,
 - o Un incontro con gli insegnanti ha permesso di condividere il quadro diagnostico e introdurre strategie educative mirate, tra cui l'uso di supporti visivi e il potenziamento delle abilità sociali in classe. La scuola ha attivato un Piano Didattico Personalizzato (PDP), mentre al momento non si ritiene necessario l'inserimento di una/un insegnante di sostegno.

Valutazione di esito

Al termine dell'intervento è avvenuta la somministrazione dei questionari iniziali con l'obiettivo di monitorare l'andamento nel tempo. I questionari somministrati sono stati ABAS, SRS, SCQ. I risultati dei questionari evidenziano miglioramenti nell'area delle autonomie e delle abilità socio comunicative. I genitori riportano punteggi più alti nell'area delle autonomie sociali e pratiche (questionario ABAS) e punteggi più alti nell'area della comunicazione e della motivazione sociale (questionario SRS). Inoltre, i genitori riferiscono miglioramenti nella gestione delle routine serali e riportano come F, talvolta, utilizza la routine di rilassamento imparata sia a scuola che a casa.

Conclusioni e ostacoli

Il percorso terapeutico ha consentito un miglioramento della regolazione emotiva e delle competenze di socializzazione di F., favorendo al contempo una maggiore chiarezza e prevedibilità dell'ambiente di vita.

Nella fase iniziale degli incontri con i genitori, tendevo a lasciare ampio spazio all'esplorazione dei vissuti emotivi e delle esperienze soggettive legate alla storia del disturbo di F. Con il proseguire del lavoro clinico, ho progressivamente rilevato come questa modalità rappresentasse per me una difficoltà e un ostacolo al percorso terapeutico, in quanto rischiava di allontanarmi dal contratto

terapeutico. In base a quest'ultimo, infatti, il mio ruolo era focalizzato principalmente sul lavoro diretto con F. in relazione alla sintomatologia autistica e alla regolazione emotiva, e sul lavoro con i genitori in relazione a F. e al profilo di funzionamento di F., con l'obiettivo di aiutarli a rendere l'ambiente più strutturato, prevedibile e funzionale alla generalizzazione delle abilità acquisite. Alla luce di tali considerazioni, ho ritenuto necessario riformulare il setting e ridefinire in modo più specifico gli obiettivi del lavoro con i genitori, proponendo loro la possibilità di intraprendere un percorso parallelo con una/un collega, finalizzato all'elaborazione e all'integrazione delle esperienze emotive connesse al disturbo di F. Il percorso con F. ha rappresentato per me un importante arricchimento personale e professionale. Al termine della terapia, F. mi ha ringraziato con un biglietto; lo ringrazio a mia volta per avermi insegnato che, talvolta, i movimenti ripetitivi delle braccia non sono altro che tentativi di volo.

VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

ABAS II (Adaptive Behavior Assessment System – Second Edition)

Valutazione iniziale

Indice Generale Composito: inferiore alla norma (pp: 66; PC: 86; 18° centile);

Dominio Adattivo Concettuale: limite inferiore della norma (pp: 24; PC: 90; 25° centile);

Dominio Adattivo Sociale: ai limiti inferiori della norma (pp: 11; PC: 78; 7° centile);

Dominio Adattivo Pratico: ai limiti inferiori della norma (pp: 21; PC: 77; 6° centile).

Valutazione finale

- Indice Generale Composito: sotto la media (pp: 72; PC: 89; 23° centile);
- Dominio Adattivo Concettuale: nella media (pp: 25; PC: 92; 30° centile);
- Dominio Adattivo Sociale: sotto la media (pp: 16; PC: 80; 9° centile);

ADOS 2 - Autism Diagnostic Observation Schedule – (Modulo 3)

- Area Affetto Sociale – AS (P=11)
- Area del Comportamento ristretto e ripetitivo (CRR) (P=3)
- Area di Altri Comportamenti Anormali (P=0):

Il punteggio totale risulta di 14 (Classificazione ADOS-2: Spettro Autistico) Punteggio di comparazione: 8/10.

ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised)

I risultati dell'intervista evidenziano:

- Presenza di alcune anomalie qualitative nell'interazione sociale reciproca (P =13; cut off per autismo=10)
- Presenza di anomalie qualitative nella comunicazione (P =7; cut off per autismo=8)
- Presenza di alcuni comportamenti ristretti (P = 7; cut off per autismo=3).
- Le anomalie dello sviluppo evidenti, sopra indicate, sono comparse prima dei 36 mesi (P=2; cut off per autismo=1).

SCQ (Social Communication Questionnaire):

Il punteggio ottenuto risulta di 11 (cut off per lo spettro autistico=15).

- Dominio interazione sociale e reciproca (3/15)
- Dominio Comunicazione(5/13)
- Dominio modelli di comportamento Ristretti,Ripetitivi e Stereotipati(2/8)

SRS- (Social Responsiveness Scale)

Valutazione iniziale

Il punteggio T totale è di 56: Profilo nella norma. I punteggi T relativi alle singole scale sono:

- Consapevolezza sociale: 61
- Cognizione sociale: 58
- Comunicazione sociale: 61
- Motivazione sociale: 64
- Manierismi autistici: 83

Valutazione finale

Il punteggio T totale è di 54: Profilo nella norma. I punteggi T relativi alle singole scale sono:

- Consapevolezza sociale: 60
- Cognizione sociale: 58
- Comunicazione sociale: 70
- Motivazione sociale: 69
- Manierismi autistici: 77

CCC-2 (Children's Communicative Checklist Second Edition)

- A: pg. 2; pp. 7; percentile: 16°
- B: pg. 1; pp. 9; percentile: 45°
- C: pg. 6; pp. 6; percentile: 7°
- D: pg. 4; pp. 7; percentile: 19°

- E: pg. 10; pp. 6; percentile: 7°
- F: pg. 4; pp. 7; percentile: 26°
- G: pg. 7; pp. 6; percentile: 7°
- H: pg. 9; pp. 4; percentile: 7°
- I: pg. 2; pp. 8; percentile: 33°
- J: pg. 11; pp. 5; percentile: 3°

Questionario sul Comportamento del Bambino (CBCL 6-18)

Per quel che riguarda le scale sindromiche:

Ansia e depressione: punteggio T di 61 (nella norma)

Ritiro e depressione: punteggio T di 58 (nella norma)

Lamentele Somatiche: punteggio T di 52 (nella norma)

Problemi sociali: punteggio T di 70 (clinico)

Problemi di pensiero: punteggio T di 67 (ai limiti della norma)

Problemi di attenzione: punteggio T di 69 (ai limiti della norma)

Comportamento di trasgressione delle regole: punteggio T di 50 (nella norma)

Comportamenti aggressivi: punteggio T di 53 (nella norma)

Per quel che riguarda le scale di carattere generale:

Internalizzazione: punteggio T di 60 (nella norma)

Esternalizzazione: punteggio T di 51 (nella norma)

Scala Totale dei Problemi: punteggio T di 53 (nella norma)

Per quel che riguarda le scale che si basano sulla classificazione del DSM IV:

Problemi affettivi: punteggio T di 65 (ai limiti)

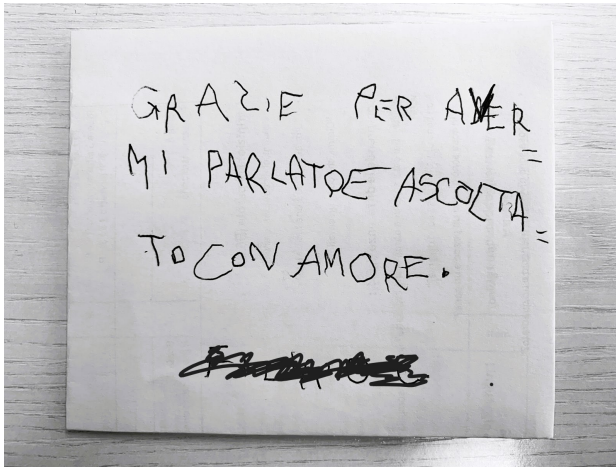
Problemi d'ansia: punteggio T di 60 (nella norma)

Problemi somatici: punteggio T di 50 (nella norma)

Problemi di attenzione e iperattività: punteggio T di 58 (nella norma)

Problemi oppositivi-provocatori: punteggio T di 58 (nella norma)

Problemi della condotta: punteggio T di 50 (nella norma)



Riferimenti Bibliografici

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles: An Integrated System of Multi-Informant Assessment*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

Bishop, D. V. M. (2003). *Children's Communication Checklist – Second Edition (CCC-2)*. Psychological Corporation.

Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2005). *Social Responsiveness Scale (SRS)*. Western Psychological Services.

Harrison, P. L., & Oakland, T. (2003). *Adaptive Behavior Assessment System–Second Edition (ABAS-2)*. Western Psychological Services.

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. L. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2)*. Western Psychological Services.

Mottron, L. (2023). *L'intervento precoce per i bambini autistici in età prescolare. Nuovi principi per sostenere un'intelligenza diversa*. Firenze: Hogrefe Editore.

Rogers, S. J., & Dawson, G. (2010). *Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement*. The Guilford Press.

Rutter, M., Bailey, A., & Lord, C. (2003). *Social Communication Questionnaire (SCQ)*. Western Psychological Services.

Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)*. Western Psychological Services.

Ilaria Nicolì, PhD, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo comportamentale
e-mail: ilarianicoli024@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 clinico di Eliana

Chiara Gargiulo¹

¹ Psicoterapeuta , Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli

Riassunto

Il presente caso riguarda una paziente che presenta un disturbo di Anoressia Nervosa in comorbidità con Agorafobia, manifestando una sintomatologia specifica ma avendo come antiscopo condiviso un profondo timore di “dissoluzione psicologica” e perdita di controllo, presentandosi nella restrizione alimentare e nell'evitamento degli spazi, rispettivamente. Il focus terapeutico si è concentrato in maniera prioritaria sul disturbo alimentare, data la condizione fisica iniziale della paziente. La comorbidità ha fatto sì che la sintomatologia dei due disturbi si rafforzasse a vicenda, confermando la credenza nucleare di Eliana di non poter essere autonoma e capace. Questa credenza è mantenuta da un'elevata sensibilità alle sensazioni somatiche (interpretate come catastrofiche) e da cicli interpersonali di iperaccudimento che ne annullano l'autoefficacia. Il trattamento ha quindi mirato a incrementare la tolleranza degli stati interni e a ristrutturare l'idea di sé come persona "debole" o "ingrata".

Parole Chiave: Anoressia Nervosa, Agorafobia

Eliana's clinical case

Summary

This case involves a patient presenting Anorexia Nervosa in comorbidity with Agoraphobia. While manifesting specific symptoms, both disorders share a core "anti-goal": a profound fear of "psychological dissolution" and loss of control, expressed through food restriction and the avoidance of open spaces. The therapeutic focus prioritized the eating disorder due to the patient's initial physical condition. This comorbidity caused the symptoms to mutually reinforce Eliana's nuclear belief that she is neither autonomous nor capable. This belief is maintained by a high sensitivity to somatic sensations—interpreted catastrophically—and by interpersonal cycles of

Chiara Gargiulo, Il caso clinico di Eliana, N. 35, 2025, pp.93-106.

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

over-protection that undermine her self-efficacy. Consequently, the treatment aimed to increase tolerance of internal states and restructure her self-image as a "weak" or "ungrateful" person.

Key words: Anorexia Nervosa, Agoraphobia

Dati anagrafici e familiari:

Eliana, 40 anni, lavora come impiegata contabile. Primogenita, ha una sorella di 4 anni più piccola. Il padre, ora in pensione, era un funzionario presso un'azienda privata, la madre è casalinga. Eliana riferisce che i genitori si sono separati quando lei aveva 16-17 anni, ma il padre ha continuato a vivere con loro fino a 7 anni fa, quando ha lasciato definitivamente la famiglia. Durante il periodo di separazione in casa, Eliana racconta che vi erano frequenti litigi tra la madre e il padre, e che lei ha iniziato a prendersi cura della casa e della madre. Riferisce infatti che la madre soffre di frequenti episodi depressivi, uno dei quali avvenuto quando il padre è andato via. Descrive il padre come una persona fredda e distaccata, e la madre come bisognosa di cure ("fragile e debole"). Eliana ha conseguito il diploma di scuole superiori presso un istituto tecnico, ha frequentato per un paio d'anni un corso di laurea per poi interrompere gli studi.

Condizioni attuali di vita:

Eliana vive con la madre. Ha un compagno da 15 anni, che svolge attività privata e con cui lavora part-time nell'organizzazione di viaggi online. Riporta appunto una grande passione per questi ultimi, che fa soprattutto con il compagno. Ha una quotidianità molto routinaria e limitata a spostamenti casa lavoro durante la settimana e scarsa vita sociale, riferisce infatti di avere due amiche storiche dai tempi del liceo, con le quali si vede occasionalmente e con cui sente di avere ormai pochi interessi in comune (entrambe con figli).

Invio e contesto della terapia:

Ricovero presso il reparto DCA di una clinica, dove, durante il periodo di degenza, vengono svolte a cadenza settimanale le sedute psicologiche individuali, che affiancano le attività in gruppo.

Esame psichico:

Eliana appare in prima seduta lucida, ben orientata nei parametri spazio-temporali e presente a se stessa. Giunge al colloquio in abbigliamento sportivo, consono all'ambiente di ricovero, e nel complesso si presenta curata nella sua persona. Appare fisicamente più giovane della sua età. La

mimica del volto e la gestualità risultano adeguate, sebbene tendenti in alcuni momenti ad una irrequietezza ansiosa e alla tristezza. La forma e il contenuto del pensiero sono congrui. Durante il colloquio emerge la presenza di dispercezione corporea. Nonostante una bassa consapevolezza rispetto alla gravità della sua condizione, Eliana si mostra collaborativa e sufficientemente motivata a sostenere i colloqui individuali previsti dal ricovero.

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Eliana riporta che prima del ricovero seguiva una dieta di circa 1000 kcal al giorno, e che non poteva fare a meno di svolgere in maniera compulsiva circa 1 ora/1 ora e mezza di attività fisica al giorno. Nel caso in cui ci siano giorni in cui si concede di mangiare fuori (es. la colazione al bar la domenica con la mamma e la nonna) aumenta l'attività fisica, arrivando a due ore. Riferisce che il cibo è un pensiero costante, dalla mattina alla sera, pianifica cosa e quanto mangiare. Durante il percorso in day-hospital le era stato indicato di diminuire il tempo dedicato all'attività fisica, ma ciò ha portato ad una ulteriore restrizione alimentare. Eliana riporta che il suo rapporto col peso non è mai stato sereno, e vi era spesso un confronto fisico tra lei e la sorella, la quale “mangiava nelle stesse quantità, se non più di me, ed era più magra di me”. Eliana dice che il suo rapporto con il cibo non è mai stato sereno e che in passato c'erano frequenti episodi in cui sentiva di perdere il controllo nell'assunzione di cibo, mangiando tanto cibo e in poco tempo, soprattutto cibo spazzatura, arrivando a pesare 70 kg nell'estate 2023. Eliana racconta inoltre di avere difficoltà nel suo quotidiano anche per piccole attività, evitando mezzi di trasporto pubblici e luoghi affollati in cui ci sia senso di costrizione per paura di svenire. Sente di essere in grado di andarci se accompagnata da persone fidate (es. madre o compagno). Gli unici spostamenti che effettua da sola sono quelli che fa per andare al lavoro e che avvengono in macchina, che lei effettua con grande sforzo perché anche quelli accompagnati da ansia e paura intensa. Anche l'attività fisica compensatoria, quindi, la svolge in casa. Inoltre, a seguito di un evento particolarmente significativo avvenuto in giovane età adulta (come meglio descritto nella sezione scompenso), Eliana afferma di avere paura di uscire da sola anche per timore di poter essere seguita e che le venga fatto del male. A tutto ciò si associa un generale senso di inadeguatezza in determinate situazioni sociali (es. uscite in gruppo, visite mediche) in cui sente di non essere all'altezza e di aver paura del giudizio altrui.

Eventuali Test somministrati: BUT, SCL 90, EDI 3, BES, MAIA, CIA

Formulazione di una diagnosi

Secondo la sintomatologia presentata, facendo riferimento al DSM-5-TR, Eliana sembrerebbe soddisfare pienamente i criteri per un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, specificamente di anoressia nervosa, con una diminuzione progressiva dell'assunzione di calorie, una forte paura di aumentare di peso e una eccessiva influenza della forma corporea sulla sua autostima. Apparirebbero inoltre soddisfatti i criteri per il disturbo di agorafobia, nella sua paura e ansia di realizzare i mezzi pubblici essere in spazi ampi e chiusi e quando è fuori casa da sola, ciò compromette pesantemente il suo funzionamento sociale, attraverso anche un frequente evitamento delle situazioni dalle temute se non vi è accompagnata.

Storia della sofferenza e se ha effettuato precedenti trattamenti psicoterapici, farmacologici e se ha fatto tentativi di suicidio:

Eliana riferisce di aver iniziato una psicoterapia ad ottobre 2024, interrotta nel febbraio 2025 in concomitanza con l'inizio del suo percorso in day-hospital presso un ospedale nelle vicinanze della sua zona di residenza. Successivamente vi è stato il ricovero in regime residenziale ad inizio aprile 2025. Per quanto riguarda la terapia farmacologica, al momento segue un piano che comprende quietiapina, sertralina, e alprazolam. Non è stato né è possibile reperire informazioni in merito ai dosaggi e ai tempi di assunzione esatti dei farmaci in quanto piano farmacologico revisionato e adattato settimanalmente durante le riunioni d'equipe.

PROFILO INTERNO

1. Scopo sano: esprimere liberamente le proprie inclinazioni e fragilità

Anti-scopo iperinvestito: essere criticata/invalidata

Credenza: "Se esprimo liberamente me stessa, sarò criticata"

Esemplificato nel seguente ABC:

<p style="text-align: center;">A</p> <p>E. finisce il pasto e nota che un'altra ragazza al tavolo invece non lo termina</p>	<p style="text-align: center;">B</p> <p>“Forse non avrei dovuto mangiare tutto quello che avevo nel piatto”</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p>Senso di colpa deontologico (8) Disgusto verso di sé (7) Tristezza (9)</p> <p>Rimuginio</p>
<p style="text-align: center;">C/A'</p>	<p style="text-align: center;">B'</p> <p>“Le altre non possono vedermi piangere”</p>	<p style="text-align: center;">C'</p> <p>Vergogna (8)</p> <p>Evitamento/isolamento sociale</p>
<p style="text-align: center;">C'/A''</p>	<p style="text-align: center;">B''</p> <p>“Non ho forza di volontà né carattere”</p>	<p style="text-align: center;">C''</p> <p>Rabbia autodiretta (8)</p> <p>Rimuginio</p>

2. Scopo sano: emanciparsi e separarsi dai giudizi della madre e dalla sua vicinanza fisica

Anti-scopo iperinvestito: far soffrire la madre

Credenza: “Se mi separo/emancipo da mamma, sarò una figlia ingrata e la ferirò”

Esemplificato nel seguente ABC:

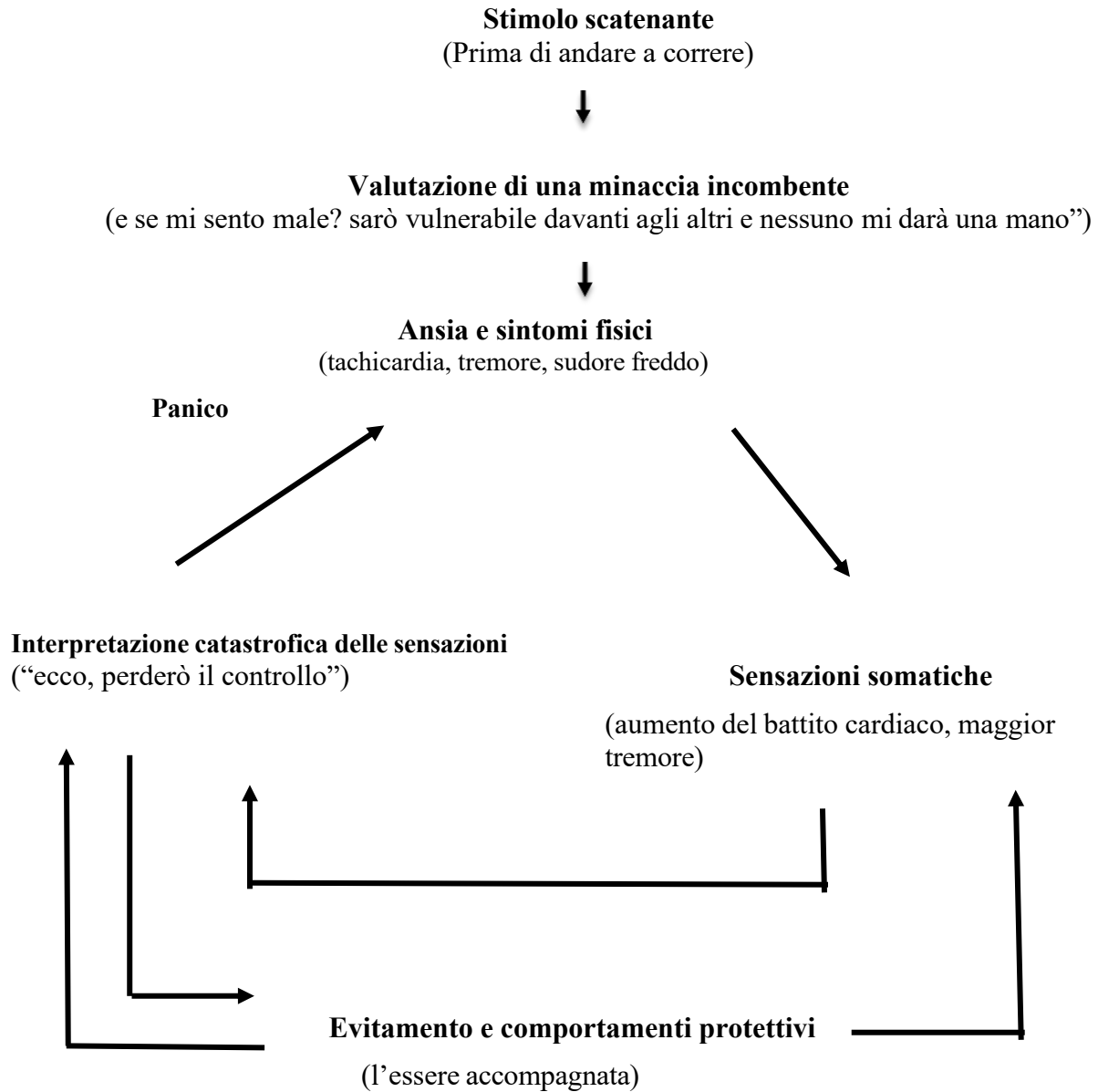
<p style="text-align: center;">A</p> <p>“Ho delle foto appese in camera della mia famiglia”</p>	<p style="text-align: center;">B</p> <p>“Vorrei appenderne anche qualcuna di papà ma mamma potrebbe rimanerci male”</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p>Senso di colpa altruistico (8) Tristezza (6) Rabbia (6)</p>
---	---	---

3. Scopo sano: “sentirsi libera di non essere sempre in pieno controllo di sé”

Anti-scopo iperinvestito: perdere il controllo di sé (dissolversi psicologicamente)

Credenza: “Se provo stati interni nuovi o troppo intensi perderò il controllo di me stessa (mi dissolverò)”.

Espresso nel modello del panico di Clark:



FATTORI E PROCESSI DI MANTENIMENTO

DCA	AGORAFOBIA
<p>Evitamento: Eliana evita un gran numero di alimenti, in particolar modo carboidrati (pane, pasta) e grassi (olio), che le potrebbero fornire un apporto calorico considerato da lei eccessivo, il che rafforza il suo timore di prendere peso in maniera molto rapida e incontrollata, senza possibilità di verificare il contrario.</p> <p>Inoltre, quando mangia con gli altri e inizia a provare un'emozione molto intensa legata al cibo, reagisce mettendo in atto evitamenti tramite un frequente isolamento e ritiro sociale, rafforzando la sua paura di essere giudicata se si mostrasse emotivamente vulnerabile, e che cosa e quanto mangia incida sul suo valore come persona.</p>	<p>Evitamento: Eliana mette in atto frequentemente evitamenti per le situazioni in cui teme di poter perdere il controllo, il che non le permette di sfidare la credenza e di poterla così disconfermare, ma anzi, rafforzandola.</p>
<p>Affect ad information: Eliana interpreta le sensazioni corporee come indicatori affidabili della realtà (“mi sento più gonfia, sarò sicuramente ingrassata”)</p>	<p>Affect as Information: quando legge il suo stato di ansia come prova del fatto che ci sia effettivamente un pericolo o una minaccia nei paraggi e che quindi la sua emozione sia legittima, con l'intensificarsi di quest'ultima.</p>
<p>Problema secondario: la tristezza relativa alla sua condizione la sconsiglia ancora di più demotivandola nel percorso, e al tempo stesso la rabbia che prova nei suoi confronti le impone una disciplina tale che va in conflitto con ciò che sa la farebbe stare meglio</p>	<p>Problema secondario: Eliana si critica spesso per il suo non essere in grado di mettersi alla prova rispetto alla sua ansia, così come di condizionare la vita di chi le sta intorno facendosi spesso accompagnare. Questo produce a sua volta ulteriore demoralizzazione, diminuendo la sua autoefficacia incidendo ancora di più nel</p>

	peggioramento dell'autostima.
<p>Cicli interpersonali: Eliana appare fisicamente “debole” e quindi bisognosa di cure e attenzioni, ed è ciò che la famiglia e il fidanzato le forniscono, mostrandosi ancora più protettivi e iperaccudenti, facendo sì che si rafforzi l'idea di Lisa di non poter essere autonoma, se non nel controllo alimentare stesso, che rappresenta quindi anche un vantaggio secondario, ma che al tempo stesso non favorisce un'espressione più sana dei suoi bisogni emotivi.</p>	<p>Cicli interpersonali: la richiesta di essere accompagnata è la conferma del fatto che non è in grado di cavarsela da sola, Alle rassicurazioni delle persone a lei vicine talvolta si accompagnano anche atteggiamenti critici e sprezzanti, che confermano ancora di più il suo essere “debole”.</p>
<p>Ruminazione: Eliana tende a ripensare in maniera ossessiva a cosa e a quanto ha mangiato nei pasti precedenti, il che favorisce l'intensificarsi della sua paura di prendere peso</p>	<p>Comportamenti protettivi: Eliana esce quasi sempre accompagnata, il che non le permette di vivere situazioni che possano fungere da esperienze correttive</p>
<p>Rimuginio: Eliana ripensa spesso durante la giornata a cosa mangerà e in che quantità, interferendo non solo con le altre sue attività ma rafforzando l'ansia e la paura legate al cibo</p>	<p>Bias attentivi: le sensazioni somatiche e gli stati emotivi particolarmente intensi pongono Eliana in stato di allarme, aumentando l'idea di pericolosità di questi.</p>
<p>Attenzione selettiva: Eliana si focalizza in maniera ripetitiva in particolare su cosce e pancia, e l'iperfocalizzazione aumenta l'intensità di specifici stati emotivi (come ad esempio il disgusto) e aggrava la sua dispercezione corporea.</p>	
<p>Compulsioni: Eliana mette in atto diversi comportamenti compulsivi durante la giornata, come il guardarsi ripetutamente allo specchio per monitorare eventuali modifiche nel suo</p>	

<p>corpo, in particolare pancia e cosce (body checking), il mangiare lentamente e tagliando il cibo in pezzi molto piccoli durante i pasti, e un'attività fisica compensatoria di durata proporzionale all'aumento di peso che lei valuta come eccessivo, allo scopo di ridurre l'ansia legata al peso, al corpo o all'alimentazione, ma che in realtà le offrono solo un sollievo temporaneo, rafforzando la sua preoccupazione per il peso e il corpo a lungo termine, e contribuendo a mantenere la sovrastima del controllo del peso/forma del corpo nella valutazione di sé.</p>	
---	--

SCOMPENSO

Nell'estate 2023 parte con la sorella, un'amica e degli altri amici e si ritrova spesso a fare confronti tra il proprio fisico e quelli della sorella e dell'amica, decidendo al rientro di iniziare una dieta con una nutrizionista, ritrovandosi a restringere sempre di più sul piano alimentare e ad essere iperattiva sul piano motorio. Il peggioramento del DCA ha comportato un aumento delle sue "crisi emotive" e dell'agorafobia, già esacerbati da un precedente evento risalente a quando Eliana aveva 19 anni, in cui subì una molestia sul treno che la portava all'università, dove viene toccata senza il suo consenso. In tale occasione Eliana percepisce di non avere nel momento nessun tipo di controllo su ciò che poteva fare, anche in una situazione in cui sentiva di poter intervenire (ad esempio reagendo e respingendo l'aggressore), e la sensazione fisica di immobilizzazione è ciò che riporta più vividamente in relazione a quel senso di impotenza. Da questo episodio Eliana interrompe gli studi, prende mezzi pubblici e va in posti affollati solo se accompagnata. Racconta inoltre che l'esordio delle sue crisi è avvenuto in adolescenza dopo la separazione dei genitori, a seguito della quale ha iniziato a essere sempre più responsabile per la madre e a prendersene cura perché l'unica ormai a poterlo fare, a discapito della sua vita sociale e relazionale ad eccezione di pochissimi legami al di fuori della famiglia di origine, legando l'immagine di sé e il suo valore come persona all'essere una brava figlia, riducendo i suoi obiettivi a questo.

VULNERABILITÀ

Vulnerabilità storica:

Ci sono diversi eventi precoci nella vita di Eliana che possono aver favorito lo sviluppo di credenze disfunzionali riguardo sé e gli altri.

Per quanto riguarda il suo timore di essere invalidata e giudicata, Eliana racconta diversi episodi di vita, che coinvolgono in particolar modo la mamma. Riferisce ad esempio di ricordare un'immagine risalente a quando era bambina (5-6 anni) in cui stava piangendo. Nel suo pianto ricorda nitidamente sua madre che le dà le spalle senza risponderle. In un altro momento invece, in cui era già più grande (13 anni) ricorda che stava piangendo perché aveva litigato con un'amichetta, e sua madre risponderle arrabbiata, "non piangere per queste sciocchezze, io cosa dovrei fare?" riferendosi alla sua depressione.

La mamma è ben presente soprattutto per quanto riguarda la paura di Eliana di deluderla, racconta che è sempre stata molto critica verso di lei, confrontandola spesso con le altre ragazze e la stessa sorella, ricordando infatti un episodio di quando aveva 15 anni in cui la mamma descrisse sua sorella come "più sveglia" rispetto a Eliana, sebbene la sorella fosse più piccola. Racconta di aver provato profonda tristezza ma anche estrema rabbia nei confronti della mamma, così come invidia nei confronti della sorella, e da lì una sensazione di "voler fare bene per mamma, anche meglio di mia sorella".

Infine, anche il timore di poter perdere il controllo dei suoi stati emotivi trova spiegazione in un ambiente domestico con frequenti litigi e un padre descritto come emotivamente imprevedibile e ambivalente: ricorda diverse situazioni di esplosione di rabbia del genitore di cui aveva paura, opposti ad altri in cui si mostrava completamente freddo, racconta ad esempio di un episodio durante la sua infanzia in cui, in un momento di crisi della mamma, ricorda quest'ultima stesa a terra e il padre che la scavalca mostrandosi totalmente impassibile e indifferente al pianto della madre. Tali avvenimenti potrebbero aver instillato in Eliana il timore che, se esprime se stessa, l'ambiente sociale intorno a lei non è pronto a rispondere ai suoi bisogni, e se anche lo facesse ciò che potrebbe accadere potrebbe rappresentare un'incognita in termini di emozioni e sensazioni somatiche, e potrebbe perderne il controllo come il padre.

Vulnerabilità attuale:

I fattori che espongono Eliana a possibili ricadute o peggioramenti del suo quadro sintomatologico sono la sua sensibilità alle sensazioni somatiche dei diversi stati emotivi in generale, e un contesto

interpersonale che mantiene e rafforza le sue credenze nucleari, in quanto Eliana si prende cura sia della mamma che della nonna quando è a casa, e che quindi i suoi bisogni e desideri siano secondari a quelle degli altri. Ciò viene accentuato tramite le frequenti sollecitazioni da parte della mamma nell'aver da lei aiuto per la nonna anche durante il periodo del ricovero quando Eliana non può fattualmente essere d'aiuto, il che sollecita ancora di più il suo senso di responsabilità e di ansia. A ciò si aggiungono le sempre più insistenti richieste da parte del fidanzato di andare a convivere, che accentuano il conflitto interiore di Eliana tra il suo bisogno di autonomia e il non deludere la mamma, cosa che avverrebbe se lasciasse la casa in cui vive con lei adesso.

TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO

RAZIONALE, STRATEGIE E TECNICHE

OBIETTIVI	RATIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
Costruzione alleanza terapeutica	Creare un clima di fiducia e collaborazione Stabilire obiettivi terapeutici condivisi	Ascolto empatico Validazione Formulazione condivisa Individuazione e superamento di test relazionali
Riduzione ansia agorafobica	Consapevolezza del ciclo e dei meccanismi anticipatori	Psicoeducazione Ristrutturazione cognitiva Mindfulness
Riduzione evitamenti agorafobici	Ridurre uno dei fattori di mantenimento della sofferenza	Esposizione graduale in vivo Ristrutturazione cognitiva dei pensieri catastrofici
Aumento dell'autostima nucleare	Sfidare credenze disfunzionali sull'associazione magrezza-riconoscimento come persona Ridurre l'autocritica.	Ristrutturazione cognitiva (ad es. doppio standard) Dialogo socratico Compassion focused therapy

Ridurre le condotte di controllo dell'alimentazione, del peso e delle forme del corpo (attraverso esercizio fisico, restrizione alimentare, check allo specchio)	Sfidare la tendenza alle azioni rituali compulsive e lavorare sulla rigidità del pensiero e le distorsioni cognitive (“devo”, “dovrei- non dovrei”) Ridurre i pensieri ossessivi e diminuire i cibi considerati fobici	Esposizione con prevenzione della risposta Ristrutturazione cognitiva (analisi costi-benefici, decatastrofizzazione) Psicoeducazione
Ridurre evitamento stati interni	Favorire un maggiore flessibilità rispetto alle sensazioni somatiche delle emozioni e una maggiore accettazione di quelle sensazioni/emozioni/scenari per ora intollerabili	ACT (interventi di accettazione) ERP (esposizione enterocettiva) Ristrutturazione cognitiva (laddering, ABC)
Incremento delle abilità di regolazione delle emozioni	Acquisire consapevolezza e conoscenza delle emozioni	Psicoeducazione ABC Interventi di rassicurazione DBT
Riduzione della vulnerabilità psicologica	Identificare episodi prototipici precoci Modificare la credenza nucleare di sé come persona debole/ingrata/ Imparare a legittimare i propri bisogni Validare e incoraggiare un piano di vita autonomo	Imagery with rescripting Intervista storia di vita ABC in seduta
Prevenzioni ricadute agorafobiche	Aumentare e mantenere consapevolezza rispetto al proprio funzionamento	Psicoeducazione

DESCRIZIONE DELLA TERAPIA:

La terapia ha avuto la durata di due mesi per un totale di otto incontri totali, giungendo al termine per dimissioni della paziente dalla struttura. Nonostante ci fosse il desiderio da parte di Eliana di

poter proseguire privatamente la terapia non è stato possibile senza autorizzazione della struttura in questione. Durante il percorso terapeutico, si è intervenuto sull'esposizione graduale rispetto agli evitamenti agorafobici, attraverso delle passeggiate in giardino di durata gradualmente maggiore, così come una maggiore consapevolezza del ciclo del panico attraverso la condivisione del modello che ha sostenuto anche un rafforzamento del clima di fiducia e collaborazione nella terapia. L'esposizione è stata utilizzata anche per ridurre gradualmente l'attività fisica compensatoria, con lo scopo di diminuire il tempo dedicato ad essa. Si è cercato inoltre di ridurre l'autocritica attraverso la Compassion Focused Therapy, nello specifico attraverso una lettera al Sé compassionevole. Per quanto riguarda l'aspetto alimentare nello specifico, i momenti dei pasti sono serviti da esposizioni in vivo, sia per quanto riguarda la riduzione delle compulsioni riguardo il tagliare il cibo in pezzi molto piccoli, ma anche per la diversificazione sempre maggiore dei tipi di cibi mangiati da Eliana, nel tentativo di ridurre gradualmente quelli fobici. Ciò è stato accompagnato da interventi di ristrutturazione cognitiva, come la decatastrofizzazione, legata al mettere in discussione i suoi pensieri disfunzionali in merito all'aumento improvviso di peso dopo ogni pasto. Si è cercato inoltre di favorire una maggiore tolleranza dei suoi stati interni, in particolar modo attraverso gli ABC svolti in seduta che hanno permesso di individuare e riconoscere le sue emozioni, così come a individuarle nei loro correlati fisiologici, con anche diversi interventi di rassicurazione rispetto alla pericolosità percepita di questi stati.

VALUTAZIONE DI ESITO:

Durante il percorso terapeutico, Eliana ha mostrato un aumento progressivo dell'espressione delle sue emozioni, soprattutto la tristezza manifestata attraverso il pianto, ed altre come la vergogna e la paura, espressamente verbalizzate. Il periodo di ricovero ha dato l'occasione a Eliana di ritagliarsi uno spazio per sé, lasciandosi il tempo di dare priorità a se stessa anche non rispondendo alle richieste della madre. Anche se Eliana sembra riconoscere maggiormente i suoi stati emotivi e le sensazioni somatiche, inclusa l'ansia agorafobica, e a tollerarle meglio, l'evitamento come comportamento protettivo è ancora molto utilizzato. Eliana sembra riconoscersi adesso anche determinati interessi e attività piacevoli, come la scrittura e il disegno. Per quanto riguarda l'aspetto alimentare, l'attività fisica compensatoria sembra essersi ridotta, con una riduzione del tempo dedicato ad essa.

BIBLIOGRAFIA

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461-470.

Clark, D. M. (1988). A cognitive model of panic attacks. In R. J. Marshall & J. G. Beck (Eds.), *Cognitive-behavioral therapy for panic disorder*.

Salkovskis, P. M., & Clark, D. M. (1991). *Cognitive therapy for panic disorder*.

Chiara Gargiulo, Psicologa, Napoli

**Specializzanda in psicoterapia cognitiva, training Angelo Maria Saliani e
Maurizio Falcone**

e-mail: chiara.gargiulo21@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

Viola un caso di Disturbo Ossessivo-Compulsivo Una mente intrappolata tra la paura di sbagliare e il bisogno di essere giusta

Marina Ferrillo¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale SPC Napoli

Riassunto

Il presente contributo descrive il caso clinico di una paziente di 18 anni con diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), caratterizzato da ossessioni intrusive a contenuto di colpa e contaminazione simbolica, associate a compulsioni di ordine, controllo e neutralizzazione. La concettualizzazione del caso è stata sviluppata secondo il modello cognitivo del DOC centrato sulla colpa (Mancini, 2016). La valutazione clinica è stata supportata dall'impiego di strumenti psicodiagnostici standardizzati che hanno confermato la gravità del quadro ossessivo-compulsivo. Nonostante l'interruzione precoce del percorso, il caso offre spunti clinici rilevanti sul ruolo della colpa morale e delle dinamiche interpersonali nel mantenimento del DOC.

Parole Chiave: Disturbo Ossessivo-Compulsivo; Colpa; Contaminazione simbolica; Iper-responsabilità; Terapia Cognitivo-Comportamentale; Caso clinico

Viola, a case of obsessive-compulsive disorder: A mind trapped between the fear of making mistakes and the need to be right

Summary

This paper describes the clinical case of an 18-year-old female patient diagnosed with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), characterized by intrusive obsessions involving guilt and symbolic contamination, associated with compulsions of ordering, checking, and neutralization. The case conceptualization was developed according to the guilt-centered cognitive model of OCD (Mancini, 2016). The clinical assessment was supported by the use of standardized psychodiagnostic

Marina Ferrillo, Viola un caso di Disturbo Ossessivo-Compulsivo
Una mente intrappolata tra la paura di sbagliare e il bisogno di essere giusta N. 35, 2025, pp.107-116.

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

instruments, which confirmed the severity of the obsessive-compulsive symptoms. Despite the early interruption of treatment, the case provides clinically relevant insights into the role of moral guilt and interpersonal dynamics in the maintenance of OCD.

Key words: Obsessive-Compulsive Disorder; Guilt; Symbolic contamination; Hyper-responsibility; Cognitive Behavioral Therapy; Clinical case

Presentazione del caso

Viola è una ragazza di 18 anni, studentessa liceale, che vive con la famiglia d'origine. Il contesto familiare è descritto come fortemente conflittuale e scarsamente comunicativo, caratterizzato da frequenti litigi, toni rabbiosi e modalità comunicative svalutanti. Il padre è percepito come autoritario, impulsivo e poco regolato emotivamente, la madre come controllante, ipercritica e intrusiva, con difficoltà nel riconoscere i confini e l'autonomia della figlia. Viola riferisce una vita sociale limitata, con una sola relazione amicale significativa, all'interno della quale tende ad assumere un ruolo di ascolto e accudimento, a fronte di una marcata difficoltà nel condividere i propri bisogni emotivi. Non presenta esperienze sentimentali né sessuali.

A. Descrizione del problema

La principale difficoltà lamentata da Viola è caratterizzata dalla presenza, di una serie di pensieri a carattere ossessivo. Tali ossessioni sono incentrate sulla possibilità che possano verificarsi incidenti mortali o catastrofi che coinvolgano lei o i suoi familiari. Il contenuto è vissuto come intrusivo e minaccioso, generando un disagio significativo. In risposta a queste ossessioni, Viola mette in atto compulsioni comportamentali e mentali finalizzate a ridurre l'ansia e prevenire l'ipotetica realizzazione delle catastrofi temute.

Le principali compulsioni osservate includono:

- Il bisogno di toccare ripetutamente oggetti
- L'allineamento meticoloso e l'organizzazione precisa degli oggetti di uso quotidiano.

Questi comportamenti ritualistici vengono ripetuti finché la paziente non raggiunge un livello soggettivo di "certezza" o "sicurezza". La sintomatologia ossessiva è manifesta esclusivamente nell'ambiente domestico. L'attivazione emotiva diventa intensa e fuori controllo in presenza della famiglia, soprattutto quando Viola si sente osservata con espressioni interrogative o preoccupate in merito ai suoi gesti. In questi momenti, sperimenta forti livelli di rabbia egoriferita ("*Cosa diavole avete da guardare tutti? dovete smetterla di guardarmi tutti!*"), spesso culminanti in un pianto inconsolabile e rimproveri genitoriali a causa della maleducazione mostrata. Quando un familiare in

particolare la madre, in un secondo momento tenta di tranquillizzarla, Viola manifesta rabbia verso il genitore, che identifica come causa della propria reazione (*"Se non mi avessero guardata in quel modo, non sarebbe successo nulla. Lo sanno che non devono guardarmi, lo fanno di proposito"*).

Immediatamente dopo, sperimenta un forte senso di colpa nel riconoscere la propria reazione come spropositata (*"Alla fine voleva solo consolarmi e l'ho trattata male"*).

Il suo vissuto è dominato dalla perdita di controllo sul proprio comportamento, che esprime con affermazioni di profondo sconforto e svalutazione di sé: *"Sto uscendo pazza, se qualcuno mi vedesse penserebbe che sono da rinchiudere. Sono una deficiente che non riesce a fare nulla. Mi sto solo rovinando la vita."*

Sulla base dei criteri DSM-5, è stata formulata una diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

B. Profilo Interno del Disturbo

Il disturbo di Viola è caratterizzato da intrusioni mentali interpretate come segnali di pericolosità morale e responsabilità causale. La paziente manifesta convinzioni iper-responsabilizzanti ("Potrei essere pericolosa", "Se penso qualcosa di cattivo potrei farlo accadere"), accompagnate da un intenso timore di colpa. L'obiettivo primario dei comportamenti ossessivo-compulsivi è evitare la colpa morale e la responsabilità percepita di arrecare danno agli altri; l'obiettivo secondario è preservare un'immagine di sé come persona buona, integra e degna di amore. Il tema nucleare del funzionamento ossessivo può essere sintetizzato nella convinzione: *"Se causo sofferenza, anche solo con il pensiero, e non faccio nulla per evitarlo, allora sono cattiva"*.

L'anti-goal iper-investito (A1) di Viola è essere una persona "cattiva"

La credenza patogena in termini di *Sé/Allora* è la seguente:

"Se ho questi pensieri terrificanti e non riesco a controllarli, allora potrebbero avverarsi per colpa mia e sarei una persona cattiva"

Evento Critico

Fantasia di una catastrofe

Prima Valutazione

“Oddio perché faccio questi pensieri?! E se si avverassero? Se non facessi nulla per fermarli vorrebbe dire che me ne frego e che sono una persona

1° Tentativo di soluzione

- Tentativi di soppressione dei pensieri;
- Rituali di ordine e simmetria per prevenire (magicamente) le sciagure;
- Ragionamento ossessivo semi-dialettico volto alla discolpa (“è vero che ho fatto un brutto pensiero però è anche vero a volte mi fanno arrabbiare rimproverandomi ingiustamente...sì, ok, però c’è modo e modo di reagire e quel pensiero è troppo cattivo...sì, però non l’ho pensato volutamente...no, però l’ho pensato io e se si avvera è colpa mia...ma i pensieri sono solo pensieri...sì, ma se poi si avverano??)

Seconda Valutazione

“Oddio, sto facendo cose assurde, mi sto rovinando la vita e sto facendo preoccupare i miei, sto facendo uscire tutti pazzi! Devo trovare il modo di smetterla una volta per tutte con questi pensieri e questi comportamenti da matta!”

2° Tentativo di soluzione

- Incremento degli sforzi di soppressione dei pensieri e dei rituali
- Raddoppia gli sforzi del ragionamento ossessivo per giungere definitivamente a rassicurarsi sulla propria natura di persona non cattiva (“più di prima”)
- Evitamento di tutte le occasioni interpersonali che rischino di fare da trigger ai pensieri e agli impulsi proibiti.

B. Fattori e processi di mantenimento

1) Fattori intrapsichici

Sovrastima della responsabilità personale:

Viola crede di poter prevenire eventi catastrofici attraverso le proprie azioni o omissioni (*“se non sistemo bene le cose o non tocco gli oggetti nel modo giusto, potrebbe succedere qualcosa di grave”*).

Mantenimento: attribuisce a sé un potere causale irrealistico e percepisce il non agire come moralmente pericoloso.

Bisogno di certezza assoluta:

La paziente tende a ritenere intollerabile qualsiasi dubbio (*“devo essere sicura che tutto sia a posto, altrimenti potrei far succedere qualcosa”*).

Mantenimento: ogni volta che l'ansia cala grazie alla compulsione, il bisogno di certezza viene rinforzato.

Thought–action fusion (fusione pensiero-azione):

L'intervento del fenomeno cognitivo conosciuto con il nome di TAF rafforza sistematicamente i timori ossessivi di Viola portandola a convincersi che 1) se pensa qualcosa di orribile rischia o di attuarlo o di farlo in qualche modo avverare; 2) se anche non si avverassero quei pensieri orribili, sarebbe ugualmente colpevole per il fatto di averli pensati.

Meta-valutazioni negative:

Viola attribuisce un significato eccessivo ai propri pensieri: *“Non dovrei pensare queste cose”; “Oddio, sto facendo cose assurde, mi sto rovinando la vita e sto facendo preoccupare i miei, sto facendo uscire tutti pazzi! Devo trovare il modo di smetterla una volta per tutte con questi pensieri e questi comportamenti da matta!”* li considera pericolosi e tenta di eliminarli e così rinforza il controllo mentale e la neutralizzazione.

Attenzione selettiva:

È iper-vigilante rispetto a oggetti spostati, allineamenti imperfetti, sguardi degli altri, ogni deviazione alimenta ansia e compulsione.

Affect-as information: Qualsiasi dubbio o ansia è interpretato come prova che “qualcosa non va”

→ innesco di compulsione.

Rimuginio ossessivo:

Tentativi mentali di “capire” o “risolvere” le proprie paure aumentano la salienza dei pensieri intrusivi.

Neutralizzazione mentale:

Ripetizione interna di frasi rassicuranti o immagini “correttive” per annullare i pensieri.

2) Fattori Interpersonali

I meccanismi relazionali che contribuiscono a rinforzare o mantenere il DOC di Viola sono molto rilevanti soprattutto nel rapporto con la madre e con la famiglia in generale.

Accomodamento familiare (TRAPPOLA DEL DOC)

I familiari, in particolare la madre, tendono a modificare i propri comportamenti (es. evitare di toccare oggetti di Viola).

Mantenimento: riduce temporaneamente l’ansia di Viola ma rinforza la convinzione che le sue paure siano fondate e che non possa gestirle autonomamente, rende la famiglia schiava del doc logorando i rapporti, ostacola la disconferma delle credenze, soprattutto impediscono l’avvio e il compimento dei processi di accettazione.

Tentativi di rassicurazione:

Trappola relazionale – BIASIMO: i genitori manifestano verso Viola atteggiamenti di critica, rimprovero o colpevolizzazione, nella convinzione che esprimere il loro disappunto possa indurla a prendere consapevolezza delle proprie difficoltà e a guarire. Ad esempio, in presenza di biasimo da parte di un genitore, Viola interiorizza il messaggio confermando la propria convinzione di essere una fonte di sofferenza per la famiglia.

C. Scompenso

Nella storia di Viola un evento scompensante è rappresentato dalla rottura di un legame affettivo. Quando scopre l’esistenza di un’altra persona, ciò che sembra mandare in crisi Viola è l’essersi distratta poiché abbassando la guardia ha fatto un errore imperdonabile ai suoi occhi. *“Sono una brutta persona perché non sono stata abbastanza attenta, mi sono lasciata fregare invece di dedicarmi ai tanti problemi della mia famiglia, ben più importanti dei miei stupidi romanticismi”.*

L'esordio della sintomatologia ossessiva avviene poco dopo, quando il padre comunica a Viola, in tono rabbioso, che non potrà più frequentare i corsi di danza a causa delle difficoltà economiche, le rivela anche che il negozio di famiglia è prossimo alla chiusura e che il futuro è incerto. In quel momento, Viola sperimenta una profonda preoccupazione e paura che possa accadere qualcosa di grave: *“Papà potrebbe lasciarci, mamma potrebbe andarsene via di casa, e io non saprei cosa fare.”* Inizia così a formulare pensieri di colpa: *“Se fossi stata più attenta, se non li avessi lasciati soli, se non avessi pensato solo a me stessa, forse avrei potuto aiutarli in qualche modo, questa era la cosa giusta da fare”* È in questa fase che Viola inizia a sperimentare in modo intenso e pervasivo il sentimento di colpa.

D. Vulnerabilità

Vulnerabilità Storica: Nella storia di vita di Viola emergono esperienze precoci caratterizzate da iper-responsabilizzazione, colpa e invalidazione emotiva. La paziente si descrive come una bambina “tranquilla” che cercava di non creare problemi, ma riferisce episodi ricorrenti di colpevolizzazione ingiusta e punizioni non contingenti.

Vulnerabilità attuale: I principali fattori di vulnerabilità attuale sono rintracciabili nelle dinamiche familiari, che ripropongono modalità relazionali simili a quelle delle esperienze precoci.

TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO

RAZIONALE, STRATEGIE E TECNICHE

Il trattamento psicoterapeutico ha avuto come obiettivo principale la riduzione clinicamente significativa della sintomatologia ossessivo-compulsiva. È stato svolto un lavoro mirato sulla gestione dei pensieri intrusivi e sulla ristrutturazione della prima e della seconda valutazione ossessiva, con particolare attenzione al timore di colpa e alle vulnerabilità storiche sottostanti. Le tecniche utilizzate in questa fase hanno incluso la costruzione condivisa dello schema di funzionamento del DOC, l'analisi ABC, la ristrutturazione cognitiva, il dialogo socratico drammatizzato (disputing) e l'esposizione con prevenzione della risposta (ERP). Un ulteriore obiettivo del trattamento ha riguardato l'incremento delle abilità di comunicazione efficace con i familiari e lo sviluppo di modalità assertive di espressione emotiva. In questa fase sono stati utilizzati il training dell'assertività e specifici esercizi di modulazione e gestione della rabbia. Un

ulteriore focus dell'intervento ha riguardato la riduzione della vulnerabilità psicologica al DOC e la prevenzione delle ricadute.

DESCRIZIONE DELLA TERAPIA

La terapia ha avuto una durata complessiva di 20 incontri a cadenza settimanale. Dopo una pausa estiva di circa due mesi, dovuta alla mancata coincidenza delle ferie, la famiglia ha interrotto il percorso terapeutico. È importante premettere che l'avvio del trattamento con Viola è avvenuto in un periodo coincidente con diverse festività, circostanza che ha reso difficile mantenere la continuità del setting terapeutico. Tale discontinuità ha inciso in particolare sulla stabilizzazione dell'alleanza terapeutica, già inizialmente fragile a causa delle difficoltà della paziente. La discontinuità degli incontri ha spesso compromesso la possibilità di consolidare il lavoro svolto nelle sedute precedenti. Nei momenti in cui Viola percepiva un peggioramento dei propri sintomi, tornava in terapia manifestando forti stati di rabbia e delusione verso sé stessa, legati alla sensazione di incapacità nella gestione dei problemi e accompagnati da un intenso senso di colpa nei confronti dei genitori. Con il tempo, l'atteggiamento di maggiore apertura ha consentito a Viola un iniziale diminuzione nella frequenza e nell'intensità dei pensieri intrusivi. Il coinvolgimento familiare dei genitori come fattore di vulnerabilità attuale nella storia di vita di Viola, fin da subito è stato un notevole fattore intrusivo nel percorso terapeutico. A seguito dell'osservazione della crescente fatica emotiva e dello sforzo di Viola nel gestire il peso delle dinamiche familiari, e in accordo con lei, si è deciso di coinvolgere i genitori in un incontro congiunto.

Valutazioni ed esito

La terapia con Viola si è rivelata fin da subito un'esperienza impegnativa e faticosa, sia per l'intensità della sintomatologia presentata, sia per le limitate risorse offerte dal contesto familiare. Nei primi incontri, quando Viola mostrava resistenza, chiusura, paura e sofferenza nel trovarsi in terapia, oltre a difficoltà nell'esprimere le proprie richieste, avvertivo al termine delle sedute la sensazione di non riuscire ad aiutarla davvero, come se non stessi facendo abbastanza. Questo mi lasciava spesso con sentimenti di frustrazione e angoscia. Quando invece Viola portava in seduta la sua rabbia verso i genitori, mi accorgevo di sentirmi in qualche modo coinvolta nella sua accusa, come se fossi io stessa "sbagliata". La paziente, portatrice di una credenza patogena, in quei

momenti metteva alla prova il terapeuta per verificare la possibilità di disconfermare tale credenza ossia la possibilità di pensare, sentire o agire liberamente senza subire le conseguenze negative previste da essa.

Nel corso della terapia di Viola ho potuto identificare diversi **testing**:

- l'espressione di rabbia e disappunto nel racconto del conflitto con la madre riattiva vissuti di giudizio e colpa e può essere letta come un test di transfert da ribellione, attraverso il quale la paziente verifica se il terapeuta accetterà o giudicherà le sue emozioni. Il terapeuta risponde accogliendo e normalizzando l'esperienza emotiva, mantenendo un atteggiamento non giudicante.
- la difficoltà a raccontare le proprie sofferenze riflette una resa alla credenza disfunzionale secondo cui parlare di sé equivale a essere "cattiva" e si configura come un test di compiacenza. In questo caso, il terapeuta sostiene la paziente in modo coerente e continuativo, mettendo in discussione implicitamente tale credenza senza colludere con la dinamica di resa.

Rispetto al drop-out della terapia, ho riflettuto sulle possibili cause che possono averlo determinato. È possibile che, in questo momento del suo percorso di vita, la sospensione della terapia rappresenti per Viola un tentativo di riprendere il controllo sulla propria esistenza, al contempo, il recente cambio lavorativo del padre e le conseguenti difficoltà organizzative potrebbero aver costituito un ulteriore fattore di instabilità nel sistema familiare, già caratterizzato da una gestione complessa delle dinamiche relazionali. In considerazione di ciò, ho ritenuto opportuno mettermi in contatto con Viola, con l'obiettivo di intervenire sulla credenza patogena che la porta a sentirsi invisibile o "cattiva" quando esprime bisogni o disappunto, e di dimostrarle che esistono persone che tengono a lei e la accettano così com'è. Viola mi ha risposto di stare bene e non appena avrà una routine quotidiana più serena e tranquilla, vorrebbe ritornare in terapia.

Marina Ferrillo Psicologa Psicoterapeuta, SPC Napoli
Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Falcone e Saliani
e-mail: marinaferrillo1992@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

Disturbo Ossessivo-Compulsivo da Relazione: la formulazione del caso clinico di Sofia

Ilaria Nicandra Capuano

¹Psicologa Psicoterapeuta Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli

Riassunto

Sofia è una donna di 35 anni, con una sintomatologia compatibile con il Disturbo Ossessivo Compulsivo da relazione. La paziente manifesta un dubbio persistente relativo all'autenticità dei propri sentimenti nei confronti del compagno, nonostante lei stessa descriva la sua relazione come soddisfacente e stabile. I suoi pensieri si esprimono mediante un auto-monitoraggio emotivo, un confronto con altre coppie e continue richieste di rassicurazioni. Inoltre Sofia mette in atto controlli mentali e comportamentali soprattutto nella sfera intima e affettiva. Queste strategie generano un sollievo immediato ma temporaneo, comportando però un mantenimento del disturbo rinforzando l'ansia ed il senso di colpa.

La storia di Sofia evidenzia una marcata vulnerabilità legata a temi di responsabilità morale, colpa e paura del giudizio, radicati in esperienze precoci di rimprovero e vergogna.

Il trattamento psicoterapeutico, di orientamento cognitivo-comportamentale integrato con ACT e Compassion-Focused Therapy, si è focalizzato sulla psicoeducazione, sulla ristrutturazione delle credenze disfunzionali, sulla riduzione della rassicurazione, sull'accettazione dell'incertezza e sull'esposizione con prevenzione della risposta. Eventi critici, come una gravidanza seguita da aborto spontaneo, hanno richiesto un temporaneo spostamento del focus terapeutico sull'elaborazione emotiva e sulla desensibilizzazione alla colpa. Nonostante le difficoltà e le ricadute, la paziente mostra un progressivo aumento della consapevolezza del proprio funzionamento e una riduzione della fusione con i pensieri ossessivi.

Parole Chiave: Disturbo Ossessivo Compulsivo da relazione, Senso di colpa, Ricerca di rassicurazione, Intolleranza dell'incertezza, Responsabilità morale, Terapia cognitivo-comportamentale

Ilaria Nicandra Capuano *Disturbo Ossessivo-Compulsivo da Relazione: la formulazione del caso clinico di Sofia*, N. 35, 2025, pp. 117-135.

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.psicoterapeutiininformazione.it

Relationship Obsessive-Compulsive Disorder: Sofia's Clinical Case

Summary

Sofia is a 35-year-old woman presenting with symptoms consistent with Relationship Obsessive-Compulsive Disorder (ROCD). The patient experiences persistent doubts regarding the authenticity of her feelings toward her partner, despite describing the relationship as stable and fulfilling. Obsessive thoughts manifest through constant emotional self-monitoring, comparisons with other relationships, repeated requests for reassurance from her partner and family, and mental and behavioral checking, particularly within the affective and sexual spheres. Such strategies provide temporary relief but contribute to the maintenance of the disorder by reinforcing anxiety and guilt. Sofia's history highlights a marked vulnerability related to themes of moral responsibility, guilt and fear of judgment, rooted in early experiences of criticism and shame.

The psychotherapeutic treatment, based on a Cognitive-Behavioral orientation integrated with ACT (Acceptance and Commitment Therapy) and Compassion-Focused Therapy, focused on psychoeducation, restructuring dysfunctional beliefs, reducing reassurance-seeking, accepting uncertainty and Exposure and Response Prevention (ERP). Critical events, such as a pregnancy followed by a miscarriage, required a temporary shift in the therapeutic focus toward emotional processing and desensitization to guilt. Despite difficulties and setbacks, the patient shows a progressive increase in awareness of her own functioning and a reduction in cognitive fusion with obsessive thoughts.

Key words: Relationship Obsessive-Compulsive Disorder, Guilt, Reassurance seeking, Intolerance of uncertainty, Moral hyper-responsibility, Cognitive Behavioral Therapy

PRESENTAZIONE DEL CASO

Sofia è una giovane donna di 35 anni, attualmente dipendente statale, primogenita con una significativa differenza di età rispetto alla sorella. Sofia ha vissuto con i genitori e la sorella fino ai 18 anni, poi si è trasferita in una grande città del sud Italia per perseguire i suoi studi. Da quel momento la paziente dice di non aver mai più vissuto con i suoi se non per brevi periodi. Sofia riporta di avere un buon rapporto con entrambi i genitori, specificando che questo legame c'è sempre stato con la mamma mentre con il padre ha una natura più recente. Sofia riferisce di essere cresciuta come figlia unica, considerando la notevole differenza di età con la sorella che però ha tanto desiderato. Difatti, aggiunge, di averla voluta così tanto al punto da prendersene cura come una "mammina". Sofia riporta però che attualmente sembra essere più grande la sorella minore, in quanto, a causa dei suoi problemi, lei non riesce ad essere pienamente autonoma.

La paziente si racconta come una persona dedita allo studio, infatti ha portato a termine tutti i suoi percorsi accademici e sempre con il massimo dei voti. Terminati gli studi superiori, si trasferisce in un'altra città, dove resta però anche dopo la laurea. Durante questa permanenza, per non gravare sui genitori, la paziente inizia alcuni piccoli lavori per essere indipendente e per togliersi qualche sfizio. Dopo aver portato a termine anche un master, Sofia decide di ritornare a casa con i genitori perché la città in cui si era trasferita inizia a starle stretta. La convivenza, però, non è stata semplice, in quanto la paziente aveva ormai uno stile di vita diverso rispetto a quello della sua famiglia

d'origine, pertanto si sono intensificate le discussioni. Non avendo grandissime prospettive future, Sofia si fa convincere dalla mamma ad intraprendere un percorso di alta formazione finalizzato all'inserimento in ruoli istituzionali. Attualmente convive con un ragazzo della sua stessa età in un paesino del sud Italia da ormai 3 anni. Sono andati a convivere un anno dopo il loro fidanzamento. Sofia attualmente è una dipendente statale ed è proprio nel contesto lavorativo che conosce il suo attuale compagno. La paziente ad oggi non è serena e vive male la sua relazione, in quanto non riesce a capire se è innamorata o meno del suo compagno.

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Sofia si presenta in seduta in uno stato di marcata sofferenza emotiva, riferendo di sentirsi logorata e profondamente stanca a causa di un dubbio che la perseguita e che non riesce a risolvere: non sa se sia davvero innamorata del suo compagno.

I suoi racconti sono caratterizzati da una costante incertezza che non riguarda tanto la qualità oggettiva della relazione, che lei stessa descrive come “bella, serena e stabile”, quanto invece la sua incapacità di sentirsi certa e sicura dei propri sentimenti. Quello che maggiormente la tormenta non è l'assenza di amore, ma la difficoltà e l'impossibilità di avere una prova definitiva, caratterizzata da un'assoluta certezza, che le permetta di placare il dubbio.

Nelle sue narrazioni, Sofia descrive episodi della vita quotidiana in cui la mente si attiva in modo automatico ed intrusivo. Difatti riporta che, pur vivendo dei momenti di normalità con il partner, viene improvvisamente sorpresa dal pensiero “se non lo amassi davvero?”. Da quel momento in poi tutta la sua attenzione viene catturata dalla necessità di analizzare, verificare e controllare le proprie emozioni e i propri segnali del corpo per trovare una risposta al suo dubbio. Inizia quindi un monitoraggio costante caratterizzato da un'osservazione meticolosa di ogni variazione emotiva: osserva quanto entusiasmo prova quando lo vede, quanto desiderio sente nell'intimità, quanto piacere ricava dai momenti condivisi. Questo continuo auto-monitoraggio diventa una trappola, perché più cerca conferme, più si accorge di non sentirsi mai abbastanza sicura. Il problema si amplifica maggiormente quando, non riuscendo a trovare sollievo nelle proprie valutazioni, ricorre a rassicurazioni esterne. Sofia chiede conferme sul fatto che la relazione vada bene direttamente al suo compagno, volendosi quindi assicurare che lui non noti niente di “strano” nel loro rapporto. La disponibilità iniziale del suo compagno, volto a rassicurarla, cede progressivamente il passo all'irritazione. L., infatti, a volte si mostra infastidito, altre minimizza, altre ancora si stanca di rispondere sempre alle stesse domande. Questo atteggiamento genera in Sofia la convinzione di

“essere lei il problema”, aumentando il senso di colpa e il timore di poter compromettere la propria relazione a causa delle sue insistenze.

La ricerca di conferme non si limita solo al compagno. Con una certa frequenza, Sofia coinvolge anche la madre e la sorella nella gestione dei suoi dubbi: chiede alla mamma se in passato abbia mai sperimentato incertezze analoghe nei confronti del padre e si confronta con la sorella su vissuti simili. A questo bisogno di confronto si aggiunge un costante paragone con le relazioni altrui, in particolare con quella di una coppia a loro molto vicina, percepita come una coppia “perfetta”, lineare e senza incrinature. Ogni volta che osserva la naturalezza del rapporto tra questa coppia, Sofia si convince che la sua relazione sia difettosa e che la sua incapacità di viverla con la stessa leggerezza sia segno di un problema personale.

Un altro aspetto invalidante riguarda inoltre la sfera intima. Sofia racconta che spesso si avvicina al compagno con lo scopo implicito di “mettere alla prova” i suoi sentimenti. La vicinanza fisica diventa dunque un test continuo: se prova desiderio e coinvolgimento allora per qualche ora si sente rassicurata, se invece nota un calo del desiderio o un’emozione meno intensa, interpreta subito il segnale come prova della mancanza di amore. Questo provoca in Sofia una serie di quesiti già prima dell’intimità, inducendola a domandarsi se “sentirà abbastanza”. Questo atteggiamento anticipatorio genera ansia e riduce drasticamente la spontaneità dell’atto. La relazione fisica diventa dunque terreno di verifica ossessiva più che di autentica condivisione emotiva e corporea.

Il tempo e le energie spesi in questi pensieri sono enormi. Sofia racconta che i dubbi occupano gran parte delle sue giornate, intrudendo nei momenti di lavoro e riducendo la sua capacità di concentrazione. La sensazione che Sofia descrive è quella di una mente perennemente impegnata a trovare la risposta giusta, senza però mai arrivare ad una conclusione stabile. Ogni rassicurazione ottenuta ha un effetto transitorio, destinato a svanire in poche ore, lasciando spazio a nuove domande e ulteriori verifiche.

Ogni volta che Sofia ha questi dubbi, prova a fare dei confronti: se è a lavoro chiede al compagno di inviargli delle foto, se sono insieme invece si concentra su particolari del suo corpo (mani, sorriso) chiedendosi se effettivamente possa piacergli tutto di lui.

Sulla scorta dei colloqui effettuati, è possibile affermare che la sintomatologia presentata da Sofia soddisfa i criteri del DSM-5 per il Disturbo Ossessivo Compulsivo da relazione.

PROFILO INTERNO DEL DISTURBO

La rappresentazione che la paziente ha di sé stessa è “di una donna lacerata, da una parte dedicata alla correttezza, all’obbedienza delle regole, piena di etica e di morale, dall’altra bisognosa di evadere, di sbagliare, ma nello stesso tempo timorosa di uno sbaglio”.

Credenza disfunzionale in forma di schema inferenziale:

“Se accetto di avere ragionevoli dubbi sui miei sentimenti o se li ignoro, allora sono una brutta persona e un’egoista”.

A	B	C
Stavamo guardando la tv sul divano e ho notato un ragazzo	se lo sto notando perché non sono sufficientemente innamorata di L.? se mi piacesse più lui che L.?	Ansia, preoccupazione, chiedo di cambiare film
C=A1	Sono proprio una merda, sono una cattiva persona. Così rischio solo di farlo soffrire e se questa storia dovesse finire la colpa sarà solo mia	Senso di colpa Evito di guardare qualunque altro ragazzo, gli dico i miei pensieri per essere rassicurata

A	B	C
Incontro al bar della scuola un mio collega, mi offre il caffè e mentre lo sta pagando gli guardo le mani	Perché gli sto guardando le mani? Forse mi piacciono più le sue mani rispetto a quelle di L.? cosa mi sta succedendo? Perché non riesco a pensare solo a lui?	Agitazione, preoccupazione, chiedo a L. di mandarmi una foto delle sue mani
C=A1	Ma che stupida sono? Non voglio nemmeno immaginare a come possa sentirsi lui per questa richiesta. Rischio che sia lui a lasciarmi e farebbe proprio bene!	Senso di colpa Paura che lui possa lasciarmi Chiede scusa

EVENTO: Sofia vede un altro uomo e nota un particolare che le fa pensare che potrebbe essere attratta da lui



PRIMA VALUTAZIONE: se ho notato questa cosa vuol dire che non sono realmente innamorata di L.! magari lo sto prendendo in giro e non lo capisco nemmeno io.



PRIMI TENTATIVI DI SOLUZIONE:
cerca rassicurazioni da L. (chiede di mandare una foto delle sue mani) evita di guardare altri uomini (anche in tv)



SECONDA VALUTAZIONE:
ma quanto sono egoista? Penso solo a me stessa, senza accorgermi che così lo faccio soffrire ancora di più. Ma se faccio tutto questo vuol dire che io non ci tengo a lui e che non sono innamorata, quindi se non lo amo ma sto con lui sono una merda



SECONDO TENTATIVO DI SOLUZIONE:
ripete il comportamento compulsivo come chiedere ulteriori rassicurazioni. chiede se lui ne soffre di questa cosa ed evita di uscire con altre coppie,
se esce con altre persone si comporta in modo esagerato (abbracciando e tenendo la mano al compagno per rassicurarsi).

Il ciclo interpersonale di Sofia si caratterizza per dinamiche ripetitive che alimentano il suo DOC, creando un circolo vizioso di comportamenti e reazioni emotive. Il suo ciclo interpersonale coinvolge principalmente la relazione con il fidanzato e, in misura minore, con la madre e la sorella. I pensieri ossessivi generano ansia, spingendo Sofia a chiedere rassicurazioni. All'inizio il partner cerca di tranquillizzarla, ma la ripetizione esaspera il compagno. Quando lui mostra frustrazione, Sofia si sente colpevole, convinta di compromettere la relazione. Questo rinforza ansia e senso di inadeguatezza, creando un circolo vizioso di auto-colpevolizzazione, comportamenti compulsivi e dipendenza emotiva. Anche i familiari, rispondendo alle sue richieste, contribuiscono involontariamente al mantenimento del problema.

FATTORI E PROCESSI DI MANTENIMENTO

La caratteristica principale del disturbo di Sofia consiste nella tendenza ad interpretare i propri dubbi e i propri pensieri come segnali significativi e minacciosi, attribuendogli un valore assoluto di verità. Quando si sorprende a guardare un ragazzo per strada o a confrontare la propria relazione con quella della coppia molto vicina a loro, Sofia non riesce a considerare tali esperienze come fenomeni comuni, ma le interpreta come prova di non amare il partner. Questo riflette bias cognitivi specifici: fusione pensiero-azione (“se penso ad un altro significa che lo desidero davvero”), pensiero dicotomico (“o amo al 100% senza dubbi o non amo per niente”) e un diffuso catastrofismo (“se continuo ad avere dubbi, significa che la mia relazione è destinata a finire”).

Sul piano comportamentale il disturbo è mantenuto dal ricorso massiccio a richieste di rassicurazioni che fungono da evitamento esperienziale. Sofia anziché tollerare il dubbio e l'ansia connessa, cede alle rassicurazioni esterne, confermando in questo modo l'idea di non poter reggere l'incertezza in modo autonomo. Il meccanismo è rafforzato dal rinforzo negativo, dato che l'ansia diminuisce subito dopo la rassicurazione, aumentando la probabilità che il comportamento venga reiterato.

Un ulteriore fattore di mantenimento è rappresentato dai controlli mentali che Sofia mette in atto per testare i propri sentimenti, osservando e valutando se prova piacere durante un abbraccio o se sente abbastanza entusiasmo quando il compagno si avvicina. Questi monitoraggi generano una maggiore ansia e confusione, in quanto spostano l'attenzione su segnali poco controllabili e soprattutto variabili. È inoltre presente un bias di attenzione selettiva, per cui Sofia si concentra principalmente sulle situazioni che confermano i suoi dubbi.

A livello metacognitivo Sofia mostra delle credenze disfunzionali rispetto ai pensieri. Sofia ritiene che il fatto stesso di avere un dubbio sia incompatibile con l'amore autentico e che solo l'assenza

totale di incertezza possa garantire la validità e la perfezione di una relazione. Questa convinzione, che si avvicina all'intolleranza dell'incertezza, la spinge a un costante tentativo di controllo, che però alimenta ulteriormente i dubbi. In parallelo, sono presenti meta-credenze negative legate alla colpa e alla responsabilità ("se davvero non lo amo e continuo, sto ingannando me stessa e lui"), che rafforzano la sensazione di essere moralmente inadeguata.

Un aspetto centrale del suo mantenimento è inoltre legato alle metavalutazioni, ossia i giudizi che Sofia emette sui propri sintomi e sulle modalità con le quali agisce.

Quando la paziente chiede rassicurazioni, in un momento successivo inizia a criticarsi su questo pensando a come possa sentirsi il suo compagno a seguito dei suoi comportamenti, generandole un senso di colpa molto intenso. Queste auto-valutazioni amplificano la sua sofferenza, spingendola a trovare delle soluzioni immediate ai suoi dubbi. Questo infatti porta ad una ripetizione dei comportamenti disfunzionali alimentando drasticamente il ciclo ossessivo.

Il contesto interpersonale è un ulteriore fattore di mantenimento. La disponibilità del compagno a rassicurarla, sebbene sia mossa dal desiderio di sostenerla, finisce per rinforzare i suoi comportamenti disfunzionali, mantenendo la dipendenza dalle conferme e dalle rassicurazioni esterne. Lo stesso significato hanno anche le risposte date dalla mamma e dalla sorella. Questo ciclo interpersonale genera dunque un equilibrio paradossale in quanto ogni rassicurazione abbassa momentaneamente l'ansia, ma conferma a Sofia la fondatezza e la pericolosità dei suoi dubbi, impedendole di sviluppare e sperimentare un senso di autoefficacia.

SCOMPENSO

La paziente riporta già dai primi colloqui di avere pensieri intrusivi che le impediscono di essere autonoma. Sofia specifica di avere pensieri intrusivi dall'età di 24 anni a momenti alterni, per poi consolidarsi e riproporsi molto frequentemente nel corso degli anni.

I pensieri si sono scatenati dopo aver appreso la notizia della sieropositività di un suo precedente partner. Questa notizia, nonostante lei avesse interrotto i rapporti con questo uomo da tempo e nonostante i loro rapporti intimi fossero stati sempre protetti, ha generato nella paziente una paura intollerabile di aver contratto la malattia. Questo evento ha innescato un processo di auto-colpevolizzazione centrato sulla propria presunta "superficialità". Sofia ha iniziato quindi a temere che un suo errore potesse non solo danneggiare la sua salute, ma renderla un pericolo per l'incolumità dei propri familiari. Il fulcro della sua sofferenza consiste nella paura che, nell'eventualità di un contagio, l'affetto e la considerazione che i suoi familiari nutrivano per lei potessero essere compromessi. A seguito di questo evento, Sofia ha strutturato un sistema di

controllo rigido basato su analisi cliniche ripetute ogni due mesi e un forte autocontrollo volto a mantenere stabile la propria integrità morale. Queste verifiche diventano strumenti mirati a preservare la propria integrità agli occhi degli altri più che a tutelare la sua salute fisica.

Il suo stato di allerta si è generalizzato successivamente anche ad altri contesti, innescando pensieri intrusivi relativi alla possibilità di compiere atti scandalosi o impulsivi per pura distrazione. In questa fase, Sofia, per gestire l'ansia relativa a questi dubbi, ha iniziato a mettere in atto strategie di controllo e monitoraggio, iniziando a registrare i propri spostamenti o a richiedere la presenza costante di qualcuno, nel tentativo di garantirsi una prova oggettiva della propria correttezza comportamentale.

VULNERABILITÀ

La vulnerabilità di Sofia affonda le radici in una storia di sviluppo caratterizzata dall'interiorizzazione precoce di una iper-responsabilità morale, strutturatasi attraverso una serie di esperienze che hanno progressivamente consolidato il timore di poter causare danni irreparabili agli altri.

Vulnerabilità Storica: il suo nucleo di sensibilità alla colpa, al tema del danno e alla responsabilità, risale all'infanzia. Sofia racconta di un episodio accaduto in cui con un movimento involontario colpì la madre incinta e ricevette un severo rimprovero dal padre, il quale le disse che a causa di una sua distrazione avrebbe potuto fare molto male alla mamma. Questo episodio, connesso all'espressione e alle parole del padre, ha portato Sofia a codificare l'idea che anche gesti accidentali o pensieri fuori dal proprio controllo, possano avere conseguenze catastrofiche sulle persone care.

In adolescenza, questa fragilità è stata amplificata da un evento legato alla vergogna e alla percezione sociale: la diffusione di un'immagine manipolata a sua insaputa. La reazione della sua famiglia, in particolare quella del padre, ha indotto Sofia a pensare che l'integrità personale sia difendibile solo mediante un atteggiamento irreprensibile, una condotta rigida e un monitoraggio costante della propria immagine.

Vulnerabilità Attuale: il sistema familiare di Sofia funge ancora oggi da ambiente invalidante. Quando la paziente manifesta incertezza verso il partner, riceve risposte che etichettano il dubbio come un segno di egoismo o di mancanza di lealtà. Sofia difatti non legge la sua incertezza come un segnale d'ansia, ma piuttosto come prova effettiva di una colpa imminente verso il compagno. Nel contesto familiare le viene ricordato che avere dei dubbi nei confronti del compagno, equivale ad una presa in giro. Difatti la valutazione familiare alimenta in Sofia la fusione tra pensiero e realtà e

la costringe a ricorrere a rassicurazioni continue per ridurre il timore di star ingannando l'altro e di perdere, ancora una volta, la propria integrità agli occhi dei propri cari.

TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO

Il trattamento terapeutico per Sofia si prefigge come obiettivo principale la riduzione e gestione dei pensieri intrusivi e dei comportamenti compulsivi che caratterizzano il suo disturbo. L'intervento terapeutico dovrà mirare a rompere il ciclo interpersonale della paziente, aiutando Sofia a gestire l'incertezza e ad aumentare la sua autonomia emotiva, riducendo il bisogno di rassicurazione e migliorando la qualità delle sue relazioni interpersonali. Gli obiettivi clinici finali che si auspica di raggiungere sono i seguenti: costruzione dell'alleanza terapeutica, riduzione clinicamente significativa dei sintomi del Disturbo Ossessivo-Compulsivo, riduzione della vulnerabilità psicologica al DOC e prevenzione delle ricadute.

Obiettivi	Razionale e Strategie	Tecniche
Costruzione dell'alleanza terapeutica	Lo scopo è quello di far comprendere a Sofia il suo funzionamento tramite la condivisione del modello del Doc. In questo modo si potrebbe dunque normalizzare la sua esperienza, portandola a comprendere quanto lei sia legittimata a non occuparsi del suo dubbio anziché capire se lei ama oppure no.	Colloquio clinico esplorativo: per raccogliere informazioni e comprendere la storia di vita e il suo funzionamento. Favorendo in questo modo l'emergere di un clima empatico e non giudicante. Formulazione condivisa del caso: costruire insieme alla paziente il modello esplicativo del disturbo, aumentando così la partecipazione attiva al percorso e favorirne la consapevolezza. Psicoeducazione sul DOC e i pensieri intrusivi: spiegazione riguardante il funzionamento cognitivo e comportamentale del disturbo volto a ridurre la

		<p>paura e favorirne la comprensione dei meccanicismi di mantenimento.</p> <p>Dialogo socratico: utilizzo di domande esplorative e riflessive per stimolare la consapevolezza dei processi mentali e favorire dunque una posizione osservante rispetto ai propri pensieri.</p>
<p>Riduzione significativa dei sintomi del DOC da relazione</p>	<p>Lo scopo è quello di portare Sofia a riconoscere che i pensieri non equivalgono a fatti e non per forza corrispondono alla realtà e quindi, la loro presenza, non rappresenta una prova di verità o una minaccia. Combatterli o provare a sopprimerli genera un effetto paradossale in quanto alimenta un'attenzione selettiva e ne rafforza la frequenza. Al contrario, accettare il pensiero e lasciarlo fluire consente di ridurre la sua forza intrusiva. In questo modo si favorisce una</p>	<p>Ristrutturazione cognitiva: esplorazione tramite il laddering e modifica delle credenze disfunzionali (se amo davvero non dovrei avere dubbi) attraverso il dialogo socratico, la ricerca di prove alternative e la valutazione dei costi e benefici del mantenimento delle convinzioni.</p> <p>Doppio standard (per la desensibilizzazione alla colpa): incoraggiare la paziente a considerare le proprie valutazioni nei confronti di una</p>

	<p>maggior distanza e una minore fusione cognitiva.</p> <p>Un aspetto centrale è anche quello di aiutare Sofia ad accettare il rischio e l'incertezza come elementi inevitabili della vita e delle relazioni. La ricerca costante di conferme a certezze assolute, innesca e alimenta il circolo vizioso ossessivo. Imparare a tollerare il dubbio rappresenta un passo fondamentale.</p> <p>La desensibilizzazione alla colpa rappresenta un obiettivo trasversale del trattamento, dato il ruolo centrale che questa emozione assume nel funzionamento di Sofia.</p> <p>Lo scopo è normalizzare l'esperienza della colpa come emozione fisiologica, favorendo un atteggiamento più compassionevole verso sé stessa, riducendo la necessità di dover neutralizzare ogni minima sensazione di "errore".</p>	<p>persona a lei cara nella sua stessa situazione. Promuovendo quindi un atteggiamento più equo e meno giudicante verso sé stessa.</p> <p>Analisi dei pro e dei contro: per favorire una maggiore consapevolezza dei costi dei comportamenti di controllo e di rassicurazione.</p> <p>Interventi di accettazione: esercizi di defusione e contatto con il momento presente per ridurre la fusione tra pensiero e realtà e aumentare la flessibilità psicologica.</p> <p>Interventi di Compassion-Focused-therapy per aumentare l'autocompassione e ridurre l'autocritica.</p> <p>Esposizione con prevenzione della risposta: esposizioni a situazioni temute, senza mettere in atto comportamenti di controllo o richieste di rassicurazioni. Questo per favorire l'abituazione e la tolleranza all'ansia e l'inibizione dell'impulso compulsivo.</p>
<p>Riduzione della vulnerabilità psicologica del DOC</p>	<p>Il razionale è quello di rendere Sofia meno sensibile ai trigger</p>	<p>Imagery Rescripting per accedere a memorie precoci e</p>

	<p>che alimentano il disturbo.</p>	<p>rielaborare l'evento originario. Ristrutturazione cognitiva; Psicoeducazione per far comprendere alla paziente la normalità dei pensieri intrusivi e, in questo modo, diminuire l'ansia anticipatoria e l'auto-colpevolizzazione. Self-compassione: sostenere Sofia a trattarsi con gentilezza dinanzi ad errori o pensieri intrusivi, riducendo in questo modo il rimuginio e l'autocritica. Valorizzazione dei propri valori: agire in coerenza dei propri valori piuttosto che secondo le ossessioni, aumentando in questo modo la resilienza e la motivazione</p>
<p>Prevenzione delle ricadute</p>	<p>Educare Sofia al monitoraggio dei triggers favorendo quindi il riconoscimento precoce dei segnali di riattivazione del disturbo</p>	<p>Diari di auto-monitoraggio per identificare in maniera tempestiva i segnali di riattivazione. Defusione cognitiva (ACT) per mantenere una distanza critica dai propri pensieri e ridurre quindi le reazioni automatiche. Ristrutturazione cognitiva autonoma mediante il consolidamento dell'uso delle tecniche apprese, mettere in</p>

		<p>discussione le proprie credenze disfunzionali in modo autonomo anche al di fuori del contesto terapeutico.</p> <p>Self compassion e gestione della colpa: supportare la paziente nel tollerare passi indietro o riacutizzazioni, evitando quindi che il senso di fallimento riattivi il ciclo ossessivo.</p> <p>ACT (valori personali come bussola): per rinforzare 'idea che le scelte e i comportamenti siano guidati dai propri valori e non dai pensieri ossessivi.</p>
--	--	--

DESCRIZIONE DELLA TERAPIA:

La terapia con Sofia è ancora in corso, prosegue da più di un anno, con sedute a cadenza settimanale. Solo in alcune occasioni, per motivi personali o organizzativi, la frequenza è stata temporaneamente modificata.

I primi colloqui sono stati dedicati all'assessment, con lo scopo non solo di raccogliere informazioni ma soprattutto per la costruzione di un'alleanza terapeutica solida.

Sofia è arrivata in seduta con l'urgenza di ricevere risposte immediate, pretendendo rassicurazioni da me così come faceva con il compagno e con i familiari. Questo ha reso difficile lo stabilirsi di uno spazio realmente terapeutico, in quanto ogni sua domanda sottintendeva un bisogno di certezza che non potevo e non dovevo colmare. È stato quindi necessario sin da subito definire un setting chiaro: non sarei stata io a fornirle verità assolute, ma insieme avremmo provato a comprendere la natura delle sue domande e i meccanismi che mantenevano la sua sofferenza.

In questa prima fase ho lavorato molto sulla normalizzazione dei suoi vissuti, spiegandole come i pensieri intrusivi siano fenomeni comuni e come la difficoltà emerga quando, invece di lasciarli scorrere, li si mantiene vivi con continue verifiche e rassicurazioni. L'obiettivo, quindi, non era

quello di eliminare i pensieri, ma di imparare a gestirli e accettarli senza che diventassero invalidanti.

Per favorire questa comprensione, ho introdotto l'uso degli ABC, costruiti insieme in seduta su episodi della sua quotidianità: notare un altro ragazzo, confrontarsi con la relazione della coppia dei loro amici, chiedere alla madre se avesse mai avuto dubbi sul padre. Questo lavoro le ha permesso di osservare con maggiore chiarezza la sequenza stimolo-pensiero-emozione-comportamento, mostrando come i suoi pensieri automatici attivassero ansia e la spingessero a cercare conferme. La compilazione guidata degli ABC è stata fondamentale per aumentare la sua capacità riflessiva e ridurre la fusione tra pensiero ed emozione.

Parallelamente, ho condiviso con Sofia una rappresentazione schematica del suo funzionamento attraverso il modello cognitivo del DOC di Mancini e, successivamente, il suo ciclo interpersonale che mostrava come la sua costante ricerca di rassicurazioni portasse a un temporaneo sollievo ma al tempo stesso alimentasse ulteriormente i dubbi e il senso di inadeguatezza. Questo lavoro di condivisione è stato prezioso per una paziente come Sofia, in quanto vedere nero su bianco il suo funzionamento e riconoscersi in quello, le ha dato modo di sentirsi meno “problematica” e riconoscere che il problema non era solo il contenuto del pensiero ma soprattutto la sua reazione.

Raggiungendo quindi questa piccola consapevolezza, ho provato ad agganciare Sofia con il dialogo socratico, stimolando sempre di più una maggiore consapevolezza in relazione ai suoi pensieri. Questo ha avuto come obiettivo quello di iniziare a tollerare l'ansia generata dai suoi pensieri (sostenuta sempre dalla costruzione di ABC condivisi).

A partire da questa consapevolezza è stato possibile introdurre la ristrutturazione cognitiva, che ha rappresentato una parte centrale della terapia. Abbiamo iniziato a esaminare alcune delle credenze di fondo che sostenevano la sua sofferenza: “se amo davvero non dovrei avere dubbi”, “se penso qualcosa significa che è vero”, “se provo attrazione per altri significa che non amo il mio compagno”, “se non mi sento coinvolta al 100% durante i rapporti allora non sono innamorata”. Per ciascuna credenza abbiamo esplorato prove a favore e contro, valutato i costi e benefici del mantenerla e costruito ipotesi alternative. Sofia ha iniziato così a mettere in discussione la rigidità delle sue convinzioni, riconoscendo che la presenza di dubbi non equivaleva automaticamente all'assenza di amore, ma rappresentava piuttosto un fenomeno comune legato all'ansia e al bisogno di controllo. Questo lavoro non è stato immediato: più volte Sofia si è mostrata resistente, temendo che mettere in discussione le sue credenze significasse in qualche modo “abbassare la guardia” e rischiare di accorgersi tardi di non amare davvero. È stato necessario allora integrare la ristrutturazione cognitiva con esercizi di defusione cognitiva, che le permettessero di osservare i

pensieri come eventi mentali e non come prove oggettive della realtà. In questa fase siamo arrivate a definire l'amore come un'emozione paragonabile a delle montagne russe, considerando il suo andamento variabile e imperfetto, il cui processo è dinamico. Quindi, l'incertezza non ne determina sempre ma non veridicità.

Parallelamente, il lavoro sulla rassicurazione ha occupato uno spazio altrettanto rilevante. Sofia ricercava costantemente conferme dal partner, dalla madre e dalla sorella, trovando però solo un sollievo temporaneo. Per renderla consapevole di questo meccanismo ho introdotto un diario di automonitoraggio, in cui annotare le situazioni che la spingevano a chiedere rassicurazioni e l'effetto immediato e a lungo termine di tali comportamenti. Questa osservazione ha messo in luce con chiarezza come la rassicurazione rappresentasse una lama a doppio taglio, se da un lato si calmava nell'immediato, dall'altro rinforzava la sfiducia in sé e la dipendenza dagli altri. Per ridurre l'automatismo, abbiamo introdotto il "timer della rassicurazione", che le permetteva di dilazionare gradualmente la richiesta di conferme, passando dai 5 minuti fino a un paio d'ore. Quando la tensione diventava ingestibile, invece di inviare un messaggio al compagno, doveva scrivere la sua richiesta su un diario, da rivedere poi insieme in seduta. Questo esercizio ha favorito una maggiore consapevolezza dei suoi pensieri e ha gettato le basi per imparare a tollerare l'incertezza.

Raggiunto un buon livello di tolleranza, ho proposto a Sofia tecniche di esposizioni graduale con prevenzione della risposta. Ho spiegato prima alla paziente di cosa si trattasse per valutare insieme se fosse il caso di procedere. Abbiamo quindi iniziato a costruire insieme una gerarchia di situazioni temute.

Questo lavoro però è stato interrotto quasi subito, in quanto durante il percorso Sofia scopre di essere incinta. Questo ha rappresentato un evento molto critico per lei e per il nostro percorso. La notizia è stata inizialmente accolta da Sofia con entusiasmo e sorpresa.

Ma quasi in una fase immediatamente successiva alla seduta in cui mi comunica la notizia, sono iniziati ad emergere i dubbi tipici del suo funzionamento. Il pensiero che tormentava Sofia era "e se non amo abbastanza L. da non volere questo bambino da lui, che vita darò a nostro figlio?". Questi pensieri hanno riattivato in pochissimo tempo l'intero meccanismo del dubbio, portandola al rimuginio e alla richiesta di conferme.

Sofia in questa fase mi riporta chiaramente che in maniera razionale lei ha desiderato questa gravidanza e l'ha desiderata dal suo compagno, ma "il dubbio mi toglie l'aria". In questa fase ho quindi dovuto condividere con Sofia il circolo vizioso del suo funzionamento, facendole comprendere che stava "semplicemente" ritornando a testare e monitorare il suo sentimento.

Abbiamo lavorato sull'accettazione dell'ambivalenza emotiva e sulla possibilità di convivere con la presenza dei dubbi senza interpretarli come segni di non autenticità. Attraverso esercizi di defusione cognitiva e pratiche di mindfulness, l'obiettivo non era convincerla che amasse o meno il partner, ma aiutarla a riconoscere che l'ambivalenza è una componente naturale delle esperienze affettive e che non può essere eliminata attraverso il controllo.

Purtroppo la gravidanza si è interrotta con un aborto spontaneo a poche settimane. Questo evento ha avuto un impatto emotivo molto complesso. Sofia inizialmente ha reagito con una sorta di anestesia emotiva, un silenzio interiore che la spaventava: "Se non provo dolore, allora non lo volevo davvero?", mi ha riportato in una delle sedute più intense del percorso. Anche in quel momento, il dubbio e la colpa si sono sovrapposti al dolore. La sua mente cercava coerenza emotiva e prove del suo affetto, come se la sofferenza dovesse confermare il suo amore e il suo interesse per quello che era accaduto.

In questa fase è stato necessario interrompere il lavoro più "tecnico", per creare uno spazio che permettesse alla paziente di vivere il dolore e di riconoscerlo. Questo è stato un periodo particolarmente intenso, in quanto il senso di colpa di Sofia si è acuitizzato maggiormente. Proprio per questo ho preferito introdurre in questa fase un lavoro sull'accettazione della colpa che per la paziente ha sempre rappresentato un nodo centrale del suo funzionamento.

È stato qui possibile introdurre un lavoro più specifico sull'accettazione del senso di colpa, che per Sofia rappresentava un nodo centrale del suo funzionamento. La paziente tendeva a vivere la colpa come una prova della propria inadeguatezza morale, reagendo con condotte di espiazione o con il bisogno di rassicurazione. Il lavoro terapeutico si è quindi orientato a ridefinire la colpa come un'emozione umana, non necessariamente distruttiva, facendole comprendere come questa emozione sia potenzialmente informativa rispetto ai propri valori e bisogni relazionali. Attraverso la psicoeducazione e la ristrutturazione cognitiva, Sofia è stata guidata a distinguere tra colpa sana, che orienta la condotta etica, e colpa patologica legata a standard morali irrealistici. L'uso del dialogo socratico e del doppio standard hanno permesso di mettere in discussione l'equazione "commettere un errore = essere una cattiva persona", favorendo così un atteggiamento più realistico e più compassionevole nei confronti di sé stessa.

Parallelamente, sono stati introdotti esercizi di accettazione e autocompassione, con l'obiettivo di aumentare la tolleranza della colpa e ridurre la necessità di neutralizzazione. È stato anche proposto inoltre un lavoro immaginativo su episodi del passato, per integrare emozioni di colpa in un contesto più accogliente e meno giudicante dando a questi episodi anche un'altra lettura.

Tutto ciò ha permesso a Sofia di restare in contatto con la colpa senza esserne sopraffatta, imparando gradualmente che è possibile provare dispiacere per un errore e al contempo mantenere una visione integra e benevola di sé. Questo lavoro è ancora in atto, considerando anche la massiccia radice che la colpa ha nel suo disturbo.

Nonostante le difficoltà, il percorso è ancora in atto e con Sofia da poche sedute, abbiamo ripreso il lavoro sull'esposizione.

Abbiamo ripreso e aggiustato una gerarchia di situazioni ansiogene, partendo da eventi a basso impatto come guardare scene romantiche di film conosciuti senza chiedere conferme, fino ad arrivare a compiti più complessi come programmare un weekend con il compagno senza mettere in discussione la relazione o visionare contenuti televisivi su tradimenti senza ricorrere a controlli. Ogni esposizione sarà accompagnata da un diario dell'esposizione, in cui Sofia annoterà la sua ansia facendola riflettere a posteriori sull'esperienza, evitando comportamenti compensatori come abbracci forzati o richieste implicite di conferme. Parallelamente, stiamo continuando a lavorare sulla ristrutturazione delle credenze.

Conoscendo Sofia, penso che questa parte del nostro percorso non sarà assolutamente semplice. In quanto la paziente, nonostante i tantissimi progressi, tende molto spesso a ricadere in schemi di colpevolizzazione e rassicurazione.

VALUTAZIONE DI ESITO

Nonostante i numerosi progressi raggiunti, il percorso con Sofia resta impegnativo e caratterizzato da momenti di regressione, soprattutto nei periodi di maggiore stress o in presenza di eventi emotivamente significativi. Tuttavia, rispetto all'inizio della terapia, la paziente mostra una consapevolezza più matura del proprio funzionamento: riesce a riconoscere l'attivarsi dei pensieri ossessivi, a individuare i comportamenti di rassicurazione e, sempre più spesso, a interrompere il circolo vizioso che li sostiene. L'obiettivo non è ancora raggiunto, ma la paziente inizia a percepirsi meno vittima dei suoi dubbi e a sperimentare la possibilità di una relazione vissuta con maggiore libertà e minore bisogno di controllo.

Ilaria Nicandra Capuano, Psicologa, Psicoterapeuta

Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Falcone Saliani

e-mail: capuanoilaria93@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