

OPEN  ACCESS



Direttore Scientifico Tonino Cantelmi,
Direttore Editoriale Maria Beatrice Toro

Modelli della Mente

Rivista della Scuola di
Specializzazione in Psicoterapia
Cognitivo Interpersonale SCINT e dell'Istituto
di Terapia Cognitivo Interpersonale ITCI

FrancoAngeli

1/2022

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial -
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>



Direttore Scientifico Tonino Cantelmi,
Direttore Editoriale Maria Beatrice Toro

Modelli della mente

Rivista della Scuola di
Specializzazione in Psicoterapia
Cognitivo Interpersonale SCINT e dell'Istituto di Terapia
Cognitivo Interpersonale ITCI

FrancoAngeli

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>

Direttore Scientifico: Tonino Cantelmi **Direttore Editoriale:** Maria Beatrice Toro

Comitato scientifico: Federico Bianchi di Castelbianco, Francesco Bruno, Bruno Callieri †, Vincenzo Caretti, Rosanna Cerbo, Paolo Cianconi, Massimo Di Giannantonio, Francesco Di Nocera, Stefano Ferracuti, Francisco Javier Fiz Perez, Anna Maria Giannini, Luigi Janiri, Daniele La Barbera, Marco Longo, Marisa Malagoli Togliatti, Stefania Marinelli, Luciano Masi, Claudio Mencacci, Roberta Necci, Arrigo Pedon, Piero Petrini, Gino Pozzi, Vincenzo Rapisarda, Roberta Rossi, Pier Luigi Scapicchio, Antonio Tundo, Stefano Vicari

Comitato di redazione: Martina Aiello, Cecilia Innocenzi, Emiliano Lambiase, Pasquale Laselva, Michela Pensavalli, Silvia Stomeo, Claudia Romani

Contatti: segreteriascint@gmail.com

Scientific Editor: Tonino Cantelmi **Managing editor:** Maria Beatrice Toro

Scientific Board: Federico Bianchi di Castelbianco, Francesco Bruno, Bruno Callieri †, Vincenzo Caretti, Rosanna Cerbo, Paolo Cianconi, Massimo Di Giannantonio, Francesco Di Nocera, Stefano Ferracuti, Francisco Javier Fiz Perez, Anna Maria Giannini, Luigi Janiri, Daniele La Barbera, Marco Longo, Marisa Malagoli Togliatti, Stefania Marinelli, Luciano Masi, Claudio Mencacci, Roberta Necci, Arrigo Pedon, Piero Petrini, Gino Pozzi, Vincenzo Rapisarda, Roberta Rossi, Pier Luigi Scapicchio, Antonio Tundo, Stefano Vicari

Editorial Board: Martina Aiello, Cecilia Innocenzi, Emiliano Lambiase, Pasquale Laselva, Michela Pensavalli, Silvia Stomeo, Claudia Romani

Contacts: segreteriascint@gmail.com

Gli articoli della Rivista sono sottoposti a referaggio

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Italia* (CC-BY-NC-ND 4.0 IT)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/it/legalcode>

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 183 del 13.07.2016 – Annuale – Direttore responsabile: Giorgia Vinci – Poste Italiane Spa – Sped. in abb.Post. – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano – Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l. – Stampa: Geca Srl, Via Monferrato 54, 20098 San Giuliano Milanese (MI).

1/2022 – Finito di stampare nel settembre 2023

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial – No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Indice

ARTICOLI SCIENTIFICI

Post-razionalismo, relazione ed emozione: temi di ricerca e contesti di intervento

di Giorgia Repaci, Stefano Ventura, Tonino Cantelmi e Maria Beatrice Toro

pag. 7

Elaborare il trauma nel corpo e nella mente: nuove prospettive di intervento

di Francesca De Luca, Andrea Ligozzi e Maria Beatrice Toro

» 25

CONTRIBUTI DA SCINT E ITCI

RIFLESSIONI

Linee di continuità tra post-razionalismo, terza onda e Compassion Focused Therapy: una riflessione preliminare

di Antonio Petracca

» 45

PROJECT WORK SCINT 2022:

Ricerca applicata in psicoterapia nella prospettiva cognitivo-interpersonale

di Francesca Boldrini

» 57

Personalità e problemi internalizzanti ed esternalizzanti: il ruolo delle organizzazioni di significato personale

di A. Favini, M. Zammuto, G. Vinci, M. Bonomo, J. Di Tella, V.S. Insula, F. Mazziotta

pag. 61

Medici e infermieri tra organizzazioni di significato personale, burnout e coping: uno studio esplorativo
di L. Venditti, C. Librandi, S. Torrieri, L. Frumento

» 63

Covid web survey: utilizzo del web in epoca post-pandemica. Un'indagine retrospettiva

di L. Salvati, V. Felici, M. De Nicolò, M.P. Santoponte, M. Feola

» 65

Mindfulness e autismo: una proposta di intervento per adolescenti e giovani adulti

di M. Arnò, V. De Carli, M. Collotta, G. Petrichella, M. Sommario, M.B. Toro, D. Tossini, S. Vicinanza

» 67

Organizzazioni di significato personali e sintomi psicotici: una case series

di D. Iodice, A. Camerlengo, B. Amoroso, G. Gervasio

» 69

Articoli scientifici

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>

Post-razionalismo, relazione ed emozione: temi di ricerca e contesti di intervento

di *Giorgia Repaci* *, *Stefano Ventura* **, *Tonino Cantelmi* ***
e *Maria Beatrice Toro* ****

Ricevuto il 07/07/2023 – Accettato 13/07/23

Sommario

Il post-razionalismo ha fondato la sua teoria e la sua pratica clinica su due punti fondamentali: la priorità delle emozioni, e la comprensione del mondo dei significati dell'individuo nel suo contesto relazionale. Entrambi questi assunti affondano le loro radici nella Teoria dell'Attaccamento di Bowlby (1969, 1973, 1979, 1980, 1988), attraverso la rielaborazione di P. Crittenden (1999, 2008, 2011), e hanno trovato nel modello della terapia cognitivo-interpersonale l'integrazione con la descrizione dei cicli interpersonali di Lorna S. Benjamin (1974,

* Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in psicooncologia pediatrica, Istruttrice di protocolli mindfulness formata alla Scint, Diploma in psicodiagnostica conseguito presso Scint – *Scuola di specializzazione in psicoterapia cognitivo interpersonale*, Via della Stazione Prenestina 6, Roma, giorgiarepaci@hotmail.it

** Psicologo, Psicoterapeuta, Dottore di ricerca in psicologia sociale, Istruttore di protocolli mindfulness, Didatta Corso per Istruttori di mindfulness Scint – *Scuola di specializzazione in psicoterapia cognitivo interpersonale* (Aut. Miur 2008), Via Arrigo Davila 74, Roma, stefano.ventura@gmail.com

*** Psichiatra e Psicoterapeuta. Direttore Sanitario e Clinico-Scientifico dell'Istituto Don Guanella – Casa San Giuseppe di Roma. Professore Associato presso l'Istituto di Psicologia della Pontificia Università Gregoriana. Componente del Comitato Nazionale per la Bioetica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. Presidente dell'Istituto di Terapia Cognitivo Interpersonale, via di Santa Costanza 62, Roma, toninocantelmi@tiscali.it

**** Psicologa, Psicoterapeuta, Docente di Psicologia di comunità PFSE Auxilium Roma, Direttore didattico Scint – *Scuola di specializzazione in psicoterapia cognitivo interpersonale* (Aut. Miur 2008), Istruttrice mindfulness, Istruttrice MBCT, Secondo centro di terapia cognitivo interpersonale, via Nomentana 257, Roma, psico2tc@gmail.com

DOI: 10.3280/mdm1-2022oa16496

Modelli della Mente (ISSNe 2531-4556), 1/2022

Copyright © FrancoAngeli

7

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

1996, 2003). Riflettendo sugli aspetti fondamentali del modello cognitivo-interpersonale (Cantelmi, 2009; Cantelmi, Toro, Lambiase, 2009; Cantelmi, Lambiase, 2010; Cantelmi, Toro, Lambiase, 2010), quest'articolo propone di individuare nella disregolazione emotiva, maturata nei contesti relazionali di sviluppo, il costrutto trans-diagnostico che a distanza di molti anni dalle prime teorizzazioni di Vittorio Guidano (1987, 1991), sta riscuotendo in modelli molto diversi una sempre maggiore validazione empirica, divenendo parte integrante di moderni approcci alla psicoterapia.

Parole chiave: *post-razionalismo, psicoterapia cognitiva, psicoterapia cognitivo interpersonale, autoregolazione emotiva, disregolazione emotiva.*

Abstract. Post-razionalist approach, relation ed emotions: research issues and applications

Post-Rationalism founded its theory and clinical practice on two fundamental points: the priority of emotions, and the understanding of the world of meanings of the individual in his relational context. Both of these assumptions are rooted in the Attachment Theory (Bowlby, 1969, 1973, 1979, 1980, 1988), via the reformulation of P. Chriddenden (1999, 2008, 2011). The model of cognitive-interpersonal therapy integrates these theoretical assumptions with the description of the the interpersonal social behaviour offered by Lorna S. Benjamin (1974, 1996, 2003).

By reflecting on the fundamental aspects of the cognitive-interpersonal model (Cantelmi, 2009; Cantelmi, Toro, Lambiase, 2009; Cantelmi, Lambiase, 2010; Cantelmi, Toro, Lambiase, 2010), this article describes how emotional dysregulation in the relational contexts of development, has become a trans-diagnostic construct collecting an increasing empirical validation. A validation that arrives many years after the first theorizations of Vittorio Guidano (1987, 1991). Moreover, the articles reports how emotional dysregulation is becoming an integral part of modern approaches to psychotherapy.

Keywords: *post rationalism, cognitive psychotherapy, Cognitive-interpersonal psychotherapy, self regulation, emotional dysregulation.*

Il contesto interpersonale: emozioni, relazioni e costruzione di sé

La psicoterapia post-razionalista di Vittorio Guidano, definita anche *sistemico-processuale* (Guidano, 1991), è parte dell'ampia famiglia delle terapie cognitive. Come tutti gli approcci terapeutici che ne fanno parte, essa si focalizza sulla comprensione e sulla rielaborazione dei significati che l'individuo attribuisce alla propria esperienza. L'assunto generale, infatti, è che quando questa attribuzione è

disfunzionale, perché inadatta al contesto di vita della persona, si genera la sofferenza psicologica. La seconda dimensione dell'analisi della SASB è l'Affiliazione ed è rappresentata dall'asse orizzontale delle superfici. Può variare da un polo di "affettività ostile" (sul lato sinistro) ad un polo di "affettività benevola" (sulla destra dell'asse).

La comprensione dei processi con cui gli esseri umani costruiscono il significato delle loro esperienze avviene a partire da una precisa epistemologia, che con Maturana e Varela (1980), raccorda conoscenza e costruzione di sé nel concetto di *autopoiesi*: ciascun individuo, in quanto essere vivente, si caratterizza come un sistema che momento per momento genera se stesso, delimitandosi rispetto all'ambiente e rispondendo alle perturbazioni che da questo provengono. La psicoterapia sistemico-processuale, inoltre, assume la Teoria dell'Attaccamento (TA) (Bowlby, 1969, 1973, 1979, 1980, 1988; Crittenden, 1999, 2008, 2011) come il paradigma dello sviluppo emotivo che dà conto della maturazione psicologica degli esseri umani. La TA mette l'accento sulle relazioni significative, fondamentali per la sicurezza e la sopravvivenza dell'individuo.

In questo contesto si sviluppano i cosiddetti Modelli Operativi Interni (MOI), che guideranno la persona nell'attribuire significato alle esperienze della sua vita. I MOI possono essere intesi come rappresentazioni di *sé-con-l'altro*, apprese a partire da eventi ricorrenti, con una profonda valenza emotiva. Essi danno conto di come il soggetto considera se stesso (amabile, non amabile, vulnerabile, forte, solo...) e l'altro (affidabile, indisponibile, non prevedibile ...).

Ciascun individuo ha una storia specifica e irripetibile, tuttavia, a partire da queste ricorrenze relazionali e dalle emozioni che elicitano, possiamo classificare in quattro ampie categorie le *organizzazioni di significato personale* (OSP): depressiva (DEP), fobica (FOB), disturbi alimentari psicogeni (DAP), ossessiva (OSS).

L'organizzazione DEP si struttura intorno a vissuti di perdita o rifiuto; essa è centrata su un senso pervasivo di solitudine, che produce una oscillazione emotiva tra i poli della disperazione e della rabbia (Guidano, 1987). Il soggetto tenderà a considerare se stesso come non meritevole di amore, e l'altro come emotivamente irraggiungibile. Nella OSP FOB le interferenze avvenute nel corso dello sviluppo sul comportamento esplorativo e sulla ricerca di autonomia produrranno una oscillazione periodica tra il bisogno di protezione da

una realtà percepita come pericolosa, e il bisogno di libertà e autonomia (Guidano, 1987). Il soggetto tenderà a considerare se stesso come amabile ma bisognoso di supporto, e l'altro come una base sicura cui tendere, che tuttavia limiterà la propria autonomia. L'OSP DAP è costruisce il senso di sé in una relazione ambigua e invischianti. La demarcazione lassa tra sé e non-sé produce un senso confuso e indefinito della propria competenza e valore personali. Il soggetto oscillerà tra il bisogno di approvazione e il timore di essere invasi o disconfermati (Guidano, 1988). L'OSP OSS si organizza su un senso dicotomico di sé, prodotto da uno stile di attaccamento ambivalente. Questo indurrà il bisogno compulsivo di raggiungere la certezza assoluta in ogni aspetto dell'esperienza (Guidano, 1988). Le emozioni sono pertanto sperimentate come pericolose, perché poco controllabili, e per questo verranno limitate o soppresse.

Possiamo pensare, allora, alla psicoterapia come uno stimolo a una maggiore capacità di mentalizzazione, che consenta di vedere il collegamento tra i vissuti difficili e la presenza di tali schemi, allorché si presentino in modo rigido. Per mentalizzazione s'intende la capacità di vedere sé stessi e le altre persone in termini di stati mentali (sentimenti, convinzioni, intenzioni e desideri) e di pensare ai propri e altrui comportamenti in termini di stati mentali, attraverso un processo che viene normalmente definito riflessione (Ammaniti, 1999). Quest'abilità determina non solo la natura della realtà psichica dell'individuo, ma anche la qualità e la coerenza della parte riflessiva del Sé, che si ritiene ne costituisca il nucleo strutturale. La funzione riflessiva è profondamente legata all'attaccamento (Fonagy 2001; Fonagy, Target 2001).

La frequenza con cui i genitori fanno riferimento ai propri stati mentali nei racconti delle proprie esperienze infantili raccolti attraverso l'Adult Attachment Interview (AAI), ad esempio, si è rivelata un ottimo predittore dello sviluppo di un attaccamento sicuro nei figli (Fonagy *et al.*, 1991).

Per far fronte a un atteggiamento non sufficientemente riflessivo da parte del caregiver, il neonato può ricorrere all'utilizzo di strategie disadattive che, a livello macroscopico, si riassumono in evitamento e/o protesta.

L'evitamento è alla base dello stile insicuro evitante (tipo A, organizzazione DEP), mentre la protesta appartiene all'attaccamento insicuro ambivalente (tipo C, organizzazione FOB). Esistono poi,

stili di attaccamento combinati A/C, come avviene nelle organizzazioni organizzate su emozioni secondarie, come DAP e OSS.

Dalla psicoterapia sistemico-processuale alla psicoterapia cognitivo-interpersonale

A partire dal riconoscimento dell'importanza dell'autoriflessività e dell'intersoggettività nella maturazione individuale e nello sviluppo delle organizzazioni di significato, la psicoterapia cognitivo-interpersonale (Cantelmi, 2009; Cantelmi, Toro, Lambiase, 2009; Cantelmi, Lambiase, 2010; Cantelmi, Toro, Lambiase, 2010) nasce come integrazione della descrizione delle relazioni interpersonali offerta da Lorna S. Benjamin (1974, 1996, 2003) nel contesto della psicoterapia sistemico-processuale. Le oscillazioni emotive delle OSP possono essere ricollegate ai cicli relazionali che le hanno strutturate nel passato e che si ripetono nel presente. Questo è possibile descrivendo i cicli come coppie complementari di transazioni (azioni e risposte) tra sé e l'altro. A partire da queste il soggetto costruisce le proprie modalità di gestione intra-personale (introietto): così come è stato trattato, tratterà se stesso.

La psicopatologia diventa comprensibile sia come disregolazione emotiva, sia come disagio relazionale, che si manifesta in cicli interpersonali rigidi e pervasivi, caratterizzati da svalutazione, critica, indifferenza, abbandono e – nei casi estremi – aggressione.

In quest'articolo, cercheremo di illustrare come questi due poli descrittivi della psicopatologia (la disregolazione emotiva e la criticità dei cicli interpersonali) abbiano trovato conferme nella ricerca empirica come processi trans-diagnostici, ossia, in senso lato, fattori comuni a più quadri psicopatologici, in grado di spiegarne l'eziopatogenesi (in tutto o in parte). Riporteremo poi come anche altri approcci psicoterapeutici abbiano tenuto conto della disregolazione emotiva e dell'intersoggettività nei loro interventi clinici.

Per apprezzare efficacemente i punti di convergenza tra l'approccio cognitivo-interpersonale e gli altri modelli presi in esame, riteniamo utile introdurre i concetti teorici di concretezza-astrattezza, flessibilità e auto-organizzazione come processi esplicativi sottesi agli squilibri psicopatologici delle OSP.

La psicopatologia come disequilibrio: concretezza-astrattezza, flessibilità e auto-integrazione

Le OSP, descritte precedentemente, funzionano seguendo regole che ne assicurino continuità, coerenza e unicità. In altre parole, ciascun individuo ordina, interpreta e spiega il proprio vissuto per mantenere un senso coerente e coeso di continuità personale e identità individuale. Questo processo risponde alle variazioni delle esperienze che si dipanano momento per momento, e che portano necessariamente con sé una valutazione emotiva. Esse spingono costantemente il soggetto alla ricerca di un nuovo equilibrio. Per questo, quando tentiamo di definire normalità e patologia, non possiamo prescindere dal contesto e dai significati particolari che ciascun individuo costruisce in relazione ad esso.

«La normalità [...] piuttosto che essere una qualche entità a sé stante, identificabile con un'organizzazione di significato personale "normale" ovvero con un contenuto di conoscenza normale, viene a coincidere a coincidere col dispiegarsi di un processo dinamico, vale a dire con la flessibilità e la generatività con cui una specifica organizzazione di significato personale articola la sua coerenza sistemica lungo l'intero ciclo di vita e ai livelli sempre integrati di complessità organizzata e ordine strutturale che essa in questo modo è in grado di raggiungere» (Guidano, 1992, p. 61).

Possiamo così descrivere le categorie nosografiche di normalità, nevrosi e psicosi attraverso alcune qualità dell'esperienza che si rinvencono nelle narrazioni dei pazienti, e in particolare rispetto al loro livello di astrazione e di concretezza, di integrazione, e di flessibilità. Esse rappresentano la manifestazione della capacità di organizzazione dell'esperienza immediata dell'individuo. Determinano, inoltre, il grado e la qualità delle capacità di elaborazione e di coerenza dell'organizzazione di significato personale del soggetto.

L'adattamento può essere definito come la capacità di costruire significati a partire dalla propria esperienza immediata, costituita da una trama di valutazioni emotive all'interno di una rete di relazioni.

I sintomi psicopatologici possono quindi essere interpretati come "scompensi" di questo processo di organizzazione, ossia del modo di articolare il proprio esperire, che non riesce (più) a mantenere la propria coerenza interna, a causa della sua rigidità. Le elaborazioni

del significato personale saranno dunque di tipo “normale”, “nevrotico” o “psicotico”, in ragione del livello di astrazione che il sistema presenta. Esse si collocheranno su un asse che andrà da una buona capacità di integrazione alla frammentazione dell’esperienza soggettiva (psicosi).

Al cuore di questa posizione nosografica sta la considerazione della priorità – sia in senso temporale che di importanza – delle esperienze emotive rispetto alle elaborazioni cognitive. Una posizione che ha ricevuto una validazione empirica nelle successive ricerche, ed è divenuta la base di numerosi approcci psicoterapeutici recenti, come vedremo nei paragrafi che seguiranno.

Flessibilità e disregolazione emotiva: una prospettiva trans-diagnostica

Possiamo definire “trans-diagnostico” un tratto, un’attività, una credenza, uno stile di pensiero, un atteggiamento o un’esperienza (anche traumatica) che sia comune a patologie diverse e che si suppone possa concorrere significativamente all’instaurarsi e al mantenersi della patologia stessa.

Nel dibattito sul ruolo dei fattori trans-diagnostici nell’eziologia dei disturbi specifici (Dudley *et al.*, 2011) sono state proposte diverse associazioni di interesse clinico. Morris e Mansel (2018) elencano 16 processi tra i più diffusi in letteratura, tra cui: l’attenzione selettiva, la memoria selettiva, la ruminazione, l’evitamento esperienziale, il perfezionismo, il nevroticismo e l’impulsività. Tra questi è stato spesso sottolineato il ruolo dell’*evitamento esperienziale* nei disturbi d’ansia (Kashdan, Rottenberg, 2010), soprattutto per il Disturbo d’Ansia Generalizzata, le Fobie Specifiche, il Disturbo da Attacchi di Panico, ma anche per il Disturbo Ossessivo Compulsivo o l’Ansia Sociale. Molti approcci psicoterapeutici hanno assunto questi ed altri processi e fattori come target di intervento. Tra questi: la Terapia Comportamentale (Foa *et al.*, 1984), la Terapia Centrata sul Cliente (Rogers, 1961), la Terapia Focalizzata sulle Emozioni (EFT, Greenberg, 2015; Johnson 2019), la Terapia degli Schemi Emozionali (Leahy, 2015), la Dialectical Behaviour Therapy (DBT; Linehan, 1993) e la Acceptance and Commitment Therapy (ACT;

Hayes *et al.*, 2011), la Unified Protocol (Barlow e Sauer-Zavala, 2021) che tratteremo più avanti. In particolare l'ACT (Hayes *et al.*, 2011) assume come obiettivo terapeutico il costrutto della *flessibilità psicologica*, definita come la capacità di tollerare le esperienze interne spiacevoli e scegliere un corso d'azione in base al contesto e ai propri valori personali, con una più ampia consapevolezza e capacità di mentalizzare.

Tra i costrutti trans-diagnostici più interessanti, la *regolazione* e la *disregolazione emotive* sono state assunte come target di intervento nella maggior parte delle psicoterapie o modelli teorici, ad esempio nella terapia cognitivo-comportamentale (CBT; Beck, 1976), nella Schema Therapy (ST; Young *et al.*, 2003), nella Terapia Metacognitiva Interpersonale (MIT; Dimaggio *et al.*, 2013), nella Terapia Basata sulla Mentalizzazione (MBT; Bateman, Fonagy, 2006) e nel protocollo per la prevenzione delle recidive depressive basato sulla mindfulness, Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal *et al.*, 2014).

La regolazione emotiva ha raccolto un significativo supporto empirico come costrutto trans-diagnostico implicato in molti disturbi (Barlow *et al.*, 2017; Sloan *et al.*, 2017). Tuttavia, nonostante l'ampia gamma di applicazioni, i concetti di regolazione o disregolazione emotive non sono ancora teoricamente ben definiti (Hallion *et al.*, 2018); Gross (2002) propone una definizione pratica della regolazione emotiva, come l'insieme delle strategie impiegate per aumentare, mantenere o diminuire le varie componenti della risposta emotiva (sentimenti, comportamenti, cognizioni e risposte fisiologiche). Al cuore di queste strategie, l'autore pone la rivalutazione cognitiva (*cognitive reappraisal*) delle situazioni che elicitano la risposta emotiva, e la soppressione delle emozioni. Linehan (1993) definisce la disregolazione emotiva come una vulnerabilità a regolare le emozioni e l'incapacità di applicare strategie per modularle.

Gratz e Roemer (2004) sottolineano l'importanza del controllo degli impulsi, la capacità di pianificare e orientare i comportamenti verso degli obiettivi, la tolleranza agli stati interni spiacevoli, e la flessibilità di scelta e uso delle strategie adatte alla situazione specifica. Quando queste abilità sono in qualche modo carenti si manifesterebbe la disregolazione delle emozioni.

Nonostante i riferimenti diffusi in diversi modelli teorici e di

intervento, non vi sono indicazioni conclusive che uno o alcuni di questi processi trans-diagnostici siano direttamente implicati nell'insorgenza della psicopatologia (Aldao, Nolen-Hoeksema, 2010; Morris, Mansel, 2018).

In particolare nella loro review sistematica, Morris e Mansel (2018) suggeriscono che non siano i processi in sé a provocare la patologia quanto la *rigidità* con cui vengono applicati alle situazioni. In altre parole, ad esempio, l'evitamento o la soppressione delle emozioni non sarebbero inevitabilmente causa di maladattamento e psicopatologia, a meno che non vengano utilizzati come unica e prevalente strategia di coping e regolazione delle emozioni. Questa considerazione è in linea con le posizioni guidiane rispetto alla flessibilità delle OSP (vedi sopra), che indicano la pervasività e la rigidità di alcune strategie di costruzione del significato personale all'origine dello scempenso psicopatologico.

Nei paragrafi che seguiranno, illustreremo come tre differenti approcci terapeutici pongono l'accento sull'esperienza emotiva come focus di intervento clinico: lo Unified Protocol (Barlow, Sauer-Zavala, 2021), la Schema Therapy (Young, Klosko, 2003) e la Emotionally Focused Therapy di S. Johnson (2019).

Sviluppi moderni sulla centralità delle emozioni: lo Unified Protocol

Lo Unified Protocol (UP) è una forma di psicoterapia sviluppata da David Barlow e Shannon Sauer-Zavala (2021) presso il Center for Anxiety and Related Disorders dell'Università di Boston. L'obiettivo principale dell'UP è quello di fornire un approccio terapeutico integrato per il trattamento dei disturbi emotivi comuni, come l'ansia, la depressione e il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD).

L'assunto di base dell'UP (Barlow, Sauer-Zavala, 2021) è che esista un insieme comune di vulnerabilità che contribuiscono allo sviluppo di ansia, depressione e disturbi correlati. Esse possono diventare un obiettivo più efficiente del trattamento rispetto ai sintomi stessi. Come abbiamo visto, la ricerca empirica attesta una notevole sovrapposizione dei sintomi nei vari disturbi. Ad esempio, Barlow e Sauer-Zavala (2021) notano che il rimuginio si verifica

nella maggior parte dei disturbi d'ansia. Quello che varia è il suo focus: nel Disturbo d'Ansia Generalizzata esso assume prevalentemente la forma della preoccupazione per la sicurezza dei propri cari, mentre quella di avere un altro attacco è caratteristica del Disturbo di Panico. Occorre da ultimo notare che i tassi di comorbidità per la gamma di disturbi d'ansia e depressivi risultano estremamente alti, fino al 75% (Brown *et al.*, 2001).

La ricerca converge su tre vulnerabilità fondamentali: in primo luogo, l'ansia, la depressione e i disturbi correlati sembrano caratterizzati da alti livelli di affettività negativa, anche denominata nevroticismo, che indica una propensione temperamentale a provare emozioni negative frequentemente e intensamente (Barlow, Sauer-Zavala *et al.*, 2014); la seconda vulnerabilità è la tendenza a valutare le proprie esperienze emotive in modo negativo, viste come segni di debolezza o anormalità. L'ultima delle vulnerabilità riguarda l'evitamento e la soppressione delle reazioni emotive. Queste strategie di regolazione disadattive peggiorano la situazione (Purdon, 1999), mantengono alti i livelli delle emozioni negative e contribuiscono al persistere dei sintomi.

Il protocollo unificato (UP) per il trattamento trans-diagnostico dei disturbi emotivi affronta il nevroticismo focalizzandosi su queste strategie di evitamento e soppressione delle emozioni.

L'UP prevede l'utilizzo della mindfulness per aiutare il paziente a prendere consapevolezza dei propri pensieri, emozioni e sensazioni fisiche. Il protocollo inoltre impiega tecniche, derivate dalla CBT standard, per portare il paziente a identificare e modificare i propri schemi di pensiero e comportamento disfunzionali.

L'UP è stato sviluppato per essere un trattamento breve e focalizzato, che può essere completato in circa 12-16 sessioni.

È da rilevare che l'UP si concentra sulla disregolazione emotiva come una caratteristica individuale, a prescindere dal contesto relazionale in cui essa può essersi sviluppata. Al contrario, un approccio terapeutico che contestualizza la disregolazione emotiva nella storia relazionale dell'individuo è la Schema Therapy (ST) di Young e Klosko (2003).

La Schema Therapy: emozioni, relazioni e schemi di sé

La Schema Therapy (ST) è una forma di psicoterapia che si concentra sulle esperienze emotive e sulle modalità di pensiero che si sono sviluppate durante l'infanzia. L'assunto di base (in linea con la TA) è che questi schemi continuino ad influenzare il comportamento dell'individuo anche in età adulta.

Nel contesto della psicologia cognitiva e della psicoterapia, uno schema può essere pensato come un qualsiasi principio organizzativo che dia senso all'esperienza. La definizione di Schema Maladattivo Precoce che danno Young e Klosko (2003) è: un tema o modello ampio e pervasivo, che comprende memorie, emozioni, cognizioni e sensazioni fisiche, circa se stessi e la propria relazione con gli altri, sviluppatosi durante l'infanzia o l'adolescenza, elaborato lungo l'arco di vita, e disfunzionale ad un livello significativo.

È da sottolineare che Young (2003) teorizza che i comportamenti maladattivi si sviluppino come risposte agli schemi. Pertanto, i comportamenti sono guidati dagli schemi, non facendone però parte.

La ST è una psicoterapia cognitiva, basata sulla teoria dell'attaccamento, che integra tecniche di altri approcci, tra cui l'Analisi Transazionale, la psicoterapia della Gestalt, le tecniche immaginative e corporee.

In sintesi, il processo terapeutico della ST prevede una fase iniziale di assessment e concettualizzazione del caso, il cui scopo è identificare le modalità di coping disadattive impiegate per gestire gli schemi maladattivi precoci, favorendone il contenimento, la consapevolezza e la mentalizzazione. In seguito, dopo aver elaborato e modificato queste strategie, si potrà accedere ai nuclei emotivi profondi al cuore degli schemi. L'obiettivo della ST, a questo punto della terapia, è promuovere nel contesto sicuro e collaborativo dell'alleanza terapeutica, una esperienza emotiva riparativa. In tal modo, la ST promuove una migliore regolazione emotiva del paziente. Essa è anche – e prevalentemente – l'obiettivo specifico della Emotionally Focused Therapy (Johnson, 2019).

EFT – Emotionally Focused Therapy

Nata dalle ricerche e dalla pratica clinica di L. Greenberg e S. Johnson negli anni '80, la EFT si è poi differenziata in due ampie famiglie di interventi, seguendo le divergenze teoriche dei due fondatori. Oggi quindi esistono una *Emotion Focused Therapy*, messa a punto e manualizzata per gli interventi individuali da L. Greenberg (2015), e una *Emotionally Focused Therapy*, che individua prevalentemente una psicoterapia di coppia, basata sull'attaccamento (Johnson, 2019). Va comunque rilevato che entrambi gli approcci hanno sviluppato intervento sia per le coppie che per gli individui (e la EFT di Johnson anche per le famiglie).

Da punto di vista teorico, essi condividono l'assunto che l'attribuzione di significato dell'esperienza è un processo sostanzialmente emotivo, intendono la psicopatologia come una disregolazione emotiva, che può essere processualmente compresa a partire dalle relazioni interpersonali degli individui. È da notare, quindi, l'accordo teorico con la psicoterapia cognitivo-interpersonale.

A questo proposito, infatti, L. Greenberg nota che: «the term emotion-focused therapy will, I believe, be used in the future, in its integrative sense, to characterize all therapies that are emotion-focused, be they psychodynamic, cognitive-behavioral, systemic, or humanistic» (2011, p. 141 ed. orig.).

Nella Emotionally Focused Therapy, la cornice teorica che fornisce il rationale degli interventi è la teoria dell'attaccamento (Johnson, 2019), considerata come il sistema motivazionale prevalente tra i mammiferi e che regola quelli di esplorazione, dominanza, accudimento, collaborazione e sessuale.

La Emotionally Focused Therapy per le coppie prevede tre stadi con diversi obiettivi. Nel primo stadio, il terapeuta costruisce una solida alleanza di lavoro con i partner, proponendosi come una base sicura che permetta l'esplorazione delle emozioni dei cicli disfunzionali interpersonali.

Al termine di questa fase, la coppia avrà raggiunto una migliore consapevolezza di come si costruiscono i conflitti e di quali i bisogni di attaccamento che con essi intendono soddisfare. Nel secondo stadio l'obiettivo coinvolge i due partner nel cambiamento dei loro MOI, attraverso nuovi dialoghi più coinvolti e sintonizzati. Nel terzo

stadio, il terapeuta accompagna i partner nella costruzione di cicli positivi con cui risolvere sfide e problemi.

Johnson (2019) formalizza una serie di interventi che il terapeuta impiega in questo processo, che integrano le tecniche della psicoterapia rogersiana, con un approccio sistemico nel quadro della teoria dell'attaccamento.

Questi interventi, organicamente strutturati, sono descritti in una serie di 5 mosse, che Johnson ha definito "Tango": il terapeuta si connette empaticamente all'esperienza emotiva dei pazienti, comprende e riflette gli elementi delle sue emozioni (trigger, attivazioni somatiche, pensieri, tendenze all'azione), e a partire da questi costruisce interventi comunicativi rivolti al partner (*Enactment*) che ricostruiscono progressivamente un dialogo sicuro tra i due.

Conclusioni

«Il post-razionalismo parte dalla necessità di andare al di là della razionalità: questa non è una posizione irrazionalista o spontaneista. Al contrario, credo che tutto quello che è il tema del pensiero logico e razionale, in un contesto di razionalismo classico, sia molto importante. La razionalità è uno strumento molto efficace creato per l'uomo, è il suo orgoglio evolutivo; ci permette di fare una serie di calcoli, deduzioni e riflessioni che altri animali non possono fare. Tuttavia, *nei sistemi umani la razionalità non funziona da sola, la razionalità funziona insieme all'emozionalità, insieme alla sensorialità e a tutte le sensazioni della corporeità*. La razionalità è solo uno strumento che organizza, regola e sviluppa queste dimensioni dell'esperienza, e pertanto lavora sempre sui contenuti dell'emozionalità, sui contenuti dell'affettività» (Guidano, 1999).

In questo articolo, abbiamo descritto alcuni punti salienti del modello cognitivo-interpersonale, prestando particolare attenzione ai costrutti di disregolazione emotiva, mentalizzazione e inter-soggettività. Come abbiamo visto il modello collega, nella cornice della TA, la disregolazione emotiva e l'insufficiente capacità di mentalizzare alla capacità di stare "all'interfaccia con l'altro", ovvero entro le interazioni che si ripropongono tanto nell'arco di vita quanto nell'esperienza presente del soggetto, che vengono vissute attraverso il filtro di schemi mentali e cicli interpersonali più o meno funzionali.

Nel corso dell'ontogenesi, d'altronde, l'articolazione del livello

tacito (comparsa di nuove emozioni, differenziazione emotiva, reazioni motorie e comportamentali) interagisce con lo sviluppo della dimensione linguistico-cognitiva, in un continuo interscambio con l'ambiente. Nel modello post-razionalista si afferma che non si può realizzare una completa corrispondenza tra il livello procedurale e quello dichiarativo del conoscere.

Comprendere i meccanismi che bloccano il passaggio di informazioni in senso bottom up dalla prassi del vivere alla narrazione che ne facciamo è il punto chiave della terapia, che, al fine di giungere a una migliore articolazione del senso di sé lavora per migliorare le capacità di regolazione delle emozioni, di mentalizzazione e di funzionalità nei contesti interpersonali.

Questi stessi costrutti, variamente declinati, si ritrovano anche in altri approcci terapeutici. Nell'articolo abbiamo preso in considerazione tre tra gli approcci più significativi nel panorama terapeutico odierno: lo UP (Barlow, Sauer-Zavala, 2021), la Schema Therapy (Young, Klosko, Weishaar, 2003) e al EFT (Johnson, 2019). Essi, nonostante presenti punti di convergenza, mostrano altresì differenze sostanziali di concettualizzazione e di intervento. Ad esempio, nello UP si dà particolare importanza alla disregolazione emotiva, mettendo in secondo piano gli aspetti interpersonali nei quali essa si manifesta. L'obiettivo sembra essere soprattutto l'acquisizione di strategie di autoregolazione più efficaci e flessibili. La Schema Therapy, in maniera diversa, prende in considerazione la storia interpersonale del paziente, tanto per dare conto dello scompenso psicopatologico attivo nel presente, quanto per proporre esperienze emotive riparative. In ultimo la EFT, come approccio terapeutico di coppia, pur considerando la storia individuale dei partner, pone in una prima fase l'accento sui cicli di interazione interpersonale esperiti e agiti nel presente. Propone poi – dopo la fase di stabilizzazione finalizzata a creare un ambiente sicuro – la ristrutturazione dei MOI disfunzionali attraverso dialoghi emotivamente coinvolgenti tra i partner.

La disregolazione emotiva non è ancora un costrutto su cui vi è un accordo stabile in letteratura (Gross, 2002). Ciononostante, ci piace concludere notando come essa sia il fattore trans-diagnostico che a distanza di molti anni dalle prime teorizzazioni di Vittorio Guidano (1987, 1991, 2008), sta riscuotendo in modelli molto diversi una

sempre maggiore validazione empirica, divenendo parte integrante di moderni approcci alla psicoterapia in setting diversi.

Riferimenti bibliografici

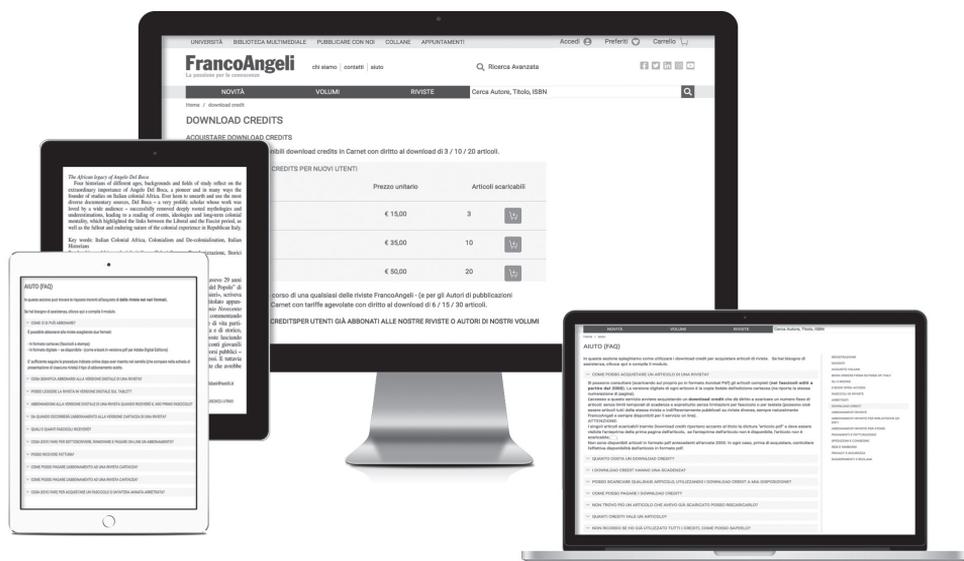
- Aldao A., Nolen-Hoeksema S., Schweizer S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychological Review*, 30, 217-237. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- Barlow D.H., Sauer-Zavala S., Carl J.R., Bullis J.R., Ellard K.K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344-365.
- Barlow D.H. Sauer-Zavala S., Farchione T.J., Murray-Latin H., Bullis J.R., Ellard K.K., Bentley K.H., Boettcher H.T., Cassiello-Robbins C. (trad. it. *Il protocollo unificato per il trattamento transdiagnostico dei disturbi emotivi*, Milano: FrancoAngeli, 2021).
- Barlow D.H., Sauer-Zavala S., Farchione T.J., Murray-Latin H., Bullis J.R., Bentley K.H., Cassiello-Robbins C. (2021). *Il protocollo unificato per il trattamento transdiagnostico dei disturbi emotivi: Guida per il terapeuta*. Milano: FrancoAngeli.
- Bateman A., Fonagy P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. In Allen J.G., Fonagy P. (eds.), *The Handbook of Mentalization-Based Treatment* (pp. 185-200). Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons Inc.
- Benjamin L.S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological review*, 81(5), 392.
- Benjamin L.S. (1996). *Interpersonal Diagnosis and the Treatment of Personality Disorders*. New York: Guilford (trad. it.: *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. Roma: LAS, 1999).
- Benjamin L.S. (2003) *Interpersonal reconstructive therapy. Promoting change in nonresponders*. New York: Guilford Press. (trad. it. *Terapia ricostruttiva interpersonale. Promuovere il cambiamento in coloro che non reagiscono*. Roma: LAS, 2004).
- Beck A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, NY, USA: International Universities Press.
- Bowlby J. (1969). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books. (trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1972).
- Bowlby J. (1973). *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books. (trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri, 1975).
- Bowlby J. (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock Publications. (trad. it.: *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina, 1982).
- Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*. New York: Basic Books. (trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. Torino: Boringhieri, 1983).

- Bowlby J. (1988). *A Secure Base: Parent-child Attachment and Health Human Development*. New York: Basic Books (trad. it.: *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina, 1989).
- Brown T.A., Campbell L.A., Lehman C.L., Grisham J.R., Mancill R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58.
- Cantelmi T. (a cura di) (2009). *Manuale di Psicoterapia Cognitivo-Interpersonale*. Alpes Italia: Roma.
- Cantelmi T., Lambiase E. (2009). Omosessualità, benessere soggettivo e valori religiosi. In Cantelmi T., Lambiase E. (a cura di). *Omosessualità e psicoterapie. Percorsi, problematiche e prospettive* (pp. 253-294). Roma: Franco Angeli.
- Cantelmi T., Toro M.B., Lambiase E. (2009) Priscilla: un caso di bulimia inquadrato secondo il modello cognitivo-interpersonale. *Idee in Psicoterapia*, 2(2), 137-148.
- Cantelmi T., Toro M.B., Lambiase, E. (2010) Il “vaso di Pandora”: utilizzo dell’auto-osservazione strategica in un paziente con disturbo alimentare. *Modelli per la Mente*, 2(1-2), 7-12.
- Crittenden P., Crittenden P.M., Vizziello G.F. (1999). *Attaccamento in età adulta: l’approccio dinamico-maturativo all’Adult Attachment Interview*. Milano: Cortina.
- Crittenden P.M., Landini A. (2008). *Il modello dinamico-maturativo dell’attaccamento*. Milano: Cortina.
- Crittenden P.M., Landini, A. (2011). *Assessing adult attachment: A dynamic-maturational approach to discourse analysis*. New York: WW Norton & Company.
- Dimaggio G., Montano A., Popolo R., Salvatore G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale: dei disturbi di personalità*. Milano: Cortina.
- Dudley R., Kuyken W., Padesky C.A. (2011). Disorder specific and transdiagnostic case conceptualization. *Clinical Psychological Review*, 31, 213-224. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.07.005.
- Foa E.B., Steketee G., Young M.C. (1984). Agoraphobia: phenomenological aspects, associated characteristics and theoretical considerations. *Clinical Psychology Review*, 4, 431-457.
- Gratz K.L., Roemer L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. DOI: 10.1023/B: JOBA.0000007455.08539.94.
- Greenberg L.S. (2015). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings* (2nd edn). American Psychological Association.
- Gross J.J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. DOI: 10.1017/S0048577201393198.
- Guidano V.F. (1987). *Complexity of the Self*, Guilford, New York (trad. it.: *La complessità del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1988).
- Guidano V.F. (1991). *The Self in process*, Guilford, New York (trad. it.: *Il Sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri, 1992).
- Guidano V.F. (2008). *La psicoterapia tra arte e scienza: Vittorio Guidano insegna “come si fa” la psicoterapia cognitiva post-razionalista* (Vol. 14). Milano: FrancoAngeli.

- Hallion L.S., Steinman S.A., Tolin D.F., Diefenbach G.J. (2018). Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. *Frontiers in Psychology*, 9, 539. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00539.
- Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2nd edn). New York, USA: The Guilford Press.
- Johnson S.M. (2019). *Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families*. Guilford Publications (trad. it. *La teoria dell'attaccamento in pratica: La terapia focalizzata sulle emozioni (EFT) nel setting individuale, di coppia e familiare*. Milano: FrancoAngeli, 2021).
- Kashdan T.B., Rottenberg J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.03.001
- Leahy R.L. (2015). *Emotional Schema Therapy*. New York, USA: The Guilford Press.
- Linehan M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, USA: The Guilford Press.
- Maturana H., Varela F. (1980) [1972]. *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living* (2 ed.) (trad. it: *Autopoiesi e cognizione: la realizzazione del vivente*. Venezia: Marsilio, 1985).
- Morris L., Mansell W. (2018). A systematic review of the relationship between rigidity/flexibility and transdiagnostic cognitive and behavioral processes that maintain psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*, 9(3), DOI: 10.1177/2043808718779431.
- Purdon C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1029-1054. DOI: 10.1016/S0005-7967(98)00200-9.
- Rogers C.R. (1961). *On Becoming a Person*. Oxford, UK: Houghton Mifflin.
- Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. (2014). *Mindfulness: al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Bollati Boringhieri.
- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, USA: The Guilford Press.

FrancoAngeli/Riviste

tutte le modalità
per sceglierci in digitale



Più di 80 riviste consultabili
in formato digitale su **pc** e **tablet**:

1. in *abbonamento annuale* (come ebook)
2. come *fascicolo singolo*
3. come singoli *articoli* (acquistando un *download credit*)

Più tempestività, più comodità.

Per saperne di più: www.francoangeli.it
Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial -
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>

Elaborare il trauma nel corpo e nella mente: nuove prospettive di intervento

di Francesca De Luca*, Andrea Ligozzi** e Maria Beatrice Toro***

Ricevuto il 01/06/23 – Accettato il 13/07/23

Sommario

Il trauma psicologico è un evento chiave che la persona percepisce come estremamente stressante. Da tale definizione si comprende come non si tratti di un costrutto riferibile, ad oggi, in relazione agli eventi “oggettivamente traumatici” (che minano l’integrità fisica della persona o la sua vita) ma anche a tutti quei momenti drammatici legati a un senso di incontrollabilità percepita, spesso situati entro relazioni caratterizzate da trascuratezza e mancanza di accudimento. Il cosiddetto traumatismo cronico infantile impatta in modo clinicamente significativo il senso di sicurezza del soggetto, nonché l’autostima e il senso di autoefficacia. Il vissuto traumatico dà luogo, a livello fisico, alla reazione di “freeze” che non consente l’elaborazione delle memorie che restano sovente imprigionate nel corpo, allorché si verificano situazioni che il soggetto percepisce come simili, a qualche livello, all’esperienza traumatica. Nell’articolo gli autori,

* Psicologa, Psicoterapeuta, Docente Scint Scuola di Psicoterapia Cognitivo-Interpersonale, Istruttore di protocolli Mindfulness, Secondo Centro di Terapia Cognitivo Interpersonale e Istituto di Mindfulness, via Nomentana 257, Roma. deluca.frapsy@gmail.com

** Psicologo, Psicoterapeuta, Docente Scint Scuola di Psicoterapia Cognitivo-Interpersonale, Istruttore di protocolli Mindfulness, Secondo Centro di Terapia Cognitivo Interpersonale e Istituto di Mindfulness, via Nomentana 257, Roma, andrea.ligozzi87@gmail.com

*** Psicologa, Psicoterapeuta, Docente di Psicologia di comunità PFSE Auxilium Roma, Direttore didattico Scint – Scuola di specializzazione in psicoterapia cognitivo interpersonale (Aut. Miur 2008), Istruttrice mindfulness, Istruttrice MBCT, Secondo centro di terapia cognitivo interpersonale, via Nomentana 257 Roma, psico2tc@gmail.com

DOI: 10.3280/mdm1-2022oa16497

Modelli della Mente (ISSNe 2531-4556), 1/2022

Copyright © FrancoAngeli

25

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>

dopo una breve disamina del concetto di trauma e degli aspetti salienti coinvolti, aprono la riflessione alle nuove prospettive di trattamento (quali l'approccio sensorimotorio e l'EMDR) e la loro affinità con aspetti del cognitivismo post-razionalista.

Parole chiave: trauma, psicoterapia cognitivo interpersonale, EMDR, psicoterapia sensorimotoria, memorie traumatiche.

Abstract. Processing the trauma in body and mind: new perspectives for intervention

Psychological trauma is linked to an event that the person perceives as extremely stressful and is not definable only in relation to “objectively traumatic” events (which undermine the physical integrity of the person or his life) but also to all those traumas linked to relationships characterized by neglect and lack of care which have a clinically significant impact on the subject’s self-esteem, on his sense of personal self-efficacy and on his value. The trauma affects the body and the mind: it creates a “freeze” which does not allow the elaboration of body’s sensations and traumatic memories which are reactivated in situations more or less similar to those of the lived experience. In the article, the authors, after a brief examination of the concept of trauma and the salient aspects involved, open the reflection to the new treatment perspectives (such as the sensorimotor approach and EMDR) that are inserted within the therapeutic relationship in order to promote a coherent reworking of the traumatic event which no longer remains blocked and not integrated in memories but is experienced by the subject as something that belongs to the past thanks to the creation of new resources and new connections.

Key words: trauma, cognitive interpersonal psychotherapy, EMDR, sensorimotor psychotherapy, traumatic memories.

Nel corso del tempo sono state elaborate diverse definizioni di “trauma”. Per comprendere appieno la complessità di tale costrutto, possiamo partire dall’etimologia stessa della parola: dal greco τραῦμα (-ατος) “ferita”, “rottura”. Si fa riferimento ad una “ferita dell’anima” in cui a rompersi è il modo in cui la persona viveva e vedeva il mondo, di modo che si creano un “prima” e un “dopo”, laddove le tracce traumatiche rimangono imprigionate nel corpo e nella mente e spesso si traducono – oltre al riaffacciarsi di memorie e emozioni legate al trauma stesso in una tensione persistente. La persona traumatizzata rimane in qualche modo bloccata nell’evento traumatico, portandone le conseguenze per lunghissimo tempo: con-

seguenze che interferiscono nella vita quotidiana, rendendo difficile il rapporto con la realtà intrapsichica e interpersonale, data la presenza di un'intenso e persistente stato di allarme.

Il concetto di trauma ha fatto irruzione nel panorama scientifico già nel XVIII secolo, grazie agli studi di Charcot e Janet. Il neurologo Jean-Martin Charcot (1825-1893), in particolare, introdusse il concetto di “isteria traumatica” a seguito delle sue osservazioni cliniche su una serie di soggetti che presentavano sintomi fisici non ascrivibili a lesioni organiche; attribuì quindi le paralisi isteriche a una situazione post-traumatica. Il filosofo e psichiatra francese Pierre Janet (1859-1947), allievo di Charcot, ha aperto la strada alle successive riflessioni che si focalizzano sulla sintomatologia dissociativa: l'esperienza traumatica, secondo la concettualizzazione di Janet, rimarrebbe dissociata dall'esperienza psichica poiché l'evento traumatico occorso avrebbe caratteristiche che lo renderebbero “non-integrabile”.

Secondo Janet, le persone traumatizzate rimarrebbero fortemente ancorate al loro trauma, arrestando il loro sviluppo al momento dell'accadimento traumatico. Nello specifico, i pazienti traumatizzati stanno «continuando l'azione, o piuttosto il tentativo di azione, che è cominciato quando è accaduto l'evento e si logorano in questi nuovi inizi senza fine» (Ogden *et al.*, 2012, p. XXII).

Queste prime concettualizzazioni sul trauma sono state messe da parte dalla nascente concettualizzazione della dinamica psichica così come descritta in ambito psicoanalitico, per poi ritrovare una rinnovata attenzione dopo la Grande Guerra, che è riconosciuta, ad oggi, come il primo vero trauma di massa della storia occidentale. Gli studi di quel periodo storico si focalizzarono sugli eventi “oggettivamente” traumatici, minacciosi, di natura catastrofica. Nell'ultima edizione dell'ICD-11 (WHO, 2018) la caratterizzazione di ciò che è “traumatico” si è estesa fino ad includere sia gli eventi catastrofici e minacciosi, sia una serie di esperienze che possono essere critiche per l'individuo (come lutti, divorzi o separazioni), includendo sia quelle isolate che quelle ripetute/croniche.

Nella concettualizzazione più attuale si distinguono due macro-categorie di traumi:

1. traumi con la “T” maiuscola: i grandi traumi che si riferiscono a esperienze estreme in cui c'è percezione di pericolo per la propria

integrità fisica o per quella delle persone care, attacco al corpo o minaccia di morte;

2. traumi con la “t” minuscola, causati dall’esposizione ripetuta ad eventi che possono danneggiare le nostre risorse di coping. Sono dei traumi non sempre visibili che si insinuano nell’ambito delle relazioni significative.

In linea generale, sia per le T che per le t, di fronte all’esperienza, vissuta come insostenibile ed inevitabile, c’è un senso di impotenza e paralisi (Herman, 1992b; Krystal, 1988, Van der Kolk, 1996). L’evento traumatico assume la connotazione di un «terrore indicibile» (Van der Kolk, 1996).

Ad oggi gli studi sul trauma continuano a crescere così come le diverse tecniche per il trattamento psicoterapeutico dei soggetti traumatizzati (Cristini *et al.*, 2021).

Le memorie traumatiche

In condizioni abituali, un buon livello di attivazione migliora le nostre prestazioni mnestiche. Ben diversa è la situazione in cui abbiamo sperimentato un evento traumatico: in questo caso l’eccessivo arousal comporta un sovraccarico ed un conseguente collasso del nostro sistema di adattamento, fino al punto che alcune aree del nostro cervello (cioè quelle deputate all’immagazzinamento e all’elaborazione delle informazioni in entrata) si disconnettono (Tavaglini, 2011).

Le memorie traumatiche hanno particolari caratteristiche, proprio perché parliamo di qualcosa fuori dall’ordinario. Le nostre memorie tendono ad essere immagazzinate in una forma coerente e logica, caratterizzata da un inizio ed una fine mentre le memorie traumatiche si compongono di frammenti come suoni, odori, immagini che riaffiorano all’improvviso attraverso alcuni “triggers”, ovvero attraverso riattivatori traumatici (aspetti apparentemente sconnessi dal trauma vissuto che possono però elicitarne la manifestazione).

La persona traumatizzata può anche non ricordare l’evento in sé ma ne manifesta le tracce sul corpo e nella mente. Nello specifico, recenti studi di *neuroimaging* (Mazza *et al.*, 2016; Felmingham *et al.*, 2017; Pagani, Carletti, 2019), hanno evidenziato che i cambia-

menti nel funzionamento cerebrale si manifestano principalmente in tre aree:

1. la corteccia prefrontale (PFC);
2. la corteccia cingolata anteriore (ACC);
3. l'amigdala.

La corteccia prefrontale è la zona deputata al pensiero razionale, il problem solving, la pianificazione e il processo di decision making. La corteccia cingolata anteriore è coinvolta nella regolazione emotiva: ci permette di gestire le emozioni e i pensieri difficili senza esserne sopraffatti in condizioni normali.

Infine, l'amigdala è una piccola struttura del nostro cervello facente parte del sistema limbico che si occupa della gestione delle emozioni, tra cui la paura. Questa area cerebrale ci permette di riconoscere, tra le varie informazioni in entrata, se quello che stiamo sperando in quel momento è fonte di minaccia così da renderci vigili e attivi per contrastarla.

Il cervello traumatizzato è caratterizzato da un'ipoattivazione della corteccia prefrontale e della corteccia cingolata anteriore e, in aggiunta, da un'iperattivazione dell'amigdala (Psych Central, 2017). Ciò determina che la persona traumatizzata sia costantemente ipervigile e in allarme con conseguenti reazioni di paura esagerata e incontrollata perché non si sente mai al sicuro. Inoltre, si manifesta anche la difficoltà a pensare lucidamente, a mettere in atto comportamenti adeguati al contesto e a mantenere l'attenzione e la concentrazione. A tal riguardo le ricerche portate avanti da Van der Kolk (2015, 2016), hanno evidenziato come, in merito a quanto sopra riportato, il trauma comporti svariati cambiamenti neuropsicologici reali e tangibili come un incremento degli ormoni relativi allo stress e una significativa alterazione del sistema deputato al discernimento delle informazioni rilevanti da quelle irrilevanti. Sappiamo infatti che il trauma compromette quell'area del cervello deputata alla percezione fisica dell'esser vivi.

Si assiste ad un fallimento nella possibilità di creare una memoria coerente dell'esperienza poiché tutti gli aspetti connessi all'evento traumatico (pensieri, sensazioni fisiche ed emozioni) non possono essere integrati con le altre esperienze originando una frattura nel normale processo di mantenimento della continuità nel tempo e nello spazio e della coerenza del Sé.

Il trauma nel corpo

«Noi tutti vogliamo vivere in un mondo sicuro, comodo e prevedibile, le vittime di traumi ci ricordano che non è sempre così» (Van der Kolk, 2014). È utile, ora, al fine di introdurre più compiutamente il grande tema del corpo nella psicotraumatologia, accennare alla teoria polivagale di Stephen Porges (2014). Secondo lo psicologo il sistema nervoso autonomo regolerebbe i nostri stati di sicurezza percepita attraverso le risposte che riusciamo ad opporre alle minacce. Il primo livello di risposta, quello del *Coinvolgimento sociale* consiste nel chiedere aiuto, supporto e conforto a chi ci sta intorno. Se il primo livello non trova riscontro necessariamente e automaticamente si passa al secondo livello: *Attacco/fuga*: la persona antagonizza la minaccia fuggendo o attaccando (in base alle possibilità proprie e del momento), ma se anche questo non funziona poiché magari la persona è intrappolata allora l'organismo passa al terzo e ultimo livello: *il Congelamento (Freeze) o Collasso*.

In questi termini se l'organismo è bloccato in una modalità di sopravvivenza (III livello), le sue energie saranno massicciamente impegnate per contrastare il senso di terrore, anche quando le minacce non sono più presenti, come nel caso del Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Il dispendio energetico dell'organismo che cerca di sopravvivere comporta di conseguenza un ritiro dell'investimento energetico in aspetti meno "essenziali" del vivere, come provare soddisfazione e piacere, l'immaginare creativamente, il progettare, il e prestare attenzione ai bisogni degli altri. Così facendo la persona si priva di tutto quel fiorire relazionale e sociale che lo renderebbe vivo e vitale e inizia ad attraversare la propria esistenza in modo impoverito, avendo come scopo centrale, spesso a livello non cosciente, il non soccombere alla minaccia percepita.

A livello fisiologico, si osserva uno sbilanciamento nell'attività del sistema nervoso autonomo. Quando ci percepiamo al sicuro, lontani da minacce alla nostra incolumità o quella degli altri, quando sorridiamo e siamo empatici, quando ci accorgiamo del dispiacere altrui, in tutti questi casi e in molti altri è attivo il *sistema vagale ventrale complesso (VVC)*, una complessa rete neurale che regola in buona parte il funzionamento della muscolatura liscia, della muscolatura del volto e del cuore. Di fronte ad una minaccia questo sistema

viene sollecitato e noi iniziamo a mostrare allarme attraverso i muscoli facciali e il tono della voce (contrazione dei muscoli della laringe). Cerchiamo di rispondere a ciò che accade in modo complesso: attivando strategie di problem solving evolute, sovente chiedendo supporto. Se tali strategie non vanno a buon fine e non si ripristina il senso di sicurezza, entrano in gioco sistemi più primordiali, attivando risposte di attacco/fuga con conseguente accelerazione del battito cardiaco e della respirazione polmonare. Se infine nessuna di queste strategie fa decadere lo stato d'allerta, l'organismo si congela e attiva il sistema d'emergenza, il *vagale dorsale complesso* (DVC), un sistema tanto arcaico da svilupparsi dal di sotto del diaframma fino all'intestino, coinvolgendo stomaco e fegato.

Sono reazioni automatiche, sbilanciate in chi è traumatizzato: come dare risposte a questo tipo di pazienti, che spesso non hanno la possibilità di descrivere verbalmente come si sentono e, comunque, non sempre rispondono alla terapia cognitiva? Una tra le risposte possibili è proprio quella di intervenire attivando il corpo e coinvolgendolo nelle pratiche terapeutiche attraverso l'attenzione al movimento del respiro, alle sensazioni fisiche dello stare distesi, seduti, in piedi, camminando o attraverso il movimento mindful.

Convergenze tra il post-razionalismo e il pensiero di Pat Odgen

Facciamo un passo indietro, guardando a ciò che abbiamo comunemente inteso come conoscenza nel panorama cognitivo costruttivista. In tale concezione della mente e della cura, così come descritto da Vittorio Guidano, i vissuti che ognuno di noi sperimenta momento dopo momento nel flusso di coscienza rivestono un ruolo primario nella vita psichica. Parte di questo flusso viene elaborato a livello linguistico, ed è ciò che di noi stessi (e del mondo) sappiamo dire, concettualizzare, spiegare, laddove la sfera dello sperimentare (Io che vive) e la sfera dello spiegare (Me che narra) rappresentano due modalità interconnesse del conoscere. Tale concettualizzazione della sfera del mentale, che distingue la dimensione dell'immediato da quella del ricostruito, è alla base della terapia post-razionalista.

Guardando le cose a posteriori, l'importanza che viene attribuita alla dimensione soggettiva del vissuto, è ciò che ci può consentire di

“importare” mindfulness e tecniche corporee all’interno del nostro orizzonte metodologico. Prima dell’emergere del livello descrittivo-linguistico (che, fondamentalmente, è la caratteristica che ci distingue dai primati non umani), infatti, il vivere che scorre indiviso e non raccontabile rappresenta la base di ogni conoscenza possibile. È un’esperienza non concettuale, per la quale non ci sono parole, e, senza di esse, non c’è possibilità di accogliere, curare, cambiare. La mindfulness e le tecniche corporee ci mostrano che possiamo avvicinare il flusso di coscienza a partire dalle sue componenti somatiche, per produrre un “sapere aconcettuale”, che ci vitalizza, ci rende più sensibili, ci cura.

La psicoterapia sensomotoria è un approccio ai disturbi post traumatici elaborato da Pat Ogden negli anni ’80 che affonda le sue radici teoriche nell’Hakomi Method di Kurtz (Kurtz, 1990) che è in primo luogo una psicoterapia corporea. Nello specifico, l’Hakomi ritiene che nel corpo risiedano le esperienze trattenute a livello di memoria implicita, procedurale ed emotiva che, in assenza di una narrativa coerente disponibile, vengono immagazzinate e plasmano il modo in cui la persona vive e dà significato alla sua esperienza di oggi. Sulla base di questi principi e con altri riferimenti teorici provenienti dalla psicoterapia psicodinamica, la psicoterapia cognitivo comportamentale, la teoria dell’attaccamento, le neuroscienze e la mindfulness, Pat Ogden e i suoi collaboratori coniugano le conoscenze teoriche sul trauma provenienti dalle terapie parlate e dalla neurobiologia con il lavoro sul corpo.

L’idea centrale è che “il corpo per innumerevoli ragioni sia stato trascurato dalla cura delle parole” e proprio il corpo diventa sia la fonte primaria di informazioni sul trauma vissuto dal paziente sia il focus dell’intervento stesso. Come evidenziato precedentemente, il trauma ha profondi effetti sul corpo e molti dei sintomi dei soggetti traumatizzati si manifestano proprio a livello corporeo (Van der Kolk, 2014). Il trauma è caratterizzato ad un arousal disregolato che si muove lungo un continuum che oscilla lungo due estremi netti: dall’iper-arousal (in cui il paziente sperimenta un’eccessiva attivazione fisiologica che impedisce l’elaborazione delle informazioni che si presentano sotto forma di pensieri, immagini e sensazioni fisiche intrusive e ricorrenti) all’ipo-arousal (in cui prevalgono sensazioni di stordimento, torpore e passività). Questi due estremi si manifestano

improvvisamente in situazioni e contesti non minacciosi, impattando in modo clinicamente significativo sul funzionamento della persona e sulla qualità della vita. Il focus è orientato al processamento delle memorie traumatiche attraverso il lavoro sul corpo ma, affinché questo processo sia possibile, è necessario riportare l'arousal del paziente in quella che viene definita "finestra di tolleranza" (Siegel, 1999) in cui l'attivazione fisiologica è in una condizione ottimale per consentire l'elaborazione e l'integrazione delle informazioni provenienti dall'esterno e dall'interno in un senso di Sé coerente ed unitario.

Con la psicoterapia sensomotoria si assiste ad uno shift del paradigma di cura che si sposta dal lavoro sul racconto degli eventi all'esplorazione degli effetti degli eventi, con focus sull'organizzazione dell'esperienza (emozioni, pensieri, sensazioni fisiche). Il terapeuta sostiene il paziente nell'autoconsapevolezza e l'autoregolazione fisiologica partendo dalla mindfulness, che è la struttura portante di ogni singola seduta e di tutta la psicoterapia sensomotoria, poiché essa permette di riportare il paziente nel momento presente anche quando si sta parlando del passato (evento traumatico) e di agire all'interno della finestra di tolleranza. Per il cambiamento il corpo ha bisogno di apprendere che il pericolo è passato e si può vivere nel presente, al sicuro (Van der Kolk, 2014).

I soggetti traumatizzati perdono la "connessione somatica" con la realtà presente (le risposte a livello corporeo sono sperimentate come eventi passati che si verificano, però, nel momento presente ancora e ancora). Proprio per permettere al paziente una nuova ri-connessione con il qui ed ora la terapia sensomotoria si avvale, appunto, di tecniche Mindfulness-based: durante le sessioni vengono incoraggiate l'osservazione consapevole della modalità in cui si manifesta il trauma (nei cambiamenti neurofisiologici osservabili quali l'accelerazione del battito cardiaco, del respiro, le variazioni del tono muscolare, ecc.) e il riconoscimento del "dove e quando" dell'esperienza traumatica (Ogden *et al.*, 2006).

Il lavoro psicoterapeutico si focalizza sulla postura, sulle tensioni muscolari, sui movimenti ed il paziente viene supportato nel riconoscere ed osservare come le sensazioni fisiche siano legate a particolari emozioni e pensieri e ad integrare queste esperienze corporee nel suo vissuto. Il terapeuta guida il paziente a regolare le funzioni neurovegetative alterate, modificando i sintomi somatoformi

e alcune credenze patologiche, soprattutto quelle riguardanti il corpo (Liotti e Farina, 2011). In questo modo il paziente inizia a riconoscere schemi corporei di lotta/fuga o freezing/sottomissione che si ripetono perché innescati dall'attivazione fisiologica costante e ad integrare mente e corpo acquisendo una maggiore autoregolazione emotiva e cognitiva. Questa disconnessione iniziale tra la componente sensomotoria e quella emotiva e cognitiva permette al paziente di affrontare i ricordi traumatici gradualmente, potendo attingere a nuove risorse e nuove capacità.

Nello specifico, il lavoro terapeutico si articola in tre fasi (Ogden, 2016):

1. sicurezza e stabilizzazione.
2. Elaborazione.
3. Integrazione.

Nella prima fase si lavora affinché il setting terapeutico venga percepito dal paziente come un luogo sicuro in cui riesca ad esprimere le proprie emozioni e sensazioni. Il terapeuta lo guida nell'auto-osservazione affinché diventi più consapevole della propria postura, dei gesti, della respirazione e di come il suo corpo reagisca alla stimolazione esterna e interna. Si lavora nella stabilizzazione dei sintomi, allargando la "finestra di tolleranza" e regolando l'arousal ipo o iperattivato.

Nella seconda fase vengono trattate le memorie traumatiche lavorando sul confine tra la finestra di tolleranza emotiva e l'iperattivazione provocata dal materiale traumatico. Il paziente verbalizza la sua esperienza interiore e, allo stesso tempo, si possono rivelare convinzioni dolorose ed emozioni forti. La possibilità di accedere ed utilizzare risorse permette, in questa fase, che il paziente non si disregoli troppo mentre si lavora sui ricordi traumatici.

Infine, nella terza fase, si guida il paziente nel complesso processo di integrazione delle parti di sé, degli stati di sé percepiti come "non me", ma anche nella connessione corpo e mente.

Ad oggi, la terapia sensomotoria sembra offrire al panorama scientifico un lavoro focalizzato sul corpo che viene integrato nel processo psicoterapeutico, coniugando il verbale con il somatico, stando nel momento presente, nel qui ed ora anche quando si elaborano ferite del passato. Riprendendo le parole di Van der Kolk (2015, p. 233):

«Nessuno di noi può essere in grado di trattare una guerra, un abuso, uno stupro, una molestia, o qualunque altro evento di simile portata. Ciò che è successo non può essere cancellato. Quello che si può fare, invece, è occuparsi delle tracce del trauma nel corpo, nella mente e nell'anima».

EMDR

Negli ultimi anni, la ricerca scientifica ha sottolineato l'efficacia dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) nel trattamento dei traumi (Shapiro, Solomon, 1995; Seidler, Wagner, 2006; Pagani *et al.*, 2012).

Questo approccio evidence-based, secondo Van der Kolk (2015) «permette di rendere le ri-produzioni dolorose del trauma qualcosa che appartiene al passato» (p. 287) poiché esso viene percepito (dopo il trattamento EMDR) come un evento coerentemente situato nell'esperienza passata e non più sotto forma di sensazioni ed immagini staccate dal contesto. Le testimonianze dei pazienti trattati con questa tecnica indicano una perdita di intensità da parte del contenuto traumatico che viene ricollocato nella propria esperienza più come qualcosa di spiacevole. Ad oggi, tale approccio è raccomandato dalle linee guida internazionali sul trattamento delle condizioni specificatamente correlate allo stress (WHO, OMS, 2013). La nascita dell'EMDR si deve ad un'osservazione casuale della psicologa Francine Shapiro che, nel 1987 mentre passeggiava in un parco e ripensava a dei ricordi dolorosi, notò che rapidi movimenti oculari le donavano sollievo dallo stress.

Questa casuale osservazione gettò le basi per la definizione di un protocollo di trattamento per le memorie traumatiche che sfrutta i movimenti oculari alternati, o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra (tattile o acustica), per ripristinare l'equilibrio eccitatorio/inibitorio, favorendo così una migliore comunicazione tra l'emisfero destro e l'emisfero sinistro.

Il modello teorico alla base dell'intervento è quello dell' Adaptive Information Processing (Elaborazione Accelerata dell'Informazione) (Shapiro, 1995) che spiega come l'evento traumatico vissuto dal soggetto venga immagazzinato in memoria insieme alle emozioni, percezioni, cognizioni e sensazioni fisiche disturbanti che hanno carat-

terizzato quel preciso momento. Tutte queste informazioni, immagazzinate in modo disfunzionale, restano “congelate” all’interno delle reti neurali e incapaci di mettersi in connessione con le altre reti ed informazioni utili.

Queste “memorie congelate”, non potendo essere elaborate, continuano a provocare disagio per il soggetto, anche dopo moltissimo tempo come fossero cicatrici invisibili che non scompaiono mai del tutto, perché la persona continua a raccontare una storia con le parole ed un’altra con le azioni, attraverso le quali continua a rimettere in scena l’esperienza traumatica (van der Kolk, 2014).

I tre caposaldi del trattamento EMDR evidenziati da Van der Kolk (2015) nel suo monumentale lavoro sul trauma sono i seguenti:

- *l’EMDR sblocca qualcosa nella mente/cervello, permettendo alle persone un rapido accesso ai ricordi e alle immagini del passato, associati in modo vago. E ciò sembra aiutarle a porre le esperienze traumatiche all’interno di un contesto o di una prospettiva più ampia.*
- *Le persone possono guarire dal trauma senza parlarne. L’EMDR li rende capaci di osservare le loro esperienze in modo nuovo, senza bisogno di uno scambio verbale con un’altra persona.*
- *L’EMDR può essere efficace anche se paziente e terapeuta non hanno una relazione di fiducia. Quest’ultimo punto si rivela particolarmente affascinante perché il trauma, come ben si sa, raramente lascia le persone con un cuore aperto e fiducioso.*

L’obiettivo dell’EMDR è quello di ripristinare il corretto e naturale processamento di elaborazione delle informazioni presenti in memoria in modo da giungere ad una risoluzione adattiva con la creazione di nuove connessioni funzionali. Durante le sedute, i ricordi vengono “desensibilizzati” e si raggiunge una rielaborazione più adattiva del ricordo stesso che non produca più sintomi psicologici invalidanti. Il paziente traumatizzato viene accompagnato verso un sano e neutrale distacco dai ricordi dolorosi in cui il trauma perde la sua immediatezza e diventa ciò che è ovvero la storia di qualcosa accaduto tanto tempo prima (Van der Kolk, 2014).

La fase di desensibilizzazione è, così come la stimolazione bilaterale, solo una delle fasi di questo complesso protocollo di trattamento che si articola in 8 step che si dipanano lungo un continuum temporale in cui, partendo da un ricordo target del passato si procede

all'identificazione della convinzione negativa nel presente (convinzione autoriferita in relazione al ricordo traumatico: “Non valgo”, “Sono incapace”, “Sono sbagliato”) e della convinzione positiva nel futuro (cioè quello che la persona piacerebbe pensare di se stessa ripensando a quell'evento) stando sulle emozioni esperite dal soggetto.

Tale approccio, come tutti del resto, consta di alcuni limiti. Ad esempio, ad oggi è stato osservato come l'efficacia di questo trattamento sia consistentemente diversa tra soggetti traumatizzati in età adulta e soggetti traumatizzati in età evolutiva.

Le più recenti ricerche hanno infatti evidenziato come la risposta al trattamento da parte di chi fosse stato traumatizzato da adulto fosse in gran parte ottimale, al punto che le persone in questione riportassero testimonianze relative a grossi benefici: «lo ricordo come se fosse qualcosa di reale, ma più distante. Di solito ero sommerso dal ricordo, mentre questa volta galleggio in superficie» (Van der Kolk, 2015, p. 291).

Nel caso in cui il trauma sia avvenuto durante l'infanzia il trattamento con l'EMDR risulta meno efficace in quanto la radicalità con la quale precoci esperienze traumatiche modificano l'assetto psico-neuro-biologico di una persona non può essere alterata da un trattamento così breve e mirato. Parafrasando le parole di Van der Kolk (2015): «l'abuso cronico nell'infanzia provoca differenze sostanziali, nell'adattamento mentale e biologico, rispetto ad eventi traumatici circoscritti in età adulta» (p. 292).

In conclusione, quanto si è cercato di evidenziare con questa rassegna, è che il trauma in termini assoluti non sia in definitiva circoscrivibile. I confini di un'esperienza traumatica sono di fatto fluttuanti da persona a persona. Come la ricerca indica e le storie dei pazienti testimoniano, le condizioni perché un trauma si strutturi nell'esperienza di una persona sono assolutamente soggettive. Vale a dire che sono necessarie delle precondizioni nella persona perché essa possa essere traumatizzata. A parità di evento si possono verificare esiti psicologici molto dissimili. Per tali motivi anche la terapia dovrà a suo modo possedere una morfologia plastica e non rigida. È infatti attraverso un approccio integrato che si ottengono i risultati migliori nel trattamento delle diverse condizioni traumatiche. La distinzione tra un trauma che si sia avvalso nello strutturarsi di precondizioni in-

fantili (trascuratezza, abuso, abbandono, violenza, ecc.), ed uno che diversamente si sia verificato in età adulta senza tali premesse, è ad esempio un fondamentale parametro da tenersi in considerazione nel processo terapeutico. Un aspetto che sicuramente si è voluto mettere in evidenza è quello del corpo, che non potrà essere trascurato nel trattamento del trauma. Van der Kolk (2015) parla molto chiaramente di come il trauma non sussista se non attraverso una radicale perdita di sicurezza verso il proprio corpo, che viene percepito come un luogo inospitale e non familiare. Sia attraverso la terapia sensomotoria che l'EMDR è possibile riaprirsi al proprio corpo e ripristinare con esso un legame sicuro, stabile e affidabile. Al pari di come le più avanguardistiche pratiche di mindfulness promuovono, vivere il proprio corpo come la propria amorevole dimora è il fondamento del sentirsi vivi e vitali, con e attraverso gli altri. Un sentimento quest'ultimo tipicamente interrotto dalle esperienze traumatiche.

Riferimenti bibliografici

- Beck A.T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Cristini C., Riva E., Minelli A., Cavagna D., Spader E., Della Vedova A.M. (2021). La clinica del trauma: una sintesi su trattamenti e tecniche. *Ricerche di Psicologia – Open Access*, (3). DOI: 10.3280/rip2021oa12110.
- Felmingham K., Kemp A., Williams L., Das P., Hughes G., Peduto A., Bryant R. (2017). Changes in Anterior Cingulate and Amygdala after Cognitive Behavior Therapy of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Science*, 18, 2: 127-129. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2007.01860.x.
- Fernandez I., Maslovaric G., Galvagni M.V. (2011). *Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR*. Napoli: Liguori.
- Heim C., Nemeroff C.B. (2009). Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr*, 14, 1, 13-24. DOI: 10.1016/s0959-4388(00)00080-5.
- Herman J.H. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Herman J.L., Russo R. (trad. di). (2005). *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo* (2005). Roma: Magi Edizioni.
- Krystal H. (1988). *Integration and Self-Healing: Affect-Trauma-Alexithymia*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Kurtz R. (1990). *Body-Centered Psychotherapy: The Hakomi Method: The Integrated Use of Mindfulness, Nonviolence and the Body*. LyfeRhythm.
- Liotti G., Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della teoria dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.

- Liotti G., Farina B. (2013). Un'esplorazione neuroscientifica della dissociazione post-traumatica e la sua rilevanza per l'etica della psicoterapia. *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, 4, 3, 325-337. DOI: 10.4453/rifp.2013.0033.
- Mazza M., Pino M.C., Tempesta D., Catalucci A., Masciocchi C., Ferrara M. (2016). Attività neurale correlata alle difficoltà emozionali ed empatiche in soggetti con disturbo post-traumatico da stress sopravvissuti al terremoto dell'Aquila nel 2009: *Epidemiologia&Prevenzione*, 40, 2, 42-44. DOI: 10.19191/EP16.2S1.P042.046.
- Moghadam S., Kazemi R., Taklavi S. (2020). Comparing the effectiveness of eye movement desensitization reprocessing and cognitive behavioral therapy in reducing post traumatic stress disorder. *Health Psychology Report*, 8, 1, 31–37. DOI: 10.5114/hpr.2019.92305.
- Ogden P., Minton K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6, 3, 149-173. DOI: 10.1177/153476560000600302.
- Ogden P., Pain C., Fisher J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatr Clin North Am*, 29, 1, 263-79. DOI: 10.1016/j.psc.2005.10.012.
- Ogden P., Minton K., Pain C. (2012). *Il trauma e il corpo. Manuale di Psicoterapia Sensomotoria*. Sassari: Istituto Scienze Cognitive.
- Ogden P., Fisher J. (2016). *Psicoterapia Sensomotoria. Interventi per il trauma e l'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pagani M., Di Lorenzo G., Verardo A.R., Nicolais G., Monaco L., Lauretti G., Russo R., Niolu C., Ammaniti M., Fernandez I., Siracusano A. (2012). Neurobiological correlates of EMDR monitoring – an EEG study. *PLoS One*, 7(9), e45753. DOI: 10.1371/journal.pone.0045753.
- Pagani M., Carletto S, a cura di (2019). *Il cervello che cambia. Neuroimaging: il contributo alle neuroscienze*. Milano: Mimesis.
- Porges S. (2014). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Psych Central. (2017). The 3 Parts of Your Brain Affected by Trauma. *Psych Central*. Testo disponibile al sito: <https://psychcentral.com/blog/archives/2017/07/03/the-3-parts-of-your-brain-affected-by-trauma/>
- Seider G.H., Wagner F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515-22. DOI: 10.1017/S0033291706007963.
- Siegel D.J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Siegel D.J. (2009). *Mindfulness e Cervello*. Milano: Raffaello Cortina.
- Siegel D.J. (2021). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale. (Terza Ed)*. Milano: Raffaello Cortina.
- Shapiro F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 2, 199-223. DOI: 10.1002/jts.2490020207.

- Shapiro F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro F., Solomon R.M. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Neurocognitive information processing. In Everly G., Mitchell J., *Critical Incident stress Management*. Ellicott City, M.D: Chevron Publishing.
- Shapiro F., Solomon R.M. (2010). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Corsini Encyclopedia of Psychology*. DOI:10.1002/9780470479216.corpsy0337
- Tavaglini G. (2011). Modulazione dell'arousal, memoria procedurale ed elaborazione del trauma. Il contributo clinico del modello polivagale e della psicoterapia sensomotoria. *Cognitivismo clinico*, 8, 1, 60-72. Testo disponibile al sito: <https://www.apc.it/wp-content/uploads/2013/03/05-tagliavini.pdf>.
- Van der Kolk B.A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In van der Kolk B., McFarlane A.C., Weisaeth L., *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- Van der Kolk B.A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Penguin Putnam Inc.
- Van der Kolk B.A., Patti M.S., a cura di, Vassalli A., a cura di (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Van der Kolk B.A. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the transformation of trauma*. Londra: Penguin Books.
- World Health Organization/Organizzazione Mondiale della Sanità (2013). Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress. Geneva. Testo disponibile al sito: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf (2023).
- World Health Organization/Organizzazione Mondiale della Sanità (2018). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Testo disponibile al sito: <https://icd.who.int/>

Contributi da Scint e Itci

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>

Riflessioni:

- Linee di continuità tra post-razionalismo, terza onda e Compassion Focused Therapy: una riflessione preliminare

Project Work Scint 2022:

- Ricerca applicata in psicoterapia nella prospettiva cognitivo-interpersonale
- Personalità e problemi internalizzanti ed esternalizzanti: il ruolo delle organizzazioni di significato personale
- Medici e infermieri tra organizzazioni di significato personale, burnout e coping: uno studio esplorativo
- Covid web survey: utilizzo del web in epoca post-pandemica. un'indagine retrospettiva
- Mindfulness e autismo: una proposta di intervento per adolescenti e giovani adulti
- Organizzazioni di significato personali e sintomi psicotici: una *case series*

RIFLESSIONI

LINEE DI CONTINUITÀ TRA POST-RAZIONALISMO, TERZA ONDA E COMPASSION FOCUSED THERAPY: UNA RIFLESSIONE PRELIMINARE

Antonio Petracca

L'intenzione da cui nasce la presente riflessione è il desiderio di individuare e comprendere i punti di contatto tra i modelli di intervento psicoterapeutico che caratterizzano il mio percorso di formazione e di insegnamento alla Scuola Scint. Sono figlio di una generazione di psicoterapeuti che si è formata ed avviata alla pratica clinica in un periodo storico di evidente metamorfosi nell'ambito delle Scienze Psicologiche ad indirizzo cognitivista. Non pochi autori esprimono l'intuizione che si possa giungere a un "modello dei modelli" che abbia come meta modello la teoria dell'attaccamento, che ci permette di leggere efficacemente anche le dinamiche interpersonali, continuando a rispondere con efficacia alla domanda dei nostri pazienti che sono sempre più spesso connesse tematiche che hanno a che fare con la relazionalità.

Una prima "pennellata" sui fondamenti della psicoterapia post-razionalista

Per uno psicoterapeuta post-razionalista, la qualità del lavoro non si basa sul raggiungimento di verità più adeguate che contrastino i pensieri irrazionali dei pazienti, ma sulla possibilità per la persona di acquisire maggiore consapevolezza di sé, in modo da diminuire la discrepanza tra quello che ci si racconta e quello che inconsapevolmente si sente al livello delle emozioni e delle sensazioni fisiche. In questa cornice lo psicologo è, come sostiene Vittorio Guidano, un *perturbatore strategicamente orientato* che, nella relazione e con la relazione, guarda le oscillazioni emotive del paziente e le sue invarianti di significato per facilitare la comprensione di quello che man mano si va costruendo (1988).

In questo senso, se della psicologia cognitiva tradizionale il sintomo e il disagio psicologico viene visto come il prodotto delle convinzioni

Doi: 10.3280/mdm1-2022oa16498

Modelli della Mente (ISSNe 2531-4556), 1/2022

Copyright © FrancoAngeli

45

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial -
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>

irrazionali o distorte sulle quali il terapeuta, con il suo intervento fondamentalmente persuasivo, opera un tentativo di ristrutturazione razionale sistematica; Guidano con il post-razionalismo prenderà le distanze dall'idea di realtà esterna unica e stabile, indipendente dai soggetti percipienti che la esperiscono. Si afferma una nuova concezione della conoscenza, costruita dalla mente sulla base dell'esperienza emozionale e poi riordinata attraverso la capacità di narrare se stessi.

Il soggetto è, dunque, visto come “Costruttore di Significati”. Ciò significa che non si ammette che esistano informazioni disponibili al di fuori della mente stessa: esistono, piuttosto, perturbazioni che diventano informazioni nel momento in cui la mente le elabora. L'informazione è, dunque, un prodotto della mente, ovvero un prodotto di elaborazione. Gli schemi di conoscenza costruiti sono passibili di due tipi di codificazione, che corrispondono rispettivamente a due livelli differenti di conoscenza, ovvero la *conoscenza tacita* e quella *esplicita*. *La prima* è codificata in forma analogica, pertanto è tacita, inconsapevole e rappresenta gli aspetti più arcaici e stabili della conoscenza di sé e del mondo ed è sempre accompagnata da una coloritura affettiva. Essa fornisce a ciascuno gli aspetti invariati della sua percezione (Guidano, 1988; 1991/1992). Tale livello, anche definibile come *esperienza immediata* (l'Io) corrisponde alla conoscenza emozionale, e le immagini e le tonalità emotive di base di tale dominio sono scatenate dalla modulazione dei processi di attaccamento alle figure significative (Guidano, 1991). *La seconda* invece è codificata analiticamente, è una forma di conoscenza esplicita, consapevole, che, nonostante si strutturi sulla base dei punti di riferimento forniti dalla conoscenza tacita, prende forma solo in seguito all'internalizzazione del linguaggio (Pace, 1999). Questo è *il livello della spiegazione* (il Me) e corrisponde alla rete di distinzioni costituita da interpretazioni, credenze, argomentazioni, narrazioni ecc. Tali distinzioni compiute attraverso il linguaggio non sono ricavate dal mondo esterno oggettivo, ma dall'esperienza immediata. Ciò spiega il motivo per il quale la conoscenza è sempre personale, relativa, e riflette la storia dell'individuo (Lecannelier, 2000).

Il livello della spiegazione, dunque, opera sull'esperienza immediata riordinandola in una sequenza narrativa cronologica, causale e tematica: dal flusso costante dell'esperienza immediata sottoposta alle distinzioni del linguaggio nasce e si sviluppa il Sé (Guidano, 1991).

Una pennellata sui fondamenti della psicoterapia cognitiva di terza onda

Il termine “terza onda” (*third wave* in inglese) compare per la prima volta in un articolo scientifico, scritto da Steven Hayes (2004); uno psicologo di origine comportamentale che ha formulato e sistematizzato, insieme a Strosahl e Wilson, l’*Acceptance and Commitment Therapy* (2013). L’ACT è un modello psicoterapeutico che nasce da un lavoro di Ricerca di circa quindici anni e che ha messo a punto alcuni importanti “avanzamenti”, basati su una importante acquisizione metodologica che prende il nome di Mindfulness.

Il termine Mindfulness non ha una chiara traduzione. Può essere mutuato dalla parola *Sati* che, nella lingua Pali, significa letteralmente consapevolezza, attenzione e ricordo (Germer *et al.*, 2005). Jon Kabat-Zinn, biologo e scrittore statunitense; prendendo ispirazione dal pensiero buddista, dalle pratiche di yoga e dalla meditazione zen, pur rendendole scevre però della componente religiosa, nel 2003 sviluppa una sua definizione di Mindfulness che riconosce come «la Consapevolezza che emerge, prestando attenzione intenzionalmente, nel momento presente, e in modo non giudicante al presentarsi dell’esperienza momento dopo momento» (2003).

Ciò detto, cosa si intende per “avanzamenti” nella Pratica Clinica?

Se nella Tradizione della Terapia Cognitiva l’impronta dell’intervento clinico è essenzialmente orientata a correggere e “riparare ciò che è rotto”, nei protocolli mindfulness-based, il focus è orientato “al cambiamento nel rapporto con l’esperienza”.

Questa sostanziale differenza rappresenta un passaggio epocale nella tradizione della Terapia Cognitiva. Da un punto di vista antropologico si osserva un interesse crescente verso il ruolo dei valori e della componente spirituale nella vita degli individui come strumento di comprensione della mente umana e della sofferenza da essa generata.

Inoltre:

- da un punto di vista nosografico si osserva la tendenza a voler rendere meno categoriale il concetto di sofferenza mentale, in riferimento al DSM, il Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali (2016);
- da un punto di vista squisitamente clinico si ravvede l’esigenza di integrare, nei Modelli di intervento, fattori di intervento comuni a tutte le psicoterapie efficaci (2018);

- le evidenze scientifiche neurobiologiche e psicofisiologiche supportano, in modo crescente, la rilevanza clinica delle pratiche meditative (Hauswald *et al.*, 2015).

Negli ultimi anni l'applicazione clinica di protocolli di intervento psicoterapeutico è cresciuta in modo esponenziale. Tra questi è possibile riconoscere la Compassion Focused Therapy – CFT, che attualmente pratico e insegno. Si tratta un modello di intervento inizialmente sviluppato per aiutare persone che presentano elevati livelli di autocritica e vergogna. Il protocollo, attraverso un set di specifiche pratiche meditative, esercizi esperienziali e tecniche mutuare da approcci terapeutici in modo trasversale, mira ad una progressiva rimodulazione dei sistemi motivazionali a favore del sistema dell'accudimento, e promuove nel paziente atteggiamenti di gentilezza e compassione verso se stesso. Dunque dal geniale disegno di Jon Kabat Zinn è possibile oggi affermare che la mindfulness ha ispirato l'ideazione e lo sviluppo di specifici protocolli orientati alla promozione del benessere psicologico e alla cura, come la CFT, che sono diffusi in tutto il mondo.

Linee di continuità tra approcci

Nell'intenzione di comprendere le possibili punte di continuità tra l'eredità del pensiero di Vittorio Guidano e il portato dei modelli psicoterapeutici di terza ondata, è possibile fare sintesi attraverso due sostanziali concetti:

- *Il focus sull'osservazione.*
- *Il focus sul canale emotivo del paziente.*

Il terreno comune nel quale affondare le radici di tale riflessione è la tecnica elettiva della psicoterapia post-razionalista: la Moviola propriamente definito Metodo Auto-osservativo.

Così come lo ha sempre inteso Vittorio Guidano, il lavoro terapeutico nell'ottica Post-Razionalista si svolge nell'interfaccia tra esperienza immediata e immagine cosciente di sé (1992). In questo senso il lavoro in Moviola spinge il paziente a focalizzare la propria attenzione sul rapporto che c'è tra questi due livelli e sulle possibili modalità di integrazione tra i due piani dell'esperienza umana: *da un lato*, si porta il paziente ad osservare gradualmente come alcuni

eventi specifici dell'esperienza immediata possano non essere riconosciuti come propri, ma essere percepiti in termini egodistonici, come fatti inspiegabili ed estranei a sé; *dall'altro*, si orienta il paziente a riconoscere come le spiegazioni che si attribuisce siano un indizio di come egli tenta di riordinare in termini espliciti le percezioni immediate di sé e del mondo, per mantenere un'immagine di sé accettabile e consistente.

Il procedimento basico del metodo consiste nell'analizzare determinate situazioni, scomponendole e ricomponendole in "unità sceniche", ognuna delle quali è composta da un'azione, un dominio cognitivo e lo stato emotivo corrispondente. In tal senso, nel ripercorrere la scena da ricostruire, il paziente è spinto a collocarsi alternativamente su due distinti punti di vista da osservare: *un punto di vista interno* e *un punto di vista esterno* alla scena. Guidano considerava la modalità di *osservazione esterna della scena* "un lavoro in cui il paziente viene messo in condizione di vedersi da fuori e di avere verso sé stesso un atteggiamento analogo a quello che si ha nell'osservare un personaggio di un film (2008)", ed è in questo interstizio che è possibile costruire ponti con uno degli assunti teorici fondamentali delle psicoterapie di terza ondata: *la de-fusione cognitiva*. Tale concetto consiste nel riconoscere la propria attività mentale come tale e nel differenziarsene: come per dire: "*io non sono la mia mente*".

Pertanto praticare la *de-fusione* rappresenta, al pari dell'*osservare la scena da fuori*, un modo per guardare da una prospettiva diversa, più lontana, le esperienze interiori; così da rendere più complessità al Sé nel suo divenire e favorire un aumento di consapevolezza attraverso l'abilità orientata, non a fondersi, ma a *notare* i pensieri distinguendoli dalla realtà (2016).

Il focus sul canale emotivo del paziente è un interstizio nel quale prende respiro un ulteriore anello di congiunzione tra la psicoterapia post-razionalista di Vittorio Guidano e le psicoterapie mindfulness-based, in riferimento alla Compassion Focused Therapy di Paul Gilbert. Tale anello di congiunzione trova piena corrispondenza nell'opera di Paul Gilbert, che già riprendeva da Haidt (2001) l'esistenza di due differenti sistemi di elaborazione dell'informazione: un sistema di elaborazione esplicita controllata ed un sistema di elaborazione implicita automatica; in una virtuosa connessione con la con-

cettualizzazione di Vittorio Guidano rispetto alle già citate dimensioni del Sé. Nello specifico, seppure l'obiettivo terapeutico è mosso da differenti assunti epistemologici, entrambi gli autori riconoscono l'importanza di approfondire il livello esperienziale ed esperito del paziente e sottolineano l'urgenza di perimetrare la pratica clinica anche alla dimensione emotiva e tacita del paziente. Paul Gilbert, a tal proposito, ha introdotto l'innovativa idea che nell'uomo esistano tre importanti sistemi di Regolazione funzionali alla sopravvivenza:

- il Sistema di Protezione dalla minaccia (*Threat System*) che ha la funzione di individuare e proteggerci dalle minacce.
- Il Sistema di Esplorazione e Ricerca delle risorse (*Drive System*) che ha la funzione di motivarci a cercare le risorse di cui abbiamo bisogno.
- Il Sistema di Sicurezza (*Soothing System*) che ha la funzione di "assimilare e di essere connessi" con le risorse già presenti.

Ma facciamo un passo indietro per comprendere cos'è la Compassione.

La Compassione non è pietà, non è una forma di sentimentalismo, nè una reazione emotiva; bensì una relazione che incide sui tre sistemi di Regolazione, e come tale, richiede competenze comunicative e relazionali (1989). Probabilmente la definizione più conosciuta di Compassione è quella del Dalai Lama che riconosce nella Compassione «l'intenzione e il desiderio di alleviare la sofferenza sia propria che altrui» (2003); pertanto, non esiste una separazione tra empatia per gli altri e la Self Compassion: in tibetano, infatti, il termine "Tsewa" comprende sia la Compassione per sé che per gli altri. A partire da questa definizione, la suggestiva concettualizzazione introdotta da Gilbert vede incarnare, nel tema della Compassione, tre essenziali qualità:

La Forza

Nella premessa che l'archetipo della forza consista, al mondo d'oggi, lanciarsi in modo rapace nelle azioni e nelle relazioni, piuttosto che nel dimostrare il proprio successo nella vita sociale ed economica; le tradizioni filosofiche orientali ci insegnano che la *forza d'animo* nasce, invece, proprio dal *vedere* la sofferenza del mondo e dal *vedere*, con

coraggio, le fragilità dell'essere umano. La forza d'animo è, quindi, la molla che ci spinge ad andare avanti: a superare le difficoltà e a vincere le avversità che la vita ci riserva (1989).

La Saggezza

Nel *fil rouge* delle tre qualità della Compassione, la Forza ci “sostiene con coraggio” nell'esplorare la Saggezza. La Saggezza nasce dalla contemplazione di alcune grandi verità che ci appartengono da sempre: in prima battuta la presa di coscienza che, nonostante l'uomo per sua natura eviti il male, il dolore nel mondo esista e che siamo, tutti noi esseri umani, simili in questa “*umanità condivisa*” (Neff, 2003).

In seconda battuta che non abbiamo scelto di nascere e che siamo solo la migliore versione possibile di noi stessi. Infine che (purtroppo o per fortuna) abbiamo una mente molto più evoluta e performante rispetto ai nostri antenati; ma proprio per questo, siamo molto più esposti al rischio di non utilizzarla sempre in modo funzionale e allineato a ciò che per Noi conta davvero (Gilbert, 1989).

La Dedizione

Queste due potenti qualità, ora presentate, sono da immaginare non statiche ma mosse dal desiderio autentico e dall'intenzione di essere aperti al sollievo dalla sofferenza degli altri e di Noi stessi. Questa è la Dedizione: la cabina di regia delle tre qualità che ispira al considerare la Compassione come una Motivazione.

Su tale concettualizzazione Paul Gilbert, ispirato dagli studi di Giovanni Liotti (2014), intende la Compassione come una *motivazione* ed, in questo senso, l'obiettivo clinico – in una “*calda*” relazione terapeutica – è orientato ad una sostanziale rimodulazione dei sistemi motivazionali a favore del sistema motivazione dell'accudimento, verso sé stessi oltre che per gli altri.

Pertanto attraverso la messa a punto di specifiche pratiche meditative, esercizi esperienziali, l'utilizzo di tecniche mutuare dalla Mindfulness e da approcci psicoterapeutici trasversali, nel corso del

Processo Terapeutico è possibile “*attraversare*” i tre cosiddetti “Flussi della Compassione”:

- “La Compassione degli altri verso di noi” con esercizi volti a richiamare alla memoria e/o immaginare episodi in cui qualcuno (*una figura compassionevole*) o qualcosa (*un luogo o un colore compassionevole*) suscitano compassione verso di noi;
- “La Compassione che scaturisce da noi ed è diretta verso gli altri” con esercizi volti a vivere e rivivere episodi in cui naturalmente abbiamo sperimentato compassione verso le altre persone;
- “La Compassione verso noi stessi (*Compassione di Sé*)” con esercizi volti a sperimentare un desiderio di validazione e di aiuto incondizionato verso Noi stessi e le parti di Noi che soffrono; nel tentativo di accompagnare il paziente all’apertura di sensazioni di vicinanza e calore umano: le stesse, che in un determinato periodo della sua vita, sono state probabilmente criticate ed invalidate.

In riferimento alla CFT e ai tre sistemi di regolazione emotiva, coltivare la Compassione evidentemente favorirà un aumento del “Soothing System”.

Questo Sistema è responsabile di una particolare gamma di emozioni positive, come la calma, la tranquillità e l’appagamento, che si sperimentano quando non c’è l’esigenza di difendersi da minacce o lottare per acquisire risorse e raggiungere degli standard (Depue *et al.*, 2005). Questa sensazione di sicurezza e appagamento che si sviluppa in interazioni improntate al calore e all’affiliazione, è caratterizzato, a livello fisiologico, dall’attivazione delle endorfine e dell’ossitocina, l’ormone della pro-socialità (Gilbert, 2010).

In tal senso l’aumento di questo effetto calmante ha delle spiegazioni chiare e fondate su studi nel campo della fisiologia. Basta pensare alle affascinanti ricerche sulla “*Heart Rate Variability*” (HRV), “la Variabilità Interbattito”, ovvero un indicatore del benessere psicofisiologico di ogni essere umano che, mediante la misurazione della variabilità cardiaca, rappresenta un indice di efficienza dell’autoregolazione emotiva dell’organismo. Nello specifico, numerosi studi attestano che in stati di rimuginio, ansia, o di stress, si osserva una bassa Variabilità Interbattito. Al contrario, i risultati di uno studio atto ad esaminare l’effetto di un breve trattamento in biofeedback sulla variabilità della frequenza cardiaca con l’induzione di stress cognitivo in laboratorio, suggeriscono che al biofeedback HRV

è associato un miglioramento delle prestazioni cognitive e contemporaneamente un aumento di rilassamento. Questo dato è confermato da una ricerca del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Boston (2017), che, attraverso una meta-analisi, ha evidenziato che trattamenti di HRV mediante biofeedback producono risultati significativi nella riduzione dei sintomi di ansia e stress.

Faccio notare, per comprendere la fondamentale efficacia della mindfulness, che si evidenzia la presenza di una maggiore Variabilità Interbattito nei soggetti che praticano con regolarità la meditazione. E, come è vero che la misurazione della HRV mostra l'effetto della pratica meditativa nel produrre benessere psicofisico e – al cuore della CFT – un aumento del Sistema Calmante; è altrettanto vero che l'indice di Variabilità Interbattito ha una sua significativa correlazione anche rispetto al buon esito della psicoterapia.

Di fatto a partire dall'evidenza che ridotti livelli di HRV caratterizzano, in maniera transdiagnostica, le condizioni psicopatologiche dei nostri pazienti (Beauchaine, 2015); uno studio di Petrocchi e Cheli (2019) evidenzia che la misurazione di un maggior indice di HRV, all'inizio di un percorso di psicoterapia, possa favorire il buon esito della psicoterapia stessa e che dunque, nel processo terapeutico, si palesi come un fattore protettivo: *sia* rispetto alla capacità di autoregolazione emotiva (anche a fronte di emozioni *difficili*), *sia* rispetto ad una maggior attitudine a sviluppare “*motivazioni pro-sociali*” come la compassione (2019).

Al netto di ciò è possibile ritenere che l'efficacia della Compassion Focus Therapy, nella rimodulazione degli assi motivazionali a favore del sistema d'Accudimento e nell'aumento del Sistema Calmante, passa attraverso non solo interventi di tipo “*top-down*”, di natura prettamente cognitiva, ma anche di tipo “*bottow-up*”: attraverso esercizi corporei mirati e le pratiche meditative è possibile sviluppare la Compassione.

L'esplorazione curiosa e gentile del proprio corpo, mediata dalla stimolazione di alcuni punti sensibili strettamente connessi all'aumento del tono vagale – come la pronuncia sobria di un sorriso, piuttosto che dare a se stessi il permesso di abbracciarsi o di accarezzare il proprio viso – può aumentare potentemente il benessere psicofisico e, nell'aumento dell'HRV, favorire la qualità dell'accudimento verso sé stessi.

Se, come diceva Guidano I pensieri modificano i pensieri, e le emozioni modificano le emozioni, ora sappiamo che anche le sensazioni corporee, messe a tema da tutti gli interventi mindfulness based e mindfulness oriented, possono modificare le sensazioni corporee e, con esse, gli assetti fisiologici del corpo.

Riferimenti bibliografici

- Beauchaine T.P.F., Thayer J.F. (2015). Heart rate variability as a transdiagnostic biomarker of psychopathology. *Giornale internazionale di psicofisiologia*, 98(2), 2.
- Bowlby J. (1973): *Attaccamento e perdita (Vol. 2). La separazione dalla madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Crane R. (2009). *Mindfulness-Based Cognitive-Therapy: Distinctive Features*. London: Routledge.
- Depue R.A., Morrone-Strupinsky J.V. (2005). Un modello neurocomportamentale di legame di affiliazione: implicazioni per concettualizzare un tratto umano di affiliazione. *Scienze comportamentali e cerebrali*, 28.
- Germer C.K., Siegel R.D., Fulton P.R. (a cura di). (2005). *Mindfulness e psicoterapia*. New York: Guilford Press.
- Gilbert P. (1989). *Human nature and suffering*. London: Erlbaum.
- Gilbert P. (2009). *The Compassionate Mind*. London e New Harbinger. Oakland, CA: Constable & Robinson.
- Gilbert P. (2010). *Compassion Focused Therapy. Distinctive Features*. London: Routledge. Trad. it.: a cura di Petrocchi N. (2012). *La terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distintive*. Milano: Franco Angeli.
- Gyatso Tenzin (Dalai Lama) (2003). *L'arte della compassione. Comprendere e amare gli altri per vivere in armonia col mondo*. Milano: Ed. Sperling & Kupfer.
- Goessl V.C., Curtiss J.E., Hofmann S.G. (2017). The effect of heart rate variability biofeedback training on stress and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goshvarpoura A. (2021). Asymmetry of lagged Poincare plot in heart rate signals during Meditation. *Giornale di medicina tradizionale e complementare*, 11, 1.
- Guidano V.F. (1988). *The complexity of the self*. New York: Guilford Press. Trad. it. *La complessità del sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano V.F. (1991). *Conferenza "Psicoterapia post-razionalista e ciclo di vita individuale"*. Trascrizione a cura di Gianni Cutolo.
- Guidano V.F. (1992). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive theory*. New York: Guilford Press.
- Hayes S.C. (2004). *La Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno e le nuove terapie comportamentali: Mindfulness, accettazione e relazione*. In Hayes S.C.,

- Follette V.M., Linehan M. (a cura di), *Consapevolezza e accettazione: espandere la tradizione comportamentale cognitiva*. New York: Guilford.
- Hayes S.C., Luoma J., Bond F.W., Masuda A., Lillis J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. (2013). *ACT. Teoria e pratica dell'Acceptance and Commitment Therapy*. Milano: Raffaello Cortina.
- Hauswald A., Ubelacker T., Leske S., Weisz N. (2015). What it means to be zen: Marked modulations of local and interareal synchronization during open monitoring meditation. *Neuroimage*, 108, 265-273.
- Labruschi F. (2008). *La tecnica della moviola: effetti sul mondo interno del paziente*. In Reda M.R., Pilleri M.F. (a cura di). *Il processo psicoterapeutico nell'ottica post-razionalista. Atti del Convegno (pp. 57-66), Siena, 30 Maggio 2008*. Internet: <http://www.unisi.it/eventi/psicologia08/atti.pdf>.
- Lecannelier F.A. (2000). *Posraccionalismo y Posmodernismo, Instituto de Terapia Cognitiva*. INTECO Santiago de Chile.
- Linehan M. (2011). *Trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti G., Monticelli F. (2014) *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica: la prospettiva cognitivo-evolutionista*. Milano: Raffaello Cortina.
- Luciano M., et al. (2016). Critiche e prospettive degli attuali sistemi di classificazione in psichiatria: il caso del DSM-5. *Riv. Psichiatria*, 51(3).
- Neff K. (2003). *Auto-compassione: una concettualizzazione alternativa di un sano atteggiamento verso se stessi, sé e identità*, 2:2.
- Pace A. (1999). Il modello evolutivo strutturalista di Vittorio Guidano e Giovanni Liotti. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 5(1), 101-136.
- Petrocchi N., Cheli S. (2019). The social brain and heart rate variability: Implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92.
- Polk K.L., Schoendorff B., Webster M., Olaz F.O. (2016). *La matrice ACT. Guida all'utilizzo nella pratica clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Prinsloo G., Rauch L., Lambert M.I., Muench F., Timothy D., Noakes T., Derman W.E. (2011). The Effect of Short Duration Heart Rate Variability (HRV) Biofeedback on Cognitive Performance During Laboratory Induced Cognitive Stress. *Applied Cognitive Psychology*. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com).
- Toro M.B., Ascrizzi M.C., Cantelmi T. (2011). Dal Post Razionalismo al Cognitivism Interpersonale. *Modelli per la Mente IV* (1), 7-12. Milano: Franco Angeli.
- Toro M.B., Romani C., Ventura S. (2021) *MANUALE PER ISTRUTTORI MINDFULNESS. Linee guida per la conduzione del protocollo MBSR*. Yoga Journal.

Riviste

SERVIZI ONLINE PER ATENEI

Dal 2013 oltre 80 riviste FrancoAngeli sottoscrivibili per gli Atenei in versione online **con diritto d'accesso perpetuo al corrente e a tutti gli arretrati disponibili.**

Tramite un'unica licenza è possibile accedere:

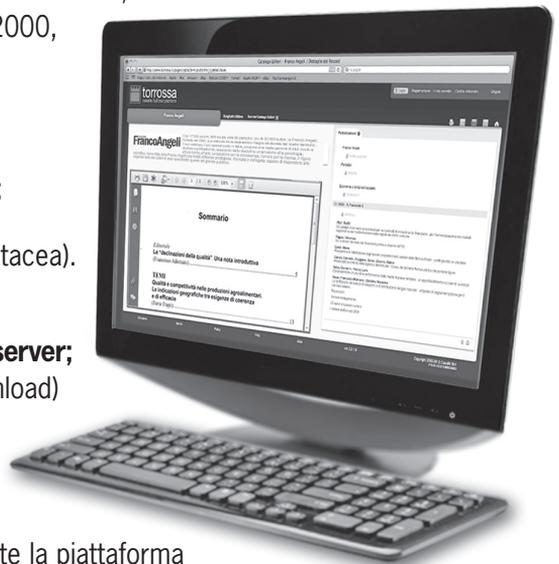
- alle versioni in formato digitale delle **annate in corso**;
- a tutte le annate arretrate (a partire dal 2000, se disponibili) in formato digitale;
- con **diritto d'accesso perpetuo.**

Le modalità di accesso consentono:

- la ricerca (per autore, per titolo, full-text);
- la visualizzazione del documento (corrispondente a quello dell'edizione cartacea).

Come **facoltà opzionali** sono previsti:

- diritti di accesso da remoto tramite **proxy server**;
- diritti di effettuare **copia e incolla** (download) ad uso personale.



La fruizione di tutti i contenuti avviene tramite la piattaforma

Torrossa - Casalini Full Text Platform

Per informazioni: riviste@francoangeli.it



Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

RICERCA APPLICATA IN PSICOTERAPIA NELLA PROSPETTIVA COGNITIVO-INTERPERSONALE

Francesca Boldrini

Conosciamo la realtà e quanto ci circonda attraverso l'esperienza che facciamo del mondo. Siamo in grado di osservare i fenomeni che abbiamo intorno, di ipotizzare e di descrivere le relazioni intercorrenti. Come attenti osservatori, valutiamo e ampliamo in ogni momento la nostra esperienza, producendo conoscenza nei più ampi e disparati contesti. Questo processo da sempre appartiene all'uomo. All'esperienza diretta, di per sé limitata dalla finitezza dei sensi, arriva in supporto la scienza, proponendo metodi coerenti che ci permettono di tramutare l'esperienza in conoscenza sistematizzata. La scienza offre agli osservatori un linguaggio comune, declinato in principi e procedure riconosciute e condivise. L'utilizzo di metodologie convalidate e di metodi rigorosi, coerenti e replicabili rappresentano elementi significativi nell'approccio scientifico alla realtà; al fine di poter generare risultati affidabili, è necessario raccogliere e osservare la grande quantità di informazioni che il mondo ci offre in maniera sistematica e replicabile.

Un approccio empirico, un metodo di osservazione controllato, un resoconto obiettivo di concetti e costrutti ben definiti, l'impiego di strumenti che siano accurati, precisi, validi e attendibili aiutano l'osservatore a verificare le sue ipotesi, guidando la produzione di informazioni su un dato oggetto di studio. Questo è il lavoro della metodologia della ricerca. Anche le scienze sociali, la psicologia e la psicoterapia, come le altre discipline, hanno fatto propri questi principi, su più dimensioni.

Da una parte lo studio dei fenomeni osservati in quanto tali, costrutti complessi nelle discipline citate: perché un fenomeno si verifica in un determinato modo? In quali condizioni si verifica? Cosa lo caratterizza? Come si sviluppa il funzionamento dei meccanismi psicologici fondamentali?

Parallelamente, la ricerca traslazionale si propone di trasferire gli esiti della ricerca di base in pratiche cliniche e d'intervento

Doi: 10.3280/mdm1-2022oa16499

Modelli della Mente (ISSNe 2531-4556), 1/2022

Copyright © FrancoAngeli

57

psicologico. Questo approccio permette di tramutare il sapere raccolto dalla ricerca in base al fine di migliorare la qualità di vita della popolazione e promuovere dimensioni di benessere psicologico, in ambiti differenti. La ricerca traslazionale, mutuata dal modello medico, rappresenta in psicologia un campo in continua evoluzione, che si propone di coniugare assieme la ricerca accademica e le applicazioni pratiche della stessa.

È proprio in questo ambito che si vogliono inserire i lavori di Project Work, proposti dagli allievi del II anno (A.A. 2021-2022) nel percorso formativo dell'Istituto di Terapia Cognitivo Interpersonale.

Il lavoro degli allievi è stato organizzato in piccoli gruppi e ha previsto il confronto con tutte le componenti fondamentali del processo di ricerca: dall'individuazione di un quesito di ricerca, la generazione di ipotesi, la formulazione di definizioni operative delle variabili considerate, la valutazione e scelta di un appropriato disegno di ricerca, raccolta e valutazione dei dati.

I contributi qui riportati hanno preso in esame temi centrali per la cura e il benessere della persona, in condizioni di tipicità e atipicità, già noti e approfonditi nell'ambito del modello post-razionalista di psicoterapia cognitivo-interpersonale.

Un primo contributo (gruppo di Favini *et al.*) si è proposto di approfondire le associazioni fra caratteristiche temperamentali, problemi di natura internalizzante ed esternalizzante e organizzazioni di significato personale; gli esiti raggiunti hanno descritto il valore predittivo delle caratteristiche temperamentali rispetto alle organizzazioni di significato personale e illustrato come ciascuna organizzazione possa rappresentare un fattore di rischio per una varietà di problemi emotivi e comportamentali.

Il lavoro di Venditti *et al.* ha preso in esame alcune dimensioni del benessere lavorativo considerando professioni sanitarie d'aiuto, con particolare attenzione all'esperienza di medici e infermieri. Il contributo qui riportato si colloca in un più ampio progetto di ricerca che si propone di indagare le possibili associazioni esistenti tra alcune caratteristiche psicologiche, raggruppabili nelle "Organizzazioni di Significato Personale", come inteso da Guidano (1992), e alcune strategie di gestione dello stress da parte di medici e infermieri.

Un terzo contributo, proposto da Salvati *et al.*, si colloca in una prospettiva comunitaria, fornendo retrospettivamente alcuni dati

preliminari in relazione all'utilizzo del web in epoca post-pandemica da parte della popolazione adulta generale. In una più ampia cornice, il progetto si propone di approfondire dipendenza e uso compulsivo della rete pre/post Pandemia.

Il progetto proposto da Vicinanza *et al.* è costituito da un intervento di promozione della salute e del benessere psicologico, indagando gli effetti di un intervento di mindfulness ad-hoc, proposto a un gruppo di adolescenti e giovani adulti con diagnosi di autismo; tale contributo acquista un importante valore aggiunto, collocandosi in una letteratura di riferimento ancora limitata sul tema, specie in relazione alla fascia d'età considerata.

Infine, un ultimo contributo, a cura di Iodice *et al.*, si è proposto di esplorare attraverso una serie di casi clinici possibili associazioni fra sintomi psicotici e organizzazioni di significato personali in pazienti con schizofrenia in fase attiva, aprendo il campo a future possibili riflessioni su nuove prospettive di trattamento psicoterapico per i pazienti di questo gruppo clinico.

FrancoAngeli

a strong international commitment

Our rich catalogue of publications includes hundreds of English-language monographs, as well as many journals that are published, partially or in whole, in English.

The **FrancoAngeli**, **FrancoAngeli Journals** and **FrancoAngeli Series** websites now offer a completely dual language interface, in Italian and English.

Since 2006, we have been making our content available in digital format, as one of the first partners and contributors to the **Torrossa** platform for the distribution of digital content to Italian and foreign academic institutions. **Torrossa** is a pan-European platform which currently provides access to nearly 400,000 e-books and more than 1,000 e-journals in many languages from academic publishers in Italy and Spain, and, more recently, French, German, Swiss, Belgian, Dutch, and English publishers. It regularly serves more than 3,000 libraries worldwide.

Ensuring international visibility and discoverability for our authors is of crucial importance to us.

FrancoAngeli

© Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial -

No Derivatives License. For terms and conditions of usage

please see: <http://creativecommons.org>



torrossa
Online Digital Library

PERSONALITÀ E PROBLEMI INTERNALIZZANTI ED ESTERNALIZZANTI: IL RUOLO DELLE ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE

di A. Favini, M. Zammuto, G. Vinci, M. Bonomo, J. Di Tella,
V.S. Insula, F. Mazziotta

L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di esaminare il valore predittivo di alcune caratteristiche temperamentali, che rappresentano gli aspetti formali del comportamento (es., auto-regolazione, emozionalità negativa, rigidità e impulsività), rispetto alle organizzazioni di significato personale, che rappresentano strutture che includono stili cognitivi, nonché regolazione emotiva e comportamentale (Obsessiva, Depressiva, Fobica e dei Disturbi Alimentari Psicogeni). Inoltre, sono state analizzate le associazioni tra ciascuna organizzazione e i problemi internalizzanti (ansietà/depressione, ritiro sociale, somatizzazione, problemi ossessivi/compulsivi), ed esternalizzanti (comportamenti aggressivi e di rottura delle regole).

Il campione è composto da 125 giovani adulti e adulti tra i 18 e i 50 anni (72% di genere femminile). L'analisi del valore predittivo è stata svolta attraverso una serie di regressioni gerarchiche, controllando per età e genere. È emerso come l'organizzazione DAP sia predetta da bassi livelli di Attention Control e alta Sadness. La FOB, invece, risulta predetta da alta emozionalità negativa (Anger/frustration e Sadness), nonché da alta Rigidità. La OSS, è predetta da alta Anger/frustration, nonché da alti livelli di Rigidità e Impulsività. La DEP, infine, risulta predetta soprattutto da alta Anger/frustration. Le associazioni tra organizzazioni ed esiti sono state esaminate attraverso l'analisi delle correlazioni. L'organizzazione DAP si associa ad alti livelli di ansietà/depressione, mentre la FOB si associa, oltre che ad alti livelli di ansietà/depressione, anche a problemi somatici e ossessivo/compulsivi. La OSS si associa soprattutto a maggiori problemi di ansietà/depressione e problemi ossessivo/compulsivi, mentre la DEP risulta la più compromessa, associandosi a livelli più alti di ansietà/depressione, ritiro sociale, somatizzazione, problemi di natura ossessivo/compulsiva, ma anche maggiori comportamenti aggressivi e di rottura delle regole.

Tali risultati chiariscono il valore predittivo delle caratteristiche temperamentali rispetto alle organizzazioni di significato personale,

Doi: 10.3280/mdm1-2022oa16500

Modelli della Mente (ISSNe 2531-4556), 1/2022

Copyright © FrancoAngeli

61

chiarendo inoltre come ciascuna organizzazione possa rappresentare un fattore di rischio per una varietà di problemi emotivi e comportamentali. Studi futuri sono necessari per chiarire ulteriormente le associazioni emerse, al fine di avere un quadro più esaustivo del funzionamento individuale.

MEDICI E INFERMIERI TRA ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE, BURNOUT E COPING: UNO STUDIO ESPLORATIVO

L. Venditti, C. Librandi, S. Torrieri, L. Frumento

Le *helping professions* sono state impegnate in prima linea a fronteggiare l'emergenza sanitaria Covid-19 con un notevole dispendio psicofisico (Studio Heroes: The Covid-19 Health Care Workers study. Epicentro ISS, 2020). Il presente studio si propone di esplorare possibili associazioni tra alcune caratteristiche psicologiche, raggruppabili nelle Organizzazioni di Significato Personale (Guidano, 1992), indicative del modo in cui l'individuo organizza la propria conoscenza di sé e del mondo, e alcune strategie di gestione dello stress in un gruppo di medici e infermieri.

Metodo

Sono stati coinvolti 57 soggetti, (età media 32 anni; 64.7% donne, 35.3% uomini; 52.9% medici e 47.1% infermieri), reclutati presso strutture ospedaliere, residenziali o cliniche private, fra gennaio e aprile 2022. Sono stati somministrati i questionari: QSP, Questionario per la valutazione dell'Organizzazione di Significato Personale (Picardi *et al.*, 2003), per determinare le OSP prevalenti e l'HPSCS, Health Professions Stress and Coping Scale (Ripamonti, Steca, Prunas, 2007), per indagare lo stress lavoro correlato.

Risultati e conclusioni preliminari

I medici mostrano punteggi di stress medio-elevati, con livelli di stress superiori gli infermieri, con una differenza statisticamente significativa evidenziata dal T-Test per campioni indipendenti. Riguardo i 31 QSP compilati dai medici, 13 sono da considerare nulli, 10 mostrano una tendenza verso l'organizzazione OSS, 4 DAP e 2 da DEP e FOB. Il 50% dei test compilati dagli infermieri è da considerarsi nullo. Tra i validi, 6 sono appartenenti alla categoria OSS, 5 FOB, 2 DAP e per ora vi è assenza di DEP. Globalmente gli OSS rappresentano poco più del 50% del campione considerato.

Doi: 10.3280/mdm1-2022oa16501

Modelli della Mente (ISSNe 2531-4556), 1/2022

Copyright © FrancoAngeli

63

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>

Prospettive future

Le prospettive future dello studio prevedono l'ampliamento del campione e l'applicazione di un piano d'analisi statistica che permetta di esplorare le associazioni tra stress, strategie di coping e la prevalenza di una OSP nei gruppi considerati. Ci proponiamo inoltre di determinare se esiste una preferenza per una particolare strategia di coping nei due gruppi e se questa sia adattativa o meno.

COVID WEB SURVEY: UTILIZZO DEL WEB IN EPOCA POST-PANDEMICA. UN'INDAGINE RETROSPETTIVA

L. Salvati, V. Felici, M. De Nicolò, M.P. Santoponte, M. Feola

La pandemia da Covid-19 ha prodotto una significativa accelerazione nello sviluppo delle tecnologie elettroniche. In particolare, la necessità di isolamento e distanziamento sociale ha prodotto un imprevisto e intenso ricorso all'utilizzo molte piattaforme web, con possibili conseguenze sulla salute mentale della popolazione globale.

Il presente studio si propone di verificare il cambiamento delle abitudini della popolazione adulta rispetto all'utilizzo di internet prima e dopo l'inizio della pandemia, valutando la dipendenza da internet e l'uso compulsivo di esso.

Ai partecipanti è stata proposta la compilazione di un protocollo di questionari su piattaforma online che comprendeva: una scheda socio-demografica, il questionario IAT (Internet Addiction Test; Young K., 1996) e un breve questionario creato ad-hoc per indagare retrospettivamente possibili variazioni nell'utilizzo di internet PRE/POST pandemia.

Il campione sinora raccolto è composto da 357 soggetti di età compresa fra 18 e 65 anni ($M_{età}=27$ anni), 71.2% maschi. La maggioranza del campione (54.5%) è laureato, il 39.8% ha conseguito il diploma di scuola superiore, mentre la restante parte la licenza media o elementare.

Dai risultati preliminari raccolti, i soggetti riferiscono un aumento del tempo trascorso sul web durante la giornata non per motivi di lavoro, prima e dopo l'inizio della pandemia. In particolare, la percentuale di soggetti che ha dichiarato di trascorrere dalle 3 alle 5 ore online è aumentata del 5.2% (PRE-Pandemia=44,9%; POST-Pandemia=50.1%); la percentuale di soggetti che ha dichiarato di trascorrere dalle 5 alle 8 ore online è aumentata del 10.2% (PRE-Pandemia=8.2%; POST-Pandemia=18.4%); la percentuale di soggetti che ha dichiarato di trascorrere più di 8 ore online è aumentata del 2.5% (PRE-Pandemia=2.3%; POST-Pandemia=4.8%). La percentuale dei soggetti impegnati online da 0 a 2 ore si è ridotta PRE/POST Pandemia.

I risultati preliminari descritti mostrano, in linea con le attese, un

Doi: 10.3280/mdm1-2022oa16502

Modelli della Mente (ISSNe 2531-4556), 1/2022

Copyright © FrancoAngeli

65

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>

aumento dell'utilizzo della rete dopo l'inizio della pandemia da COVID-19, non per motivi di lavoro. Prospettive future prevedono l'inclusione dei dati ottenuti dalla somministrazione del questionario IAT, la realizzazione di analisi statistiche che possano permettere una più approfondita conoscenza delle variabili oggetto di studio.

MINDFULNESS E AUTISMO: UNA PROPOSTA DI INTERVENTO PER ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI

M. Arnò, V. De Carli, M. Collotta, G. Petrichella, M. Sommaro, M.B. Toro, D. Tossini, S. Vicinanza

Un numero sempre crescente di studi riconosce la mindfulness come un valido intervento a supporto di pazienti con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) (Ridderinkhoff *et al.*, 2017), riducendo aspetti di disregolazione emotiva e comportamenti problema (Cachia *et al.*, 2015). Il presente studio pilota indaga gli effetti di un intervento di mindfulness in un gruppo di adolescenti/giovani adulti con ASD, fascia di età poco approfondita in letteratura.

Metodo

Sono stati coinvolti soggetti con ASD ad alto funzionamento e i loro operatori, reclutati presso la Onlus “Tutti giù per terra”. Sono stati svolti quattro incontri a cadenza settimanale, condotti da due istruttori mindfulness. Sono stati mostrati e svolti dai ragazzi alcuni esercizi base per permettere loro di familiarizzare con la pratica, chiedendo di provare a ripeterli anche nella quotidianità. Regolazione emotiva e frequenza dei comportamenti problema sono stati valutati tramite il questionario costruito ad-hoc “Level of Distress and Emotional Dysregulation Scale”, compilato dagli operatori all’inizio (T0) e al termine degli incontri (T1).

Risultati preliminari

Sono stati coinvolti 5 soggetti (100% maschi), di età compresa fra 19 e 26 anni (Età M=23; ds=2.9). Al T0, il 100% dei soggetti presentava comportamenti problema (difficoltà a controllare l’ansia in situazioni poco strutturate, eccessivo uso del cellulare). 3 soggetti su 5 mostravano comportamenti problema più volte al giorno e 2 soggetti su 5 più volte alla settimana, 2 soggetti su 5 presentavano problematiche di disregolazione emotiva-rabbia e 4 soggetti su 5 presentavano problematiche di disregolazione emotiva-ansia.

Doi: 10.3280/mdm1-2022oa16503

Modelli della Mente (ISSNe 2531-4556), 1/2022

Copyright © FrancoAngeli

67

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>

Conclusioni preliminari e prospettive future

I risultati preliminari non mostrano variazioni degne di nota nella regolazione emotiva e nella frequenza dei comportamenti problema. Possibili prospettive future potranno prevedere: il confronto con il protocollo mindfulness adattato per l'ASD, la realizzazione di un maggior numero di incontri e il coinvolgimento dei genitori per favorire l'inserimento delle pratiche nella routine dei ragazzi. Un ampliamento del campione permetterà un miglior inquadramento dei risultati finora ottenuti.

ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALI E SINTOMI PSICOTICI: UNA CASE SERIES

D. Iodice, A. Camerlengo, B. Amoroso, G. Gervasio

Guidano aveva ipotizzato una correlazione tra sintomi psicotici e organizzazioni di significato personali (OSP) nei pazienti schizofrenici (Guidano *et al.*, 1993). Nella pratica clinica è di comune riscontro una difficoltà ad eseguire interventi di psicoterapia in pazienti in fase attiva di malattia, a causa dei disturbi formali e del contenuto del pensiero. Il nostro studio si è proposto di adoperare tali sintomi come chiave per decodificare la OSP del paziente.

Metodo

Sono stati reclutati quattro pazienti (età compresa tra i 23 e 53 anni, età media=40.75, DS=11.01; 2 M e 2 F) ricoverati presso il reparto di psichiatria dell'Università "L. Vanvitelli" di Napoli affetti da schizofrenia in fase attiva. La valutazione di tali pazienti è avvenuta tramite colloqui clinici quotidiani. L'OSP è stata valutata tramite intervista semi-strutturata sul repertorio aggressività così come proposta da Vittorio Guidano. Ciascuna intervista è stata effettuata da un medico differente, il quale ha applicato il repertorio aggressività e ha rilevato in base ad essa la OSP dell'assistito.

Risultati preliminari

Ciascuno dei pazienti è risultato appartenere ad una differente OSP. Abbiamo potuto constatare come il tipo di sintomo psicotico fosse qualitativamente correlabile alla OSP individuata. Il paziente con organizzazione DAP (Disturbo alimentare psicogeno) mostrava deliri di tipo mistico-religioso. Il paziente OSS (Ossessivo) ha mostrato allucinazioni visive a carattere sessuale. Il paziente FOB (Fobico) mostrava deliri di persecuzione e veneficio. Il paziente DEP (Depressivo) riferiva deliri nichilistici.

Conclusioni preliminari e prospettive future

Il tipo di sintomatologia riportata risulta associata con le invarianti di significato della rispettiva OSP. Il paziente DAP ha mostrato una forte necessità di approvazione esterna che si è manifestata con

Doi: 10.3280/mdm1-2022oa16504

Modelli della Mente (ISSNe 2531-4556), 1/2022

Copyright © FrancoAngeli

69

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

tematiche religiose (“faccio ciò perché Dio mi accompagna”). Il paziente OSS commentando le allucinazioni visive in cui si vedeva molestato sessualmente da figure maschili esprimeva la propria angoscia in termini dicotomici di liceità (“è sbagliato che io veda ciò”). Il paziente FOB mostrava la propria suscettibilità alla tematica della vulnerabilità personale con deliri di veneficio correlati alla sfera familiare (“mio padre mette il veleno nel caffè”). Il paziente DEP ha concretizzato il proprio senso di non amabilità tramite deliri di negazione (“non ho il cuore”).

Il nostro studio presenta numerosi limiti, legati alla scarsa numerosità campionaria, ma potrebbe rappresentare un punto di partenza per successivi studi quantitativi, con una maggiore numerosità campionaria e con interviste strutturate, per la valutazione dei sintomi della schizofrenia. Ciò potrebbe offrire nuove prospettive di trattamento psicoterapico per i pazienti affetti da schizofrenia.

Riferimenti bibliografici di *Project Work Scint 2022*

- Cachia R.L., Anderson A. & Moore D.W. (2016). Mindfulness in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review and narrative analysis. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3, 165-178.
- Carta M.G., Moro M.F. (2020). Impatto della pandemia COVID-19 sulla salute degli operatori che lavorano in strutture sanitarie o centri per la salute. The COVID-19 HEalth caRe wOrkErS (HEROES) study. Epicentro ISS, 2020.
- Guidano V.F. (1992). *Il Sè nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Picardi A., Mannino G., Arciero G., Gaetano P., Pilleri M.F., Arduini L., Vistarini L., Reda M.A. (2003). Costruzione e validazione del QSP, uno strumento per la valutazione dello stile di personalità secondo la teoria delle “organizzazioni di significato personale”. *Rivista di Psichiatria*, 38, 13-34.
- Ridderinkhof, A., de Bruin E.I., Brummelman E. & Bögels S.M. (2017). Does mindfulness meditation increase empathy? An experiment. *Self and Identity*, 16 (3), 251-269.
- Ripamonti C.A., Steca P. & Prunas A. (2007). *Health professions stress and coping scale*. Firenze: Giunti OS.
- Young K.S. (1996). Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. *Psychological reports*, 79 (3 Pt 1), 899–902. DOI: 10.2466/pr0.1996.79.3.899

Modelli della Mente

Modelli della mente è la rivista ufficiale della scuola di specializzazione in *Psicoterapia cognitivo interpersonale SCINT* (Aut Miur 2008); essa nasce come uno spazio editoriale aperto, secondo la logica dell' open access, per cui tutti i contenuti sono interamente disponibili nella versione *on line*. La connotazione della rivista è rappresentata, oltre che dall'intento di sviluppare riflessioni nel campo della psicoterapia cognitiva, anche da un forte spirito interdisciplinare, atto a favorire il dialogo tra saperi e la diffusione dei più innovativi ed attuali contributi di ricerca scientifica sulla mente. Diverse linee di pensiero vengono ospitate, al fine di essere luogo autentico di condivisione e confronto all'interno della comunità scientifica, includendo specialisti della salute mentale – psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, ma anche insegnanti, sociologi e antropologi, con l'obiettivo di accrescere e promuovere l'incontro tra una pluralità di linguaggi che riflettono e descrivono i cambiamenti e la complessità dell'attuale società postmoderna.

 **FrancoAngeli**
La passione per le conoscenze

FrancoAngeli srl, Viale Monza 106 Milano
Poste Italiane Spa – Sped in Abb. Post. – D.L. 353/2003 (conv.
in l. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano
1/2022

ISSNn 2531-4556

Edizione fuori commercio
R10001_2022_1