

# ***L'elaborazione conoscitiva nel fronteggiamento delle malattie organiche croniche. La prospettiva cognitivo-costruttivista***



Robert Adir Samolsky Dekel\*, Manuela Panico\*\*,  
Roberta Rossini\*\*\*, Silvio Lenzi\*\*\*\*

*Ricevuto il 12 novembre 2025, accettato il 12 dicembre 2025*

## **Sommario**

L'aspetto principale nel fronteggiare una condizione di malattia è l'impatto che questa ha sul corpo: non solo in termini di funzionalità, ma anche in termini di alterazione nell'esperire la propria corporeità (Grinfelde, 2018). La sofferenza fisica ed emotiva derivanti da una malattia impongono altresì il confronto con cambiamenti di sé e del proprio stile di vita (Bottomley *et al.*, 2022). Il presente lavoro si propone di illustrare, attraverso la presentazione di un caso clinico, il lavoro sulle narrazioni autobiografiche in psicoterapia e come esso favorisca una rilettura delle vicende di malattia verso una migliore integrazione rispetto al sé ed una maggiore autoefficacia, in termini di *problem solving* e di fronteggiamento delle esperienze negative (Lenzi *et al.*, 2014). Verranno altresì illustrati alcuni aspetti centrali della metodologia di elaborazione conoscitiva applicata al fronteggiamento delle malattie organiche croniche e sulle relative strategie di intervento (Lenzi, 2018).

*Parole chiave:* elaborazione conoscitiva, orientamento cognitivo-costruttivista, esperienze di malattia, embodiment.

\* Psicologo psicoterapeuta, docente coordinatore di corso presso la Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, co-referente SITCC sez. Emilia-Romagna, referente area d'interesse SITCC su Lutto e Perdita. Viale Oriani 39, Bologna; e-mail: adir.samolsky@gmail.com.

\*\* Psicologa psicoterapeuta, co-trainer presso la Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, membro del direttivo SITCC sez. Emilia-Romagna; psicoterapeuta Associazione Italiana Sclerosi Multipla. Piazza Trento e Trieste 1, Bologna; e-mail: manuela.panico@gmail.com.

\*\*\* Psicologa psicoterapeuta, docente coordinatore di corso presso la Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, dirigente psicologa UMEE Ancona – AST Ancona. Via del Fornetto 111-Ancona; e-mail: rossiniroberta78@libero.it.

\*\*\*\* Psichiatra psicoterapeuta, Didatta SITCC, Direttore della Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva. Piazza di Porta San Mamolo 7, Bologna; e-mail: silvio.lenzi@gmail.com

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSNe 2281-6046), n. 56/2025*

DOI: 10.3280/qpc56-2025oa21773

***Cognitive processing in coping with chronic organic diseases. The cognitive-constructivist perspective***

**Abstract**

The main aspect of dealing with an illness condition is the impact it has on the body: not only in terms of functionality, but also in terms of altering the experience of one's own body (Grinfelde, 2018). The diagnosis of a disease and consequent physical and emotional suffering force the person to confront changes in themselves and in their lifestyle (Bottomley *et al.*, 2022). This paper aims to illustrate, through the presentation of a clinical case, the work on autobiographical narratives in psychotherapy, how it fosters a new reading of the events of illness, towards better integration with the self, and how it promotes self-efficacy, enhancing problem-solving and coping with negative experiences (Lenzi *et al.*, 2014). Central aspects of the cognitive processing methodology applied to coping with chronic organic diseases and related intervention strategies will also be illustrated (Lenzi, 2018).

*Key words:* cognitive processing, cognitive-constructivist orientation, experiences of illness, embodiment.

## **Esperienza di malattia e identità personale**

La diagnosi di una patologia organica cronica comporta avere a che fare con trattamenti costanti e importanti cambiamenti nello stile di vita e al trovarsi di fronte a realtà dall'andamento spesso imprevedibile.

L'aspetto principale nel fronteggiare una condizione di malattia è chiaramente l'impatto che questa ha sul corpo: non solo in termini di funzionalità, ma anche in termini di alterazione nell'esperire la propria corporeità.

A tal proposito, Mara Grinfelde (2018) descrive le differenti modalità di sperimentare il proprio corpo individuando 4 dimensioni della corporeità (embodiment):

1. la *dimensione affettiva*, che fa riferimento al corpo come portatore di sensazioni;
2. la *dimensione funzionale*, riferita al libero movimento e caratterizzata dal senso di *agency*;
3. la *dimensione materiale*, il corpo nella sua concretezza in relazione causale con il mondo materiale;
4. la *dimensione sociale*, ovvero il corpo inserito in un contesto sociale.

Tutte e quattro queste dimensioni dell'embodiment sono strettamente intrecciate nell'esperienza di malattia, che può essere potenzialmente vissuta come:

- limitazione delle possibilità di azione (la dimensione funzionale dell'*embodiment*);
- insieme di sensazioni, emozioni e stati d'animo scarsamente riconoscibili e di conseguenza difficilmente esprimibili (la dimensione affettiva dell'*embodiment*);
- senso di estraneità rispetto al proprio corpo (la dimensione materiale dell'*embodiment*);
- non accettazione del proprio corpo sottoposto allo sguardo dell'Altro (la dimensione sociale dell'*embodiment*).

In questi termini, nella malattia il soggetto improvvisamente non sente più il corpo come proprio, ma lo percepisce come altro da sé: *il corpo che si ammala*, che diventa un limite e che resiste alla volontà e alla familiarità percettiva.

L'esperienza di malattia impone, dunque, alla persona di confrontarsi con una trasformazione del proprio corpo e del proprio modo di conoscersi, producendo quella che Fuchs (2018) descrive come una rottura dell'esperienza incarnata del sé. Il corpo, che nella salute è vissuto come sfondo tacito dell'esperienza, nella malattia si opacizza e diventa oggetto di attenzione e di estraneità: da corpo-vissuto (*Leib*) a corpo-oggetto (*Körper*) (Fuchs, 2018).

La sofferenza somatica e la malattia minano questa unità del "corpo vissuto", che nella vita quotidiana è il centro di orientamento dell'esperienza.

È intuibile come la sofferenza psicologica conseguente al sopraggiungere di una patologia organica sia legata all'impatto dell'esperienza di malattia sulle dimensioni della corporeità e del fare esperienza.

La malattia è vissuta dalla persona non solo come una specifica rottura nel funzionamento del corpo in senso biologico, ma più fondamentalmente come un terremoto all'interno del proprio mondo, che colpisce il cuore stesso dell'identità (Toombs, 2001). Per questa ragione spesso la sofferenza psicologica perdura anche in caso di riduzione e controllo della sintomatologia fisica.

Questo sguardo all'esperienza di malattia implica il superamento di una concezione di salute e benessere legata alla risoluzione o al controllo clinico della patologia organica. Molto spesso la sofferenza fisica ed emotiva è legata al doversi confrontare con cambiamenti di sé e del proprio stile di vita (Visser *et al.*, 2022), ed è maggiore laddove vi sia una scarsa rielaborazione e integrazione delle esperienze negative e dei cambiamenti rispetto alla propria identità personale.

All'interno della cornice cognitivo-costruttivista, ogni vicenda di vita significativa comporta un riassetto della propria identità personale, intesa

come «soggettività che viene a costruirsi attraverso i processi di conoscenza, narrazione e comunicazione».

Questa prospettiva guarda all'individuo non come entità statica, ma come soggetto in divenire, che attivamente costruisce la conoscenza di sé e del mondo e assimila l'esperienza all'interno di un equilibrio dinamico tra meccanismi di mantenimento e cambiamento (Guidano & Liotti, 1983) garantendo così un senso di stabilità e continuità identitaria (Dodet & Merigliano, 2016).

Un evento significativo di vita come la malattia porta con sé «dati esperienziali anomali» (Guidano & Liotti, 1983), derivati dall'atteggiamento che il soggetto ha nei confronti della realtà e non interpretabili sulla base dell'immagine di sé che egli ha strutturato; inoltre, questi “dati anomali” potrebbero portare a ulteriori effetti che a loro volta richiedono un'elaborazione e una integrazione nell'identità personale. La malattia, con le sue modificazioni corporee ed emotive, altera non soltanto lo stato fisico, ma anche la relazione comunicativa e interattiva del soggetto con sé e con gli altri. Il corpo, infatti, non è un oggetto biologico, ma un luogo di conoscenza e di significato, in cui si iscrivono le esperienze, le emozioni e la storia personale (Bara, 2005).

I vissuti di malattia e l'inevitabile confronto con la vulnerabilità del corpo richiedono dunque una nuova integrazione tra esperienza corporea, senso di sé e relazione con gli altri. In questi termini la malattia può diventare occasione di riorganizzazione conoscitiva e identitaria, a partire dalla ricostruzione narrativa delle vicende di malattia per arrivare a una rielaborazione che possa essere integrabile nel proprio racconto autobiografico, anche attraverso processi di autobiografical reasoning (Habermas, 2011), ovvero la capacità di creare connessioni tra le esperienze di vita e il proprio stile di funzionamento.

Per realizzare un percorso di terapia che tenga conto di questi aspetti e di questo processo di cambiamento, è utile considerare sia le aspettative iniziali del paziente sia l'assetto in seduta del terapeuta. Frequentemente, dopo aver ricevuto una diagnosi di malattia, il paziente arriva con un'idea di cambiamento più intesa come un ritorno allo stato iniziale che come desiderio di integrare l'esperienza di malattia con la propria identità (Kennedy *et al.*, 2007).

In tal senso, l'aspettativa del paziente è più in linea con il concetto di resilienza letteralmente inteso, ovvero ritornare allo «*status quo ante*» (Wilkinson & Kitzinger, 2000). Rispetto a ciò, l'assetto del terapeuta sarà quello di rimanere “saldo in mezzo alla tempesta” e di accompagnare il paziente nel percorso di graduale rielaborazione e integrazione della condizione di malattia nel proprio assetto identitario, fronteggiando assieme la perdi-

ta dello stato desiderato e l'angoscia dell'incertezza legata alle attuali condizioni, al fine di affrontare la propria esperienza, accedere a risorse interne e recuperare un senso di *agency* e una progettualità.

## **Strategie integrate di elaborazione conoscitiva**

Prima di passare a una esemplificazione clinica, vogliamo presentare brevemente alcuni aspetti centrali della metodologia di elaborazione conoscitiva applicata al fronteggiamento delle malattie organiche croniche.

La metodologia di elaborazione conoscitiva introduce la dimensione narrativa all'interno del metodo cognitivista ed estende le metodologie di base di Indagine e Ridefinizione al target delle narrazioni autobiografiche (Guidano, 1992; Lenzi & Bercelli, 2010).

All'interno di una metodologia di questo tipo il sintomo/problema portato viene contestualizzato e ricondotto a specifiche vicende di vita e alle relative esperienze, che vengono poi rielaborate e rinarrate in seduta consentendo di rimettere ordine e coerenza nel racconto delle esperienze della persona, realizzando un consolidamento della conoscenza personale e una buona forma dei processi conoscitivi del paziente (Lenzi, 2024). Una parte fondamentale del lavoro clinico consiste nella ricostruzione narrativa degli aspetti episodici delle vicende personali. Questa si realizza attraverso una specifica modalità di conduzione della conversazione terapeutica. L'articolazione dei registri narrativi con cui vengono presentate le vicende, muovendosi tra modalità episodiche e sovraepisodiche, ha sia lo scopo di facilitare la costruzione di episodi narrativi di vicende problematiche, sia rielaborare la versione narrativa integrando i nuovi elementi emersi, con la possibilità di posizionarsi con valutazioni ed eventualmente azioni specifiche verso la vicenda in questione a partire dalla nuova ricostruzione.

Già in precedenti lavori sono state descritte precise operazioni conversazionali di una rielaborazione di questo tipo (Lenzi, 2016; 2018); riepiloghiamo i passaggi di elaborazione narrativa nel procedere "clinico" del dialogo terapeutico (*Tabella 1*).

Secondo questa metodologia, l'esplorazione, il riordinamento e la ridefinizione della conoscenza personale sono considerati la base del processo terapeutico che, attraverso la rielaborazione attiva, favorisce la ripresa di modalità armoniche di auto-organizzazione dell'esperienza soggettiva e della narrazione di sé. L'esplorazione del sintomo e dell'esperienza di malattia diventano dunque un'occasione di cambiamento attraverso la conoscenza di sé e l'elaborazione narrativa.

Tabella 1 – La rielaborazione narrativa di un tema/problema (Lenzi, Bercelli, 2010)

---

1	Costruire un idoneo contesto interattivo-conversazionale
2	Individuare un tema problema ritenuto “significativo”
3	Articolarlo sovra-episodicamente descrivendo come sono andate le cose in generale
4	Individuare e rievocare episodi
5	Descrivere l’esperienza soggettiva nei momenti “chiave”
6	Ri-elaborare la versione esplicativa, con elementi di riformulazione interna, integrando gli elementi emersi
7	Favorire il posizionamento armonico del paziente, individuale e relazionale, verso la vicenda e il suo coping

---

## La costruzione narrativa delle vicende di malattia: il caso di Lavinia

Il caso clinico che segue illustrerà come, all’interno della metodologia di elaborazione conoscitiva, la costruzione narrativa della vicenda di malattia consenta di trasformare l’evento critico di malattia in un processo di cambiamento conoscitivo, in cui il mantenimento della coerenza personale si fonde con la possibilità di un nuovo equilibrio identitario e relazionale.

Lavinia è una giovane donna di 21 anni, figlia di genitori separati, vive con la madre, figura per lei molto significativa, ma ha un buon rapporto anche con il padre. È al terzo anno di giurisprudenza e ambisce a diventare magistrato.

Al momento della consulenza sta allacciando una nuova relazione affettiva e ha una cerchia di amicizie che frequenta regolarmente.

Arriva in terapia con una richiesta che appare urgente: “*Non ce la faccio più, non riesco più a vivere in questo modo*”, aveva infatti riferito alla terapeuta sin dal primo colloquio telefonico. Da un anno le è stata diagnosticata la sclerosi multipla, tuttavia la richiesta di aiuto è per una sintomatologia ansiosa esordita due settimane prima della telefonata.

Lavinia al primo colloquio è visibilmente tesa, in stato di allarme e riferisce una sintomatologia ansiosa, caratterizzata dal timore di avere delle malattie gravi, con attacchi di panico, che fronteggia principalmente tramite richiesta di rassicurazione da parte dei medici e con frequenti accessi al PS.

Durante l’episodio critico che la porta a chiedere aiuto, Lavinia ricorda di aver improvvisamente sentito un formicolio alla gamba, e che da quel momento aveva avvertito una forte tachicardia e si era molto spaventata. Racconta di essersi sentita “*oppressa*” e di aver dovuto lasciare la biblioteca in

cui si trovava per uscire, prendere l'auto e tornare a casa. Identifica così il suo primo attacco di panico. Nonostante sia palpabile la sofferenza di Lavinia, colpisce il suo atteggiamento tonico per tutto il corso della seduta, a eccezione di un momento in cui collassa su sé stessa e si concede di piangere, quando dice di non farcela più e di sentirsi in trappola. Tuttavia, si ricompone velocemente e torna al suo stato di tonicità iniziale.

La terapeuta, notando che la paziente non menziona spontaneamente la diagnosi di malattia, chiede approfondimenti al riguardo.

L'episodio neurologico d'esordio è stato caratterizzato da perdita dell'equilibrio e neurite ottica, e ha portato alla diagnosi di Sclerosi Multipla (SM) Recidivante Remittente. La sua forma di SM è caratterizzata da ricadute con sintomi neurologici che, una volta superata la fase infiammatoria, si riassorbono o lasciano degli strascichi di perdita di funzionalità. (per ulteriori approfondimenti si rimanda a: Dalgas, Ulrik & Hvid, Lars, 2025). Se trattata farmacologicamente precocemente e con successo, le ricadute possono essere molto ridotte e distanziate tra loro, permettendo una buona qualità di vita e riducendo la perdita di autonomia (Iyer, Shreya, 2025). La preoccupazione di Lavinia è che il decorso della malattia possa cambiare e mutare in una forma progressiva, con andamento continuo, che comporterebbe un aumento della disabilità. Al momento del primo colloquio Lavinia ha ancora gli strascichi di una recente ricaduta, (la gamba destra presenta formicolio e spasticità), mi racconta che ha continui stati d'ansia legati a questa condizione, caratterizzati dal pensiero di diventare disabile, fa molti controlli allo specchio e dei *check* per vedere se riesce a muovere la gamba come vorrebbe, ogni qualvolta avverte una sensazione fisica che percepisce disturbante. Già da queste prime narrazioni si può evincere il coinvolgimento delle dimensioni funzionali e affettiva dell'embodiment rispetto al vissuto dell'esperienza di malattia.

Indagando i pensieri relativi a questi episodi, riferisce immagini di lei in carrozzina, e mentre racconta queste cose è evidente che questo pensiero intrusivo la infastidisce particolarmente: *“Non riesco neanche a pensarci”* dice, facendo il verso come se avesse i brividi e scacciando con la mano il pensiero. Qui invece possiamo osservare come questi aspetti riguardino la dimensione materiale dell'embodiment.

Durante l'*assessment* iniziale emergono:

- attacchi di panico, caratterizzati da rimuginio preoccupato riguardante lo stato di salute, check corporeo, richiesta di assicurazione anche con accessi al PS o chiamate al MMG (più frequenti in momenti di cui la paziente è da sola in casa o lontana da casa e dalla madre);

- difficoltà di concentrazione e perdita della performatività in ambito universitario che la porta a rimanere indietro con gli esami;
- percezione di sé fragile legata al vissuto di malattia, immagini catastrofiche di sé disabile che si realizzano ogni volta che sperimenta una percezione di vulnerabilità, evitamento di pensieri legati alla disabilità;
- tratti dipendenti nelle relazioni e difficoltà nell'autonomia: sia nelle relazioni genitoriali sia in quella con il partner.

La prima fase della terapia con Lavinia è caratterizzata dalla ricostruzione delle vicende di malattia e dall'indagine sugli episodi critici, secondo la metodologia della rielaborazione narrativa di una vicenda problematica; inoltre è stata fondamentale una parte psicoeducativa sugli aspetti di malattia, per favorire una migliore lettura delle manifestazioni corporee tipiche della SM rispetto a quelle non specifiche.

L'analisi degli episodi critici, durante i quali si verificano gli attacchi di panico, mette in luce due scenari ricorrenti: i momenti di studio e quelli in cui Lavinia è da sola e lontana dalla madre. Si delinea pertanto una prima riformulazione interna del sintomo, che interviene ogni qualvolta lei sperimenta un senso di sé debole e vulnerabile. La diagnosi di una malattia cronica e neurodegenerativa l'ha messa a contatto con aspetti di debolezza e fragilità per lei difficili da fronteggiare. Ogni qualvolta Lavinia sperimenta dei vissuti emotivi critici, infatti, tende a interpretarli come perdita di controllo del corpo, appare molto concentrata e vigile rispetto alle sue sensazioni corporee, è comprensibilmente spaventata: *“Se mi è venuta la sclerosi multipla può venirmi qualsiasi altra cosa, no?”*. Lavinia appare come immersa in un sentire oscillante tra forte e debole; i suoi progetti di vita variano in base alle modificazioni del suo senso di sé. Quando prevale il sé forte tende al massimo e ha una tonicità prorompente, quando contatta il sé debole si manifestano l'ansia terrificata e i vissuti di inadeguatezza. La malattia inevitabilmente l'ha portata più a contattare questo aspetto di vulnerabilità, altrimenti ben controllato, mettendo in crisi non solo quelli che sono gli aspetti legati al corpo e alla salute, ma anche tutte le sue capacità e il suo valore nella vita, come ad esempio è successo nell'ambito dello studio. Tale difficoltà ha probabilmente poi attivato in lei bisogni relazionali con aspetti di protezione e assicurazione, che ricerca attraverso modalità “attivanti” l'altro, con continue ricerche di assicurazioni. Dal punto di vista relazionale, in concomitanza con l'esordio di malattia vi era stata una rottura relazionale con il fidanzato dell'epoca, che probabilmente ha messo Lavinia in contatto con sensazioni di solitudine e fragilità che l'hanno avvicinata ulteriormente alla madre. Lavinia oscilla nelle relazioni tra vissuti di



costrizione e abbandono, e questo vale sia nella relazione con la madre, che per lei è una figura di attaccamento importante, sia per i partner: le relazioni sono percepite come costrittive o abbandoniche a seconda che il suo senso di sé sia fragile o forte.

In queste sedute emergeranno temi di impotenza, di perdita di autonomia e un'immagine di sé vulnerabile. Si inizia a delineare il fatto che per Lavinia è fonte di disagio farsi accudire dalla madre: *“Mi fa sentire ancora più malata”*, e allo stesso tempo emerge una sua preoccupazione nei confronti della madre, qualora dovesse occuparsi di lei in futuro. Si comincia così a collegare il sintomo, con dei vissuti emotivi critici. In questa fase di terapia sono state affrontate queste tematiche tramite ricostruzione narrativa e autosservazione, alternando tecniche immaginative (luogo sicuro, affetto ponte), esposizione immaginativa su scenari futuri, tecniche di respirazione e rilassamento. È stato importante accogliere le emozioni di Lavinia, farla sentire al sicuro, aiutarla a stare a contatto con quelle aree emotive che, dal punto di vista identitario, sono per lei intollerabili: quella della paura, della vulnerabilità e della perdita di controllo. Questo viene realizzato in seduta attraverso l'esplorazione di un momento d'ansia verificatosi in seguito a un crampo al polpaccio, mentre è sola a casa e la mamma è al lavoro, Lavinia ha un'immagine catastrofica di sé in carrozzina. Esplorando l'immagine di sé disabile, Lavinia viene a contatto con una forte emozione di tristezza e anche rabbia.

T: “Com'è questa immagine di te in carrozzina?”.

P: “Sono sciatta, struccata, e ho una faccia triste”.

T: “Che effetto ti fa vederti così?”.

P: “Mi sento triste... non voglio!” [*le vengono gli occhi lucidi*].

T: “Come ti vedi nella scena?”.

P: “Sono sola, sono un peso, per tutti e non posso farmi aiutare”.

T: “Pensi che nessuno ti aiuterebbe?”.

P: “Non voglio farmi aiutare! L'idea proprio... brrrr” [*fa un verso di disgusto*].

T: “Pensi che tua madre ti lascerebbe da sola?”.

P: “No no, so che lei mi aiuterebbe, ma che schifo però! Non voglio essere un peso per lei, non voglio essere un peso per nessuno!” [*con un tono di voce alto e visibilmente arrabbiata*].

T: “Ti fa arrabbiare questa cosa?”.

P: “Sì... [*piange*], mia madre... non... io non ci posso pensare. Non deve succedere”.

L'esplorazione dello scenario catastrofico consente l'emersione delle aree emozionali critiche di Lavinia all'idea di essere un peso per la madre. È im-

portante sottolineare quanto la condivisione emotiva sia già fonte di cambiamento in termini di orientamento verso le parti sane del sé: in questo caso, infatti, Lavinia ha potuto ridefinire i propri timori per la disabilità come desiderio di proteggere la propria madre.

La seconda fase di terapia è stata caratterizzata maggiormente dal lavoro sulla ridefinizione degli obiettivi di vita. Lavinia porta spesso le preoccupazioni rispetto allo studio, riferisce che non ha mai voglia di studiare, che spesso rimanda gli esami. Mette in atto procrastinazione ed evitamento come strategie di coping. Il sintomo ansioso in questa fase è ancora presente, ma si è ridotto sia in frequenza che in intensità, così come la ricerca di rassicurazione. Accade tuttavia che al momento prima di studiare o mentre studia, avverta maggiormente delle percezioni fisiche e inizi il rimuginio sull'avere una grave malattia: questo generalmente la distrae e la porta a smettere di studiare.

Osservando nel dettaglio quello che le accade durante lo studio e l'immagine di sé collegata, Lavinia riconosce facilmente il timore di dare l'esame, e come il sintomo in questi casi le permetta di sottrarsi alla situazione temuta. Indagando ulteriormente, esploriamo quali sono le immagini collegate all'esame: emergono temi di fallimento e un'immagine di sé incapace e inadeguata, inseriti in una rigida visione di sé dicotomica (donna forte e potente contrapposta a donna insignificante). Per Lavinia all'idea di non superare l'esame è collegato il fallimento dell'obiettivo di diventare magistrato: *“Se non faccio il magistrato cosa faccio? La cassiera in un supermercato?”*. Rispetto a questo tema, si renderà necessario lavorare con la paziente attraverso la ricostruzione delle narrative e dei significati personali, per favorire una maggiore flessibilità di questa visione dicotomica.

Lavinia recupera un senso di tenerezza verso sé stessa e comincia a considerare la possibilità di essere soddisfatta e avere una vita ugualmente dignitosa, pur integrando all'interno della propria immagine gli aspetti più vulnerabili. Questo allenterà la pressione e porterà la paziente a percepire come possibile il fatto di essere felice anche senza raggiungere sistematicamente standard elevati. Questo lavoro sarà il primo passaggio che la sosterrà nella scelta di cambiare il percorso di studi.

Un altro aspetto che la paziente per lungo tempo ha scotomizzato è legato al fatto che dopo la diagnosi, fosse legittimo concedersi di allentare la presa sullo studio. Per molto tempo Lavinia aveva preteso da sé stessa energie che le ricadute della malattia le avevano tolto. In terapia Lavina impara ad accogliere questa parte più vulnerabile e affaticata, iniziando a legittimarsi alcuni aspetti conseguenti alla malattia. Il lavoro su questi temi avrà come esito quello di cambiare facoltà, scegliendone una in un ambito affine, ma con un

percorso lavorativo meno impegnativo di quello per diventare magistrato. Lavinia realizza infatti che la scelta di diventare magistrato è più legata a questa sua necessità di percepirsi forte e potente piuttosto che a un'effettiva passione e ammette che questo ha una forte influenza sulla sua motivazione allo studio.

Di seguito uno stralcio di seduta in cui Lavinia si visualizza nel futuro per capire quali sono i suoi bisogni e le sue aspettative con un'immagine molto ridimensionata rispetto a quella iniziale:

T: "In che direzione vorresti che andasse la tua vita? Come ti immagini?"

P: "Ahahah... sicuramente mi immagino meglio di come sto ora, spero di non essere così ansiosa..."

T: "E invece ...se proviamo così, a vederci un po' a 360°, come ti immagini?"

P: "Eeh mi immagino con un lavoro, a tempo indeterminato si spera, che mi dia solidità, dignitoso, con una famiglia, un marito... una vita normale insomma".

T: "E che effetto ti fa pensarti così?"

P: "Un bell' effetto mi fa stare bene".

T: "Stacci un po' a contatto con questa sensazione, respirarci un po' dentro, è importante che impari a riconoscerla... Perché questa sensazione è molto diversa, da quella in cui invece ti senti quando ti imponi di fare al 100%, no?"

P: "Eh sì... molto".

Il lavoro di ricostruzione narrativa delle vicende di malattia e di riformulazione interna dei sintomi ha permesso alla paziente di recuperare un maggior senso di *agency* che ha consentito un cambiamento significativo rispetto agli obiettivi di vita.

La scelta della nuova facoltà, percepita come più semplice, si configura come un graduale tentativo prima di intraprendere la scelta dell'indipendenza economica. Decide dunque di interrompere gli studi e trova un lavoro che le piace e in cui si sente efficiente, presso un'azienda.

L'ultima fase della terapia si concentra sugli aspetti relazionali, dove emergono dei tratti dipendenti nei confronti della madre e del partner, sue figure di attaccamento.

Il sintomo ansioso, per un breve periodo andato in remissione, si ripresenta seppur in modo meno invalidante per la vita della paziente.

Esplorando i vissuti, emergerà preoccupazione nei confronti della madre: Lavinia è divisa tra la voglia di andare a convivere con il compagno e il timore di sapere sua madre da sola. Rispetto a ciò risulta significativo l'episodio in cui Lavinia comunica alla madre che ha visto una papabile casa da affittare con il compagno, di cui riportiamo uno stralcio.

- T: "Soffermati sulla scena. Quando tu dici a mamma 'abbiamo visto una casa perfetta oggi!', cosa succede?"
- P: "Mmh... eh, succede che lei dice: 'Ah sono contenta'».
- T: "Cosa sta facendo mamma mentre tu le dici questa cosa? Dov'è?"
- P: "È in cucina, sta trafficando perché prepara la cena..."
- T: "Ok, soffermati esattamente su questo momento, in cui le dici questa frase. Che succede? Cosa ti colpisce di mamma?"
- P: "Il tono di voce"
- T: "Com'è?"
- P: "Mmh non è convinta, mi dice che è contenta ma non mi pare, la faccia non lo dimostra".
- T: "Com'è la faccia di mamma?"
- P: "Abbassa gli occhi, mi sembra triste"
- T: "Fermati bene bene su questa espressione di mamma, che effetto ti fa?"
- P: [*si commuove*] "Mi dispiace... mi fa sentire in colpa..."
- T: "Come lo senti il senso di colpa?"
- P: "Come un calore nella pancia, nel petto"
- T: "Soffermati su questa sensazione, sentila bene, respiraci un po' dentro... quali sono i pensieri di questo senso di colpa?"
- P: "Che me ne vado, la lascio sola!"
- T: "E cosa succede se la lasci sola?"
- P: "Nulla... magari è triste perché le manco, se almeno avesse un compagno, io starei più tranquilla!"
- T: "Cosa ti rassicurerebbe?"
- P: "Sapere che c'è qualcuno che si prende cura di lei...mi toglierebbe una responsabilità. Non mi sentirei una cattiva persona se me ne andassi, perché saprei che lei avrebbe comunque qualcuno".

Nelle sedute successive verrà ulteriormente legittimato il bisogno di autonomia e si ridefinirà come, all'interno del rapporto con la madre, non sia prioritaria solo la vicinanza fisica, ma soprattutto il valore del legame relazionale. Il lavoro terapeutico permetterà a Lavinia di legittimarsi la voglia di emancipazione, e lascerà alla madre la capacità di scegliere da sola il proprio percorso di vita, con o senza un compagno vicino. Alla fine di questa fase di terapia Lavinia deciderà di prendere la casa con il ragazzo e traslocherà.

Durante la convivenza, emergeranno nuove difficoltà legate al vissuto di malattia. Uno dei sintomi più invalidanti della sclerosi multipla è perlopiù la stanchezza; che la porta a confrontarsi con il limite di non riuscire a badare alla casa in maniera efficiente. Si rilegge il suo non essere efficiente in tutti gli ambiti della sua vita, in termini di debolezza. Non riconoscendo e non

accettando questi vissuti, tende a dare un'attribuzione esterna, addossando al compagno la colpa di non aiutarla e senza riuscire a verbalizzare il suo bisogno di aiuto.

Lavorando sulla ricostruzione degli episodi di crisi, Lavinia si rende conto che i suoi vissuti critici hanno a che fare con un suo sentire interno vulnerabile: “*Sarò in grado di farcela da sola? Posso essere una brava compagna, lavorare, tenere a bada la casa? A volte sento proprio di non farcela*”. Emerge come per Lavinia, il non essere efficiente in tutto, senza chiedere aiuto, sia collegato al timore di abbandono da parte del compagno.

Il lavoro di ridefinizione interna su questi aspetti permetterà di legittimarsi i vissuti più fragili e la fatica, e di guadagnare risorse che aiutino Lavinia a comunicare i propri bisogni, senza per questo temere di perdere lo stato relazionale e affettivo con il partner.

## **Riflessioni conclusive**

Quando il corpo si ammala non rimane semplicemente una macchina rotta, ma un mondo trasformato. La malattia è vissuta non solo come una discontinuità del proprio corpo biologico, ma anche come una forte discontinuità del senso di sé, dell'esperienza dello spazio, del tempo e della relazione con gli altri. Le dimensioni dell'*embodiment* possono essere intese come finestre sul mondo interno e sui vissuti di malattia, facilitando l'accesso all'esplorazione in seduta dell'esperienza soggettiva. La metodologia di Rielaborazione delle Narrative Personali (Lenzi & Bercelli, 2010) può essere riletta come un processo di costruzione e promozione di una *embodied cognition*:

- il rievocare e raccontare riattiva memorie incarnate e affettive;
- la conversazione terapeutica diviene un luogo di co-costruzione di senso e di *enaction* condivisa;
- il dialogo agisce come gesto, producendo trasformazioni nei sistemi di memoria e nelle configurazioni corporeo-emotive.

La costruzione narrativa di una vicenda in seduta consente «un riconoscimento e una accettazione di aspetti della propria esperienza immediata e un riordinamento delle modalità conoscitive di sé» (Lenzi, 2018). Obiettivo globale del metodo terapeutico è dunque favorire la presa di consapevolezza dei significati personali attraverso cui vengono lette le vicende di malattia, per una rilettura più adattiva delle stesse (Trusson *et al.*, 2020). Nel breve termine, tale rilettura favorisce il reclutamento di risorse interne, sia di problem

solving sia di fronteggiamento delle difficoltà attuali (Lenzi & Samolsky, 2014). Nel prosieguo del lavoro terapeutico, l'esperienza di malattia, inizialmente percepita come estranea e disgregante, può essere reintegrata in una cornice narrativa e relazionale che restituisce alla persona il senso di continuità personale e di autoefficacia. Altro contributo nel lavorare in questa direzione è il riconoscere una propria motivazione e la possibilità di collegare la ricostruzione di eventi passati e di costruirne il valore o il significato personale nei singoli episodi, poiché ciò trasforma l'evento e il comportamento in un'azione propria. Di conseguenza, il racconto di cose accadute può trasformarsi in un racconto in prima persona, in cui iniziare a posizionarsi rispetto a certi vissuti e certe situazioni (Rossini & Longo, 2023).

Come esemplificato nel caso clinico illustrato, il processo di riorganizzazione della conoscenza personale ha permesso alla paziente di ridefinire obiettivi, relazioni e progettualità di vita. Nello specifico, il lavoro in seduta della diade terapeutica si è orientato su tre fronti. In primo luogo il lavoro di rielaborazione conoscitiva ha permesso il passaggio da immagini catastrofiche e ipervigilanza corporea a un'integrazione adattiva tra vulnerabilità e *agency*.

In secondo luogo il lavoro sugli standard elevati e dicotomici ha consentito un riposizionamento identitario e relazionale osservabile nel passaggio, da parte della paziente, dall'utilizzo di strategie di evitamento e di controllo al reclutamento di risorse, che hanno favorito una maggiore consapevolezza emotiva, la legittimazione dei propri bisogni, un aumento di assertività e un riallineamento degli obiettivi di vita con un'immagine di sé meno dicotomica e più flessibile. In ultimo, il lavoro sulla dimensione di legame, specialmente rispetto al rapporto materno e alla relazione con il compagno, ha consentito un posizionamento più armonico da parte di Lavinia verso i propri cari, in termini di gestione adattiva dei propri bisogni di vicinanza, autonomia e protezione nei loro confronti.

Esplorare, riordinare e ridefinire le proprie esperienze di malattia ha consentito alla paziente di ritrovare un senso di continuità personale e di autoefficacia attraverso nuove elaborazioni, ridefinire la relazione con il proprio corpo e ridurre l'angoscia legata alla sua imprevedibilità, restituendogli valore espressivo e conoscitivo.

Per quanto riguarda l'assetto del terapeuta che si trova a lavorare con le malattie organiche croniche risulta particolarmente importante l'essere in grado di partecipare ai vissuti di dolore e sofferenza senza esserne sopraffatto, mantenendo nel contempo una disciplina interiore (Carcione, Nicolò & Semerari, 2016) e un assetto empatico, senza perdere il focus su obiettivi di lavoro condivisi e realizzabili.

In conclusione, la rielaborazione delle narrazioni di malattia riapre la possibilità di «mettere al congiuntivo la realtà» (Bruner, 1986), intesa come tornare ad avere a che fare sempre e comunque in ogni qui e ora con le «possibilità umane, anziché stabili certezze» (*ibidem*).

## Bibliografia

- Bara B. (2023). *Il corpo malato*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bruner J. (a cura di) (1986). *Actual Minds, Possible Worlds* (trad. it.: *La mente a più dimensioni*. Roma-Bari: Laterza, 1993).
- Carcione A., Nicolò G. & Semerari A. (a cura di) (2016). *Curare i casi complessi: la terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Roma-Bari: Laterza.
- Dalgas U. & Hvid L. (2025). "Multiple Sclerosis". In: Nielsen J.B., Frisk R.F., Lorentzen J., Larsen L.H (eds.), *Neuroplasticity-based Neurorehabilitation*. Cham: Springer.
- Denieffe S. & Gooney M. (2011). A meta-synthesis of women's symptoms experience and breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 20(4): 424-35. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2010.01223.x.
- Dodet M. & Merigian D. (2016). Significato, identità, relazione: una riflessione sul metodo post-razionalista in psicoterapia, *Costruttivismi*, 3: 63-75. DOI: 10.23826/2016.01.063.075.
- Fuchs T. (2028). *Ecology of the brain: the phenomenology and biology of embodied mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Good B.J. (a cura di) (2006). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Einaudi.
- Giannantonio M. & Lenzi S. (2009). *Il disturbo di panico. Psicoterapia cognitiva, ipnosi e EMDR*. Milano: Raffaello Cortina.
- Grinfelde M. (2018). The Four Dimensions of Embodiment and the Experience of Illness. *AVANT. The Journal of the Philosophical-Interdisciplinary Vanguard*, 9: 107-127. DOI: 10.26913/avant.2018.02.07.
- Guidano V.F. & Liotti G. (1983). *Cognitive process and emotional disorders: a structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Guidano V.F. (1992). *Il sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Habermas T. (2011). Autobiographical reasoning: arguing and narrating from a biographical perspective. *New directions for child and adolescent development*, 131: 1-17. DOI: 10.1002/cd.285.
- Hoffart A. (1993). Cognitive Treatments of Agoraphobia: A Critical Evaluation of Theoretical Basis and Outcome Evidence. *Journal of Anxiety Disorders*, 7: 75-91. DOI: 10.1016/0887-6185(93)90022-D.
- Shreya R.I. (2025). Review of Causes and Treatments in Multiple Sclerosis. *International Journal of Biological and Pharmaceutical Sciences Archive*. 10: 001-005. DOI: 10.53771/ijbpsa.2025.10.2.0073.
- Kennedy F. et al. (2007). Returning to work following cancer: A qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European Journal of Cancer Care*. 16: 17-25. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2007.00729.x.

- Lambruschi F. & Lenzi S., (2008). La tecnica de la moviola como método de la reelaboración de las narrativas autobiográficas. *Revista de Psicoterapia*, 19(74/75), 153-185. DOI: 10.33898/rdp.v19i74/75.812.
- Lenzi S. (2016). Conoscersi, raccontarsi, costruirsi. i molteplici aspetti epistemologici del parlar di sé e le loro declinazioni nelle metodiche terapeutiche cognitivo-costruttiviste. *Costruttivismi*, 3.
- Lenzi S. (2018). Livelli di integrazione tra le psicoterapie e procedure cognitiviste. *Cognitivismo clinico*, 15(2): 160-165.
- Lenzi S. (2024). Dialogo terapeutico e livelli di cambiamento: esplorazioni cognitivo-costruttiviste al fianco di Bruno Bara. *Cognitivismo clinico*, 21(2): 121-139.
- Lenzi S. & Bercelli F. (2010). *Parlar di sé con un esperto dei sé. L'elaborazione delle narrative personali: strategie avanzate di psicoterapia cognitiva*. Firenze: Eclipsi.
- Lenzi S. & Samolsky A. (2014). *L'elaborazione delle narrative personali nell'intervento psicoterapico in ambito oncologico*, XIV convegno di Psicologia e psicopatologia post-razionalista.
- Neimeyer R., Burke L.A., Mackay M.M. & Stringer J.V., (2010). Grief Therapy and the Reconstruction of Meaning: From Principles to Practice, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(73-83). DOI: 10.1007/s10879-009-9135-3.
- Neimeyer R.A. (2016). *Techniques of grief therapy: Assessment and intervention*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Przedziecki A. et al. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-Oncology*, 22(8): 1872-1879. DOI: 10.1002/pon.3230.
- Rossini R. & Longo A. (2023). La parola al posto del sintomo: la rielaborazione delle narrative personali nell'adolescente in comunità. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 53: 7-20. DOI: 10.3280/qpc53-2023oa16929.
- Schauer M. et al. (2014). *Terapia dell'Esposizione Narrativa-*, Roma: Giovanni Fioriti.
- Semerari A. (2022): *La relazione terapeutica: storia, teoria e problemi*. Roma-Bari: Laterza.
- Tombs S.K. (2001). "Reflection on bodily changes: the lived experience of disability". In: Tombs S.K. (ed.), *Handbook of phenomenology and medicine*. Dordrecht: Kluwer Academic.
- Trusson D., Trusson C. & Casey C. (2020). Reflexive Self-Identity and Work: Working Women, Biographical Disruption and Agency. *Work, Employment and Society*, 35: 095001702092644. DOI: 10.1177/0950017020926441.
- Visser A., Post L., Dekker J. & Konings I.R. (2022). Psychosocial well-being and mental adjustment of patients with stage III melanoma in the re-entry phase: a scoping review. *Journal of Psychosocial Oncology Research & Practice*, 4. DOI: 10.1097/OR9.000000000000089.
- Wilkinson S. & Kitzinger C. (2000). Thinking differently about thinking positive: A discursive approach to cancer patients' talk. *Social science & medicine*, 50: 797-811. DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00337-8.