

49

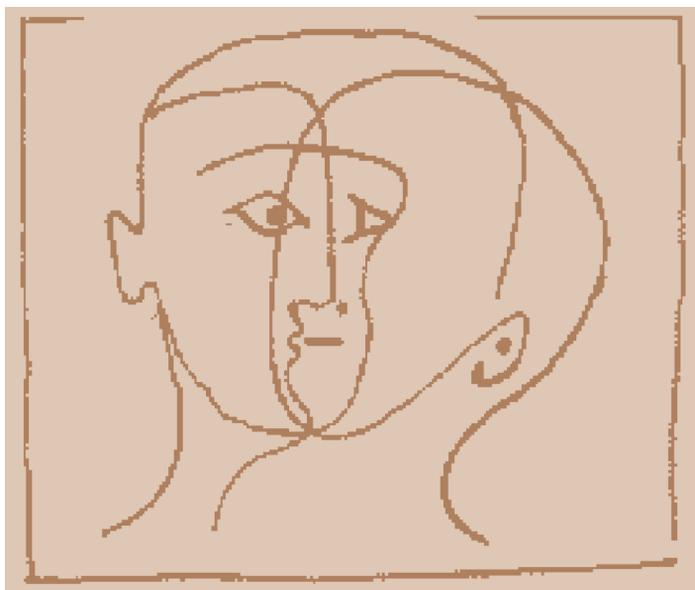
PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

DICEMBRE

2021

QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli 

QUADERNI DI PSICOTERAPIA COGNITIVA, 29 VOL. 49 N°2, 2021



SOCIETÀ ITALIANA DI TERAPIA COMPORTAMENTALE E COGNITIVA

QUADERNI DI PSICOTERAPIA COGNITIVA N. 49

PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - NoDerivatives License.
For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org/>.

DIRETTORE: Lorenza Isola

VICE DIRETTORE: Marco Bani, Michele Procacci

DIRETTORE RESPONSABILE: Valeria Vantaggi

COMITATO DI REDAZIONE: Gabriella Catalano, Barbara Renzetti, Valeria Semeraro, Rosa Vitale

COMITATO SCIENTIFICO: Antonino Carcione, Lorenzo Cionini, Giovanni Liotti†, Francesco Mancini, Mario Reda, Giorgio Rezzonico, Savina Stoppa Beretta, Rita Ardito, Carlo Buonanno, Luca Canestri, Antonella Carassa, Gabriele Chiari, Livia Colle, Giovanni Fassone, Donatella Fiore, Furio Lambruschi, Andrea Landini, Chiara Manfredi, Giuseppe Nicolò, Antonio Onofri, Cristina Ortu, Susanna Pallini, Cristiana Patrizi, Roberto Pedone, Renato Proietti, Gianluca Provvedi, Clarice Ranfagni, Antonio Semerari, Mariagrazia Strepparava

REDAZIONE CENTRALE: Viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma, tel. 06/44704193, fax 06/44360720, e-mail: quaderni@sitcc.it

Gli articoli della Rivista sono sottoposti a referaggio

Autorizzazione del Tribunale di Torino n. 4984 del 14/10/1996 – Semestrale – Direttore responsabile: Valeria Vantaggi – 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 © 2022 by FrancoAngeli s.r.l. – Stampa: Global Print s.r.l., Via degli Abeti n. 17/1, 20064 Gorgonzola (MI).

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>

II Semestre 2021 – Finito di stampare nel gennaio 2022

SEZIONE GENERALE – Studi e ricerche

Efficacia dell'*Imagery Rescripting* nel ridurre le convinzioni disfunzionali: uno studio pilota
di *Rossana Otera, Bianca Aragona, Giuliana Figoli, Lorena Montesano, Silvia Pucci, Francesco Mancini, Barbara Basile* » 5

Passaggio alla psicoterapia online durante la pandemia da Coronavirus (Covid-19): precedente esperienza, familiarità con la tecnologia e conoscenze teoriche sulla psicoterapia online da parte del terapeuta. Il caso del Centro Medico Santagostino
di *Elena Olivetti, Camilla Bongiovanni, Laura Staccini, Daniele Cavadini, Laura Mandelli, Stefano Porcelli* » 21

SEZIONE GENERALE – Casi clinici

Giada: “la trappola dell’indegnità”, un caso di Tricotillomania in comorbidità con Disturbo ossessivo-compulsivo e Disturbo di personalità borderline
di *Serena Di Benedetto, Andrea Gragnani* » 35

La terapia con il paziente difficile: un caso di uxoricidio
di *Anna Angelillo, Fabio Monticelli* » 57

RECENSIONI

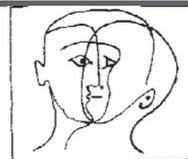
Perdighe C., Gragnani A. (a cura di) (2021), *Psicoterapia Cognitiva. Comprendere e curare i disturbi mentali* di Michele Procacci

pag. 75

Cutolo G., De Pascale A. (a cura di) (2019). *Vittorio Guidano. La struttura narrativa dell'esperienza umana: un'ipotesi esplicativa della psicosi*, vol. 1: *L'evoluzione dal cervello al Self* di Giorgio Rezzonico, Francesca Pellegrini

» 77

***Efficacia dell'Imagery Rescripting
nel ridurre le convinzioni disfunzionali:
uno studio pilota***



Rossana Otera*, Bianca Aragona*, Giuliana Figoli*,
Lorena Montesano**, Silvia Pucci*,
Francesco Mancini***, Barbara Basile****

*Ricevuto il 13 ottobre 2020
Accettato il 26 dicembre 2021*

Sommario

L'*Imagery Rescripting* (IR) è una tecnica emotivo-esperienziale, particolarmente applicata nella Schema Therapy, che collega problematiche affettive attuali a memorie infantili dolorose, ri-scrivendo, tramite l'appagamento di bisogni emotivi frustrati nel passato, il loro contenuto doloroso. Diversi studi evidenziano che a seguito dell'applicazione dell'IR in popolazioni cliniche si osserva anche una riduzione dell'intensità delle convinzioni nucleari disfunzionali associate al ricordo traumatico. Scopo dell'attuale ricerca è indagare l'efficacia dell'IR nel ridurre l'intensità di alcune delle principali convinzioni nucleari disfunzionali in un campione non-clinico.

Quarantatré psicologi specializzandi in psicoterapia hanno indicato l'intensità con cui si

* Psicologa e psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Via Prato 2, Reggio Calabria; e-mail: rossanaotera@tiscali.it; biancaragona@gmail.com; giuliana.figoli@yahoo.it; silvia.pucci88@yahoo.it.

** Psicologa e psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC). Università della Calabria, via Pietro Bucci, Arcavacata di Rende (CS); e-mail: lorena.montesano@unical.it.

*** Neuropsichiatra infantile e psicoterapeuta, Università Guglielmo Marconi. Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Viale Castro Pretorio 116, Roma; e-mail: mancini@apc.it.

**** Psicologa e psicoterapeuta, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC). IRCCS Fondazione Santa Lucia. Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Viale Castro Pretorio 116, Roma; e-mail: basile@apc.it.

Autore corrispondente: Rossana Otera.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 49/2021
DOI: 10.3280/qpc49-2021oa13210*

R. Otera, B. Aragona, G. Figoli, L. Montesano, S. Pucci, F. Mancini, B. Basile

identificavano in venti credenze negative. Quindi, una parte del campione è stata sottoposta a una sessione di IR, mentre l'altra metà rientrava nella condizione di controllo, senza IR. A distanza di uno (t1) e 40 giorni (t2) sono state raccolte ulteriori misurazioni circa l'intensità delle loro credenze.

I risultati mostrano una riduzione significativa dell'intensità di metà delle convinzioni nucleari disfunzionali misurate, in t1 e in t2, nel gruppo sottoposto ad IR, a differenza del gruppo di controllo. È emerso, inoltre, un effetto di interazione significativo (gruppo × tempo) per alcune credenze specifiche.

I dati evidenziano come l'IR riduca, a breve e a lungo termine, l'intensità di convinzioni nucleari disfunzionali in una popolazione non clinica.

Parole chiave: Imagery Rescripting, schema therapy, credenze centrali negative, convinzioni nucleari disfunzionali.

Abstract

Effectiveness of Imagery Rescripting in reducing dysfunctional beliefs: a pilot study

Imagery Rescripting (IR) is an emotional experiential technique, particularly used in Schema Therapy, which connects present problems with specific early childhood memories. Re-scripting allows to actively change the scripts of memory representations, in order to find more adaptive ways to fulfil past unmet core needs. Up to now, several studies showed evidence of a reduction in the strength of negative core beliefs associated with traumatic memories after IR, in clinic populations. The aim of this study was to investigate the effect of IR in reducing the intensity of negative core beliefs in a non-clinical sample.

Forty-three psychologists attending a psychotherapy school rated twenty negative core beliefs. Afterwards, half of the sample underwent an IR session, while the other half underwent a control condition, with no IR. Core beliefs ratings were collected again at 1 day (t1) and 40 days (t2) follow-up.

Results showed a significant reduction in the intensity of half of the twenty negative core beliefs, at t1 and t2, only in the IR group. Furthermore, a significant interaction effect (group × time) emerged for some specific beliefs. Data suggest that IR reduces, both at short and at long term, the intensity of negative core needs in healthy subjects.

Key words: Imagery Rescripting, schema therapy, negative core beliefs, dysfunctional beliefs.

Introduzione

L'*Imagery Rescripting* (IR) è una tecnica terapeutica emotivo-esperienziale che interviene sui vissuti dolorosi attuali e pregressi del paziente, il cui scopo principale consiste nel comprendere come tali esperienze siano legate ai ricordi infantili, in modo da aiutare il paziente a soddisfare i bisogni fru-

strati nel passato. Indagando le memorie autobiografiche spesso emergono auto-rappresentazioni negative, derivanti da esperienze interpersonali dolorose che si legano a credenze nucleari disfunzionali (Romano *et al.*, 2020) che, soprattutto se reiterate nel tempo, tendono a cristallizzarsi.

La procedura, messa a punto da Smucker (1995) e successivamente ri-elaborata da Arntz e Weertman (1999) è una delle tecniche maggiormente usate nella Schema Therapy (ST) (Young, Klosko e Weishaar, 2003), un approccio di Terapia Cognitivo-comportamentale (TCC) integrato, che esplora le esperienze infantili collegate ai problemi attuali del paziente e interviene sulla modificazione degli schemi maladattivi *precoci* originati dalla frustrazione dei bisogni emotivi fondamentali. Ad oggi, diversi studi mostrano l'efficacia della tecnica dell'IR come intervento autonomo nel ridurre la sintomatologia in diversi disturbi psichici di Asse I (Tenore *et al.*, 2020; Norton e Abbott, 2016; Cooper, 2011; Arntz, 2014; Lee e Kwon, 2013; Frets, Kevenaar e van der Heiden, 2014; Ohanian, 2002; Raabe *et al.*, 2015; Wheatley e Hackmann, 2011) e nei Disturbi di Personalità (DDP) (per una rassegna: Arntz, 2012).

L'IR permette di raggiungere diversi obiettivi. Consente di trasformare un'immagine negativa in un evento più positivo grazie all'appagamento di bisogni emotivi frustrati nel passato. In tal senso, permette di affrontare materiale emotivo precedentemente inibito o evitato (Wheatley e Hackmann, 2011) e di offrire nuove prospettive su quanto vissuto. Inoltre, secondo "l'ipotesi cognitiva", l'IR consente di intervenire sulla psicopatologia modificando le cognizioni chiave (*ibidem*), le credenze centrali negative (Ohanian, 2002; Cooper, 2011) e le attribuzioni di significato (Arntz, 2014) del contenuto del ricordo traumatico. Mancini A. e Mancini F. (2018) propongono che il cambiamento del significato e delle credenze conseguente all'IR avvenga anche riducendo il problema meta-emotivo, o secondario, come ad esempio la percezione di un'emozione negativa come problematica e inaccettabile.

D'altro canto, gli interventi di TCC, fondati sulle teorie dell'apprendimento e dell'elaborazione delle informazioni, si basano sul presupposto che la persona, in seguito a esperienze significative o formative avvenute durante l'infanzia, sviluppi credenze nucleari, o convinzioni centrali fondamentali, assolute e durature riguardo a sé, agli altri e al mondo (Beck, 2011). Tali credenze negative precoci possono esercitare un ruolo cruciale nello sviluppo e nel mantenimento di problemi affettivi e comportamentali (Beck, 1976; Calvete, Orue e Hankin, 2013). Identificare le credenze nucleari costituisce, pertanto, il punto di partenza dal quale creare sistemi di credenze più funzionali, al fine di aumentare l'agentività, promuovere la crescita personale, la qualità della vita e il benessere (Beck, 2011; Ellis, 1994).

Obiettivi

Sulla base di queste considerazioni, lo scopo del presente studio consiste nell'indagare l'efficacia dell'IR nel ridurre l'intensità delle convinzioni nucleari disfunzionali. In particolare, il campione oggetto di intervento include soggetti tratti dalla popolazione non clinica, con l'obiettivo di indagare l'effetto della tecnica nella riduzione di credenze negative generali e non specifiche a una precisa condizione psicopatologica, come avvenuto ad ora in letteratura.

Strumenti e Metodi

Partecipanti

Il campione che ha preso parte alla ricerca era costituito da 56 psicologi, specializzandi presso la scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (SPC) di Reggio Calabria. Tutti gli allievi hanno fornito il consenso informato scritto prima di partecipare a questo studio. Tutte le indagini cliniche sono state condotte secondo i principi espressi nella Dichiarazione di Helsinki. Il campione è stato suddiviso in due gruppi: metà dei soggetti è stata sottoposta alla procedura clinica e la parte rimanente a una condizione di controllo. Per motivi didattici il gruppo sottoposto alla tecnica di IR includeva gli allievi degli anni più avanzati, mentre il gruppo di controllo era composto da studenti del biennio. Il primo gruppo, sottoposto all'*Imagery Rescripting* era costituito da 25 allievi di genere femminile, con un'età media di 30,1 anni (deviazione standard, DS = 5,34), iscritti al 3° e 4° anno della SPC. Il secondo, non sottoposto a IR, era costituito da 31 allievi, la maggior parte femmine (94%) di età media di 28,23 anni (DS = 5,22), iscritti al 1° e 2° anno della SPC.

Procedura

A tutti i partecipanti è stata somministrata una lista di 20 convinzioni disfunzionali su sé e sugli altri (si veda tab. 1 per un elenco completo) in tre momenti diversi, un pre-test (t0), un post-test (t1) e a 40 giorni di follow-up (t2).

Tab. 1 – Elenco delle convinzioni nucleari somministrate

Elenco completo delle convinzioni nucleari

1 Non sono amabile	11 Non mi merito di essere felice
2 Se esprimo cosa provo gli altri potrebbero soffrirne	12 Il giudizio degli altri è importante
3 Non sono importante per nessuno	13 Mostrare emozioni è disdicevole
4 Sono una persona debole	14 Se sono me stesso verrò rifiutato
5 Prima o poi mi abbandoneranno	15 Non è sicuro esprimere le mie emozioni
6 Prima o poi mi abbandoneranno	16 Non piaccio a nessuno
7 Sono un fallito	17 Devo accontentare gli altri
8 Devo prendermi cura degli altri	18 Il mio corpo è fragile e debole
9 Devo essere perfetto	19 Devo essere sempre in controllo
10 Gli altri sono pericolosi	20 Sono diverso dagli altri

Le convinzioni sono state tratte dalla letteratura sulla Terapia Razionale Emotiva (RET) (Ellis, 1994). Per valutare l'intensità di tali credenze centrali negative è stata utilizzata una scala analogica visiva (*visual analogue scale*, VAS), in cui veniva chiesto di valutare quanto ciascuna convinzione fosse vera per il soggetto, in un gamma da 0 (per nulla vera) a 10 (molto rappresentativa).

Dopo la compilazione delle VAS, al t0, al gruppo sperimentale è stata applicata la tecnica dell'IR in una somministrazione individuale.

La procedura (Arntz e Weertman, 1999) richiede al partecipante di rivivere, a occhi chiusi, un'esperienza passata negativa, legata a un vissuto doloroso del momento attuale e di provare a soddisfare i bisogni emotivi del "sé bambino" all'interno del ricordo.

Le fasi della tecnica si articolano in diversi passaggi:

1. focus attraverso l'immaginazione sulla situazione attuale problematica, le emozioni e le sensazioni corporee che la caratterizzano;
2. emozione ponte e *floating back*: entrando in contatto con l'emozione esperita nella situazione attuale si effettua il collegamento con un ricordo del passato, possibilmente dell'infanzia;
3. esplorazione della memoria pregressa, indagando emozioni, sensazioni corporee e bisogni non appagati nell'episodio;
4. introduzione di un elemento di cambiamento o di una figura che si prenda cura dei bisogni del bambino e ne soddisfi i bisogni emotivi;
5. opzionale trasferimento alla situazione attuale problematica.

In questo caso, trattandosi di psicologi in un contesto di formazione, non è stata utilizzata la tecnica immaginativa “del luogo sicuro”, solitamente applicata in casi clinici particolarmente difficili o per i disturbi di personalità. L'applicazione dell'IR è stata eseguita dagli stessi partecipanti allo studio che, divisi in gruppi da tre, applicavano a turno l'intervento agli altri soggetti, sotto la supervisione di un trainer esperto nella procedura (B.B.).

I soggetti del gruppo di controllo hanno partecipato a una lezione didattica prevista dal loro calendario accademico che non presumeva l'utilizzo di alcun esercizio emotivo-esperienziale. Dopo 24 ore entrambi i gruppi hanno compilato nuovamente le VAS (t1) e la stessa rilevazione è stata effettuata al follow-up, a distanza di 40 giorni dall'ultima somministrazione (t2).

Mediante un'analisi della varianza (ANOVA) per misure ripetute, all'interno di ciascun gruppo sono state confrontate le risposte alle VAS fornite nei tre tempi di somministrazione. In seguito è stata effettuata un'ANOVA a misure ripetute con disegno fattoriale misto, con il gruppo (IR e controllo) come variabile tra i soggetti, e il tempo (t0, t1 e t2) come variabile entro i soggetti. Le analisi sono state effettuate tramite il software di analisi statistica SPSS 20 (SPSS Inc, Chicago, Illinois).

Risultati

In un'analisi preliminare i dati forniti da entrambi i gruppi sono stati trattati in forma aggregata, al fine di analizzare quali fossero le convinzioni disfunzionali maggiormente presenti nei soggetti. I risultati finali hanno incluso un totale di 43 soggetti, poiché 13 partecipanti sono stati esclusi dalle analisi, non avendo partecipato alla valutazione post-test. Tra le 20 credenze nucleari disfunzionali quattro si sono rivelate essere particolarmente diffuse, quali: “devo prendermi cura degli altri”, “il giudizio degli altri è importante”, “devo essere sempre in controllo” e “devo essere perfetto” (cfr. tab. 1).

Successivamente, sono stati confrontati attraverso il t di Student per campioni indipendenti i punteggi ottenuti da entrambi i gruppi al t0, al fine di verificare se ci fossero eventuali differenze statisticamente significative tra i due gruppi nel pre-test. L'intensità delle convinzioni è risultata essere eguale, tranne per le convinzioni “sono un fallito” ($t_{(38)} = 2,57$; $p = 0,01$) e “non è sicuro esprimere le mie emozioni” ($t_{(38)} = 2,24$; $p = 0,03$), entrambe più elevate nel gruppo di soggetti sottoposti ad IR. Inoltre, l'età di questo gruppo risultava essere significativamente maggiore rispetto a quella del gruppo di controllo ($t_{(38)} = 2,61$; $p = 0,013$). Per questo motivo nell'ANOVA a misure ripetute l'età è stata inserita come covariata di non interesse.

Efficacia dell'Imagery Rescripting nel ridurre le convinzioni disfunzionali

Al fine di analizzare l'efficacia dell'IR nel ridurre le credenze disfunzionali è stato analizzato l'andamento al pre, al post e al follow-up del gruppo sperimentale (IR) attraverso un'analisi della varianza (ANOVA) per misure ripetute, tramite modello lineare generalizzato (GLM). Dai successivi confronti post-hoc, eseguiti con correzioni di Sidak, è emerso che 12 delle 20 convinzioni si sono ridotte significativamente da t0 a t1 e 9 si erano ulteriormente ridotte al follow-up (cfr. tab. 2).

Tab. 2 – Confronto nel gruppo IR al t0, t1 e t2

	<i>t0</i>	<i>t1</i>	<i>t2</i>	<i>F</i>	<i>p</i> *	<i>Confronti post-hoc di Sidak</i>
1. Non sono amabile	2,5 (2,76)	1,05 (2,39)	1,3 (1,56)	5,76	0,01	t0>t1
2. Se esprimo cosa provo gli altri potrebbero soffrirne	3,60 (3,10)	2,05 (2,16)	2,70 (2,20)	1,55	n.s.	/
3. Non sono importante per nessuno	1,65 (2,60)	1,15 (1,79)	0,90 (1,68)	1,80	n.s.	/
4. Nessuno mi ascolta	2,45 (2,86)	1,60 (2,19)	1,65 (2,54)	1,81	n.s.	/
5. Sono una persona debole	3,15 (2,68)	2,10 (2,53)	2,10 (2,00)	2,97	n.s.	/
6. Prima o poi mi abbandoneranno	2,7 (2,98)	1,4 (3,23)	1,15 (2,25)	6,34	0,01	t0>t1; t0>t2
7. Sono un fallito	3,2 (2,85)	1,95 (2,56)	1,45 (2,06)	8,8	0,001	t0>t1; t0>t2
8. Devo prendermi cura degli altri	6,65 (3,03)	5,05 (2,39)	4,65 (2,66)	9,13	0,001	t0>t1; t0>t2
9. Devo essere perfetto	6 (3,09)	4,7 (2,79)	4,15 (2,85)	6,13	0,005	t0>t1; t0>t2
10. Gli altri sono pericolosi	1,90 (2,05)	1,10 (1,33)	1,15 (1,73)	1,78	n.s.	/
11. Non mi merito di essere felice	1,45(2,16)	0,60 (1,14)	0,35 (0,75)	4,03	n.s.	/
12. Il giudizio degli altri è importante	6,65 (2,80)	4,65 (3,15)	4,4 (3,02)	12,32	0,000	t0>t1; t0>t2
13. Mostrare emozioni è disdicevole	2,2 (2,42)	1,4 (2,11)	0,8 (1,36)	4,38	0,02	t0>t2
14. Se sono me stesso verrò rifiutato	2,45 (2,63)	1,8 (2,38)	1,15 (1,81)	4,35	0,02	t0>t2
15. Non è sicuro esprimere le mie emozioni	3,8 (3,49)	2,25 (2,88)	1,45 (1,93)	8,73	0,001	t0>t1; t0>t2
16. Non piaccio a nessuno	1,85 (2,58)	1,20 (2,12)	1,05 (1,50)	2,24	n.s.	/
17. Devo accontentare gli altri	4,35 (3,12)	3,20 (2,50)	2 (2,15)	7,79	0,001	t0>t2
18. Il mio corpo è fragile e debole	1,30 (2,25)	0,50 (0,76)	0,45 (0,83)	2,49	n.s.	/
19. Devo sempre essere in controllo	5,95 (2,70)	4,25 (2,75)	4 (2,94)	9,07	0,001	t0>t1; t0>t2
20. Sono diverso dagli altri	4,55 (2,72)	2,8 (2,59)	3,5 (2,76)	4,62	0,02	t0>t1

* *n.s.* = non significativo

La stessa procedura è stata effettuata per il gruppo di controllo. Come si può osservare dalla tabella 3, unicamente tre convinzioni sulle venti misurate si sono ridotte in modo significativo da t0 a t1, mentre una sola convinzione è ulteriormente diminuita in t2.

Tab. 3 – Confronto nel gruppo di controllo al t0, t1 e t2.

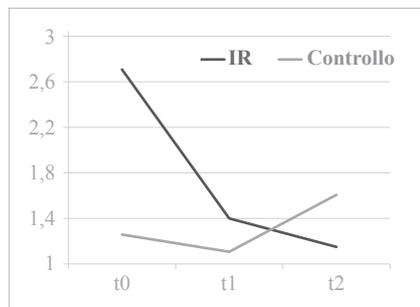
	t0	t1	t2	F	p*	Confronti post-hoc di Sidak
1. Non sono amabile	1,80 (1,51)	1,05 (1,47)	0,90 (1,45)	5,40	0,009	t0>t2
2. Se esprimo cosa provo gli altri potrebbero soffrirne	3,55 (2,24)	3 (2,27)	2,20 (1,74)	5,57	0,008	t0>t2
3. Non sono importante per nessuno	1 (1,38)	1 (1,41)	0,55 (0,89)	3,08	n.s.	/
4. Nessuno mi ascolta	0,95 (1,73)	1,30 (1,78)	0,95 (1,70)	1,43	n.s.	/
5. Sono una persona debole	2,75 (2,40)	2,45 (2,33)	2,20 (2,07)	1,05	n.s.	/
6. Prima o poi mi abbandoneranno	1,25 (1,68)	1,10 (1,45)	1,60 (2,21)	1,87	n.s.	/
7. Sono un fallito	1,20 (1,99)	1,10 (1,86)	1,05 (2,26)	0,13	n.s.	/
8. Devo prendermi cura degli altri	7,30 (1,84)	5,80 (2,50)	6,10 (2,75)	7,88	0,001	t0>t1; t0>t2
9. Devo essere perfetto	4,95 (2,61)	4,50 (3,17)	4,10 (2,63)	3,12	n.s.	/
10. Gli altri sono pericolosi	2,30 (2,15)	2,35 (2,16)	1,85 (2,30)	1,68	n.s.	/
11. Non mi merito di essere felice	0,85 (1,35)	0,80 (1,28)	0,55 (1,24)	1,79	n.s.	/
12. Il giudizio degli altri è importante	5,90 (2,36)	5 (2,81)	5,35 (2,58)	1,85	n.s.	/
13. Mostrare emozioni è disdicevole	1,65 (2,37)	1,30 (1,78)	1,40 (2,26)	0,77	n.s.	/
14. Se sono me stesso verrò rifiutato	1,50 (2,09)	1,20 (1,94)	1,30 (2,27)	0,77	n.s.	/
15. Non è sicuro esprimere le mie emozioni	1,70 (2,34)	1,60 (2,14)	1,45 (2,58)	0,29	n.s.	/
16. Non piaccio a nessuno	1,42 (1,74)	1,53 (2,11)	0,95 (2,01)	1,54	n.s.	/
17. Devo accontentare gli altri	3,68 (2,31)	3,26 (2,74)	2,94 (2,72)	0,87	n.s.	/
18. Il mio corpo è fragile e debole	1,32 (1,95)	1,10 (1,63)	1,16 (1,68)	0,09	n.s.	/
19. Devo sempre essere in controllo	4,84(2,79)	4,26 (2,56)	4,05 (2,84)	2,40	n.s.	/
20. Sono diverso dagli altri	3,89 (2,54)	2,47 (2,22)	2,53 (2,34)	3,31	n.s.	/

*n.s. = non significativo

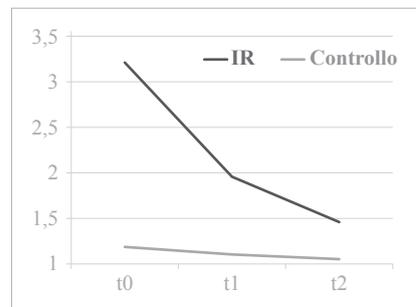
Efficacia dell'Imagery Rescripting nel ridurre le convinzioni disfunzionali

Per confrontare tra loro l'intensità delle convinzioni di entrambi i gruppi al pre e post-test e follow-up è stata effettuata un'analisi della varianza (ANOVA) a misure ripetute con disegno fattoriale misto, con il Gruppo (IR e controllo) come variabile tra i soggetti e il Tempo (t0, t1 e t2) come variabile entro i soggetti. Dai risultati, si osserva un effetto di interazione significativo tra il gruppo e il tempo per quattro convinzioni, dove la riduzione delle credenze sembra essere attribuibile proprio all'applicazione della tecnica dell'IR (cfr. fig. 1).

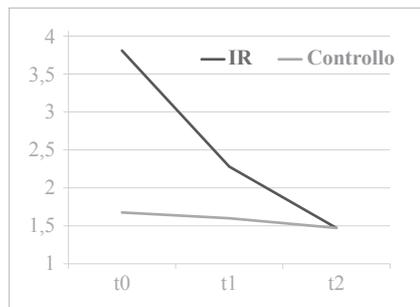
Fig. 1 – Effetto significativo dell'interazione gruppo (IR e controllo) e tempo (t0, t1 e t2) per quattro convinzioni



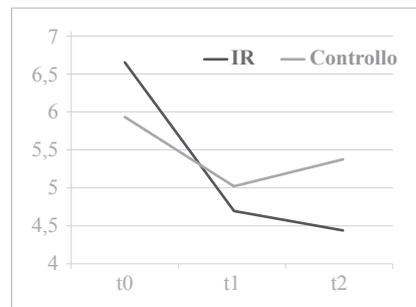
*A) prima o poi mi abbandoneranno
($F_{(1,66)} = 6,35; p = 0,005$)*



*B) sono un fallito
($F_{(2,76)} = 6,81; p = 0,009$)*



*C) non è sicuro esprimere le mie emozioni
($F_{(2,76)} = 5,31; p = 0,007$)*



*D) il giudizio degli altri è importante
($F_{(2,76)} = 2,50; p = 0,007$)*

Discussione

I dati di questo studio evidenziano l'efficacia di un singolo intervento di IR nel ridurre l'intensità delle più diffuse credenze negative, sia nel breve che nel lungo termine, in un campione non clinico composto da psicologi specializzandi. Ad oggi esistono in letteratura diverse evidenze (Ohanian, 2002; Cooper, 2011; Reimer e Moscovitch, 2015) che mostrano l'efficacia della tecnica dell'IR nel ridurre specifiche convinzioni nucleari patogene in diverse condizioni psicopatologiche, mentre a nostra conoscenza non vi sono studi che ne avevano indagato la consistenza in partecipanti non clinici.

Da una prima osservazione è emerso che alcune credenze nucleari negative erano più elevate di altre. In particolare le convinzioni “*devo prendermi cura degli altri*”, “*il giudizio degli altri è importante*”, “*devo essere sempre in controllo*” e “*devo essere perfetto*” sono riferibili ad aspetti legati all'attenzione verso gli altri e a doverizzazioni rispetto al controllo e al perfezionismo. Entrambi questi aspetti sono comunemente riscontrabili in professionisti della salute mentale dove gli standard severi, l'auto-sacrificio e la ricerca di approvazione e di riconoscimento (Haarhoff, 2006; Sahoo e Pradhan, 2012) sono schemi particolarmente elevati. Queste evidenze combaciano con le caratteristiche del campione utilizzato nello studio che includeva psicologi specializzandi in TCC. Di contro, nelle popolazioni cliniche vi è una maggiore pervasività di convinzioni legate all'autovalutazione globale, agli schemi d'attaccamento e alla competenza (Millings e Carnelley, 2015).

A conferma del nostro principale obiettivo è emerso che nove delle venti credenze nucleari negative indagate si sono significativamente ridotte a 40 giorni di distanza dall'applicazione della tecnica dell'IR. Oltre alle convinzioni precedentemente citate si sono ridotte le credenze relative alla non amabilità, all'abbandono, all'inibizione emotiva, al fallimento e al senso di alienazione. Questo dato è interessante perché ha permesso di registrare una sorta di “effetto alone” per cui, pur ri-scrivendo tramite *imago* un unico ricordo, sembrano essersi ridotte più credenze nucleari negative al contempo. Nel gruppo non sottoposto a procedura immaginativa, di contro, solo una convinzione (“*devo prendermi cura degli altri*”) era significativamente diminuita a 40 giorni di follow-up.

Infine, da un'ultima analisi è emerso che la riduzione, dalla misurazione iniziale a 40 giorni di distanza, di quattro credenze negative (“*prima o poi mi abbandoneranno*”, “*sono un fallito*”, “*il giudizio degli altri è importante*”, “*non è sicuro esprimere le mie emozioni*”) era specificamente attribui-

bile all'efficacia della tecnica immaginativa. Questo risultato fa ipotizzare che sono in particolare queste convinzioni, tra le tante, a beneficiare dell'applicazione dell'IR. Una spiegazione potrebbe risiedere nella rappresentatività di queste credenze, che rispecchiano quattro dei cinque domini di credenze recentemente identificati da Osmo e collaboratori (2018) in un ampio campione non clinico: convinzioni sulla non amabilità, sull'assenza di valore, sugli altri, sull'impotenza/inferiorità, sull'impotenza/vulnerabilità. L'efficacia dell'immaginazione consisterebbe nella sua natura esperienziale (Reimer e Moscovitch, 2015), che colmerebbe la disconnessione tra il pensiero logico e l'emozione sottostante – riferibile alla sensazione di «sapere con la testa, ma non crederci col cuore» (Barnard e Teasdale, 1991). Secondo Lang (1977; 1979) e Kosslyn (2001) le risposte fisiologiche, emotive e comportamentali attivate durante l'IR sono simili a quelle attivate negli scenari reali, dove la ri-scrittura in positivo dell'evento attiverebbe pattern corrispondenti. Facendo riferimento alle evidenze provenienti dalle neuroscienze, si trova che immaginando un movimento, ad esempio delle mani, delle dita o della lingua (Schnitzler *et al.*, 1997), si utilizza lo stesso circuito corticale e richiamando la stessa attivazione corticale motoria (Ehrsson, Geyer e Natio, 2003).

Questi studi supportano la teoria dell'«equivalenza funzionale» (Kosslyn, Ganis e Thompson, 2001) secondo cui l'immaginazione recluterebbe le stesse aree cerebrali coinvolte nella percezione reale e l'attivazione di queste aree può a sua volta attivare delle risposte fisiologiche ed emotive corrispondenti. In questo modo eventi emotivamente connotati, salvati nella nostra memoria autobiografica, solleciterebbero l'attivazione di nuclei su sé e sugli altri centrali per l'individuo che potrebbero in questo modo venire modificati e registrati. Di conseguenza, è ipotizzabile che l'IR non cancelli il contenuto mnestico originale, ma crei un ricordo alternativo che compete con quello originale come ricordo preferenziale. Gross (2015) spiega il cambiamento indotto dall'IR come un effetto della regolazione emotiva conseguente alla ri-valutazione del ricordo, per cui quello che cambia non è il contenuto in sé della traccia mnestica, ma il significato attribuito a esso e gli schemi sottostanti. Accade, quindi, che l'impatto emotivo di quel ricordo diventi “meno tossico”, senza indebolire tuttavia il ricordo originale (Brewin *et al.*, 2009). Questo risultato supporta quanto ipotizzato da Mancini A. e Mancini F. (2018), secondo i quali questa tecnica immaginativa consentirebbe di ridurre le valutazioni meta-emotive, il così detto “problema secondario”, agendo sul processo di invalidazione emotiva e promuovendo l'idea che le emozioni negative siano accettabili e degne di considerazione e cura.

Un importante limite di questo studio è rappresentato dalla mancanza di informazioni circa il contenuto dei ricordi pregressi emersi durante lo svolgimento dell'IR. Inoltre, avendo utilizzato una lista predefinita di credenze, la specifica convinzione centrale negativa del singolo soggetto non è stata identificata né collegata alla memoria emersa. In questo modo non è stato possibile studiare direttamente il collegamento tra i contenuti emotivi emersi dal ricordo e i temi centrali che sono stati affrontati. Inoltre, la tecnica dell'IR è stata condotta da allievi in corso di formazione e non da terapeuti esperti, aspetto che potrebbe aver influito sul corretto utilizzo della procedura, in questo caso inficiandone gli effetti.

Si deve, inoltre, considerare un possibile effetto della desiderabilità, specie per il gruppo sperimentale. Già Reimer e Moscovitch (2015) avevano ipotizzato che i risultati positivi ottenuti dai loro soggetti trattati con IR, rispetto al gruppo di controllo, possano essere spiegati anche come conseguenza di uno stato di “gratificazione” per aver preso parte all'intervento, oppure è plausibile che si sentano “costretti”, dalle richieste della situazione terapeutica, a rivedere le valutazioni mnestiche e i corrispettivi delle credenze centrali negative. Infine, nella ricerca manca un'adeguata rappresentazione di entrambi i generi, per cui non è stato possibile svolgere un'analisi delle possibili differenze di credenze centrali negative tra maschi e femmine. Nello studio di Millings e Carnelley (2015), ad esempio, è emerso che le fonti di autostima differiscono tra uomini e donne; sembra che tra le donne prevalgano credenze nucleari con temi relazionali, mentre tra gli uomini sono più frequenti credenze nucleari legate a temi di autoefficacia.

In futuro sarebbe interessante, reclutando un campione più numeroso di partecipanti, di genere maschile e che coinvolga individui tratti dalla popolazione normale, individuare quali credenze nucleari specifiche siano più sensibili a una riduzione con l'IR. Inoltre, sarebbe raccomandabile confrontare la procedura immaginativa con un altro intervento emotivo-esperienziale, come ad esempio l'EMDR o di terapia senso-motoria. Si potrebbe confrontare il cambiamento nelle *credenze centrali negative* di un campione non patologico, indotto dalla tecnica dell'IR, con i risultati ottenuti con altre tecniche, ad esempio di EMDR o senso-motoria. A tal proposito, Romano e colleghi (2020) si sono chiesti se i cambiamenti di significato e/o di contenuto del ricordo autobiografico siano dovuti alla procedura di *rescripting* o se cambiamenti simili si sarebbero ottenuti ricorrendo ad altre tecniche, senza il tentativo manifesto di modificare o riscrivere il ricordo stesso. Nella loro ricerca il confronto è stato fatto con la tecnica dell'Esposizione Immaginativa, che determina un'abituazione alla risposta emotiva e una narrazione più coerente dell'episodio autobiografico negativo.

Infine, sarebbe utile indagare schemi disfunzionali specifici, o particolari tratti di personalità, per verificare se questi possano in qualche modo influire sull'efficacia dell'IR. Eventualmente controllando anche il livello di capacità immaginativa dei soggetti, che potrebbero, maggiormente rispetto agli altri, trarre maggior beneficio da questa tecnica.

Conclusioni

In conclusione, nonostante i limiti, questo studio suggerisce un effetto dell'IR nel ridurre, nel breve termine, l'intensità di convinzioni nucleari disfunzionali su sé e sugli altri. Inoltre, è stato osservato che tale riduzione è mantenuta nel tempo, a 40 giorni dall'applicazione della tecnica immaginativa.

Riferimenti bibliografici

- Arntz A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3: 189-208. DOI: 10.5127%2Fjep.024211.
- Arntz A. (2014). Imagery rescripting for posttraumatic stress disorder. In: Thoma N., McKay D., eds. *Working with emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice*, pp. 203-215. New York: Guilford Press.
- Arntz A. & Weertman A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37: 715-740. DOI: 10.1016/S0005-7967(98)00173-9.
- Barnard P.J. & Teasdale J.D. (1991). Interacting cognitive subsystems: A systematic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion*, 5: 1-3. DOI: 10.1080/02699939108411021.
- Beck A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison, CT: International Universities Press.
- Beck J.S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.)*. New York, NY: Guilford Press.
- Brewin C.R., Wheatley J., Patel T., Fearon P., Hackmann A., Wells A., Fisher P. & Myers S. (2009). Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behaviour Research and Therapy*, 47: 569-576. DOI: 10.1016/j.brat.2009.03.008.
- Calvete E., Orue I. & Hankin B.L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders*, 27: 278-288. DOI: 10.1016/j.janxdis.2013.02.011.
- Cooper M.J. (2011). Working with imagery to modify core beliefs in people with eating disorders: A clinical protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18: 454-465. DOI: 10.1016/j.cbpra.2010.08.003.
- Ehrsson H.H., Geyer S. & Naito E. (2003). Imagery of voluntary movement of fingers, toes,

R. Otera, B. Aragona, G. Figoli, L. Montesano, S. Pucci, F. Mancini, B. Basile

- and tongue activates corresponding body-part-specific motor representations. *Journal of Neurophysiology*, 90: 3304-3316. DOI: 10.1152/jn.01113.2002.
- Ellis A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy, Revised and updated*. New York: Carol Publishing.
- Frets P.G., Kevenaar C. & van der Heiden C. (2014). Imagery rescripting as a stand-alone treatment for patients with social phobia: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45: 160-169. DOI: 10.1016/j.jbtep.2013.09.006.
- Gross J.J. (2015). Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26: 1-26. DOI: 10.1080/1047840X.2014.940781.
- Haarhoff B.A. (2006). The importance of identifying and understanding therapist schema in cognitive therapy training and supervision. *New Zealand Journal of Psychology*, 35: 126-131.
- Kosslyn S.M., Ganis G. & Thompson W.L. (2001). Neural foundations of imagery. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(9): 635-642. DOI: 10.1038/35090055.
- Lang P.J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8: 862-886. DOI: 10.1016/S0005-7894(77)80157-3.
- Lang P.J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16: 495-512. DOI: 10.1111/j.1469-8986.1979.tb01511.x.
- Lee S.W. & Kwon J.H. (2013). The efficacy of imagery rescripting (IR) for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44: 351-360. DOI: 10.1016/j.jbtep.2013.03.001.
- Mancini A. & Mancini F. (2018). Rescripting Memory, Redefining the Self: A Meta-Emotional Perspective on the Hypothesized Mechanism(s) of Imagery Rescripting. *Frontiers Psychology*, 20: 9-581. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00581.
- Millings A., Carnelley K.B. (2015). Core belief content examined in a large sample of patients using online cognitive behaviour therapy. *Journal of Affective Disorders*, 186: 275-283. DOI: 10.1016/j.jad.2015.06.044.
- Norton A.R. & Abbott M.J. (2016). The efficacy of imagery rescripting compared to cognitive restructuring for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 40: 18-28. DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.03.009.
- Ohanian V. (2002). Imagery rescripting within cognitive behavior therapy for bulimia nervosa: An illustrative case report, *International Journal of Eating Disorders*, 31: 352-357. DOI: 10.1002/eat.10044.
- Osmo F., Duran V., Wenzel A., de Oliveira I.R., Nepomuceno S., Madeira M. & Menezes I. (2018). The negative core beliefs inventory: Development and psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 32(1): 67-84, doi:10.1891/0889-8391.32.1.67.
- Raabe S., Ehring T., Marquenie L., Olf M. & Kindt M. (2015). Imagery rescripting as stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48: 170-176. DOI: 10.1016/j.jbtep.2015.03.013.
- Reimer S.G. & Moscovitch D.A. (2015). Imagery Rescripting for Social Anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 75: 48-59. DOI: 10.1016/j.brat.2015.10.007.
- Romano M., Moscovitch D.A., Huppert J.D., Reimer S.G. & Moscovitch M. (2020). The Effects of Imagery Rescripting on Memory Outcomes in Social Anxiety Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 69: 102-169. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102169.
- Sahoo Saddichha A.K. & Pradhan N. (2012). Cognitive schemas among mental health professionals: Adaptive or maladaptive? *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 17: 523.

Efficacia dell'Imagery Rescripting nel ridurre le convinzioni disfunzionali

- Schnitzler A., Salenius S., Salmelin R., Jousmäki V. & Hari R. (1997). Involvement of primary motor cortex in motor imagery: A neuromagnetic study. *Neuroimage*, 6: 201-208. DOI: 10.1006/nimg.1997.0286.
- Tenore K., Basile B., Cosentino T., De Sanctis B., Fadda S., Femia G., Gragnani A., Luppino O.I., Pellegrini V., Perdighe C., Romano G., Saliari A.M. & Mancini F. (2020). Imagery rescripting on guilt-inducing memories in Obsessive Compulsive Disorders: A single case series study. *Frontiers in Psychiatry, section Mood and Anxiety Disorders*. doi: 10.3389/fpsyt.2020.543806.
- Young J.E., Klosko J.S. & Weishaar M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*, New York: Guilford Press.
- Wheatley J. & Hackmann A. (2011). Using Imagery Rescripting to Treat Major Depression: Theory and Practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18: 444-453. DOI: 10.1016/j.cbpra.2010.06.004.

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*)

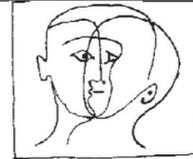
Più tempestività, più comodità.

Per saperne di più: www.francoangeli.it

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - NoDerivatives License.
For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org/>.

Passaggio alla psicoterapia online durante la pandemia da Coronavirus (Covid-19): precedente esperienza, familiarità con la tecnologia e conoscenze teoriche sulla psicoterapia online da parte del terapeuta. Il caso del Centro Medico Santagostino



Elena Olivetti*, Camilla Bongiovanni*, Laura Staccini**,
Daniele Cavadini***, Laura Mandelli*, Stefano Porcelli****

*Ricevuto l'8 marzo 2021
Accettato il 10 gennaio 2022*

Sommario

Durante la pandemia da Coronavirus (Covid-19), l'uso della psicoterapia online (PO) è stato ampiamente rivalutato. In situazioni in cui il passaggio alla PO siano caratterizzati da necessità e urgenza, la preparazione tecnica e teorica del terapeuta può essere cruciale. Nel presente studio abbiamo pertanto indagato il ruolo di tale preparazione sul passaggio alla PO durante l'emergenza Covid-19, nel contesto di un servizio privato di psicoterapia (Santagostino).

* Psicologo, psicoterapeuta. Centro Medico Santagostino. Società e Salute SpA, Via Temperanza 6, Milano; e-mail: elena.olivetti@santagostino; camilla.bongiovanni@santagostino.it; laura.mandelli@santagostino.it.

** Psicologo, psicoterapeuta. Centro Medico Santagostino. Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna, V.le Berti Pichat 5, Bologna; e-mail: laura.staccini@santagostino.it.

*** Psicologo, psicoterapeuta. Centro Medico Santagostino. Centro Terapia Cognitiva, Via Rusconi 10, Como; e-mail: daniele.cavadini@santagostino.it.

**** Medico psichiatra. Centro Medico Santagostino. Dipartimento di scienze biomediche e neuromotorie, Università di Bologna, Viale C. Pepoli 5, Bologna; e-mail: stefano.porcelli@santagostino.it.

Autore corrispondente: Daniele Cavadini.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 49/2021
DOI: 10.3280/qpc49-2021oa13211*

E. Olivetti, C. Bongiovanni, L. Staccini, D. Cavadini, L. Mandelli, S. Porcelli

Un questionario costruito ad hoc è stato utilizzato per rilevare l'esperienza pregressa di PO di 86 terapeuti, il grado riferito di familiarità con i sistemi di videocomunicazione, di conoscenza teorica e scientifica della PO, e la percentuale di pazienti in cura passati in PO. Sono state inoltre raccolte informazioni riguardo all'orientamento terapeutico e al grado personale di scetticismo nei confronti della PO prima della pandemia. Su 158 terapeuti contattati, 86 hanno completato il questionario.

L'esperienza pregressa del terapeuta in PO si è dimostrata la variabile più predittiva per il passaggio dei pazienti alla PO. Accanto a essa la familiarità tecnica dei terapeuti, associata a un basso scetticismo.

I risultati dello studio suggeriscono che una precedente esperienza, e dunque formazione, all'uso della PO, potrebbe favorire sia il suo utilizzo da parte del terapeuta, che l'adesione dei pazienti alla PO stessa. Una adeguata formazione tecnica e teorica potrebbe incrementare il senso di padronanza e fiducia (vs. scetticismo) nella PO.

Parole chiave: psicoterapia online, videoterapia, setting, formazione, Covid-19.

Abstract

The transition to video-conferencing psychotherapy during the Coronavirus pandemic: the role of therapists' previous experience, technical familiarity and theoretical knowledge of VCP. The case of Centro Medico Santagostino

During the Coronavirus (Covid-19) pandemic, the use of online psychotherapy (PO) was extensively re-evaluated.

The therapist's technical and theoretical preparation can be crucial to facilitate the transition to OP in case of need and urgency. In the present study, we therefore investigated the effect of this preparation on the transition to the OP during the Covid-19 emergency, in the context of a private psychotherapy service (Santagostino).

We developed and used an ad hoc questionnaire to detect the previous experience in OP of 86 psychotherapists, their confidence with video communication systems, their theoretical and scientific knowledge of the OP, and the percentage of patients in treatment who accepted an OP setting. We furthermore collected information on their theoretical approach and their skepticism towards the OP before the pandemic. Finally, we submitted the questionnaire to 158 psychotherapists, 86 completed the questionnaire.

The previous experience in OP was the most predictive variable. Furthermore, technical confidence associated with low skepticism predicted more acceptance of an OP setting. The present study results suggest that previous experience, and therefore training, in the use of the OP, could facilitate both its use by the therapist and the adhesion of patients to an OP setting. In addition, adequate technical and theoretical training could increase the sense of mastery and confidence (vs. skepticism) in the OP.

Key words: online psychotherapy, video-conferencing psychotherapy, setting, training, Covid-19.

Introduzione

La pandemia da Coronavirus (Covid-19) ha drasticamente accelerato l'adozione e la diffusione di strumenti di comunicazione a distanza in Italia. Come in altri paesi, l'emergenza ha portato a una sostanziale riorganizzazione dell'assistenza psicologica, spingendo verso modalità alternative al tradizionale setting *vis-a-vis* (Cosic *et al.*, 2020; Shigemura *et al.*, 2020). L'e-therapy è un ampio insieme di tecniche volte a fornire assistenza psicologica e psichiatrica tramite tecniche basate sull'impiego della realtà virtuale, ma anche scambi tramite e-mail, chat e altre applicazioni digitali, svariate combinazioni di queste e psicoterapia online mediante videochiamata (PO). L'e-therapy può essere erogata in modo sincrono o asincrono, guidato o non guidato (Sucala *et al.*, 2012; Paoli *et al.*, 2020). In questo lavoro ci riferiamo nello specifico alla PO, che consiste in sedute di psicoterapia tramite connessione audio-video, dove c'è sincronia temporale ma non spazio fisico condiviso.

Una revisione sistematica della letteratura (Backhaus *et al.*, 2012) ha indicato che la PO è fattibile ed è generalmente associata a una buona soddisfazione da parte di chi ne usufruisce. La PO sembra avere esiti clinici simili alla tradizionale psicoterapia *vis-a-vis* in termini di un migliore adattamento cognitivo, emotivo e comportamentale (Manchanda e McLaren, 1998). Diversi studi hanno riportato una buona efficacia dei trattamenti in PO mediante diversi approcci terapeutici, su problematiche differenti. La PO si è dimostrata efficace nel ridurre significativamente i sintomi di depressione, ansia e la loro comorbidità, e nell'aumentare la qualità della vita (Berryhill *et al.*, 2019; Păsărelu *et al.*, 2017; Stubbings *et al.*, 2013). Inoltre, la PO ha prodotto risultati equiparabili alla psicoterapia tradizionale in pazienti con Disturbo da stress post-traumatico (Morland *et al.*, 2014). La PO potrebbe quindi essere uno strumento di utilità in tutte quelle situazioni in cui non è possibile o pratico incontrarsi di persona, o laddove siano necessari servizi decentralizzati di qualità (Bolle *et al.*, 2018). Per quanto riguarda gli approcci terapeutici idonei alla PO, una meta-analisi della letteratura (Carlbring *et al.*, 2018) ha dimostrato che la PO basata su tecniche cognitive comportamentali (CBT) è efficace nel trattamento di svariate problematiche psicologiche e altre condizioni correlate, come ad esempio la fibromialgia. Inoltre, una revisione della letteratura (Merchant, 2016) suggerisce che gli elementi essenziali delle terapie analitico/psicodinamiche, basate principalmente su aspetti relazionali e non verbali (es. intuizioni e interpretazioni simboliche), possono essere mantenuti.

È stato inoltre rilevato che i servizi di salute mentale che si avvalgono di PO favoriscono una maggiore fiducia sia da parte dei terapeuti che degli psichiatri nella gestione di emergenze cliniche (Trondsen *et al.*, 2014).

E. Olivetti, C. Bongiovanni, L. Staccini, D. Cavadini, L. Mandelli, S. Porcelli

Diverse variabili, riferibili in parte ai terapeuti e in parte ai pazienti, possono avere un effetto sul funzionamento della PO, in primis condizionando l'adesione a questa modalità da parte dei pazienti stessi. Nel periodo precedente l'emergenza Covid-19, presso il servizio di psicologia, psicoterapia e psichiatria del Centro Medico Santagostino, oltre il 98% delle visite sono state effettuate in studio (<2% tramite PO).

Il Centro Medico Santagostino, al momento della raccolta dei dati, contava circa 200 psicoterapeuti attivi in 14 sedi fisiche (di cui 11 a Milano, 1 a Bologna, 1 a Brescia, 1 a Bergamo), in media 400 primi colloqui mensili e 7.000 prestazioni di area psicologica mensili. I pazienti accedono al servizio attraverso un primo colloquio clinico svolto da uno psicoterapeuta o uno psichiatra esperto, e vengono poi indirizzati a un percorso clinico appropriato.

Con l'avvio dello stato di emergenza dovuto alla pandemia, è stato chiesto a tutti i pazienti adulti idonei di passare alla PO, ottenendo un'adesione dell'80%. Nel periodo di lockdown il 90% delle visite psicologiche è stato effettuato online (Bongiovanni *et al.*, inedito).

Tra i fattori che sembrano facilitare un passaggio efficace alla PO vengono citati in letteratura l'accesso alle risorse tecnologiche necessarie al suo svolgimento, una formazione e un'esperienza pregressa specifica da parte dei terapeuti (Muir *et al.*, 2020). Tra gli ostacoli troviamo la mancanza di padronanza delle attrezzature tecnologiche necessarie e le difficoltà ad accedervi da parte di coloro che potrebbero trarne beneficio (Perrin *et al.*, 2020).

Lo scopo di questo studio è di indagare, durante la fase acuta dell'emergenza Covid-19 in Italia, nel contesto del servizio di psicologia, psicoterapia e psichiatria del Centro Medico Santagostino, l'effetto di variabili riferibili al terapeuta sulla percentuale di adesione alla PO da parte dei pazienti.

Abbiamo selezionato e utilizzato le seguenti variabili: la presenza di precedenti esperienze di PO, la presenza di conoscenze teoriche sulla PO, la familiarità con i sistemi di videocomunicazione, l'approccio psicoterapeutico (psicoanalitico/psicodinamico vs. altro) e il grado di scetticismo nei confronti della PO.

Metodo

Partecipanti e raccolta dati

Lo studio è stato condotto su dati raccolti tramite un questionario anonimo online, principalmente rivolto agli psicoterapeuti che collaborano con il Servizio di psichiatria e psicologia del centro medico privato Santagostino,

attivo in Italia dal 2009. I partecipanti potevano diffondere il questionario ad altri colleghi psicoterapeuti non collaboranti con il Servizio. I partecipanti hanno completato il questionario tra aprile e maggio 2020. Il servizio di PO era già attivo da maggio 2019 in tutte le sedi. Nel periodo dello studio il Servizio di psichiatria e psicologia era attivo in diverse sedi dislocate in Lombardia, nella città di Milano e dell'hinterland Milanese, a Brescia e a Bergamo, e in Emilia Romagna nella città di Bologna. Dei 158 psicoterapeuti contattati, 86 hanno compilato il questionario per intero; di questi, 80 lavorano per il nostro Servizio e solo 6 si dichiarano partecipanti volontari esterni. Sono in maggioranza di sesso femminile (81,4%) e di età media di 36,4 anni (± 6.6). Gli approcci terapeutici sono principalmente di tipo psicomotivo (38%) e cognitivo-comportamentale (33%) (altri: 29%).

Il questionario si compone di 3 sezioni, di cui la prima rivolta a tutti i partecipanti (sezione A, 15 domande), la seconda soltanto a chi ha utilizzato la PO con i propri pazienti (sezione B, 31 domande), la terza soltanto a chi non l'ha utilizzata (sezione C, 13 domande). La sezione A è volta a raccogliere informazioni demografiche e professionali, informazione sull'eventuale utilizzo della PO prima dello stato di emergenza, sul grado di conoscenza dell'uso della PO e di scetticismo nei confronti della PO. La sezione B raccoglie informazioni riguardo il numero di pazienti a cui è stata proposta e che hanno accettato la PO, difficoltà tecniche e informatiche, di setting e di gestione della seduta da parte dei terapeuti e dei loro pazienti, percezioni riguardo al senso di comfort versus disagio proprio e del paziente nelle sedute mediante PO, e una valutazione dell'apprezzamento generale della PO. La sezione C, dedicata agli psicoterapeuti che non hanno utilizzato la PO, contiene domande riguardo ai motivi per cui non l'hanno utilizzata, come hanno gestito i loro pazienti durante il lockdown, e loro personali credenze, conoscenze e attitudini verso la PO. Degli 86 partecipanti che hanno completato il questionario, uno solo ha compilato per intero la sezione C.

Trattamento delle variabili e analisi statistica

Per gli scopi del presente studio abbiamo considerato come variabile dipendente la percentuale totale dei pazienti che hanno aderito alla PO (B.10 *Complessivamente, di tutti i pazienti che avevi in carico prima dell'emergenza Covid-19, quanti sono passati alla videoterapia?*). Poiché solo pochi psicoterapeuti affermavano di aver passato in PO meno del 40-60% dei loro pazienti o, all'estremo opposto "tutti" (rispettivamente $n = 9$ e $n = 1$), abbiamo utilizzato le seguenti tre categorie: "60% o meno", "60 e 80%" e

“oltre l’80%”. Le principali variabili predittive erano: esperienza pregressa (A.8 *Prima dell’emergenza Covid-19, quanti pazienti seguivi in videoterapia?*), familiarità tecnica (A.9 *Prima dell’emergenza Covid-19, qual era il tuo livello di familiarità con le tecnologie di video-comunicazione online?*) e conoscenza teorica (A.10 *Prima dell’emergenza Covid-19, sapevi che la videoterapia fosse utilizzata anche in Italia, e che gli studi scientifici ne hanno comprovato l’efficacia?*). Come per la percentuale di pazienti passati in PO, al fine di facilitare le analisi statistiche, la variabile esperienza pregressa è stata categorizzata in “no” (“nessuno”) e “sì” (diverso da “nessuno”); la variabile familiarità tecnica in “nulla-bassa”, “sufficiente”, “buona/elevata”; la variabile conoscenza teorica in “no, poco/ne ho sentito parlare”, “sì, sapevo che era utilizzata e poteva funzionare”. Altre variabili che abbiamo considerato sono state l’indirizzo terapeutico (A.6 *Indica il tuo indirizzo terapeutico, ad es. CBT, psicoanalisi, sistemico, ...*), categorizzato in “psicodinamico” o “CBT/altro”, e il grado di scetticismo (A.11 *Prima dell’emergenza Covid-19, quanto ti ritenevi scettico verso la videoterapia online?*), categorizzato in “poco/per niente” o “abbastanza/molto”.

Le analisi statistiche sono state effettuate mediante il software Statistica 7.0. (StatSoft, Inc.). I dati sono stati riassunti in forma di totale e percentuale per le variabili nominali, media e deviazione standard per le variabili continue. L’analisi della varianza (ANOVA) a una via e il test del Chi-quadrato sono stati utilizzati per le analisi lineari, mentre l’analisi di regressione logistica per variabili ordinali è stata impiegata per testare effetti indipendenti dei – e di interazione tra – i predittori sulla variabile dipendente. La potenziale divergenza tra psicoterapeuti del nostro centro ed esterni rispetto a esperienza pregressa, familiarità tecnica, conoscenza teorica e percentuale di pazienti passati alla PO è stata testata mediante il test non-parametrico Chi-quadrato Pearson.

Abbiamo considerato valori di p a due vie significativi se inferiori 0,05. Con questa assunzione, il campione ($n = 86$) aveva un sufficiente potere statistico (80%) per individuare ampiezze d’effetto medie (ad es. $w = 0,33$ in un semplice Test Chi-quadrato).

Risultati

Descrizione del campione di terapeuti

I terapeuti sono in prevalenza donne (81%), di età media $37,4 \pm 6,6$ anni. Circa la metà dei terapeuti (49%) riferisce di aver utilizzato la PO prima del periodo di emergenza Covid-19, ma per la maggior parte solo per meno del

10% dei loro pazienti. Una conoscenza teorica della PO è riferita dal 61% dei terapeuti e l'86% ritiene di possedere una sufficiente-buona familiarità tecnica. I terapeuti si dichiarano perlopiù poco (38,4%) o moderatamente scettici (37,2%) prima dell'emergenza Covid-19. Quasi tutti i terapeuti (94,2%) hanno comunque proposto la PO a oltre l'80% dei loro pazienti durante il periodo di emergenza Covid-19. I motivi per cui non hanno proposto la PO ad alcuni pazienti sono fondati su un giudizio clinico personale di inappropriatezza (11,6%), rifiuto da parte dei pazienti (10,5%), indicazioni di letteratura o controindicazioni metodologiche (rispettivamente 8,1% e 7%). Nel periodo di emergenza Covid-19, solo il 10,5% dei terapeuti ha passato meno del 60% dei propri pazienti in PO, il 16,3% ha passato in PO il 60-80% dei propri pazienti e il restante 31,4% ha passato in PO più dell'80% dei propri pazienti.

Confrontando i terapeuti collaboratori del Santagostino con i non collaboratori (solo 6), i primi riferiscono una maggiore conoscenza teorica e percentuali significativamente più alte di pazienti passati alla PO durante il periodo di emergenza pandemica Covid-19, mentre non si osservano differenze rispetto a esperienza pregressa, familiarità tecnica e scetticismo (cfr. tab. 1).

Tab. 1 – Test non parametrici di confronto tra i terapeuti del Centro medico Santagostino e terapeuti esterni

		terapeuti del Centro		terapeuti esterni		Chi-sq	p-value
		n	%	n	%		
Esperienza della PO	Si	41	97,6	1	2,4	2,67	0,10 ^s
	No	39	88,6	5	11,4		
Conoscenza teorica della PO	Conoscenza di utilizzo ed efficacia	59	96,7	2	3,3	4,42	0,035
	Poco/ne ho sentito parlare	21	84,0	4	16,0		
Familiarità tecnica della PO	Poco/nulla	10	83,3	2	16,7	2,58	0,28
	Sufficiente	35	97,2	1	2,8		
	Buona/alta	35	92,1	3	7,9		
Scetticismo verso la PO	Non complete/poco	43	95,6	2	4,4	0,94	0,33
	Abbastanza/molto	37	90,2	4	9,8		
Pazienti passata in PO	60% o meno	18	78,3	5	21,7	10,3	0,006
	60-80%	35	97,2	1	2,78		
	>80%	27	100	0	–		

Predittori del passaggio alla PO

Familiarità tecnica, conoscenza teorica, scetticismo e orientamento teorico non sembrano avere un effetto sulla percentuale di pazienti passati alla PO durante il periodo di emergenza Covid-19, mentre l'esperienza pregressa, ovvero aver avuto pazienti in PO prima dell'emergenza Covid-19, è associata a una maggiore percentuale di pazienti passati alla PO (cfr. tab. 2).

Tab. 2 – Pazienti passati alla PO durante il periodo emergenziale di Covid-19 e variabili del terapeuta

Variabili terapeuti		60% o meno		60-80%		>80%		F (df)	p
		Media	SD	Media	SD	Media	SD		
Età		37,0	4,7	36,8	5,8	38,5	8,8	0,57 (2,83)	
								<i>Chi-sq</i> (df)	p
Genere	Donna	18	25,7	28	40,0	24	34,3	1,57 (2)	0,46
	Uomo	5	31,3	8	50,0	3	18,8		
Terapia	Psicodinamica	10	26,3	19	50,0	9	23,7	2,37 (2)	0,31
	CBT/altro	13	27,1	17	35,4	18	37,5		
Esperienza PO	No	17	38,6	15	34,1	12	27,3	6,77 (2)	0,034*
	Sì	6	14,3	21	50,0	15	35,7		
Conoscenza teorica PO	Poco/ne ho sentito parlare	7	28,0	9	36,0	9	36,0	0,55 (2)	0,76
	Conoscenza utilizzo/efficacia	16	26,23	27	44,26	18	29,51		
Familiarità teorica PO	Nulla/bassa	4	33,3	4	33,3	4	33,3	2,98 (4)	0,56
	Sufficiente	12	33,3	15	41,7	9	25,0		
	Good/high	7	18,4	17	44,7	14	36,8		
Scetticismo alla PO	Non completamente/poco/nessuna opinione	12	26,7	19	42,2	14	31,1	0,01 (2)	1,00
	Moderata/alta	11	26,8	17	41,5	13	31,7		
Proposta della PO	Non a tutti i pazienti	7	43,8	6	37,5	3	18,8	3,09 (2)	0,21
	A tutti i pazienti	16	22,9	30	42,9	24	34,3		

Considerando simultaneamente i predittori (in modo indipendente, senza effetti di interazione, mediante analisi di regressione logistica), si conferma l'effetto dell'esperienza pregressa e si rileva un effetto positivo, ai limiti della significatività, della familiarità tecnica sulla percentuale di pazienti passati in PO. L'analisi degli effetti interattivi (includendo sempre l'esperienza pregressa e la familiarità tecnica) permette inoltre di rilevare un effetto di interazione tra familiarità tecnica e scetticismo (cfr. tab. 3). La combinazione di elevata familiarità tecnica e basso scetticismo sembra cioè predire in modo significativo la percentuale di pazienti passati in PO. Inoltre, una buona conoscenza teorica mostra una tendenza (dato non significativo) a incrementare il passaggio alla PO nei terapeuti ad approccio psicodinamico; viceversa, una scarsa conoscenza teorica della PO lo diminuisce nei terapeuti CBT/altro.

Tab. 3 – Effetti dei predittori sulla percentuale di pazienti passata alla PO sulla base di modelli logistici lineari

Variabile	B	P
Esperienza PO experience (si)	0,54	0,017
Conoscenza teorica PO (utilizzo/efficacia)	0,38	0,15
Familiarità tecnica PO (buono/alto)	0,43	0,054 [§]
Approccio psicoterapeutico (psicodinamico)	-0,27	0,21
Scetticismo (moderato/alto)	-0,27	0,26
<i>Effetti di interazione*</i>		
PO familiarità tecnica x Scetticismo	-0,46	0,04
PO conoscenza teorica x approccio psicoterapeutico	-0,35	0,092 [§]

* Sono riportati solo gli effetti significativi o vicino alla significatività.

Discussione

La transizione dei pazienti afferenti al Centro Medico Santagostino alla PO durante la prima ondata pandemica di Covid-19 sembra essere stata condizionata principalmente dalla presenza di precedenti esperienze dei terapeuti nell'uso della PO. I dati emersi suggeriscono inoltre che una buona familiarità con i sistemi tecnici necessari allo svolgimento della PO è un fattore facilitante, mentre terapeuti che si dichiarano poco confidenti con i mezzi tecnici e contemporaneamente scettici nei confronti della PO hanno una più bassa adesione da parte dei pazienti al setting online.

Questi dati appaiono coerenti con studi recenti (Muir *et al.*, 2020; Perrin *et al.*, 2020) che individuano come facilitatori nell'uso della PO formazione ed esperienza specifiche, tra gli ostacoli invece scarse competenze cliniche applicate alla PO e carenze tecnologiche.

Allo stesso modo, altri studi indicano che la pratica dell'e-therapy (intesa come inclusiva della PO), è facilitata dall'esperienza precedente e dalla fiducia nella possibilità di mantenere una buona alleanza terapeutica (in opposizione a un atteggiamento scettico), anche al netto delle differenze demografiche e professionali dei terapeuti (Sucala *et al.*, 2013).

Backhaus *et al.* (2012) hanno dimostrato che la PO può essere efficacemente utilizzata in una varietà di contesti terapeutici e con pazienti che manifestano condizioni cliniche eterogenee.

Indipendentemente dal peculiare approccio terapeutico, una pregressa adeguata formazione all'applicazione della PO è in genere riconosciuta come elemento centrale per un suo appropriato ed efficace utilizzo (Sucala *et al.*, 2013; Perin *et al.*, 2020).

Nel contesto del nostro studio, mancano informazioni su eventuali variazioni nell'efficacia clinica associate alla PO, aspetto importante e auspicabilmente oggetto di future indagini ma esterno rispetto agli obiettivi considerati.

Sono inoltre necessarie ulteriori ricerche sul grado e sulla qualità dell'alleanza terapeutica nel setting della PO, come fattori predittivi dell'efficacia della terapia (Wampold e Imel, 2015; Webb *et al.*, 2010). Sarebbe interessante identificare indicatori misurabili all'interno del costrutto dell'alleanza terapeutica specifici per il setting online. Terry e Cain (2016) hanno ad esempio selezionato costrutti come l'empatia digitale, la capacità cognitiva ed emotiva di essere riflessivi e socialmente responsabili durante l'utilizzo dei media digitali. Ulteriori ricerche sono infine auspicabili al fine di identificare criteri clinici chiari nell'identificazione di profili diagnostici più o meno adatti al setting online.

Punti di forza e limiti

Nel presente studio sono stati presi in considerazione possibili fattori confondenti, al fine di identificare i predittori più affidabili. Il campione oggetto di analisi è composto da terapeuti formati e specializzati in psicoterapia, eterogenei per quanto riguarda gli orientamenti teorici e tecnici, permettendo una valutazione sufficientemente ampia e diversificata.

D'altra parte, la numerosità relativamente esigua e il metodo di reclutamento non permettono al momento di generalizzare i risultati ottenuti.

Lo studio, eseguito quasi interamente su terapeuti operanti presso il Centro Medico Santagostino, riflette l'esperienza peculiare di un contesto privato operante principalmente nel nord Italia, durante il periodo di lockdown che ha accompagnato la prima ondata pandemica di Covid-19.

L'accettazione del passaggio al setting di PO era quindi maggiormente vincolante al fine di permettere il prosieguo di percorsi terapeutici avviati.

Altri importanti limiti del presente studio sono rappresentati da limiti nella potenza statistica di alcune analisi e l'esclusione di variabili cliniche. Le variabili considerate sono indagate tramite un self-report, con le limitazioni derivanti dai processi di auto-descrizione.

La struttura del questionario, suddiviso in tre parti sequenziali, può avere condizionato le modalità di compilazione dello stesso, riducendo il tasso di risposte complete: è possibile che metodi differenti di raccolta dei dati potessero raggiungere un campione più ampio di intervistati e ottenere un tasso di risposta maggiore.

Conclusioni

In sintesi, i dati rilevati nel presente studio evidenziano l'importanza dell'esperienza, delle competenze tecniche e dell'atteggiamento verso la PO da parte di psicoterapeuti intenzionati a favorire l'accesso a un setting online. Durante la prima ondata pandemica da Covid-19, gli psicoterapeuti del Centro Medico Santagostino che descrivono più ostacoli riguardanti le variabili considerate, hanno avuto maggiori difficoltà a coinvolgere i propri pazienti nella PO.

Come già evidenziato da altri (es. Terry e Cain, 2016; Boldrini *et al.*, 2020), sembra sempre più importante poter integrare nei percorsi formativi delle professioni sanitarie in generale, e delle professioni legate alla salute mentale in particolare, competenze specifiche che favoriscano un uso appropriato, consapevole ed efficace degli strumenti terapeutici basati su supporti digitali.

Questo studio non è stato supportato da finanziamenti interni ed esterni; tutti gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Riferimenti bibliografici

- Backhaus A., Agha Z., Maglione M.L., Repp A., Ross B., Zuest D., Rice-Thorp N.M., Lohr J. & Thorp S.R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, 9(2): 111-131. DOI: 10.1037/a0027924.
- Berger T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy Research*, 5: 511-524. DOI: 10.1080/10503307.2015.1119908.
- Berryhill M.B., Culmer N., Williams N., Halli-Tierney A., Betancourt A., Roberts H. & King M. (2019). Videoconferencing Psychotherapy and Depression: A Systematic Review. *Telemedicine and e-Health*, 25(6): 435-446. DOI: 10.1089/tmj.2018.0058.
- Boldrini T., Schiano Lomoriello A., Del Corno F., Lingiardi V. & Salcuni S. (2020). Psychotherapy During COVID-19: How the Clinical Practice of Italian Psychotherapists Changed During the Pandemic. *Frontiers in Psychology*. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.591170.
- Bolle S.R., Trondsen M.V., Stensland G.Ø. & Tjora A. (2018). Usefulness of videoconferencing in psychiatric emergencies – a qualitative study. *Health and Technology*, 8(1): 111-117. DOI: 10.1007/s12553-017-0189-z.
- Bongiovanni C., Olivetti E., Staccini L., Cavadini D. & Porcelli S. (in press). The use of video-conferencing in mental health care during the Covid-19 pandemic. An Italian experience in the private practice.
- Carlbring P., Andersson G., Cuijpers P., Riper H. & Hedman-Lagerlöf E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1): 1-18. DOI: 10.1080/16506073.2017.1401115.
- Ćosić K., Popović S., Šarlija M. & Kesedžić I. (2020). Impact of Human Disasters and COVID-19 Pandemic on Mental Health: Potential of Digital Psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 32: 25-31. DOI: 10.24869/psyd.2020.25.
- Crits-Christoph P., Gibbons M.C., Hamilton J., Ring-Kurtz S. & Gallup R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance-outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3): 267-278. DOI: 10.1037/a0023668
- Gratzer D. & Goldbloom D. (2020). Therapy and e-therapy – Preparing Future Psychiatrists in the Era of Apps and Chatbots. *Academic Psychiatry*, 44: 231-234. DOI: 10.1007/s40596-019-01170-3.
- Hilsenroth M.J., Cromer T.D. & Ackerman S.J. (2012). How to make practical use of therapeutic alliance research in your clinical work. In: Levy R.A., Ablon J.S. & Kächele H. (eds.). *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. Humana Press – Springer.
- Horvath A.O., Del Re A.C., Flückiger C. & Symonds D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1): 9-16. DOI: 10.1037/a0022186.
- Isaacs Russell G. (2017). *Psicoanalisi attraverso lo schermo. I limiti delle terapie online*. Roma: Astrolabio.
- Merchant J. (2016). The use of Skype in analysis and training: a research and literature review. *Journal of Analytical Psychology*, 61: 309-328. DOI: 10.1111/1468-5922.12224.
- Meyer B., Berger T., Caspar F., Beevers C., Andersson G. & Weiss M. (2009). Effectiveness of

- a Novel Integrative Online Treatment for Depression (Deprexis): Randomized Controlled Trial. *Journal Medicine Internet Research*, 11(2). DOI: 10.2196/jmir.1151.
- Morland L.A., Mackintosh M.A., Greene C.J., Rosen C.S., Chard K.M., Resick P. & Frueh B.C. (2014). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder delivered to rural veterans via telemental health: A randomized noninferiority clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(5): 470-476. DOI: 10.4088/JCP.13m08842.
- Muir S.D., de Boer K., Thomas N., Seabrook E., Nedeljkovic M. & Meyer D. (2020). Videoconferencing Psychotherapy in the Public Sector: Synthesis and Model for Implementation. *Journal of Mental Internet Research*, 7(1). DOI: 10.2196/14996
- Nienhuis J., Owen J., Valentine J.C., Winkeljohn Black S., Halford T.C., Parazak S.E., Budge S. & Hilsenroth M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4): 593-605. DOI: 10.1080/10503307.2016.1204023.
- Norwood C., Moghaddam N.G., Malins S. & Sabin-Farrell R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 25: 797-808. DOI: 10.1002/cpp.2315.
- Paoli B. & Procacci, M. (2021). Le terapie on-line: opportunità o ripiego?. *Quaderni Di Psicoterapia Cognitiva – Open Access*, (47), journals.francoangeli.it/index.php/qpcoa/article/view/11204.
- Păsărelu C.R., Andersson G., Bergman Nordgren L. & Dobrea A. (2017). Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(1): 1-28. DOI: 10.1080/16506073.2016.1231219.
- Perrin P.B., Rybarczyk B.D., Pierce B.S., Jones H.A., Shaffer C. & Islam L. (2020). Rapid telepsychology deployment during the COVID-19 pandemic: A special issue commentary and lessons from primary care psychology training. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6): 1173-1185. DOI: 10.1002/jclp.22969.
- Shigemura J., Ursano R.J., Morganstein J.C., Kurosawa M. & Benedek D.M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74: 277-283. DOI: 10.1111/pcn.12988.
- Simpson S. (2009). Psychotherapy via videoconferencing: A review. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3): 271-286.
- Simpson S.G. & Reid C.L. (2014). Alliance in videoconferencing psychotherapy. *Australian Journal of Rural Health*, 22: 280-299. DOI: 10.1111/ajr.12149.
- Spek V., Cuijpers P., Nyklicek I., Riper H., Keyzer J. & Pop V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(3): 319-328. DOI: 10.1017/S0033291706008944.
- Stubbings D.R., Rees C.S., Roberts L.D. & Kane R.T. (2013). Comparing In-Person to Videoconference-Based Cognitive Behavioral Therapy for Mood and Anxiety Disorders: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(11): e258. DOI: 10.2196/jmir.2564.
- Sucala M., Schnur J.B., Constantino M.J., Miller S.J., Brackman E.H. & Montgomery G.H. (2012). The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 14(4): e110. DOI: 10.2196/jmir.2084.
- Sucala M., Schnur J.B., Brackman E.H., Constantino M.J. & Montgomery G.H. (2013).

E. Olivetti, C. Bongiovanni, L. Staccini, D. Cavadini, L. Mandelli, S. Porcelli

- Clinicians' Attitudes Toward Therapeutic Alliance in e-therapy. *The Journal of General Psychology*, 140(4): 282-293. DOI: 10.1080/00221309.2013.830590.
- Terry C. & Cain J. (2016). The Emerging Issue of Digital Empathy. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 80(4): 58. DOI: 10.5688/ajpe80458.
- Trondsen M.V., Bolle S.R., Stensland G.Ø. & Tjora A. (2014). Video-confidence: a qualitative exploration of videoconferencing for psychiatric emergencies. *BMC Health Services Research*, 14: 544. DOI: 10.1186/s12913-014-0544-y.
- Trondsen M.V., Tjora A., Broom A. & Scambler G. (2018). The symbolic affordances of a video-mediated gaze in emergency psychiatry. *Social Science & Medicine*, 197: 87-94. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.11.056.
- Vinai P. & Speciale M. (2013). Il colloquio nella Video-Based cognitive Therapy. In: Ruggiero G. & Sassaroli S. (a cura di). *Il colloquio in psicoterapia cognitiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Wampold B.E. & Imel Z.E. (2015). *Counseling and psychotherapy. The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge – Taylor & Francis Group.
- Yuen E.K., Herbert J.D., Forman E.M., Goetter E.M., Juarascio A.S., Rabin S., Goodwin C. & Bouchard S. (2013). Acceptance based behavior therapy for social anxiety disorder through videoconferencing. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4): 389-397. DOI: 10.1016/j.janxdis.2013.03.002.

***Giada: “la trappola dell’indegnità”,
un caso di Tricotillomania in comorbidità
con Disturbo ossessivo-compulsivo
e Disturbo di personalità borderline***



Serena Di Benedetto*, Andrea Gragnani*

Ricevuto il 14 settembre 2021

Accettato il 23 dicembre 2021

Sommario

Nel presente lavoro viene descritto il caso clinico di Giada, una ragazza di 19 anni che presenta una struttura di personalità borderline connotata da una pervasiva disregolazione emotiva. I due disturbi dello spettro ossessivo, la Tricotillomania e il DOC, si configurano come tentativi disfunzionali di gestione del senso di indegnità personale, accompagnata da un profondo disgusto di sé, e della colpa deontologica di peggiorare irrimediabilmente la propria persona, con un conseguente aumento del rischio di essere smascherata nella propria difettosità e dunque scansata e abbandonata dall’altro. I comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo, consistenti nello strappo di peli localizzati nelle zone del pube e delle gambe, da un lato vengono agiti in maniera premeditata e ritualizzata, attivati dalla sensazione di disgusto per se stessa e dalla necessità di sentirsi adeguata, dall’altro vengono agiti in maniera impulsiva, in seguito a un discontrollo emotivo, come tentativi di gestione degli stati emotivi e mentali dolorosi. La paziente inoltre presenta intensi vissuti di ansia a connotazione ossessiva con rituali di lavaggio, pensieri intrusivi, sensazione che le cose non siano come dovrebbero essere (NJRE).

Il percorso terapeutico, all’interno del quale hanno rivestito un ruolo centrale gli interventi basati sulla Schema Therapy, ha coniugato tecniche di terapia cognitiva standard a tecniche di terza generazione (ACT, DBT, Mindfulness). Particolare attenzione è stata volta a offrire

* Psicologi, psicoterapeuti. Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva (APC-SPC), Viale Castro Pretorio, 166, Roma; e-mail: dibenedetto@apc.it; gragnani@apc.it.

Autore corrispondente: Serena di Benedetto.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 49/2021
DOI: 10.3280/qpc49-2021oa13212*

Serena Di Benedetto, Andrea Gragnani

una cornice dialettica che alternasse costantemente un approccio volto all'accettazione radicale mantenendo un costante slancio al cambiamento. La relazione terapeutica è stata un imprescindibile strumento terapeutico servito spesso come contenitore dei vissuti emotivi legati all'indegnità del sé.

Parole chiave: Tricotillomania, Disturbo ossessivo-compulsivo, disregolazione emotiva, Terapia dialettico comportamentale, Schema Therapy.

Abstract

Giada: "la trappola dell'indegnità", a case of Trichotillomania in comorbidity with Obsessive-compulsive disorder and Borderline personality disorder

This article describes the clinical case of Giada, a 19-year-old female with a borderline personality characterized by a pervasive emotional dysregulation. Trichotillomania and obsessive-compulsive disorder, two disorders belonging to the obsessive spectrum, represent dysfunctional attempts to manage the sense of unworthiness, combined with a deep self-repulsion and the deontological guilt for irreparably worsening one's body. This in turn increases the risk of one's imperfection being discovered and hence refused, abandoned by others. The repeat behaviours focused on one's body such as hair ripping in the pubic region and legs are on one hand premeditated and ritualized, when activated by the feeling of self-repulsion and the need to feel good enough, and on the other hand are an impulsive reaction to an emotional dysregulation, such as attempts to manage painful emotional and mental statuses. The patient also shows a history of anxiety and obsessive behaviours such as compulsive washing, intrusive thoughts, and feelings of "not just right experience" (NJRE).

The therapeutic path, within which the interventions based on Schema Therapy have played a central role, has combined standard cognitive therapy techniques with third generation techniques (ACT, DBT, Mindfulness), balancing radical acceptance with a push for change. The therapeutic relationship has proven an important tool to contain emotional experiences linked to self-unworthiness.

Key words: Trichotillomania, Obsessive-compulsive disorder, emotional dysregulation, Dialectical behavior therapy, Schema therapy.

Presentazione del caso

Giada è una ragazza di 19 anni, ha un fratello minore di 17 anni, abita alla periferia di una grande città del centro Italia. In seguito alla separazione dei genitori, avvenuta circa quattro mesi prima della richiesta di aiuto, alterna periodi in cui vive con il padre a periodi in cui sta con la madre. Al momento della presa in carico Giada frequentava l'ultimo anno di liceo scientifico, dopo circa due mesi ha conseguito il diploma con votazione 76/100 e si è poi

Giada: *“la trappola dell’indegnità”, un caso di Tricotillomania in comorbidità*

iscritta alla facoltà di Antropologia. La paziente chiede un appuntamento per un primo colloquio a cui è seguita una valutazione psicodiagnostica e quindi la presa in carico per un percorso psicoterapeutico. Nega di aver mai effettuato precedenti trattamenti psicoterapici e/o farmacologici. Giada appare curata nell’aspetto, tende sempre a indossare abiti molto semplici, più grandi della sua taglia, non usa quasi mai trucco, tende a voler passare inosservata e spesso a coprirsi più di quanto la stagione richiederebbe. Si osserva una postura dimessa e lo sguardo sfuggente, prevalentemente rivolto verso il basso, raramente rivolge lo sguardo all’interlocutore. L’eloquio è fluido ma spesso confusionale e disorganizzato, tende a seguire un flusso in cui i nessi associativi appaiono allentati e questo richiede spesso al terapeuta un intervento per riportarla al focus della conversazione.

Descrizione del problema

La paziente decide autonomamente di intraprendere un percorso di psicoterapia riferendo di provare un *“caos emotivo ingestibile”* ed *“essere perennemente in balia delle emozioni”* che descrive come intense, violente e rispetto alle quali si sente del tutto inerme. Tale sensazione di incapacità a gestire le emozioni sembra investire tutti gli stati emotivi in modo indiscriminato: la rabbia, la vergogna, la tristezza, l’ansia, il disgusto, la colpa. Sono presenti repentini sbalzi d’umore anche se l’asse timico è prevalentemente orientato verso il basso, descrive inoltre frequente tendenza al pianto, difficoltà ad alzarsi dal letto e iniziare un’attività, alterazioni nei ritmi circadiani. La paziente parla del suo malessere facendo riferimento a un *“profondo senso di inettitudine e disgusto”* per se stessa. Riferisce la presenza di intensi stati emotivi negativi e timore di essere criticata e abbandonata. Rispetto agli altri sostiene *“temo di essere scoperta, smascherata, che gli altri si accorgano di quanto sono inetta, di quanto faccio schifo e quindi mi ripudino. Chi vorrebbe avere a che fare con una come me?”*. Il timore di essere criticata, sprezzata e dunque abbandonata dall’altro orienta molte delle condotte di Giada che, nel tentativo di evitare questa possibilità, attraversa periodi di totale isolamento al fine di nascondersi, impedire che l’altro possa smascherarla e quindi scansarla. I tentativi che Giada mette in atto per evitare l’esclusione e l’abbandono consistono prevalentemente nell’evitamento relazionale e nell’agito di vari coping disfunzionali, come i sintomi di lavaggio e i digiuni, volti a rimediare alla propria inadeguatezza e ridurre così il rischio di essere abbandonata. A questo si associa una elevata sensibilità alle critiche e ai segnali interpersonali: a minime

percezioni di distacco o rifiuto, o critica da parte degli altri, seguono stati di disperazione alternati a intensi e inappropriati scoppi di rabbia rispetto ai quali Giada sente di non avere nessun controllo. La rabbia può essere agita verbalmente in modo aggressivo, altresì sfogata attraverso ulteriori comportamenti disfunzionali focalizzati sul corpo o sul cibo, in questo caso con abbuffate. Rispetto ai propri stati emotivi è presente una tendenza costante all'autoinvalidazione, per cui Giada considera le sue emozioni inappropriate, sbagliate, fonte di vergogna e conferma dell'immagine di sé come indegna, difettata.

Da circa due anni Giada mette in atto una serie di comportamenti focalizzati sul corpo nel tentativo di gestire emozioni e pensieri dolorosi; rispetto a essi dimostra una buona quota di insight critico, riconoscendone il carattere disfunzionale nonostante l'incapacità nel gestirli. Questi comportamenti consistono nello strappamento ripetuto di peli localizzato alle zone del pube e delle gambe, che si presenta ogni giorno, anche più volte al giorno, per una durata complessiva di 2-3 ore al dì. Tale comportamento viene messo in atto rigorosamente da sola in bagno e provoca un importante sanguinamento e in alcuni casi infezioni, nonché numerose ed estese cicatrici per tutta la superficie interessata. Gli strappi, da un lato vengono agiti in maniera premeditata e ritualizzata, attivati dalla sensazione di disgusto per se stessa e dalla necessità di sentirsi adeguata, "apposto", tanto da fermarsi solo nel momento in cui le sembra di aver raggiunto la perfezione. Dall'altro, vengono agiti in maniera impulsiva, in seguito a un discontrollo emotivo, come tentativi di gestione degli stati emotivi e mentali dolorosi. Giada riferisce che attraverso questo comportamento raggiunge uno stato di "trance" che le permette di distaccarsi dal dolore. Il tentativo di resistere all'impulso è molto basso e raramente efficace. In passato la paziente ha messo in atto comportamenti autolesivi di tipo cutting, attualmente negati. È presente saltuariamente uso di marijuana e in passato alcol. Giada presenta una valutazione di sé molto negativa anche relativamente al proprio corpo, si definisce "*grassa e schifosa*", presenta comunque una condizione di normopeso (altezza: 155 cm; peso: 56 kg; BMI: 23,3). Da circa un anno alterna giorni in cui digiuna astenendosi completamente dall'assunzione di cibo a eccezione dell'acqua (fino a 6 giorni consecutivi), e giorni in cui si manifestano abbuffate oggettive, in cui la paziente mangia prevalentemente dolci e carboidrati. Rispetto al digiuno riferisce di sentire così una "*sensazione di controllo, di potere, mi sento sicura, onnipotente, mi ripulisco da tutto quello che è negativo in me*". Rispetto alle abbuffate "*lo faccio per consolarmi, per coccolarmi con il piacere del cibo*" e poi "*sono la conferma di quanto sono debole, inutile, inetta, non valgo niente*".

Giada: "la trappola dell'indegnità", un caso di Tricotillomania in comorbidità

Il senso dell'identità personale è instabile e manca di coesione e integrità. Giada racconta di avere spesso la sensazione di non capire chi sia, cosa voglia, quali siano i suoi desideri, scopi, intenzioni. Riferisce *"mi sembra di avere a che fare con mille me, e non so mai quale aspettarmi di essere, mi confondo e non capisco più niente"*. L'instabilità affettiva, con repentine oscillazioni dell'umore, è inevitabilmente intrecciata a questa assenza di coerenza nel senso di sé.

La paziente inoltre presenta intensi vissuti di ansia a connotazione ossessiva con rituali di lavaggio, pensieri intrusivi, sensazione che le cose non siano come dovrebbero essere (NJRE) e ruminazione retrospettiva. I rituali di lavaggio e i controlli relativi alla pulizia degli oggetti che entrano in contatto con il suo corpo (pigiamina, asciugamani, vestiti, cuscino), comportano un notevole dispendio di energie fisiche e mentali, nonché di tempo (5-6 ore al giorno). Questo ha notevoli ripercussioni sullo svolgimento delle attività quotidiane e sulla regolarità nel sonno. Infatti, ad esempio, se la paziente ha un impegno la mattina presto si costringe a svegliarsi circa quattro ore prima dell'orario previsto per l'appuntamento (se ha una lezione alle 8:00 imposta la sveglia alle 4:00 del mattino), per consentirle di effettuare tutti i lavaggi e aver fatto tutto secondo i suoi standard rigidi. Anche fare la lavatrice diventa un impegno molto oneroso in quanto deve controllare con assoluta meticolosità che i vestiti, una volta lavati, non entrino in contatto con oggetti considerati "sporchi" che potrebbero a loro volta toccarli e di conseguenza contaminarla da germi o, più in generale, dallo "sporco".

Giada si vergogna profondamente degli strappi e dei lavaggi, tanto che nessuno, fatta eccezione del terapeuta, ne è al corrente e questo ha notevoli ripercussioni a livello sia sociale e interpersonale, sia nelle relazioni familiari, che nel rendimento scolastico. Giada passa gran parte della sua giornata da sola in camera, ha solo due relazioni significative con due amiche di vecchia data. Tutti i comportamenti disfunzionali descritti dalla paziente determinano un peggioramento del tono dell'umore, dei vissuti di autosvalutazione e demoralizzazione.

Storia di vita e della sofferenza

Fin da piccola Giada si descrive come una bambina molto sensibile alle critiche, ai rimproveri e molto attenta all'immagine che dava agli altri di se stessa. Sia a danza, che a scuola, così come in famiglia, era sempre attenta a evitare che gli altri potessero esprimere giudizi negativi sul suo conto. Nei contesti sociali, in cui era particolarmente esposta al giudizio degli altri,

esperiva uno stato generale di tensione e allerta all'idea di essere osservata e mostrarsi inadeguata. Un evento che l'ha segnata profondamente fu un episodio di enuresi occorso durante un saggio di danza davanti ai compagni di scuola elementare e ai genitori. Racconta di essersi sempre sentita diversa dagli altri, come se fosse *"fuori posto"* e *"non andasse mai bene"* e che gli altri potessero accorgersene ed escluderla. La goffaggine era una caratteristica di cui si vergognava intensamente, ricorda di cene di famiglia in cui veniva redarguita freddamente o derisa in modo sarcastico dal padre e dalla madre se, ad esempio, faceva cadere l'acqua sul tavolo, o urtava qualcosa facendola cadere. Ricorda che in quelle occasioni di famiglia alternava momenti di chiusura, in cui teneva lo sguardo basso cercando di essere notata il meno possibile per evitare spiacevoli commenti o rimproveri di cui soffriva, a momenti in cui cercava di mostrarsi brillante, parlando *"da adulta"* per cercare di ottenere approvazione. Il clima familiare era caratterizzato da un'intensa emotività espressa da parte di entrambi i genitori, i litigi tra loro esplose improvvisamente e Giada riferisce di essersi sentita estremamente confusa in quei momenti e che questo le lasciava una costante sensazione di allerta, come se da un momento all'altro tutto potesse cambiare. La madre era profondamente ambivalente e imprevedibile: alla critica e l'invalidazione alternava la pretesa di vicinanza fisica e manifestazioni di affetto nei confronti e da parte della figlia. Giada non sapeva mai se aspettarsi dalla madre un rimprovero, un gesto invalidante o invece un gesto di vicinanza e contatto, che spesso però avveniva come riparazione dopo una lite. In questo contatto Giada si sentiva *"costretta"* e provava un senso di repulsione, non riuscendo a fidarsi di quella ricerca di intimità. Intorno ai 10 anni, in occasione di un pomeriggio di giochi con dei ragazzi vicini di casa, sperimenta per la prima volta lo stesso senso di disgusto e repulsione per l'avvicinamento da parte di un ragazzo. Questo gioco, a cui Giada partecipava per sentirsi e apparire agli altri come loro, adeguata, prevedeva che a turno potessero capitare delle effusioni tra i partecipanti. Arrivati al suo turno questo ragazzo invita Giada in camera da letto, la avvicina e la bacia. Tale evento è stato vissuto come una profonda violazione di sé in cui è entrata in contatto per la prima volta con *"quel senso di schifo che mi porto addosso"*. Arrivata alle scuole superiori sperimenta ancora un profondo senso di inadeguatezza, non si era integrata con il gruppo classe, tanto da decidere di cambiare scuola al quarto anno, trasferendosi da una scuola di provincia a una scuola in centro città, attribuendo tale scelta al fatto che forse cambiando ambiente avrebbe potuto sentirsi finalmente adeguata e accettata. Inizialmente il cambiamento di scuola va bene, Giada si sente più sicura e stringe delle relazioni con dei pari. In questo periodo ini-

Giada: *“la trappola dell’indegnità”, un caso di Tricotillomania in comorbidità*

zia a fare uso di cannabis e alcol per fini ricreativi e, di nuovo, per sentirsi parte del gruppo. Durante l’ultimo anno di scuola superiore, alcuni episodi che verranno esposti successivamente nella descrizione della vulnerabilità storica, comporteranno la rottura dell’equilibrio precario del funzionamento della paziente determinando l’esordio della sua sofferenza che la porterà a chiedere aiuto.

Ipotesi diagnostica

Sulla base della descrizione dei problemi riportati dalla paziente e gli strumenti psicodiagnostici utilizzati in fase di assessment, è possibile formulare una diagnosi di Tricotillomania e Disturbo ossessivo-compulsivo secondo i criteri diagnostici del DSM-5 (APA, 2013).

Tali disturbi si manifestano nel contesto di una personalità che presenta tratti pervasivi del Disturbo Borderline, attualmente sono soddisfatti cinque criteri necessari per porre la diagnosi, mentre un criterio era presente solo precedentemente, quello relativo ai gesti autolesivi tipo cutting.

I criteri attualmente soddisfatti sono:

- sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono;
- alterazione dell’identità personale;
- impulsività in almeno due aree potenzialmente dannose per il soggetto (abuso di sostanze, abbuffate);
- instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell’umore;
- rabbia inappropriata, intensa e difficoltà a gestire la rabbia.

Profilo interno del disturbo

La paziente presenta un’idea di sé come indegna, difettata, disgustosa, inetta: *“Faccio schifo, sono orribile, disgustosa, un essere spregevole, un orco, un’inetta sociale, non valgo niente”* e immeritevole *“non merito la vicinanza dell’altro perché io non sono in grado di dare ed essere niente”*. L’idea dell’altro è prevalentemente giudicante, critico, svilente, sprezzante ma anche inaffidabile, non supportivo e imprevedibile, quindi pericoloso. La catastrofe principale temuta dalla paziente è che l’altro possa smascherarla nella sua difettosità, criticarla e dunque rifiutarla. Il verificarsi di tale eventualità significherebbe per lei scoprirsi e farsi scoprire dagli altri come un essere indegno e per questo essere esclusa e abbandonata. Gli scopi sovrainvestiti, in parallelo, sembrano essere l’amabilità e il valore personale. L’altro è allo

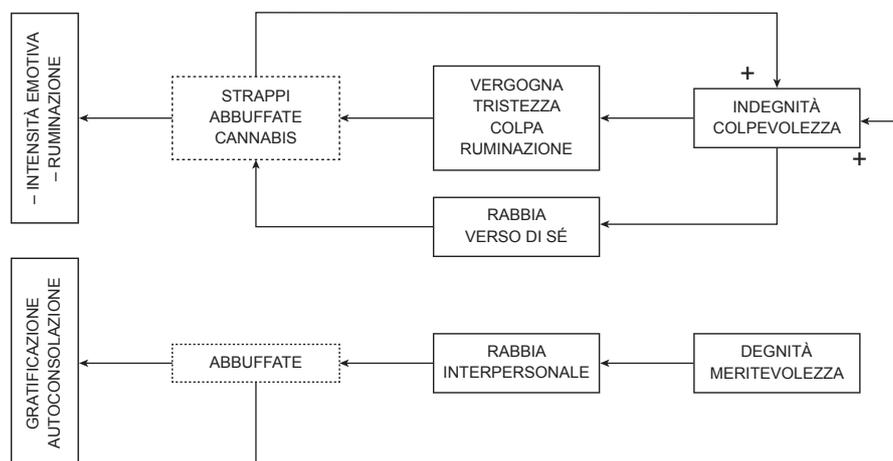
stesso tempo temuto ma indispensabile per rimandarle il proprio valore personale. L'approvazione, la stima e il riconoscimento degli altri è per Giada una condizione necessaria per potersi dichiarare e sentire una persona di valore. Per questa sua eccessiva dipendenza dal giudizio altrui, che si prefigura come negativo, prova disprezzo verso se stessa, criticandosi aspramente e auto invalidandosi. Gli stati emotivi dolorosi, generati il più delle volte da ricordi o pensieri negativi, vengono percepiti in modo molto intenso e la paziente si sente totalmente incapace di gestirli a causa dell'intensità emotiva. Per questo ricorre spesso a dei comportamenti disfunzionali quali lo strappo di peli, le abbuffate di cibo, l'uso di cannabis e i lavaggi. Il comportamento di strappo viene adottato dalla paziente con la funzione di distaccarsi dai pensieri e dagli stati emotivi raggiungendo uno stato di dissociazione che lei stessa definisce "trance". In questo stato riesce, almeno temporaneamente, a ridurre l'intensità degli stati emotivi e dei pensieri dolorosi. Attraverso lo strappo riferisce di riuscire a "*spegnere il rumore nella testa*". Con la stessa funzione viene utilizzata dalla paziente la cannabis, che la aiuta a distaccarsi dai pensieri e ricordi dolorosi. A tali comportamenti consegue però un'esacerbazione degli stati emotivi di partenza, con l'aggravante del secondario di forte critica, colpa e demoralizzazione.

Le abbuffate sembrano invece avere una duplice funzione. In alcuni casi sono precedute dagli stessi stati emotivi che costituiscono l'antecedente degli strappi, ovvero colpa, vergogna, tristezza, o rabbia verso di sé, e attraverso il cibo tenta di gestire l'elevata intensità emotiva e la ruminazione mentale a essa collegata. In altri casi, invece, l'antecedente a livello emotivo è uno stato di rabbia legata a situazioni interpersonali. Giada, infatti, sperimenta stati di rabbia intensa quando percepisce che l'altro le stia negando attenzioni e cura e ricorre al cibo come mezzo di gratificazione e di autoconsolazione soddisfacendo da sola questi bisogni che ritiene frustrati dagli altri. Dopo un iniziale appagamento del bisogno di sicurezza e "calore", segue però una conferma dell'idea di sé come indegna e immeritevole, mantenendo il circolo vizioso disfunzionale. Nello schema sottostante è riportato in chiave grafica il modello di funzionamento della paziente rispetto ai principali comportamenti disfunzionali.

Spesso le conseguenze emotive di un comportamento, come ad esempio la tristezza, colpa e vergogna successivi al comportamento di strappo, riattivano il senso di indegnità personale e danno inizio a una nuova catena comportamentale che esita in un ulteriore comportamento disfunzionale, come l'abbuffata. Il risultato di tale disregolazione emotiva e dei comportamenti disfunzionali che ne derivano è un'esacerbazione degli stati emotivi e mentali che la paziente tentava di gestire inizialmente.

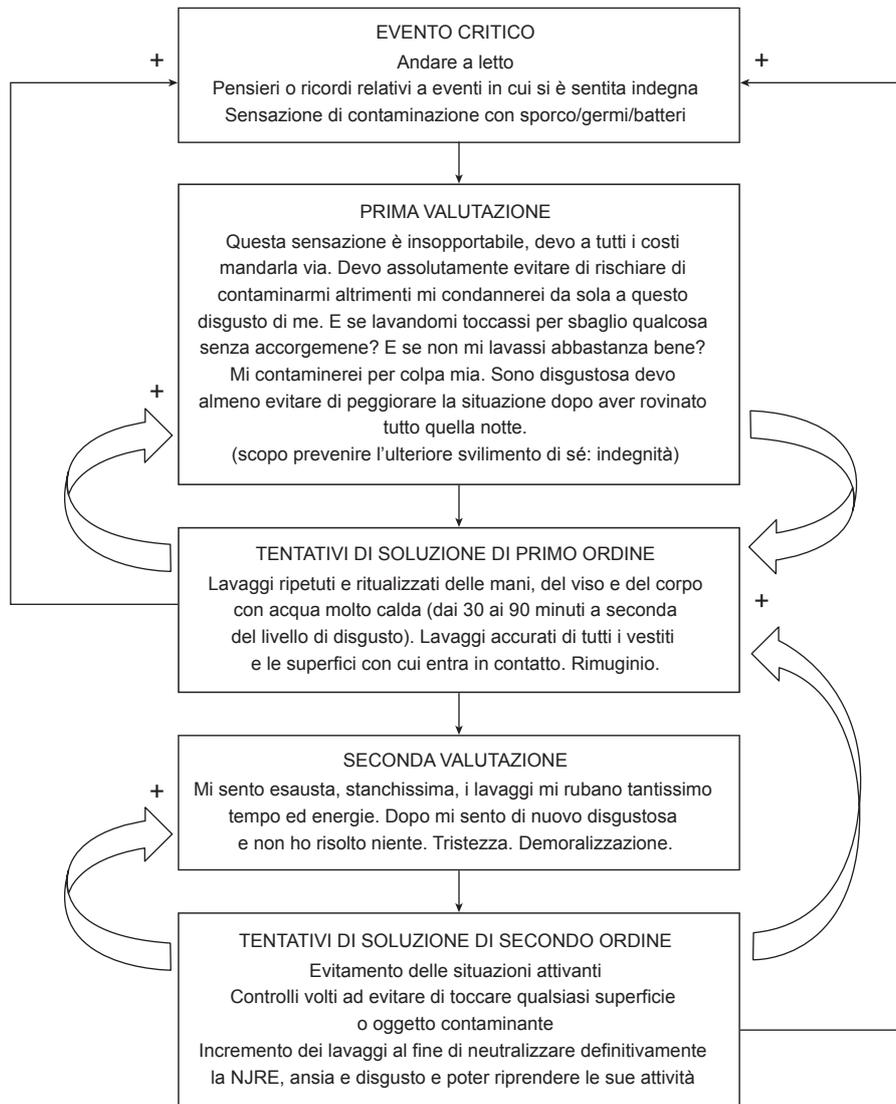
Giada: "la trappola dell'indegnità", un caso di Tricotillomania in comorbidità

Fig. 1 – Schema grafico relativo al funzionamento psicologico della paziente



Il senso di inadeguatezza e di disgusto nei confronti di se stessa si traduce inoltre nell'urgenza di mettere in atto ripetuti lavaggi. La mattina, si sveglia prima dell'alba per avere a disposizione il tempo necessario per lavare accuratamente ogni parte del suo corpo più e più volte, in particolare le mani e il viso. Tali lavaggi hanno la funzione di ridurre quanto più possibile il senso di inadeguatezza e rendersi accettabile al mondo esterno e agli occhi degli altri prima di uscire di casa: ridurre al minimo il rischio di poter essere smascherata nella sua difettosità. La sera, quando è il momento di andare a dormire, i lavaggi devono essere nuovamente messi in atto in maniera molto accurata per eliminare lo sporco e non contaminare il letto. In alcuni casi l'impulso a mettere in atto dei lavaggi ritualizzati deriva da pensieri o ricordi che attivano nella paziente il senso di indegnità e disgusto per se stessa. L'intensità di questi stati emotivi è tale che la paziente non riesce a gestirli se non agendo il sintomo. I lavaggi sono determinati dal timore di contaminarsi con lo sporco e dalla necessità di evitare a ogni costo questa eventualità in quanto, qualora si verificasse, G. si sentirebbe responsabile e quindi colpevole di aver peggiorato ulteriormente il suo essere indegna. A un'analisi più attenta le compulsioni di lavaggio sembrano assolvere la funzione di neutralizzare il disgusto morale che la paziente prova nei confronti di se stessa, come se attraverso tali comportamenti riuscisse ad attenuare il senso di indegnità ed espiare la colpa di essersi macchiata irrimediabilmente attraverso comportamenti assolutamente immorali (rapporti sessuali promiscui).

Fig. 2 – Schematizzazione grafica dei sintomi ossessivi secondo il modello di Mancini (2016)



I rituali di lavaggio, nell'immediato, aiutano la paziente a gestire l'intensità degli stati emotivi negativi, successivamente però, la paziente prova tristezza, demoralizzazione e aumenta il senso di indegnità e inadeguatezza.

Giada: "la trappola dell'indegnità", un caso di Tricotillomania in comorbidità

Tenta di gestire tale valutazione secondaria attraverso evitamenti e ulteriori controlli che sia tutto pulito in modo da contenere i costi del disturbo. A questo punto la paziente si sente ancora più responsabile di dover essere pulita e pulire tutto ciò con cui entra in contatto in quanto è rinforzato il suo senso di indegnità personale, nonché la colpa che sente per non aver fatto abbastanza per evitarlo. Nella figura 2 viene riportata la schematizzazione in forma grafica dei sintomi ossessivi secondo il modello proposto da Mancini (2016).

Il secondario di vergogna, autosvalutazione e tristezza che la paziente sperimenta a causa dei comportamenti disfunzionali che agisce, provoca un ulteriore evitamento delle situazioni sociali con conseguente isolamento che alimenta il suo vissuto di indegnità ed esclusione riattivando il circolo vizioso alla base della sua sofferenza.

Fattori e processi di mantenimento

Intrapsichici

Diversi sono i fattori intrapsichici che contribuiscono a mantenere la sofferenza di Giada. I comportamenti disfunzionali (strappi, abbuffate) che mette in atto le impediscono di disconfermarsi che sia l'unico modo per uscire dallo stato mentale ed emotivo considerato troppo doloroso e ingestibile e sperimentare strategie alternative. Questo contribuisce a rialimentare i vissuti secondari di indegnità, colpa, tristezza e vergogna che a loro volta diventano trigger per ulteriori comportamenti disfunzionali. I pensieri intrusivi, soprattutto sotto forma di ricordi specifici legati a episodi di rapporti sessuali o comunque di intimità con l'altro sesso e la ruminazione relativa a queste tematiche, alimentano la disponibilità nella mente della paziente di episodi ed elementi che le confermano l'idea negativa di sé e il senso di indegnità personale. La tendenza costante all'autoinvalidazione e delegittimizzazione delle emozioni e dei bisogni mantiene la vulnerabilità e reattività emotiva e di nuovo il senso di sé come vulnerabile e indegna, così come la bassa autostima rinforza e mantiene l'autosvalutazione della propria immagine personale. La tendenza all'autoinvalidazione e delegittimizzazione, unitamente a uno stile comunicativo prettamente anassertivo, inibisce l'espressione dei bisogni, dei desideri e degli stati emotivi, favorendo così la disregolazione emotiva nonché il senso di isolamento e solitudine e quindi il vissuto di impotenza.

Inoltre, la tendenza alla fusione cognitiva e l'intensità dell'attivazione emotiva fanno sì che la paziente tratti come dati di realtà pensieri o ricordi. Rispetto al mondo esterno, la credenza che gli altri siano giudicanti, svilenti

Serena Di Benedetto, Andrea Gagnani

e pericolosi mantiene la tendenza all'isolamento e alla chiusura che di fatto le impediscono di fare esperienze positive che possano favorire la ristrutturazione di tali credenze. Infine, gli evitamenti rispetto alle situazioni sociali le impediscono di acquisire competenze interpersonali e la disconferma della propria inadeguatezza alle situazioni temute.

Interpersonali

La rappresentazione di sé e delle relazioni con gli altri centrata sul senso di indegnità attiva spesso dei cicli interpersonali disfunzionali che finiscono col mantenere le credenze di base della paziente sostenendone la sofferenza. Un ciclo particolarmente rilevante è quello invalidante che si instaura con la madre. La madre ha un atteggiamento svilente e sprezzante nei confronti dei comportamenti che Giada mette in atto nel tentativo di gestire il suo senso di inadeguatezza e indegnità. La madre, ad esempio, adotta questo tipo di atteggiamento rispetto alle abitudini alimentari della figlia, criticandola, svilendola e rimproverandola quando si accorge che Giada ha mangiato più del dovuto. O ancora, rispetto all'attenzione ossessiva che la paziente ripone nel fare la lavatrice, le pulizie e riordinare la casa e dover necessariamente seguire una modalità ritualizzata nel farlo. Se, infatti, Giada mette in atto le compulsioni di lavaggio nel tentativo di ridurre il senso di indegnità personale, tali comportamenti vengono aspramente criticati, suscitando nella madre esattamente la risposta temuta: lo svilimento e la critica che le confermano il senso di indegnità. Il ciclo invalidante sopradescritto conferma le credenze su di Sé come difettata, indegna e non amabile, le credenze di un Altro critico e inaffidabile e della relazione come fonte di malessere e instabilità affettiva. Il risultato è un'esacerbazione del sentimento di indegnità che mantiene la disregolazione emotiva e i comportamenti disfunzionali a essa collegati.

Scompenso ed esordio

Nonostante si tratti di uno scompenso progressivo e ingravescente, è possibile rintracciare un periodo in cui l'equilibrio della paziente ha iniziato a vacillare. Tale periodo risale all'autunno del 2017. A settembre di quell'anno la paziente aveva cambiato scuola, trasferendosi da un istituto superiore di periferia a una scuola al centro di una grande città. È diventato sempre più importante per lei l'antigoal di evitare le critiche e il giudizio dei pari (strumentali agli scopi sovraordinati dell'amabilità e del valore personale) e ha

Giada: “la trappola dell’indegnità”, un caso di Tricotillomania in comorbidità

iniziato a investire di più sull’importanza di dare un’immagine di sé come “*interessante, abile, con dei contenuti, socialmente apprezzabile*”. Nello stesso periodo, ad Halloween del 2017, è possibile riscontrare l’esordio durante una festa in un noto locale. Durante la serata, dopo aver bevuto molto e fumato marijuana entra in uno stato di confusione mentale e ha rapporti occasionali con due ragazzi separatamente. Questo episodio specifico ha consolidato l’idea di sé come indegna e immeritevole (“*ho fatto cose disgustose, ho macchiato tutto per sempre, non merito niente, come potrebbero gli altri starmi vicino dopo quello che è successo se mi faccio schifo anche da sola?*”). In particolare, questo episodio ha rappresentato nel funzionamento della paziente una macchia indelebile nell’immagine di sé, che ha inoltre innescato la credenza di dover spiare continuamente la colpa di essersi resa responsabile, in modo irrimediabile, di un danno così grande alla sua identità e, di conseguenza, all’immagine di sé. Da quel momento gli stati emotivi di vergogna, colpa, disgusto, rabbia sono diventati più frequenti e intensi e sempre minori le risorse per gestirli. Ha iniziato a evitare sempre di più le interazioni con gli altri confermandosi le credenze disfunzionali e incrementando i comportamenti disfunzionali.

Vulnerabilità

Vulnerabilità storica

La paziente è cresciuta in un ambiente familiare invalidante in cui ha vissuto un clima di neglect emotivo da parte della figura paterna che era praticamente sempre assente, i bisogni e gli stati emotivi della paziente non solo non venivano riconosciuti, ma c’era un totale disinteresse da parte del padre “*papà non c’era mai, con lui era impossibile un dialogo... mi ricordo le cene a casa, eravamo tutti e tre a tavola ad aspettarlo ma io sapevo ogni volta che non sarebbe arrivato... era al bar a bere lui... che schifo*”. La madre era invece presente ma imprevedibile, alternava rare risposte di disponibilità a risposte rabbiose, verbalmente aggressive e svilenti nei confronti della figlia. La paziente racconta che la madre disattendeva puntualmente le promesse e gli impegni presi con lei (“*ma che vuoi? Ma che ti cambia a te? Mi devi lasciar stare e non ti devi lamentare, sono io quella che ha da lamentarsi. Ci sono cose più importanti di quello che avevamo deciso di fare*”) e alle sue richieste di spiegazioni reagiva con rabbia, facendola sentire “*sbagliata e in colpa*” per il solo fatto di aver chiesto (“*io dovevo stare zitta e farmi star bene tutto, per me era normale così, quello che volevo non contava nulla*”,

“la cosa più brutta è che avevo sempre paura anche di chiedere”). Se la paziente provava a insistere per ottenere delle risposte o delle spiegazioni la madre diventava aggressiva verbalmente, ricorda di urla, bestemmie, grida che lei definisce “isteriche”. Inoltre, da quanto riferisce la paziente, la madre è stata depressa durante l’infanzia della figlia a causa della conflittualità con il marito, per cui lamentava spesso stanchezza, stress, di essere “sul punto di un esaurimento nervoso” e si mostrava disforica, apatica e triste. In alcune occasioni invece la madre, nel vederla distante, la faceva andare accanto a lei sul divano e la paziente riferisce “e dovevo per forza restarmene lì a farmi abbracciare, quando decideva lei e quando serviva a lei”. G. riferisce di non essersi mai sentita importante, considerata, dentro casa “avrei solo voluto che lei mi vedesse, che mi ascoltasse davvero, e invece era vuota”. Questo ha fatto sì che la paziente apprendesse uno schema dell’altro come imprevedibile o indisponibile e un’idea di sé come indegna e immeritevole, in qualche modo difettosa e sbagliata. Gli episodi di rimproveri drammatici e critiche sprezzanti hanno inoltre favorito la tendenza della paziente a sentirsi colpevole, responsabile, a sentirsi sempre in allarme (Not Just Right Experience) e a rendere necessario un atteggiamento prudenziale. Si struttura inoltre l’idea dell’altro come critico e giudicante. Anche nei rapporti con i pari racconta di episodi a scuola in cui si sentiva presa in giro e nel raccontarlo alla madre, cercando conforto, lei le rispondeva “ma non ti preoccupare, stai solo esagerando” (banalizzazione dell’esperienza emotiva) e “io mi sentivo confusa, non capivo se ero veramente io che esageravo, se ero sbagliata io” questo ha contribuito alla costruzione di un’identità poco definita, con un’intensa tendenza all’invalidazione e svalutazione di sé. La madre tendeva a banalizzare e sminuire le espressioni emotive, soprattutto quelle negative a cui corrispondeva un bisogno di considerazione e vicinanza. Rispetto all’espressione degli stati emotivi la paziente ha appreso che non solo è inutile esprimerli ai fini di ottenere sostegno e vicinanza, ma anzi è pericoloso in quanto rimanda l’idea di essere sbagliata e “doversi bastare da sola”. Ha sviluppato così la credenza che controllare le emozioni sia fondamentale e che le emozioni intense siano pericolose e per questo la spaventano. Inoltre, la costante invalidazione delle espressioni emotive ha portato la paziente a interiorizzare lo schema dell’autoinvalidazione e deligittimazione dei bisogni emotivi che ha costituito una base importante per lo sviluppo della disregolazione emotiva. È nata così una duplice modalità di espressione della sintomatologia: l’iperinvestimento nel controllo emotivo da un lato e le manifestazioni emotive esplosive dall’altro. Per cui ad esempio lo stesso sintomo tricotillomanico viene agito in alcune occasioni come tentativo di gestione emotiva, in altri come esito della disregolazione.

Giada: "la trappola dell'indegnità", un caso di Tricotillomania in comorbidità

Vulnerabilità attuale

L'elevata vulnerabilità emotiva, la scarsa abilità di discriminare e regolare gli stati emotivi, insieme alla costante tendenza all'auto invalidazione, costituiscono i principali fattori di vulnerabilità attuale. La sensibilità alle critiche e al giudizio, alla colpa e alla Not Just Right Experience, contribuiscono a mantenere la paziente in una condizione di vulnerabilità al ricorso ai comportamenti disfunzionali. A livello interpersonale, ulteriori fattori che incrementano la vulnerabilità della paziente, sono la scarsa rete sociale, carenza di relazioni interpersonali significative, nonché soprattutto il rapporto conflittuale con i genitori dai quali si sente tutt'ora invalidata, che non sente come fonte di sostegno, ma anzi come principali figure giudicanti e critiche, svilenti e inaffidabili.

Trattamento psicoterapeutico

Obiettivi di contratto e razionale, strategia terapeutica e tecniche di cambiamento

Fin da subito sono stati concordati con la paziente degli obiettivi di contratto specifici relativi alla regolazione emotiva e alla riduzione dei comportamenti disfunzionali, sia perché questa era la specifica richiesta della paziente, sia per la necessità di ridurre l'impatto dell'intensità emotiva che avrebbe reso impossibile lavorare sui nuclei psicopatologici relativi all'indegnità. Come obiettivi a medio e lungo termine è stata concordata la necessità di favorire l'acquisizione di un'immagine di sé più positiva e meno influenzata dalle credenze e dagli schemi disfunzionali, nonché il miglioramento delle relazioni interpersonali.

Descrizione della terapia

La terapia ha avuto una durata di due anni, per un totale di 80 sedute a cadenza settimanale, attualmente procede con cadenza mensile con finalità di mantenimento e prevenzione delle ricadute. La prima fase della terapia è stata focalizzata sull'assessment, la definizione degli obiettivi e delle strategie terapeutiche. Già nelle prime sedute è emersa la complessità della sofferenza di Giada e la difficoltà nell'organizzare una formulazione del caso che potesse adeguatamente orientare il lavoro terapeutico. In questa fase è

Serena Di Benedetto, Andrea Gagnani

stata utilizzata la tecnica degli ABC, il diario dei comportamenti di strappo, le schede di monitoraggio dell'alimentazione, il diario dell'autoinvalidazione. Le tecniche citate sono state utilizzate con il duplice fine di comprendere al meglio il funzionamento della paziente e di conseguenza consentirle di esserne più consapevole, meno spaventata e incrementare il senso di potere rispetto ai cambiamenti terapeutici preposti. Contestualmente si è lavorato al fine di raggiungere una stabilizzazione dei comportamenti disfunzionali presentati dalla paziente in modo da interrompere i principali meccanismi di mantenimento, incrementare la motivazione e il senso di efficacia della paziente, e ridurre il timore rispetto alla disregolazione emotiva, restituendole la consapevolezza di avere un potere rispetto a quelli che considerava comportamenti automatici e ineludibili. A tal fine sono state utilizzate con grande beneficio tecniche di Mindfulness, sia formali che informali, per ancorarsi al momento presente, tecniche di accettazione esperienziale e respirazione, tecniche di defusione cognitiva per gestire i pensieri negativi e i ricordi dolorosi. L'utilizzo di tecniche di terza generazione come la Mindfulness e l'Act (Harris, 2009) sono state di fondamentale importanza al fine di aiutare la paziente ad acquisire strategie funzionali di regolazione dell'attivazione emotiva. Gli esercizi di defusione cognitiva come "le foglie sul ruscello" e "noto che sto avendo il pensiero di..." hanno aiutato Giada a muovere i primi passi verso l'acquisizione della consapevolezza che non tutti i contenuti mentali riflettono perfettamente la realtà, anzi, che essi sono spesso frutto di interpretazioni e soggetti all'influenza di schemi e credenze negative su di sé, sugli altri e sul mondo. Defondersi dai pensieri e accogliere le emozioni senza necessariamente reagire a esse, attraverso la disperazione creativa, sono stati i due primi step fondamentali per aiutare Giada a ridurre la sofferenza, essere meno spaventata e sentirsi più padrona di sé e quindi più coesa. Questo lavoro ha attraversato momenti di grande difficoltà caratterizzati dal dover lavorare spesso sull'urgenza riportata dalla paziente, i progetti delle sedute più volte venivano stravolti in modo estemporaneo rendendo necessario dare priorità al riportare Giada a uno stato emotivo basale. Questo è stato fatto di volta in volta in seduta insegnando alla paziente tecniche di respirazione e di rilassamento, mostrandole come fosse possibile imparare a notare la presenza di uno stato emotivo, lasciarlo essere, senza catastrofizzarlo e reagire a esso con comportamenti disfunzionali. Un aspetto fondamentale del lavoro terapeutico è stato mostrare alla paziente come fosse possibile non spaventarsi dell'angoscia e dell'elevata attivazione emotiva, utilizzando sempre la validazione e mostrandole in seduta come poterla gestire ed esortandola poi a sperimentare lo stesso a casa, con gli homework, nei momenti di crisi. Il terapeuta, infatti, ha sempre lavorato cercando un equilibrio tra la validazione,

Giada: "la trappola dell'indegnità", un caso di Tricotillomania in comorbidità

imprescindibile per mostrare a Giada come le sue emozioni e le sue reazioni avessero un senso alla luce dei fattori ambientali, delle esperienze storiche familiari e dei suoi meccanismi intrapsichici, e il cambiamento attraverso l'utilizzo del Problem solving e della ricerca di comportamenti alternativi. In questo contesto si è lavorato per fornire alla paziente delle abilità di regolazione emotiva specifiche attraverso l'utilizzo di tecniche provenienti dalla DBT (Linehan, 1993). Sono state utilizzate molte skills dei moduli Tolleranza della sofferenza e Regolazione emotiva (Linehan, 2015). Inizialmente sono state molto utili le TIP per gestire le situazioni di crisi in cui la paziente sperimentava un'intensa attivazione emotiva. Le due tecniche che hanno aiutato maggiormente Giada sono state il cambiamento della temperatura corporea attraverso l'utilizzo dell'acqua ghiacciata, e il rilassamento muscolare progressivo. Quando Giada era già più capace di non reagire immediatamente agli impulsi e agli stati emotivi dolorosi l'analisi della catena comportamentale è stata di notevole aiuto per rendere consapevole la paziente dei fattori di vulnerabilità emotiva, comprendere il funzionamento delle crisi e promuovere un cambiamento dei comportamenti problematici con strategie di gestione alternative.

Una volta raggiunta una maggiore regolarizzazione dei ritmi circadiani, una maggiore stabilizzazione dell'umore e soprattutto una maggiore regolazione emotiva, la terapia si è poi focalizzata sui sintomi ossessivi al fine di ridurre le compulsioni di lavaggio. Il lavoro sugli aspetti ossessivi è stato svolto attraverso tecniche cognitive standard e tecniche provenienti dalla Schema Therapy (Young, 2003) quali l'Imagery Rescripting (IR). Dopo aver adeguatamente ricostruito il modello di funzionamento del DOC (Mancini, 2016) e individuato le funzioni dei comportamenti di lavaggio, si è scelto di avvalersi di tecniche immaginative provenienti dalla Schema Therapy alla luce di quanto tali sintomi fossero connessi a un senso profondo di disgusto di sé, legato all'ambiente profondamente invalidante e svilente (Tenore *et al.*, 2018). Il terapeuta ha aiutato Giada a riconoscere i vari Mode e imparare a individuare gli schemi attivi, i bisogni frustrati e i coping disfunzionali a cui faceva ricorso (Basile *et al.*, 2017; Luppino *et al.*, 2018). Con l'Imagery for Assessment sono stati rintracciati episodi antichi in cui la paziente avesse provato le stesse sensazioni fisiche legate agli stati emotivi protagonisti dei momenti di crisi attuali. Progressivamente, dopo la creazione di un luogo sicuro in cui Giada potesse tornare qualora il lavoro in immaginazione fosse diventato emotivamente troppo caldo, è stata utilizzata l'Imagery Rescripting. In questo modo il terapeuta, attraverso un adeguato re-parenting, ha aiutato la paziente a "riscrivere" alcuni importanti episodi in cui aveva vissuto una frustrazione importante dei suoi bisogni emotivi, fungendo da modello

Serena Di Benedetto, Andrea Gragnani

di adulto sano che invece li validasse e soddisfacesse. In questa fase della terapia Giada aveva come homework quello di riascoltare le registrazioni delle sedute di Imagery e provare a individuare, nei momenti di difficoltà, i bisogni della “piccola Giada”, il bambino vulnerabile, e le modalità più funzionali attraverso le quali soddisfarli con il suo “adulto sano”. La Schema Therapy è stata molto utile non solo attraverso il lavoro in immaginazione, ma in generale con il lavoro sulle parti. Nei momenti in cui Giada appariva particolarmente chiusa, reticente ad aprirsi, a causa dei suoi profondi vissuti di vergogna anche nei confronti del terapeuta, individuare il Protettore Distaccato e invitare Giada a consentirgli di poter dialogare con la Bambina Vulnerabile, in modo da poterla vedere e aiutare, ha rappresentato una chiave di accesso fondamentale e di sblocco in alcune sedute particolarmente difficili. In questo modo Giada ha imparato a potersi mostrare in sicurezza anche negli aspetti di sé che riteneva oscuri e indegni, imparando a legittimarsi i propri bisogni emotivi, validare le emozioni e progressivamente comunicarle in modo funzionale all’altro.

In questo modo, una volta raggiunta una maggiore accettazione di sé e una maggiore disponibilità a mostrarsi, è stato poi possibile lavorare sugli aspetti interpersonali, favorendo un miglioramento delle relazioni anche attraverso l’accettazione di una maggiore quota di rischio di ricevere critiche e giudizi negativi. Infine, per ridurre ulteriormente il senso di indegnità personale sono state utilizzate tecniche provenienti dalla Compassion Focused Therapy (Gilbert, 2010) al fine di promuovere un atteggiamento compassionevole e favorire il perdono di sé. È stato molto d’aiuto, seppur inizialmente molto difficile per Giada, iniziare a tenere un diario compassionevole, in cui ogni giorno scrivesse a se stessa delle parole di compassione, accettazione e affetto.

Relazione terapeutica

Nel corso della terapia si è reso necessario ridurre gli obiettivi posti per ciascuna seduta a causa della disorganizzazione della paziente e della sua difficoltà a stare sui fatti. Nel corso dei mesi iniziali più volte la paziente ha saltato alcune sedute a causa dei costi del disturbo, quali la disorganizzazione, il vissuto di indegnità che la spingeva a evitare il contatto con l’esterno, la disregolazione nei cicli del sonno. In virtù dello stile fortemente auto invalidante adottato dalla paziente e dell’ambiente familiare altrettanto invalidante, è stato necessario fin da subito dare particolare importanza alla relazione terapeutica, cercando di favorire uno stile particolarmente empatico e validante, mantenendo al tempo stesso la giusta enfasi al cambiamento. È

Giada: "la trappola dell'indegnità", un caso di Tricotillomania in comorbidità

stato adottato uno stile terapeutico improntato sulla dialettica, privilegiando un atteggiamento accogliente e mai giudicante, in cui la paziente potesse fare esperienza di un modello sano di riferimento nel quale si sentisse ascoltata e considerata al di là dei comportamenti disfunzionali. La relazione è servita spesso come contenitore dei vissuti emotivi legati all'indegnità del sé. A tal fine di notevole rilevanza sono stati gli elementi terapeutici provenienti dalla Schema Therapy, in cui il terapeuta ha vicariato la funzione di Adulto Sano fornendo un modello attraverso il quale la paziente potesse sperimentare un equilibrio tra validazione e cambiamento.

Assessment e valutazione di esito

Per consentire un adeguato monitoraggio e una valutazione di esito della terapia, è stata effettuata una valutazione psicodiagnostica iniziale e due re-test, uno in itinere (dopo circa 12 mesi dall'inizio della terapia) e uno finale (dopo circa 24 mesi dall'inizio della terapia), quando si è valutato di poter concludere il percorso terapeutico mantenendo solo delle sedute mensili con finalità di monitoraggio e prevenzione delle ricadute.

Il processo di valutazione è avvenuto mediante la somministrazione di strumenti self-report atti a valutare lo stato sintomatologico della paziente. Nello specifico, sono stati impiegati l'SCL-90 – R (Symptom Check List 90 Revised); il BDI-II (Beck Depression Inventory II); lo STAI-Y (State Trait Anxiety Inventory – form Y); l'OCI-R (Obsessive Compulsive Inventory – Revised); l'ASI (Anxiety Sensitivity Inventory).

I dati relativi ai Test/Retest mostrano un miglioramento generale delle condizioni cliniche della paziente. In particolare, dal test SCL emerge un indice di gravità globale pari a 1,01 che rispetto a quello emerso dalla prima (2,62) e dalla seconda (1,79) compilazione è nettamente in diminuzione. Questo denota una minore compromissione psicopatologica e una maggiore capacità di gestione e accettazione dei propri disagi. Nello specifico si evidenzia un calo in tutte le aree indagate dal test, con un abbassamento sotto la soglia della significatività clinica in tutte le aree che prima invece la superavano (Somatizzazione, Disturbi ossessivo compulsivi, Sensibilità nei rapporti interpersonali, Depressione, Ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoide e Psicoticismo). In particolare, dai dati relativi all'Ostilità (da 2,33 a 1,17), Ideazione Paranoide (da 2,83 a 1,17), Rapporti Interpersonali (da 3,67 a 1,33) si evince che la paziente, grazie alla relazione terapeutica, mostra una maggiore apertura alle relazioni e minore sfiducia che sicuramente è un indice prognostico positivo.

Stesso calo al di sotto della soglia clinica si rileva per il BDI, in cui sia il punteggio totale (da 35,00 a 5,00) che il Fattore 1 Somatico Affettivo (da 18,00 a 2,00) che il Fattore 2 Cognitivo (da 17,00 a 3,00) subiscono un calo.

Per quanto riguarda lo STAI-Y il fattore Ansia di Stato rimane al di sotto della soglia clinica, mentre il fattore Ansia di Tratto diminuisce e scende al di sotto della significatività (da 71,00 a 48,00).

Nell'OCI-R il punteggio totale della prima compilazione superava la soglia clinica (31,00) mentre alla seconda subisce un netto calo al di sotto del cut-off (19,00); nello specifico anche le ossessioni scendono al di sotto della significatività clinica (da 12,00 a 4,00) mentre i rituali di lavaggio rimangono al di sopra anche se si segnala un notevole calo nel punteggio (da 11,00 a 6,00). Si segnala però un aumento nell'Ordinare, infatti il punteggio sale da 6,00 a 7,00 superando il cut-off alla seconda compilazione, tale aspetto infatti è oggetto attualmente del lavoro terapeutico. Da segnalare infine che anche il punteggio totale all'ASI scende (da 32,00 a 21,00), anche se alla prima compilazione non aveva comunque raggiunto la soglia clinica.

Sulla base del confronto fra le tre valutazioni si assiste a un abbassamento della frequenza di patologia come a dimostrare un miglioramento generale e dunque una minore compromissione del funzionamento globale della persona presa in esame. Nello specifico emerge un notevole miglioramento della sintomatologia depressiva e delle preoccupazioni ipocondriache oltre che dei sentimenti di rabbia e rancore, nonostante sembra rilevarsi una ancora presente tendenza a chiudersi in un mondo ruminativo a discapito della vita di relazione. Infine, appare interessante notare come vi sia un miglioramento relativo al tono affettivo e alla tendenza ad avere momenti di disforia; attualmente le sfumature di iperattivazione e oscillazione umorale sembrano presentare un notevole cambiamento in termini di maggiore gestione e minore intensità.

Considerazioni conclusive

Giada ha interrotto i comportamenti disfunzionali di strappo, tanto che non si sono più verificati episodi in cui la paziente ha agito tale comportamento, lo stesso vale per i sintomi relativi al comportamento alimentare, la paziente segue attualmente un'alimentazione programmata e regolare, non si verificano più episodi di digiuno né di abbuffate. Ha appreso strategie di gestione alternative degli stati emotivi e mentali dolorosi, dai quali riesce a difendersi e a non lasciarsi travolgere. Anche la sintomatologia a carattere ossessivo presenta un netto miglioramento, non sono più presenti sintomi di

Giada: "la trappola dell'indegnità", un caso di Tricotillomania in comorbidità

lavaggio né relativamente al corpo né agli oggetti. La paziente da circa tre mesi ha iniziato un lavoro, affrontando in terapia la decisione di volere almeno temporaneamente lasciare gli studi universitari in quanto un impegno più intellettuale incrementava la frustrazione, l'isolamento e il senso di scarsa auto efficacia. L'inserimento nel mondo del lavoro, una volta abbassata l'intensità iniziale dei sintomi e dei comportamenti disfunzionali, le ha consentito progressivamente di riprendere contatti con il mondo esterno, riacquisire fiducia nelle sue potenzialità e rafforzare il lavoro svolto in terapia relativo alla ristrutturazione cognitiva delle credenze disfunzionali su di sé e all'accettazione non giudicante. Giada ha inoltre ripreso ad avere relazioni interpersonali significative, a uscire e ha inoltre intrapreso una relazione sentimentale con un ragazzo. Il lavoro sugli aspetti relazionali e sull'immagine di sé è stato fondamentale per consentirle di accettare quella quota di rischio imprescindibile che ogni rapporto umano comporta.

Il percorso terapeutico con Giada è stato tutt'altro che lineare e privo di ostacoli a causa dei nuclei profondi di vergogna e indegnità personale che spesso hanno rischiato di compromettere il lavoro. Tuttavia, Giada è riuscita, nonostante le resistenze iniziali, ad affidarsi al terapeuta consentendo di utilizzare i momenti critici come oggetto dello stesso lavoro terapeutico.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5* (5a ed.). (trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2014).
- Arntz A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(2): 189-208.
- Basile B., Tenore K., Luppino O.I. & Mancini F. (2017). Schema Therapy Mode Model applied to Ocd. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(6): 407-414.
- Dèttore D., Pozza A. & Giaquinta N. (2019). *I disturbi da comportamenti focalizzati sul corpo. Caratteristiche cliniche e strategie di intervento in terapia cognitivo-comportamentale*. Firenze: Giunti Psychometrics.
- Gilbert P. (2010). *Compassion Focused Therapy: The CBT Distinctive Features Series*, London: Routledge (trad. it. *La terapia focalizzata sulla compassione*. Milano: FrancoAngeli, 2012).
- Harris R. (2009). *Fare Act. Una guida pratica per professionisti all'acceptance and commitment therapy* (trad. it. Milano: FrancoAngeli).
- Hayes S.C., Wilson K.G., Gifford E.V., Follette V.M. & Strosahl K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6): 1152-116.
- Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-Based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2): 144-156.
- Linehan M.M. (1993). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Milano: Raffaello Cortina, 2001.

Serena Di Benedetto, Andrea Gragnani

- Linehan M.M. (2015). *DBT Skills Manual. Second Edition*. New York: The Guilford Press (trad. it. *DBT Skills Training Manuale*. Milano: Raffaello Cortina, 2015).
- Luppino O.I., Tenore K., Mancini F. & Basile B. (2018). An Integration of Schema and Cognitive Therapy in OCD Treatment (Part I): Goals and Beliefs of the Obsessive Mind. *Psychology*, 9: 2261-2277.
- Mancini F. (2016). *La mente ossessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mancini F., Gangemi A., Perdighe C. & Marini C. (2008). Not just right experience: Is it influenced by feelings of guilt? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39: 162-176.
- Mancini F. & Perdighe C. (2009). La formulazione del caso: schema per la presentazione dei casi clinici e per la supervisione. *Psicoterapeuti in-Formazione*, numero speciale. Testo disponibile al sito: www.psicoterapeutiinformazione.it/numero-speciale-ottobre-2009.html.
- Tenore K. & Basile B. (2018). The Hystorical Vulnerability in OCD. In: Mancini F. (ed.). *The Obsessive Mind*. Abingdon-on-Thames: Routledge.
- Young J.E., Klosko J.S. & Weishaar M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press (trad it. *Schema therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. Eclipsi, 2007).

La terapia con il paziente difficile: un caso di uxoricidio



Anna Angelillo*, Fabio Monticelli**

*Ricevuto il 13 luglio 2019
Accettato il 29 dicembre 2021*

(...) ogni uomo uccide ciò che ama,
ognuno ascolti dunque ciò che dico:
alcuni uccidono con uno sguardo d'amarezza,
altri con una parola adulatoria,
il codardo uccide con un bacio,
l'uomo coraggioso con la spada!
(Ballata dal carcere di Reading, Oscar Wilde)

Sommario

L'articolo si propone di presentare un caso clinico, il cui lavoro terapeutico è risultato difficile e particolare. Nel lavoro con Otello, la particolarità del contesto di lavoro (il carcere), la natura relazionale dell'agito violento di cui il detenuto si è reso attore, oltre che le caratteristiche di personalità e di funzionamento proprie del paziente, sono stati ingredienti che hanno contribuito ad aumentare la complessità e la peculiarità del lavoro terapeutico. Imprescindibile è stato sia un costante e consapevole monitoraggio dei particolari movimenti relazionali del paziente, che una puntuale lettura delle reazioni emotive del terapeuta, al fine di rendere il più efficace possibile l'intervento terapeutico e ridurre il rischio di *drop-out*.

* Psicologa, psicoterapeuta, socia SITCC, C.so Palestro 13, Torino; e-mail: anna.angelillo@gmail.com.

** Presidente SITCC. Socio SICC Roma e SPC Ancona. Dipartimento di Scienze Umane, Università Europea di Roma, Via degli Aldobrandeschi 190, Roma; e-mail: fabio_monticelli@yahoo.it.

Autore corrispondente: Anna Angelillo.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 49/2021
DOI: 10.3280/qpc49-2021oa13213*

Anna Angelillo, Fabio Monticelli

Parole chiave: relazione terapeutica, monitoraggio, autori di reato, uxoricidio, psicoterapia in carcere.

Abstract

Psychotherapy with a difficult patient: a case of uxoricide

This paper aims to present a clinical case, in which the therapeutic work was particularly difficult and unique. Working with Otello involves the singularity of the work context (the prison), the relational nature of the violent action in which the prisoner becomes an actor, as well as the personality and functioning characteristics of the patient. All are factors that contribute to increasing the complexity and the peculiarity of the therapeutic process. Thus, constant and conscious monitoring of particular relational gestures and a precise reading of the therapist's emotional reaction becomes essential in order to make the therapeutic intervention as effective as possible and reduce the risk of drop-out.

Key words: psychotherapeutic relation, monitoring, offenders, uxoricide, psychotherapy in prison.

Introduzione

Il caso clinico descritto mette in evidenza l'importanza di monitorare la relazione terapeutica.

Nello specifico, osservare aspetti motivazionali della relazione terapeutica risulta necessario con pazienti complessi per analizzare e gestire ciò che sta accadendo in seduta ed evitare le manipolazioni del paziente che conducono spesso al *drop-out*. Nel caso presentato, l'equivoca minacciosità del paziente non rivela soltanto il suo desiderio di supremazia e controllo della relazione, regolato dal sistema agonistico dominante. È plausibile, invece, che l'atteggiamento intimidatorio del paziente sia espressione soprattutto del sistema predatorio (Liotti, 2017) che induce una complementare e intensa attivazione del sistema di difesa nella terapeuta. In questo caso, il terapeuta viene rappresentato come un oggetto de-umanizzato, cioè privo di quelle componenti che sono alla base di un rapporto empatico.

Rappresentazioni di questo tipo caratterizzano gli stati mentali dei parafilici sadici, dei pedofili predatori e dei soggetti con Disturbo antisociale di personalità (Liotti, 2017) che, probabilmente, utilizzano strategie controllanti di tipo predatorio per disattivare i modelli operativi interni (MOI) disorganizzati connessi alla frammentazione del Sé e alle esperienze di tipo dissociativo (Liotti, 1994/2005).

Se il terapeuta riconosce in tempo reale le strategie controllanti del pa-

ziente, eviterà accuratamente di contrapporsi a esse, riconoscendo e validando la loro funzione protettiva, svolta durante le prime esperienze relazionali precoci; successivamente, però, andranno anche sottolineati i limiti di tali strategie dalle quali sono derivati gli schemi interpersonali disfunzionali (SID) e le principali credenze patogene che caratterizzano e turbano la relazione con il terapeuta. Quest'ultimo sarà in grado di formulare tali interventi solo in presenza di un assetto cooperativo che nella relazione terapeutica con pazienti così gravi difetta totalmente, per gran parte del trattamento. Durante le prolungate fasi di inaccessibilità al piano cooperativo, i terapeuti, spesso, tendono ad assumere atteggiamenti di condanna, di condono o di accettazione impotente che possono compromettere la psicoterapia e i desolanti sforzi già fatti. Nel primo caso, il terapeuta assume atteggiamenti critici e giudicanti verso il paziente, ingaggiando un piano agonistico che risulterà familiare al paziente, ma dannoso per la relazione terapeutica. Nel secondo caso, il terapeuta tenderà a focalizzarsi soltanto sulle pregresse esperienze traumatiche del paziente, rischiando di coglierne solo l'aspetto della vulnerabilità, attivandosi sul sistema accidentale. Questo, tuttavia, può indurre nel paziente una conseguente attivazione complementare dei MOI disorganizzati, connessi, a loro volta, al rischio di esperienze di annichilimento e di depersonalizzazione, causate dalla frammentazione delle rappresentazioni di sé-con-l'altro (Liotti e Farina, 2011). Nel terzo caso, invece, l'accettazione impotente e protratta nel tempo delle intimidazioni del paziente possono condurre alla capitolazione irreversibile e alla conseguente interruzione – più o meno consapevole – del trattamento da parte del terapeuta (Kernberg, 1993).

Presentazione del caso e invio

Otello è un paziente che ho seguito durante la sua detenzione.

Il lavoro terapeutico con lui è stato pieno, complesso e lungo, in un contesto di lavoro molto imprevedibile, a causa di movimenti istituzionali (trasferimenti, misure alternative) che rendono più faticosa la presa in carico.

Il paziente mi viene assegnato dalla responsabile del Servizio, su invio di una collega, che aveva seguito il detenuto dal suo ingresso in carcere. Essendo preferibile mantenere pulito il setting, le informazioni iniziali in mio possesso si limitavano all'età anagrafica, la tipologia di reato, la collocazione in istituto, il numero di figli e l'assenza di patologia psichiatrica.

Sono sin da subito molto incuriosita, soprattutto per la particolare età, in relazione alla prima carcerazione.

Anamnesi e storia di sviluppo

Otello è un uomo sulla settantina d'anni, canuto e con gli occhi grigi. Ormai in pensione, è vedovo (per procura) e ha due figli.

Ripercorrere la storia di Otello è stato un po' come un salto nel tempo. Il racconto risulta vuoto di frammenti episodici e asciutto rispetto alla sua qualità narrativa. L'infanzia di Otello si delinea come un lungo inverno, in cui sopravvivere con quello che c'è, nella maniera più adattiva possibile.

Otello nasce a metà degli anni '40. È ultimogenito di una famiglia numerosa. Sua madre rimane vedova a pochi mesi dalla sua nascita e si ritrova quindi a doversi occupare dei figli e a mantenere la famiglia da sola. Del padre, Otello non ha alcun ricordo né nutre alcun affetto, come mi racconta. La madre è spesso assente per via del lavoro, per cui Otello trascorre molto tempo, da piccolissimo, con parenti o vicini. All'età di 6 anni, la madre, per facilitarne la gestione, decide di portarlo in un collegio a impostazione religiosa, dove Otello trascorrerà l'infanzia e l'inizio dell'adolescenza. Nonostante la sensazione di aver subito ingiustamente la volontà materna e un accennato senso di abbandono rispetto agli altri fratelli, Otello descrive quel periodo come positivo: lì, si dedica allo studio e alle varie attività previste durante la vita collegiale con impegno e serenità e fa ritorno a casa raramente. Nonostante si descriva come un bambino "spericolato" e molto movimentato, racconta che il collegio lo ha "inquadrate" e sembra essersi adattato con facilità al contesto e alle sue regole, "perché", dice, "mi piacevano", capendo sin da subito (e riportandomelo in maniera compiaciuta) quanto fosse più utile aderirvi e rispettarle, piuttosto che subirne le punizioni conseguenti, come succedeva agli altri bambini. Non emergono relazioni significative o episodi di rilievo, ma dal suo racconto traspare un forte senso di impegno e dovere nei confronti dello studio, della fede e delle regole.

In adolescenza, torna a vivere a casa, proseguendo gli studi in collegio. Non vengono riportati episodi o eventi particolari, né esperienze condivise con i fratelli o altre figure significative. Otello sembra muoversi nel mondo in maniera autonoma e solitaria. Una volta maggiorenne, assolve la leva obbligatoria e anche quel periodo sembra essere stato vissuto positivamente. Seguono anni di "libertà", movimento, spensieratezza e scoperta. In quel periodo, Otello girovaga per il mondo, cambia spesso lavoro e viaggia in moto, dirigendosi spesso al mare.

Intorno ai 23 anni, durante una serata in balera, incontra Ofelia, che sposerà, ritrovando nella cornice del matrimonio quell'ordine smarrito negli anni addietro. La moglie sembra un "caldo sole" che entra nella sua vita e va a scaldarlo e a stabilizzarlo. Dalla loro unione nascono due figli, a distanza di

diverso tempo, poiché tra le due gravidanze si verificano due aborti spontanei, che porteranno la moglie a scivolare man mano in uno stato depressivo.

Otello racconta di essersi sempre dedicato al lavoro e alla famiglia, occupandosi molto della moglie e delle sue fragilità d'umore. In più, racconta di essersi occupato di sua madre, ormai anziana, fino alla sua morte. Il figlio primogenito va via di casa subito dopo la maggiore età, mentre la figlia minore, faticando a trovare un'occupazione stabile, rimarrà a casa con loro. Circa 10 anni fa, con il pensionamento, Otello propone alla moglie, come concordato in gioventù, di trasferirsi altrove, anche per dare alla figlia più opportunità lavorative. La moglie, tuttavia, non volendosi allontanare da suo figlio, lo convince a rimanere e lui acconsente a malincuore.

Il paziente riporta, infine, di aver avuto un ictus circa 5 anni fa.

Primi colloqui

Quando lo incontro per la prima volta, Otello è detenuto da pochi mesi ed è in attesa di giudizio, per uxoricidio.

Al primo colloquio¹, sono curiosa e tranquilla.

Mi presento nel mio ruolo e gli spiego che, se vorrà, potrà cominciare un nuovo percorso con me, proseguendo il lavoro cominciato con la collega che mi ha preceduto. Il detenuto, aspettandosi la sua precedente psicologa, immediatamente liquida le mie domande iniziali, rimandandomi a un confronto con la mia collega e alla revisione della sua cartella clinica, per non perdere tempo su cose già dette. Gli spiego che certamente quella sarebbe stata una possibilità, ma che sono solita preferire che a raccontarmi la sua storia sia la persona stessa e puntualizzo di non sapere nulla di lui. Così, un po' sorpreso, comincia a raccontarmi qualcosa e io inizio così a raccogliere qualche elemento in merito al suo adattamento al contesto (uno tra i principali aspetti a cui solitamente si dedica il primo colloquio con un nuovo detenuto). Al contrario di quanto mi aspettassi (e anche di quanto accade per la maggior parte

¹ È utile precisare che il contesto solitamente prevede che sia lo psicologo a recarsi dal detenuto e il colloquio si svolge solitamente in una stanza non propriamente *ad hoc*. Solitamente sono presenti due sedie posizionate frontalmente e un tavolino, la porta rimane sempre aperta per questioni di sicurezza, spesso durante il colloquio possono entrare altri operatori (qualora ci si trovi nell'infermeria o nella stanza del medico). Non si concorda un vero e proprio appuntamento, ma definita la cadenza dei colloqui (settimanale o quindicinale), si precisa che la giornata e l'orario potranno essere variabili e si informa il detenuto dell'impossibilità di comunicare eventuali disguidi, assenze o rinvii (e questo è reciproco, qualora il detenuto si trovi impegnato in attività o in colloqui con la famiglia o con l'avvocato).

dei casi), lui appare decisamente ben adattato: segue un corso di informatica e, in forma volontaria, si occupa della pulizia dell'infermeria del blocco in cui si trova; è in cella da solo, non riporta difficoltà né rispetto all'alimentazione né al sonno. Quando gli chiedo da quanto tempo è lì, lui ribatte: "*Ma non sa che cosa ho fatto?*", io rispondo di no e così lui mi riferisce sommariamente di sua moglie, precisando: "*Non so cosa è successo... non pensavo di poterlo fare... non voglio sapere come ho fatto...*". Io rimango molto colpita dalla tipologia di reato, da quello che mi dice in merito e da come lo racconta, ma soprattutto da un gesto che accompagna quelle parole, che tornerà altre volte: ha le mani aperte e tese, rivolte verso l'alto. Il corpo sembra parlare al posto di una memoria che fatica ad affiorare. Non ho mai provato a spostare la sua attenzione su quel gesto: non so se per rispettare le difese del paziente ("*Non so se voglio davvero ricordare... non so se sarebbe meglio o peggio...*") o per proteggere me.

Mi racconta dei suoi figli, commuovendosi. E, infine, in merito a tutto quello che è successo, riferendosi alla sua famiglia, mi dirà: "*Ho amato, ma ho amato male*".

In conclusione di colloquio, gli chiedo, quindi, cosa pensa si possa fare insieme; lui mi risponde che non lo sa, ma aggiunge: "*Sicuramente possiamo fare qualche colloquio... magari fino al processo...*". Lui in quel momento è in custodia cautelare, in attesa di giudizio con rito abbreviato, con l'udienza fissata qualche mese dopo. Ci accordiamo dunque per un secondo colloquio, che programiamo dopo un paio di settimane. Lui accetta di buon grado. Prendo tempo, perché sento di aver bisogno di spazio per metabolizzare questo incontro. Ricordo di essermi sentita confusa, stranita. Mi aspettavo un colloquio più morbido. Come se fossi arrivata lì in automatico, disallineata alla mia mente, quasi colta alla sprovvista.

Seguiranno altri quattro colloqui molto particolari. Il secondo colloquio è inondato da questa scena: Otello, ricordando sua moglie, alla quale si riferisce sempre al presente, scoppia in un pianto intenso, diventa tutto rosso in viso e si dà pugni sulla fronte, ripetendosi "*come ho potuto!!!*". Il mio corpo è immobile, ma la mia pancia scalpita: mi sento avvolta e l'immagine di lui fredda e razionale che conservavo dal primo colloquio si sgretola, allo stesso tempo mi spavento e sopraggiunge un senso di impotenza dilagante davanti a un qualcosa di così disarmante, come un reato di tal natura può essere. Poi, come se avesse un interruttore, si raffredda e proseguiamo il colloquio. Io rimango in ascolto, con fatica e smarrimento.

Il terzo colloquio è tutto incentrato sul negoziare alcune regole del *setting*. Otello mi fa, infatti, notare con disappunto come io non abbia finora mai risposto alle sue domande; gli ribadisco che siamo lì per lui e che informazio-

ni su di me oltre a non essere rilevanti e utili, non sono neanche ammesse da regolamento. Non comprendo il senso di questo atteggiamento e a domanda, lui risponde che solitamente in una conversazione si fa così. Sento un po' di sfida, forse anche un po' di controllo, ma lascio cadere. Durante il colloquio successivo, poi, parlando di scacchi, di cui lui è un giocatore abile e appassionato, mi chiede se so giocare e se mi piace e di pancia rispondo. Sorridiamo, e non per la nostra divergente opinione sugli scacchi. Proseguo così i colloqui con lui, con fatica sì, ma con ritrovata curiosità.

Dopo un paio di mesi, in quinto colloquio, riusciamo a definire un obiettivo: rileggere alla luce dei suoi significati quello che è successo, per dare un senso che al momento sembra nebbioso, senza giudicare quello che ha fatto (perché, gli ricordo, c'è già qualcuno che ha questo compito e non sono io), ma per dare una lettura diversa, la sua, e comprendere quanto avvenuto. Sento che finalmente siamo sintonizzati: la nebbia iniziale non si è diradata del tutto, ma riesco a intravedere qualcosa, anche se è ancora tutto indefinito. E soprattutto adesso comincio a cogliere un lieve sentire fino a quel momento compatto e sordo.

Il mare è un elemento a lui caro, che torna spesso nei nostri primi colloqui: stando nella metafora, mi definirà la sua "boa" per il nostro viaggio insieme. Siamo pronti per salpare. In fondo si sa che, vista dal mare, la sponda può avere tutto un altro aspetto.

Quadro clinico

Diagnosi descrittiva

Alla luce delle informazioni emerse durante il percorso terapeutico, non è possibile porre una diagnosi, secondo la classificazione del DSM-5 (APA, 2013), seppur siano rilevabili caratteristiche che richiamano alcuni criteri della personalità narcisistica, quali senso grandioso delle proprie capacità (Criterio 1) e mancanza di empatia (Criterio 7). Il paziente non segue nessuna terapia psicofarmacologica.

Nonostante la presenza di un agito antisociale, non sono presenti nella storia di vita aspetti che fanno pensare a un percorso di sviluppo in tal senso (Sabatello, 2010; Zara, 2005), né sono presenti nel paziente aspetti che richiamano i criteri per una diagnosi di Disturbo antisociale di personalità. Questo lascia immaginare che il fatto-reato si sia configurato in maniera circoscritta e isolata. Inoltre, la natura fortemente relazionale dell'agito trascina, inevitabilmente, con sé aspetti legati a significati personali e relazionali,

Anna Angelillo, Fabio Monticelli

unici e specifici dell'autore di reato e del clima interpersonale in cui si è consumato, che sono emersi infatti nel corso del lavoro terapeutico.

Diagnosi esplicativa

L'immagine di sé del paziente risulta piuttosto autocentrata e sicura, con un buon livello di autostima e autoefficacia (esplicitato con un certo sfoggio e compiacimento di sé). Pervasivo appare il senso di inaiutabilità: una corazza di sicurezza e orgoglio regge la convinzione di non avere bisogno di aiuto, in quanto unico in grado di comprendere il suo stato. Mostra inoltre un apparente desiderio di non gravare sull'altro che, probabilmente, cela un profondo ma indicibile senso di non amabilità nucleare, ben celato dietro una struttura distaccata e diffidente (probabilmente perché radicata è la sfiducia nell'altro come disponibile a prendersi cura di lui).

Il suo valore personale risulta stabile e saldo, in linea con un assetto auto-sfidante, che gli consente di misurarsi e garantirsi una continuità interna e di non lasciare insinuare insicurezze e timori (irriconecibili e indicibili). Non sembra intaccabile nemmeno dal reato: questo, infatti, rimane come un qualcosa altro da sé, non spiegabile, non inseribile nel suo sistema di valori e credenze e, quindi, nemmeno raccontabile, come se non ci fosse nel suo sistema una sintassi, sia cognitiva che emotiva, adatta a descrivere quanto accaduto. Questo mostra l'impossibilità da parte di Otello di integrare una parte di sé "cattiva e violenta". Emblematica risulta una sua affermazione relativa alla moglie (e anche un po' alla madre): "*non si può essere arrabbiati con chi si ama*". La corazza difensiva che ha costruito negli anni si poggia su di un sistema di valori che consente di regolare le proprie scelte e di controllare (ed escludere) gli stati emotivi non riconoscibili e gestibili. Pertanto, stati emotivi intensi sono esplosivi e transitori. La sua narrativa è fattuale e teorica, per nulla o quasi connotata emotivamente e declinata spesso in termini di giusto/sbagliato.

Nonostante l'età, Otello si presenta fisicamente in forma. L'attività fisica, praticata sin dall'adolescenza e con costanza, anche durante gli anni del matrimonio (mi racconta ad esempio che in maniera ordinata e rigorosa, ogni mattina si svegliava prima di tutti per andare a correre al parco, per poi tornare a casa e cominciare la giornata con la sua famiglia), sembra rappresentare uno spazio di cura per sé e di sfogo di un moto emotivo sconosciuto e inconsapevole, ma che viene sempre narrata in termini di impegno e sfida.

Non sembra aver mai patito l'invecchiamento, fino a quando non ha avuto un ictus, cinque anni prima. Tale evento, superato senza evidenti conse-

guenze fisiche né cognitive, sembra segnarlo e fa vacillare la sua percezione di forza e stabilità. Egli mi riporterà di essersi sentito “più emozionabile” da allora, come se un cedimento fisico avesse fatto incrinare le sue strategie di autocontrollo e, in particolare, la sua emotività. Probabilmente, il percepirsi vulnerabile e bisognoso può aver irrigidito le sue modalità, fino al crollo.

Dal punto di vista strutturale sono individuabili *pattern* organizzativi di sé depressivi e ossessivi (Guidano, 1988, 1992; Guidano e Liotti, 1983).

Le esperienze di perdita (la prematura scomparsa del padre) e di solitudine e distacco (l'intermittente presenza materna e il trasferimento in collegio) richiamano scene prototipiche di un processo organizzativo in senso depressivo, a partire da un itinerario di sviluppo di tipo evitante (Ainsworth *et al.*, 1978). La narrativa rispetto all'infanzia (che riflette uno *state of mind* adulto di tipo *dismissing* – DS, Main e Goldwyn, 1985-1994) è breve e sommaria, con pochi riferimenti episodici specifici, anche dovuti a una scarsa solidità mnestica. La dimensione emotivo-affettiva risulta non esplorata né integrata. Se la figura paterna sembra non avere una rappresentazione nella mente del paziente, la figura materna risulta piuttosto idealizzata: viene giustificata nella sua assenza e sono inimmaginabili sentimenti negativi verso di lei che “*si doveva occupare di tutti noi, da sola... come potevo essere arrabbiato con lei? Non c'era, non potevo esserlo...*”. L'allontanamento in collegio va a rappresentare per Otello uno strappo della assoluta fiducia riposta nella madre (e del loro legame), che – mi dirà – “*ha deciso senza confrontarsi con me*”. Questa esperienza sembra aver sigillato nel paziente un'idea di indisponibilità altrui a prendersi cura di sé, rendendolo diffidente nei confronti dell'altro. In concomitanza all'esperienza di solitudine e nel tentativo di proteggersi da emozioni dolorose, intollerabili e ingestibili, il paziente sembra essersi riorganizzato in maniera difensiva su di un senso di sé percepito come stabile e forte, fiducioso unicamente verso se stesso, come il solo in grado di occuparsi di sé («autosufficienza compulsiva», Bowlby, 1977), inibendo qualsiasi bisogno o desiderio di vicinanza e cura. Una tale esperienza di incontrollabilità e un'emotività dilagante si sono scontrate con un contesto rigido ed esigente, dove il paziente, partendo da una rinnovata idea di sé, affinerà strategie di controllo dell'ambiente, aderendo in maniera adattiva e funzionale alle sue regole, mantenendo vivo un senso stabile di sé, nutrendo un forte senso di autoefficacia (attraverso i suoi successi scolastici e la buona condotta) e di controllabilità, rafforzati da un ambiente ordinato e certo. Otello farà esperienza di un mondo rigido e severo, ma sicuro e contenitivo, dove prestazione e disciplina rappresentano canali privilegiati di riconoscimento e benevolenza e dove l'errore e la trasgressione sono puniti in maniera esemplare. La scelta di aderire a tale sistema gli consentirà di sentirsi accolto (e quindi amato) e, coerentemente con il

suo sentire, contribuirà a viverci come un bambino capace, acuto e, quindi, amabile. La ricerca di ambienti regolamentati perdura nella sua vita: si passerà dal collegio al servizio militare, dal matrimonio al carcere.

Sul piano metacognitivo (Dimaggio e Semerari, 2003), è evidente un deficit di monitoraggio degli stati interni: Otello risulta incapace di riconoscere e di nominare (e pertanto di padroneggiare) qualsiasi *input* emotivo, apparendo quasi alessitimico. Il suo funzionamento sembra poggiarsi esclusivamente su un ferreo ragionamento e un solido sistema di valori, assimilato nel corso dello sviluppo, che ha reso il suo movimento nel mondo ordinato e controllabile. Anche operazioni di decentramento appaiono deficitarie e le riflessioni rispetto all'altro e alle sue azioni risultano spoglie di una Teoria della Mente articolata. Non sembra esserci una rappresentazione dell'altro come qualcuno che possa essere d'aiuto: questo prevedrebbe la contemplazione di un'immagine di sé come essere vulnerabile, bisognoso di cure e vicinanza, inammissibile. L'altro esiste come oggetto, atto a farlo sentire utile e riconosciuto e a garantire amabilità. Le relazioni con gli altri significativi, perciò, risultano carenti di un profondo coinvolgimento emotivo, ma piuttosto tenute insieme da principi e consuetudini dettate dal sistema in cui si è inseriti (ad esempio il matrimonio).

L'unione nuziale dà alla vita di Otello una nuova cornice "ordinata": incontrata dopo "*anni vagabondi*", Ofelia incarna "*stabilità, calore, affetto... famiglia*". La descrizione del loro legame mette ben in luce lo stile relazionale del paziente: avendo imparato a poter contare esclusivamente su di sé, riesce a stare sì in una relazione affettiva, ma nel ruolo di colui che si prende cura dell'altro. Tale modalità controllante-accudente (Liotti e Farina, 2011) che lo vede completamente spostato sull'altro e sui suoi bisogni (a discapito dei propri), come il suo senso del dovere e di responsabilità dispongono, è forse l'unico modo che il paziente conosce per tenere l'altro vicino e, di conseguenza, sentirsi amato a sua volta. Il suo sentimento per Ofelia risuona autentico nei nostri colloqui ed è svelato dalla timida commozione che attraversa tutti i momenti dedicati a lei.

La sessualità rimane un'area trascurata, quasi dimenticata. Spesso alle mie domande rispetto a questi temi, mi sentirò rispondere: "*Eh sa, erano altri tempi allora!*", riconoscendo un evidente pudore da parte sua nel raccontare questi aspetti di vita e, forse, da parte mia nell'accompagnarli nell'esplorazione. C'è, inoltre, anche un *bias* contestuale², che spinge questa dimensione a margine.

² In carcere, la sessualità resta un tabù e un diritto non solo negato, ma addirittura non contemplato.

Terapia

Come da prassi in ambito penitenziario, l'obiettivo primario del lavoro psicologico con i detenuti consiste nel monitorare e favorire il miglior adattamento possibile al contesto, oltre che accompagnare e sostenere il detenuto nelle diverse fasi giudiziali, che possono scandire momenti di crisi e accrescere il rischio suicidario.

Con mio curioso stupore, Otello appare ben adattato e in primo colloquio ci proponiamo di andare insieme verso il processo (fissato di lì a qualche mese e per il quale è stata disposta una perizia psichiatrica d'ufficio), per affrontare la sentenza e le sue conseguenze. Ho la sensazione che un obiettivo tangibile possa servire come aggancio relazionale e terapeutico per un lavoro più ampio.

Per quel che riguarda la sua posizione giudiziaria, Otello è abbastanza sereno e contento dell'approfondimento peritale. La sentenza, in realtà, contrariamente a quanto temuto da me, rappresenterà per Otello una nota positiva e stabilizzante: la quantificazione della "colpa" in termini di pena da scontare oltre a rientrare perfettamente nel suo sistema morale ("*è giusta, perché devo pagare per quello che ho fatto*"), concretizza un sentire difficile da gestire. Il pensiero dell'omicidio, fino a quel momento definito un "*pensiero ossessivo*", si attenua e diventa controllabile. In più, la tesi sostenuta dal perito gli consentirà di *spiegare* in maniera logica e scientifica un gesto alla sua mente ancora opaco.

Il cuore della terapia è stato il lavoro sul reato. Per quanto solitamente nel lavoro psicologico con i detenuti si cerca, ove possibile, di tenere gli aspetti criminologici fuori dalla relazione terapeutica, in questo caso era imprescindibile passare da lì, proprio per la natura relazionale del reato. Mettere in prospettiva quanto accaduto, ripercorrendo la sua storia di vita e ricostruendo insieme il processo di sviluppo di sé, ha permesso al paziente, pur mantenendo coerenza e solidità strutturale, di rileggersi e attribuire un significato diverso, ammorbidire il suo pensiero e intiepidire il suo sentire.

A circa un anno dal nostro primo incontro, Otello descriverà il suo gesto come "*il modo che ho trovato per alleviare lo stato di tensione che c'era*". Solo se spogliata da connotazioni giudicanti e moraliste, si può cogliere, come è stato possibile fare a noi in seduta, la potenza di tale affermazione, a cui seguirà quanto segue: "*Con questo non voglio deresponsabilizzarmi da quello che ho fatto né alleggerire la colpa che provo, ma mi aiuta a sistemare il fatto*". È come se attraverso quell'affermazione risolutiva abbia illuminato un'emotività sconosciuta ed evitata e riconosciuto il suo atteggiamento cieco rispetto a essa.

L'impossibilità di "arrabbiarmi con chi amo" (la moglie e prima ancora la madre) ha fatto sì che quella rabbia negata nel tempo a se stesso emergesse in maniera violenta. Mi dirà: "ho creato un ingorgo e ho fatto spazio". Inoltre, la fiducia tradita (rispetto alla promessa di trasferirsi dopo la pensione) ha probabilmente riattivato una ferita dell'attaccamento (in relazione alla separazione da sua madre), facendolo precipitare in uno stato di disperazione ingestibile e intollerabile, che si è tradotto nella perdita di controllo e in un agito violento. Con l'omicidio accade qualcosa di fortemente discrepante con l'immagine di sé e il proprio sistema di valori, di fronte al quale si è probabilmente innescato un meccanismo amnesico, volto a proteggere il sistema e a mantenere l'unitarietà e la coerenza di sé. Di quanto accaduto resta una memoria incarnata: quel gesto che il corpo muove, ma che rimane invisibile alla sua coscienza. È come se la mente non potesse trattenerne qualcosa di inenarrabile per il proprio sistema di conoscenza di sé. L'ipotesi è che il sistema, sollecitato da emozioni dirompenti, si sia dissociato nel momento dell'agito violento che rimane quindi non integrato nel tessuto mnestico, ritornando solo con la riacquisizione di un assetto composto e riconoscibile a se stesso. Infatti, Otello mi racconterà che la prima cosa che affiora in memoria dopo il *black-out* è l'immagine di lui che torna momentaneamente alla realtà quotidiana, riprendendo il controllo di sé. Al rientro, dinanzi a quanto compiuto, si costituirà.

Dopo quasi due anni dall'accaduto, Otello mi dice di aver pensato di richiedere un permesso speciale per andare al cimitero a trovare sua moglie. Sono sorpresa, perché lo trovo a tratti paradossale (forse mi trascino un po' di giudizio): è come se la mia mente non riuscisse a concepire l'idea. Lui mi dice di averci pensato, di sentirsi pronto e lo considera "un ricongiungimento morale... quasi come poterla abbracciare...". Mi dice anche che non se la sente di andare scortato dagli agenti penitenziari né tanto meno di andarci in manette (come da prassi), per cui fa richiesta di poter andare solo con il prete, quindi con una guida spirituale. Riflettiamo sulla probabile impossibilità che gli venga concesso un simile beneficio e qui Otello si perde – e io con lui – in un discorso tutto di testa sulle regole, probabilmente per spostarci su un piano più asciutto, per allontanare emozioni che avrebbero potuto disorientarlo. Rimango impressionata dal suo desiderio. Durante il colloquio successivo, rinnovo la mia curiosità sul significato che ha per lui. Mi dice che non è facile da spiegare, che effettivamente c'è una sorta di ambivalenza e torniamo sul discorso normativo e quindi sulla sua fermezza nel considerare la possibilità di andare solo "alle mie condizioni". Noterò poi in supervisione come le regole, le sue, tornano a fungere da cintura di sicurezza per gestire un'emozione forse ancora troppo grande e intensa da potersi concedere di sentire e in cui poter stare.

Durante i nostri colloqui, abbiamo parlato spesso del rapporto con i figli, in particolare con il figlio maggiore, con il quale c'è stata una rottura importante. Anche nel rapporto con loro, Otello ha sempre assecondato la volontà della moglie per non ferirla, accettando situazioni non condivise (l'andare e venire del figlio maggiore o la totale dipendenza della figlia minore, ancora in casa con loro).

Da quando Otello è in carcere, i figli, contrariamente a quanto spesso accade, hanno continuato a mantenere un contatto con lui, in particolare la figlia, che tuttora viene a trovarlo. Il figlio maggiore, inizialmente presente, man mano si è allontanato, fino a quando, a un anno dalla morte della madre, manca al colloquio, senza preavviso, *“tagliando i ponti”* con il padre, tramite una lettera, in cui sottolinea l'inaccettabilità di quell'omicidio e dichiara di non voler essere più coinvolto. Otello mi descrive quanto vissuto come una *“tempesta... come quando in mare arriva un'onda improvvisa alle spalle... e tu sei disarmato...”*: è evidente la difficoltà di stare in quelle emozioni e l'incapacità di gestirle. Mi dirà, infatti, *“non ero pronto... se fosse successo un anno fa, lo sarei stato...”*.

Seppur sia riuscito a riconoscere e nominare quanto vissuto il giorno del mancato colloquio (la rabbia per il mancato appuntamento) e a sentire il bisogno di dividerlo con me, rimane fermo rispetto all'impossibilità di sganciarsi dal suo modo (ritenuto corretto) di pensare, non riuscendo minimamente a decentrarsi e ad aprirsi alla mente dell'altro, per provare a immedesimarsi nei vissuti del figlio, considerandoli ormai fuori tempo.

Ci perdiamo in questo discorso e di nuovo mi trascina nei suoi ragionamenti logici, facendo perdere di vista anche a me l'altro. La sua rigidità è graffiante, ma è la corazza che lo ha tenuto in piedi fino a ora.

Rispetto alla vita in carcere, Otello sperimenterà una situazione rallentata, contrariamente a una vita fatta di corsa, in cui c'era sempre qualcosa da fare. In realtà, anche in carcere Otello sarà impegnato in mille attività (durante la nostra terapia seguirà diversi corsi di formazione professionale e la scuola superiore), ma in un modo diverso, imparando e accogliendo la fatica.

A metà anno, cominciamo ad accennare alla possibilità di concludere il nostro lavoro. Durante un colloquio gli ho chiesto: *“Secondo lei dove siamo?”* e lui mi ha risposto con una metafora: *“In un viaggio Torino-Milano, siamo a Rho”*. Ho sorriso, rivelando il mio allineamento con la sua percezione rispetto al nostro lavoro. Man mano cominciamo a tirare le fila e ci prepariamo a salutarci. Ripercorrendo la strada percorsa fino a qui, riconoscerà la differenza tra oggi e le prime fasi della terapia, quando – mi dice – *“trabal-lavo di più”*. Dopo la pausa estiva, lo trovo in equilibrio e in attesa di nuove

Anna Angelillo, Fabio Monticelli

attività. Propongo quindi di allargare la cadenza delle sedute, con l'idea di proseguire con un sostegno fino a Natale, per poi salutarci, immaginando un *follow up* per l'estate dell'anno successivo.

La relazione terapeutica e le sue difficoltà

In generale, il lavoro in ambito penitenziario presenta intrinseche difficoltà contesto-specifiche (per esempio il *setting* di fortuna, le regole del sistema carcerario, le interruzioni, i rumori, ecc.), pur ripagandoti con storie intense e interessanti esperienze professionali.

Una difficoltà iniziale è stata proprio nell'aggancio con il detenuto e, prima che la gestione, il riconoscimento dei movimenti relazionali del paziente. Lo ricordo come un inizio molto faticoso, ma che si è rivelato prezioso per la nostra relazione.

Il primo impatto con Otello è stato freddo e sbalzante. La sintonizzazione emotiva non è stata immediata né scontata e la sensazione iniziale è stata di distanziamento e sfida.

Nel passaggio dalla precedente terapeuta a me, non l'ho mai sentito svalutante nei miei confronti, ma sentivo una velata e cordiale provocazione che non mi permetteva di stare comoda né di immaginare un naturale prosieguo del lavoro con lui. Le prime tre sedute sono state "strane" e confusive: la prima ermetica, la seconda intensa; la terza di negoziazione.

In prima seduta, l'atteggiamento manifestato attraverso le sue domande sulla mia vita privata e il disappunto condiviso dinanzi al mio glissare ogni risposta, mi risuonava come provocatorio. Ho provato fastidio e ho sentito subito l'urgenza di chiarire ruoli e regole.

Rispetto allo scoppio emotivo che ha aperto il secondo incontro, le mie sensazioni erano di spavento e impotenza: è come se mi avesse fatto sperimentare l'impossibilità sua di stare nelle emozioni, che arrivavano esplosive e spaventanti e quindi ingestibili. Per questo loro carattere confusivo venivano controllate e riposte nell'ultimo cassetto, al fondo.

In quel momento, confusa e arrabbiata, non riuscendo a leggere questi movimenti, mi irrigidivo di nuovo su regole e ruoli (quasi per riprendere il controllo). Una battuta leggera sugli scacchi e lo scambio di un pieno sorriso ci ha ammorbiditi e avvicinati.

Un assetto mentale iniziale controllante e distanziante mi ha fatto agire più che incuriosire: in maniera poco consapevole ho cominciato col tirare, quando invece dovevo solo dare spago. Quella minima *disclosure* rispetto a un tema neutro (gli scacchi) si è rivelata strategica e funzionale: ha disteso

lui e sciolto me. Lui mi ha probabilmente sentito più autentica, io ho disinnescato le difese.

Per quanto siamo riusciti col tempo a cucire una relazione stabile, riconoscendomi la possibilità di essere una figura di aiuto e fidata, Otello ha sempre tenuto attiva una cintura di sicurezza cognitiva, considerando la nostra relazione in cui “*imparo sempre qualcosa... e spero anche lei...*”. Prima della pausa estiva, alla fine di un colloquio, gli ho chiesto come sarebbe stato Agosto senza vederci e lui aveva glissato con luoghi comuni ed esempi concreti. Al rientro, gli ho chiesto: “*Rispetto a noi, invece, come è andata in questo mese? Le sono mancate?!*”, sorridendo; lui risponde: “*Ma sì!*”, arrossendo leggermente e aggiungendo “*Alla fine agosto è un po' vuoto, parlare con lei non è come parlare con gli altri detenuti, si ragiona diversamente...*”. Sembra quasi che il paziente abbia sempre cercato un rispecchiamento con me per sentirsi utile, integro e in simmetria.

Tenendo conto del nostro inizio in salita, arrivare a sentirmi dire “*Meno male che è arrivata, avevo proprio bisogno di parlare con lei...*” ha rappresentato il compimento – seppur minimo – di un lavoro volto implicitamente a riconoscere la possibilità di aver bisogno di aiuto e richiederlo, mostrandosi vulnerabile, seppur mantenendo la sua compostezza iniziale.

Ci saranno spesso degli intermezzi relazionali nel corso delle sedute, per tutta la terapia. Ci sarà spazio tra noi per parlare della sua rabbia e dell’atteggiamento sfidante iniziale nei miei confronti e per riconoscere l’utilità che la condivisione ha avuto per noi, per la nostra relazione e il nostro lavoro. Questo è stato per me trampolino per allargare la visuale più in generale. Ci ha permesso di riconoscere la sua difficoltà nel mostrarsi e nel lasciarsi andare all’altro e di considerare la fiducia un ingrediente fondamentale, che – gli faccio notare usando il nostro *incipit* relazionale – va però costruito insieme con autenticità.

La relazione ci ha consentito di stare insieme in momenti intensi, come ad esempio il racconto del giorno dell’omicidio (ad un anno dall’inizio del nostro lavoro insieme). Difficile descrivere il mio stato d’animo di quel momento: ho l’immagine di me lì seduta ferma e in ascolto; mi torna in mente l’intensità di un racconto asciutto, composto, tiepido. Sul finire della seduta mi sono resa conto di essere molto in ritardo. Mi sono ritrovata irritata per non aver saputo gestire i tempi (o almeno così mi sembrava) e agitata fisicamente: ero insofferente e continuavo a muovermi, cercando un modo di concludere la seduta e andare via. Non è stato né immediato né scontato rendermi conto di ciò che mi era accaduto. Seppur in maniera incompleta e poco dettagliata, l’esposizione a quel racconto mi ha fatta sentire impotente, messa all’angolo, tanto da innescare un’attivazione fisica e una voglia di fuga,

in senso difensivo. La presa di consapevolezza circa il significato di quanto esperito mi ha permesso di prendere contatto con la mia umanità, prima che con il mio ruolo di terapeuta, accogliendola. Mi sono sentita rincuorata dalla legittimazione del mio stato mentale davanti alla narrazione di un gesto interumano distruttivo, accettando di potermi sentire intimidita e indignata, quindi riconoscendolo e monitorandolo, per non farmi disorientare e poter continuare a stare consapevolmente con il paziente.

Per tutta la terapia, ho avuto timore nell'esplorare la vita matrimoniale e la relazione con la moglie. Timore di sbagliare i tempi, di entrare troppo, forse timore mio di stare con il dolore dell'altro e nell'ambivalenza di tale vicenda. Ricordo con viva commozione una sua frase: "*Sa cosa vuol dire tenere insieme amore e morte, la stessa persona che amo e che ho ucciso?!?*". Era la prima volta che parlava dell'accaduto chiamandolo per nome. È stato sferzante, ma prezioso.

Un altro momento intenso è stato in uno dei nostri ultimi colloqui, quando mi ha portato una poesia dedicata alla moglie. Mi ha porto il foglio e, almeno apparentemente per via dei rumori esterni, ha spostato la sua sedia da una posizione frontale a una laterale, rispetto a me. L'ho letta in silenzio. È stato davvero toccante e non c'era bisogno di spiegare nulla, perché quelle poche frasi urlavano significati di una vita. Gli ho chiesto come fosse farmi leggere quello scritto. "*Questa poesia*" mi dirà "*è il modo per mostrare quello che ho dentro. Ho capito che devo far vedere questa parte che ho sempre tenuto nascosta... perché fa parte di me... non sono l'uomo che ha ucciso sua moglie, o almeno non solo quello... qua dentro è difficile farlo... con lei posso...*", lasciandosi andare a un pianto candido, innocente. Alla fine di quel colloquio, ho sentito il bisogno di condividere la mia autentica emozione, sia in nome della relazione – prima di tutto umana – sia forse per validare l'idea che mostrare la parte più vulnerabile di sé potesse portare verso qualcosa di genuino, per indebolire in vivo l'idea radicata dell'assenza e della noncuranza dell'altro. L'ultimo verso della poesia rievocava la condizione di solitudine in cui è tornato: il tema di una vita, sospeso da una variazione dissonante, che torna nel movimento finale.

Come già accennato, il carcere è imprevedibile e quando i detenuti ricevono una condanna in primo e secondo grado c'è la possibilità che vengano trasferiti o, in alternativa, che venga assegnata la detenzione domiciliare. Quando si stava avvicinando l'udienza di appello di Otello, ho cominciato a sentire crescere il timore di non trovarlo più, di non avere occasione di concludere e salutarci degnamente. Rileggendo la seduta, mi sono poi accorta che in quel colloquio avevamo toccato il tema della fiducia tra di noi: probabilmente la vicinanza sperimentata ha innescato in me la paura della perdita.

Da allora, ho sempre tenuto in un angolino questo mio timore: a volte tace, a volte scalpita. Mi spaventa, perché l'ho visto accadere, ma so che devo accoglierlo, perché fa parte del gioco, come del resto della vita.

La gestione del fine terapia è stato difficile. A un certo punto del nostro lavoro, ho cominciato a sentire che ci stavamo avvicinando alla conclusione, lo abbiamo condiviso e concordato, in sintonia. Tuttavia, mi rendevo conto di quanto all'atto pratico mi ritrovassi a temporeggiare. L'avevamo condiviso tra noi, ma forse io non lo avevo ancora del tutto concordato con me stessa. Interrogandomi su questo quasi stallo, mi sono accorta di una nota in sottofondo: il mio timore della chiusura. Come se la parola "fine" togliesse valore al lavoro fatto insieme. Una riflessione di Otello durante uno degli ultimi colloqui fungerà da sigillo al nostro lavoro. Riconoscerà "*la colpa nel non aver condiviso, nel non aver lasciato andare*" (sottintendendo, le sue emozioni) e aggiungerà: "*Pensavo di poter controllare tutto e invece no*". La pienezza di quella riflessione ha colmato il mio senso di perdita. Ho così rinforzato quanto verbalizzato e mi sono ritrovata a pensare con serenità al nostro arrivo in stazione.

Fine terapia

Al bussare dell'estate, come concordato, torno a trovare Otello per un *follow up*. Il colloquio è pieno di aggiornamenti ed emozioni: sento l'odore di un vento nuovo.

Otello mi racconta che sta bene, ha concluso splendidamente il percorso scolastico, con evidente soddisfazione e grande commozione ed è impegnato in un'attività teatrale. A un certo punto mi dice: "*Si ricorda il nostro viaggio? Beh, sono ormai oltre...*" e io con un sorriso agrodolce esclamo: "*Bene, allora io forse posso scendere?!*". È tempo davvero di lasciare che Otello prosegua da solo il suo cammino, per cui condividiamo di salutarci.

Introduco quindi una riflessione sul nostro lavoro. Mi dirà, con sentita commozione, che si porta a casa una "*stabilità nuova*", una "*pazienza diversa, che non è più sottomissione*"; mi descrive uno "*spazio nuovo*" dentro di sé dove girano i sentimenti, "*che ci sono sempre stati, ma ora hanno la libertà di uscire*". E aggiunge: "*Rimango sempre io, ma ora so che le posso tirare fuori*".

Con un respiro, mi sposto su di noi. Sboccia subito da parte sua un commosso "*Beh, mi mancherà! Questo lo posso dire!*", a cui segue naturalmente un pensiero rispetto alla solidità della nostra relazione "*vera e autentica*". Otello mi ricorda che "*siamo stati bravi a superare le difficoltà iniziali, altri-*

Anna Angelillo, Fabio Monticelli

menti non saremmo qui” e aggiunge, con viva emozione: “Noi, come si dice, ci siamo “imparati” a vicenda, questo l’ho proprio sentito...”. Ci specchiamo in silenzio l’uno nello sguardo dell’altro, così da permetterci di esprimere più di quanto le parole potrebbero.

Il nostro tempo è finito, per cui ci salutiamo con la nostra solita stretta di mano, che inevitabilmente adesso ha un sapore diverso.

Bibliografia

- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E. & Walls S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta Edizione (DSM-5)*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bara B.G. (2018). *Il terapeuta relazionale. Tecnica dell’atto terapeutico*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bowlby J. (1989). *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dimaggio G. & Semerari A. (a cura di) (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Roma-Bari: Laterza.
- Guidano V.F. (1988). *La complessità del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano V.F. (1992). *Il Sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano V.F. & Liotti G. (1983). *Processi cognitivi e disregolazione emotiva*. Roma: Apertamenteweb, 2018.
- Kernberg O. (1993). *Aggressività, disturbi di personalità e perversioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti G. (1994/2005). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci.
- Liotti G. & Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici*. Milano: Raffaello Cortina.
- Main M. & Goldwyn R. (1985-1994). *Adult attachment scoring and classification system. Unpublished scoring manual*. Berkeley: Department of Psychology, University of California.
- Sabatello U. (a cura di) (2010). *Lo sviluppo antisociale: dal bambino al giovane adulto. Una prospettiva evolutiva e psichiatrico-forense*. Milano: Raffaello Cortina.
- Weiss J. (1999). *Come funziona la psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Wilde O. (1898). *The Ballad of Reading Gaol*.
- Zara G. (2005). *Le carriere criminali*. Milano: Giuffrè.



Perdighe C., Gragnani A. (a cura di). *Psicoterapia Cognitiva. Comprendere e curare i disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina, 2021

L'uscita di un nuovo manuale suscita un misto di curiosità e interesse: cosa spinge gli autori a proporre un testo così oneroso e complesso? Cosa potrà aggiungere agli innumerevoli testi editati negli ultimi anni? In questo caso, le risposte sono immediate. Come nella prefazione di Mancini, innanzi tutto, al pari di altre opere del cognitivismo italiano, questo testo nasce come evoluzione di una storia di un gruppo, quello nato dal 1977 a Roma in Via degli Scipioni e ora radicato, dagli anni Novanta, in Via Castro Pretorio, che pur cambiando i componenti ha mantenuto l'interesse per la teoria clinica, la ricerca e la didattica nelle scuole di specializzazione del network manciniano, dove molti degli autori e coautori del volume operano, studiano, fanno formazione. Ma soprattutto, segue alcuni principi ispiratori del gruppo: fare riferimento a interventi basati sulle evidenze scientifiche, interventi basati su una attenta formulazione del caso, uniformati ai principi assimilati dalla *experimental psychopathology*. Il terapeuta, per essere capace di curare i pazienti, deve formulare delle ipotesi sul funzionamento mentale degli stessi, sui meccanismi psicologici che costruiscono il malessere e tendono a mantenerlo, al di là delle invalidazioni relazionali o ambientali. La tradizione cognitivista, assume che un disturbo mentale si costituisca a partire dal modo con cui ogni paziente organizza le proprie credenze e come articola gli scopi sia contingenti che esistenziali. L'analisi dei processi cognitivi disfunzionali, ad esempio le "profezie che si autoavverano", fa sì che certe ideazioni mantengano una specifica credenza e impediscano il cambiamento e il raggiungimento di scopi adattivi o soddisfacenti.

La prima parte del libro è costituita dalla descrizione di questi concetti base ma anche dall'interesse sulle emozioni e loro rapporto con le cognizioni, dalla analisi dei

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 49/2021
DOI: 10.3280/qpc49-2021oa13214

fattori di scompenso e di vulnerabilità psicopatologica. In questa sezione i capitoli accompagnano il clinico, su come sia possibile operare una valutazione di ciascun caso a partire dall'indagine cognitiva, dal profilo interno del disturbo, dai meccanismi dello scompenso, e dalla identificazione della vulnerabilità storica e attuale del paziente. L'insieme di elementi che tra loro si integrano costituiscono la "formulazione del caso" che i due curatori descrivono in un capitolo. Nei successivi, invece, si descrivono le modalità di valutazione attraverso i colloqui conoscitivi del paziente cui si associano le procedure psicodiagnostiche e di diagnosi del paziente secondo l'attuale nosografia (DSM-5). Centrale è l'idea che percorre tutti i capitoli del manuale che se noi non comprendiamo il funzionamento mentale che costituisce e mantiene la sofferenza psicologica di un determinato individuo, non sarà certo solo la diagnosi a orientare l'applicazione delle procedure di trattamento basate sulle tecniche del cognitivismo. La personalizzazione dei trattamenti, seppure basati su manuali e procedure validati, non prescinde dalla conoscenza diretta del caso, anzi, parte da questa per potere formulare le scelte delle strategie terapeutiche e delle tecniche più adeguate ai problemi presentati da ciascun paziente. Il manuale, quindi, esce dalla cultura della "universalizzazione" delle pratiche terapeutiche, seppure basate sulle evidenze, ma proprio grazie alla "formulazione del caso" entra nell'applicazione di una psicoterapia "di precisione" sui meccanismi psicopatologici che caratterizzano i singoli pazienti, pur appartenenti a categorie diagnostiche definite (ad es. DSM-5). La parte successiva del libro, trattando delle procedure atte a produrre un cambiamento nel paziente, inizia con le regole del contratto terapeutico, gli obiettivi concordati con il paziente e le strategie messe in atto dal terapeuta per produrre l'attuazione dei obiettivi concordati ma anche il cambiamento dei meccanismi del paziente che ne costituiscono involontariamente le basi della sua sofferenza emotiva o dell'incapacità di produrre veri cambiamenti dell'assetto cognitivo e comportamentale da lui assunti nel corso di vita. Qui troviamo vari capitoli che portano il terapeuta a esplorare e apprendere tecniche capaci di attivare il cambiamento che derivano dalla terapia cognitiva tradizionale, ad es. la ristrutturazione cognitiva, oppure cognitivo comportamentale come ad es. esposizione con prevenzione della risposta. Altresì vengono espone, sull'onda delle terapie cognitive di "terza generazione" tecniche mutate dalla *ACT*, *Imagery Rescripting*, dalla psicologia positiva che promuove il benessere individuale. Completa questa sezione un capitolo un po' sacrificato per l'argomento che tratta, ovvero la relazione terapeutica (meriterebbe del resto un libro a parte) che però viene saggiamente ristretto sul contributo della *Control Mastery Theory* alla comprensione degli ostacoli relazionali che spesso troviamo con pazienti che, seppure collaboranti, debbono superare credenze disfunzionali che, se non riconosciute dal terapeuta, impediscono l'instaurarsi di una alleanza terapeutica sugli obiettivi del trattamento e quindi sono di impedimento al cambiamento terapeutico.

Infine, una parte del manuale è dedicata all'applicazione dei principi generali ai singoli disturbi mentali. Disturbi di ansia, panico, ansia sociale, ossessivo compulsivo, depressivi, ma anche tricotillomania, addiction, disturbi del comportamento di alimentazione, fino ai disturbi bipolari, psicosi, e infine gli scopi nei disturbi di per-

sonalità. In questa parte, il mantenimento della nosografia è tradizionale per un manuale sul trattamento ma non tradisce l'impianto iniziale basato sulla formulazione del caso e sugli obiettivi di trattamento ispirati dalla comprensione della sofferenza individuale del singolo paziente. Posso concludere che il manuale è uno strumento utile per chi in formazione vuole leggere e sistematizzare le nozioni che vengono insegnate nei training e sperimentate nelle supervisioni di gruppo o/e individuali. Questo libro dà un giusto riconoscimento a Francesco Mancini e i colleghi per i loro lavori, importanti nel panorama attuale del cognitivismo italiano e da confrontare anche con ciò che ci proviene da altri paesi, in particolare i modelli *CBT* e/o *Processes Based CBT*, cui, troppo spesso, molti terapeuti italiani guardano con interesse e poco, permettetemi, spirito critico.

Michele Procacci*

Bibliografia

- Beck A.T. (1976). *Principi di terapia cognitiva*. Roma: Astrolabio Ubaldini, 1984.
Hayes S. & Hofmann S.G. (a cura di) (2020). *Process based CBT*. Roma: Fioriti.
Mancini F. & Perdighe C. (2009). La formulazione del caso: schema di presentazione dei casi clinici per la supervisione. *Psicoterapeuti in formazione*, numero speciale, www.psico-terapeutiinformazione.it.
Semerari A. (2006). *Storie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Roma-Bari: Laterza.

Cutolo G., De Pascale A. (a cura di). Vittorio Guidano. La struttura narrativa dell'esperienza umana: un'ipotesi esplicativa della psicosi, vol. 1: L'evoluzione dal cervello al Self. Milano: FrancoAngeli, 2019

Il volume *La struttura narrativa dell'esperienza umana: un'ipotesi esplicativa della psicosi* è il libro che Vittorio Guidano aveva in mente di scrivere nell'ultimo periodo della sua vita. Come confidò più volte ad amici, lo scritto era già tutto nella sua testa suddiviso paragrafo per paragrafo, note comprese. In una cena a Como, dopo un training Vittorio confidò che era molto soddisfatto perché “aveva messo a posto anche l'ultima nota”, salvo piccoli ritocchi al ritorno in Sardegna dopo l'attività didattica in Sud America. Partendo dagli appunti personali del maestro i curatori, Giovanni Cutolo e Adele De Pascale, sviluppano con grande passione questo materiale per dar voce a ciò che Guidano aveva concettualizzato ma che era rimasto incompiuto. Il risultato del loro lavoro è una trilogia il cui tema centrale è rappresentato dal fluire dell'esperienza umana e dall'evoluzione della costruzione del pensiero.

* Psichiatra, psicoterapeuta cognitivo comportamentale, didatta SITCC, SPC, APC, SICC – Roma; e-mail: procacci@terzocentro.it.

Recensioni

Nel primo volume, *L'evoluzione dal cervello al Self*, si tracciano i riferimenti teorici dell'approccio sistemico processuale post-razionalista. Nel secondo volume, *La processualità del Sé e le dimensioni del significato*, viene descritto l'emergere del Self nella costruzione dell'identità personale all'interno della narrativa familiare e sociale. Il terzo volume, *Psicopatologia e psicoterapia: scienza e riorganizzazione del significato*, illustra un nuovo modello esplicativo della psicopatologia intesa come scienza del significato, con particolare riferimento alla psicosi e a emozioni particolarmente complesse quali le emozioni tipicamente umane, ad esempio l'amore.

È ormai noto che Guidano anticipasse i tempi e prevedesse gli sviluppi della clinica e della relativa scienza. Le teorizzazioni dell'epoca sulla psicosi, schizofrenia in particolare, erano abbastanza conosciute sia a livello strettamente clinico che sociale o neuroscientifico. Di fatto, Guidano stava invece per aprire a un livello di descrizione e comprensione profondamente innovativo anche per i conseguenti riflessi sia sotto il profilo teorico sia nei risvolti del trattamento psicoterapeutico. Nello spirito dell'opera, i curatori riportano come l'originale intenzione di Guidano fosse quella di creare un modello capace di render conto della complessità dell'esperienza umana, dalla "normalità" alla patologia grave. Questo di fatto avrebbe permesso in modo compiuto di affrontare il tema della psicosi da un nuovo punto di vista a partire dal significato personale. Diveniva così possibile individuare percorsi e tracce di co-costruzione condivisa di senso nella dimensione intersoggettiva.

Vengono trattati gli aspetti epistemologici ed evolutivi dell'esperienza umana, cioè la storia della concezione della coscienza umana e, nell'ottica epistemologica, il cambiamento del rapporto osservatore-osservato fino alle tematiche di evoluzione e auto-organizzazione; segue la presentazione della nascita del mentalismo dai primati agli umani. Lo sviluppo del linguaggio viene affrontato in senso filogenetico e storico, focalizzandosi sulla sequenzializzazione che ha cambiato l'esperienza umana. Viene inoltre presentato un capitolo su oralità e scritturalità: lo sviluppo del linguaggio in senso ontogenetico; l'emergere della costruzione delle rappresentazioni e il sistema dell'immaginazione; l'intersoggettività.

Le considerazioni conclusive a questo volume sembrano anche essere quasi un'introduzione al volume secondo, esprimendo valutazioni su che cosa rimane oggi degli studi sulla Teoria della Mente, le problematiche della coevoluzione del linguaggio e cervello, e le considerazioni sull'eredità di Guidano a oltre vent'anni dalla sua scomparsa.

L'ultima parte del libro è dedicata ai "box", cioè molteplici pagine di riflessioni mirate attorno ad alcuni concetti fondamentali su temi specifici. Decisamente apprezzabile in tutta l'opera – e nei box in particolare – è il tentativo, riuscito, dei curatori di mantenersi nel ruolo di osservatori partecipi e qualificati ma, nel contempo, rispettosi delle reciproche posizioni.

Il tutto configura un contributo interessante sia sotto il profilo storico che su quello concettuale e pedagogico. In ambito scientifico accade che le innovazioni si susseguano; si scoprono, alcune volte, delle novità che cambiano la visione del mondo

e della vita. Altre volte capita però che procedure individuate anche solo alcuni anni prima non vengano convenientemente considerate, come vi fosse uno iato fra la conoscenza approfondita e di spessore rispetto a novità ritenute eclatanti che possono evaporare nell'arco di qualche tempo, offuscando la prospettiva storica.

Da un punto di vista più generale sembra che il volume intenda favorire e attivare a tutto campo l'incontro fra teoria e pratica partendo dalla concretezza dell'operare clinico, propedeutico agli approfondimenti teorici proiettati nel futuro.

È come se il libro delineasse un programma di ricerca affascinante, una specie di libro aperto, un libro non ancora scritto, ispirato da Guidano. Partendo dalla clinica, dalla centralità della dimensione clinica – parafrasando il titolo del libro *La struttura narrativa dell'esperienza umana* – la proposta post-razionalista si caratterizza come l'elemento di sintesi fra l'aspetto scientifico e l'apertura alla visione storico-umanistica, proiettando nel futuro le ipotesi di sviluppo nella cornice epistemologica costruttivista. Per tali caratteristiche, il volume si può configurare anche come un progetto di ricerca e divenire il territorio dove sia possibile stimolare riflessioni, discussioni e prospettive, favorendo quelle auspicabili aperture che a tutt'oggi non paiono del tutto evidenti.

Un volume di questo tipo ha tutte le caratteristiche per essere considerato un significativo testo di riferimento nell'area clinica, non solo in ambito post-razionalista o cognitivista. Esso può essere letto e stare per consultazione nella libreria del professionista esperto del funzionamento umano, compreso colui che è desideroso di andare oltre la tecnica. È un libro che fa rintracciare al lettore le tracce storiche dell'evoluzione e delle molteplici problematiche via via affrontate nell'area delle relazioni interpersonali. Secondo noi anche fondamentale per i giovani che si affacciano non solo alle professioni sanitarie ma in tutte quelle ove si voglia cercare di andare oltre la mera acquisizione di strumenti (ad esempio le tecniche) atti a risolvere limitate problematiche specifiche ma che intendano effettuare il loro intervento in una cornice metodologico-epistemologica di più ampio respiro, spesso necessaria quando si ha a che fare con la complessità della globalità delle nostre relazioni interpersonali.

Tenuto conto che questo volume è il primo di tre, il nostro augurio è che gli altri due mantengano la medesima profondità e ampiezza.

*Giorgio Rezzonico**, *Francesca Pellegrini***

* Psichiatra, psicoterapeuta; e-mail: giorgio@rezzonico.org.

** Psicologa, psicoterapeuta; e-mail: francescapellegrini1@hotmail.it.





Quaderni di Psicoterapia Cognitiva è la rivista che dal 1996, raccoglie i contributi teorici e clinici dei professionisti (psicoterapeuti, psichiatri, psicologi clinici) che si riconoscono, da ormai quarant'anni, nella Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva.

La rivista persegue diversi scopi: sicuramente far circolare l'informazione tra i soci, ma soprattutto accrescere la conoscenza e la comprensione dei differenti approcci presenti nella Società. Quest'ultimo dato rappresenta un'importante risorsa di una società scientifica e consente di proporre al lettore una visione da una parte ampia e dall'altra dettagliata dei molti temi trattati dal cognitivismo clinico con rilevanze ed enfasi modulate dalla diversità dei modelli all'interno di una condivisione di assunti di base, comuni.

Si può perciò affermare che *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva* dia conto delle fasi di sviluppo dei modelli teorici e delle prassi cliniche nelle molteplici applicazioni in ambito cognitivista.

L'attenzione viene posta nel riportare riflessioni sul lavoro svolto, attraverso il confronto sulle strategie e procedure di intervento, elaborate nelle diverse aree psicopatologiche.

Tutto questo potrebbe essere definito, ambiziosamente, uno strumento di aggiornamento all'interno di una politica culturale condivisa.

Il progetto redazionale è complesso e ha anche il compito di facilitare il dibattito e la discussione tra le diverse anime del cognitivismo clinico ampiamente rappresentate nella comunità cognitivista italiana.

Un ulteriore scopo di *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, infatti, riguarda la promozione del cognitivismo italiano che ha ormai, grazie alla presenza di professionisti che agiscono sulla base di conoscenze scientifiche rigorose solide e accettate dalla comunità internazionale, una comprovata tradizione clinica, teorica e di ricerca.
