

Ilaria Martelli Venturi

Trattamento dei disturbi emotivi comuni in adolescenza

Guida pratica per la conduzione di gruppi:
protocollo adolescenti-genitori

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli

CON ALLEGATO ONLINE

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Ilaria Martelli Venturi

Trattamento dei disturbi emotivi comuni in adolescenza

Guida pratica per la conduzione di gruppi:
protocollo adolescenti-genitori

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Per accedere all'allegato online è indispensabile
seguire le procedure indicate nell'area Biblioteca Multimediale
del sito **www.francoangeli.it**
registrarsi e inserire il codice **EAN 9788835148210** e l'indirizzo e-mail
utilizzato in fase di registrazione

In copertina: Illustrazione 129021343 © Dorvard | Dreamstime.com

Grafica della copertina: *Elena Pellegrini*

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. 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 www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione	pag.	15
Ringraziamenti	»	19
Prefazione,		
di Michele Procacci	»	21
Bibliografia	»	23

Prima parte.

Teoria generale e presentazione dell'intervento

1. Stato dell'arte dei servizi per adolescenti.

L'esperienza dei servizi di salute mentale per l'adolescenza, di Federica Tarallo, Giuseppe Nicolò, Maria Pontillo	»	27
Epidemiologia	»	27
Epidemiologia dei disturbi emotivi comuni in Italia	»	28
Adolescenti e pandemia	»	30
Disturbi affettivi, solitudine e comportamenti problematici degli adolescenti durante la pandemia di Covid-19	»	31
Effetti indiretti e diretti del Covid-19 sulla salute mentale degli adolescenti	»	35
Organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale	»	38
Situazione in Italia dopo il Covid-19	»	39
Dati Istat	»	40
Progetti in atto	»	41
Il progetto proposto dalla Asl Roma 5: "BenEssere: Promosso!"	»	42
L'emergenza psichiatrica durante la pandemia: l'esperienza dei servizi di salute mentale romani per l'adolescenza	»	43

Disturbi emotivi comuni durante la pandemia Covid-19:	
l'ansia di Paola	» 44
Riflessioni cliniche e trattamento	» 46
Bibliografia	» 47
Sitografia	» 53
2. I disturbi emotivi comuni	» 54
Cosa sono i disturbi emotivi comuni	» 54
I disturbi emotivi comuni nei servizi territoriali	» 56
I disturbi emotivi comuni e medicina generale	» 57
Percorsi di trattamento per i disturbi emotivi comuni	» 59
Protocollo di trattamento dei disturbi emotivi comuni per adulti	» 61
Struttura del protocollo	» 61
Obiettivo dell'intervento	» 63
Metodologia dell'intervento	» 64
Efficacia e vantaggi dell'intervento	» 64
Bibliografia	» 65
3. La terapia cognitivo-comportamentale	» 68
Origini della terapia cognitiva	» 68
Caratteristiche della terapia cognitiva standard	» 69
Strategie e tecniche della terapia cognitivo-comportamentale	» 70
La tecnica dell'ABC	» 73
La ristrutturazione cognitiva	» 74
Le tecniche metacognitive	» 75
Le tecniche comportamentali	» 77
La psicoeducazione	» 80
Efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale	» 81
Bibliografia	» 84
4. Trattamento di gruppo dei disturbi emotivi comuni in adolescenza	» 87
Origine del protocollo di gruppo per adolescenti e genitori	» 87
Obiettivi del trattamento	» 89
Gli obiettivi del protocollo adolescenti	» 89
Gli obiettivi del protocollo genitori	» 91
Struttura generale del trattamento	» 93
Protocollo adolescenti	» 94
Protocollo genitori	» 95
Entrambi i protocolli	» 95
Metodo	» 95
Test di valutazione degli esiti	» 96
Bibliografia	» 98

Seconda parte.
Istruzioni operative per i conduttori del gruppo

Protocollo di trattamento per adolescenti

5. Modulo I. Le emozioni e le loro funzioni	»	105
Teoria evoluzionistica e universalità delle emozioni	»	105
Neurobiologia delle emozioni	»	106
Emozioni e cognizioni: quale l'ordine di causalità?	»	108
Struttura del modulo	»	111
I incontro	»	112
Psicoeducazione sulle emozioni	»	112
Esercitazione sulle sensazioni corporee	»	114
L'ABC delle emozioni	»	115
Esercitazione su ABC personali	»	117
Homework	»	118
II incontro	»	118
Revisione dei compiti	»	118
Esercitazione su ABC personali	»	118
Introduzione alla ristrutturazione cognitiva	»	120
Homework	»	122
Bibliografia	»	122
6. Modulo II. La regolazione emotiva	»	125
Regolazione e disregolazione delle emozioni	»	125
Teoria biosociale nella terapia dialettico-comportamentale	»	128
Struttura del modulo	»	130
I incontro	»	131
Revisione dei compiti	»	131
Psicoeducazione sulla regolazione emotiva	»	131
Strategie di coping maladattive	»	132
Vulnerabilità emotiva	»	132
Teoria biosociale	»	134
Disregolazione emotiva	»	135
Ambiente invalidante	»	135
Validazione emotiva	»	136
Esercitazioni sulla validazione	»	137
Homework	»	137
II incontro	»	137
Revisione dei compiti	»	137
Prospettive della mente	»	137

Esercitazione sulla relazione tra emozione e comportamento	»	140
Strategie efficaci per tollerare e gestire la sofferenza	»	141
Homework	»	142
Bibliografia	»	142
7. Modulo III. La comunicazione e le abilità interpersonali	»	143
Le competenze sociali	»	143
Competenze cognitive ed emotive per un buon adattamento sociale	»	145
L'assertività	»	146
Struttura del modulo	»	147
I incontro	»	148
Revisione dei compiti	»	148
Psicoeducazione sulla comunicazione	»	148
Esercitazioni sulla comunicazione non verbale	»	149
Stili comunicativi	»	149
Esercitazioni sul dire di "no" e fare una richiesta	»	151
Ascolto attivo e validazione emotiva	»	152
Esercitazioni sulla validazione e sull'ascolto attivo	»	153
Homework	»	153
II incontro	»	154
Revisione dei compiti	»	154
Stabilire confini	»	154
Esercitazioni sui confini	»	155
Realizzazione di sé	»	156
Esercitazioni sugli ambiti di vita	»	158
Homework	»	158
Bibliografia	»	158
8. Modulo IV. I disturbi d'ansia	»	160
L'ansia secondo la teoria cognitiva	»	160
Struttura del modulo	»	162
I incontro	»	163
Revisione dei compiti	»	163
Psicoeducazione sull'ansia	»	164
Il ruolo dell'iperventilazione	»	166
Attacchi di panico	»	169
Circolo vizioso del panico	»	170
Esercitazioni sull'attenzione selettiva	»	171
Esposizioni enterocettive	»	172

Strategie efficaci per gestire l'ansia	»	174
Homework	»	174
II incontro	»	174
Revisione dei compiti	»	174
Esercitazioni sul respiro	»	175
Esercitazioni sul rilassamento muscolare	»	175
Le diverse forme d'ansia	»	176
Homework	»	179
Bibliografia	»	179
9. Modulo V. I disturbi del tono dell'umore	»	180
Depressione e il "male del secolo"	»	180
Trattamento della depressione	»	182
Il modello cognitivo della depressione di Aaron T. Beck	»	183
Struttura del modulo	»	188
I incontro	»	189
Revisione dei compiti	»	189
Psicoeducazione sulle emozioni	»	189
Errori di pensiero nella depressione	»	192
Esercitazioni su episodi personali legati alla depressione	»	194
Circolo vizioso della depressione	»	194
Strategie efficaci per gestire la depressione	»	195
Homework	»	196
II incontro	»	196
Revisione dei compiti	»	196
Disturbo bipolare	»	196
Gestione dell'umore	»	200
Disturbo dell'umore nelle sue diverse forme	»	203
Promozione del benessere	»	203
Homework	»	204
Bibliografia	»	204
10. Modulo VI. I disturbi alimentari	»	206
I disturbi del comportamento alimentare	»	206
Eziopatogenesi dei disturbi alimentari	»	207
Anoressia nervosa	»	207
Bulimia nervosa	»	209
Disturbo da alimentazione incontrollata	»	211
Trattamento dei disturbi alimentari	»	211
Struttura del modulo	»	213
I incontro	»	214

Revisione dei compiti	»	214
Psicoeducazione sui disturbi alimentari	»	214
Esercitazione sull'immagine corporea	»	214
Homework	»	214
II incontro	»	215
Mangiare con consapevolezza	»	215
Esercitazione in aula della pratica di mindfulness eating	»	215
Esercitazione di defusione	»	216
Homework	»	218
Bibliografia	»	218

Protocollo di trattamento per genitori

11. Modulo I. Educare alla sicurezza e legame di attaccamento	»	221
Teoria dell'attaccamento	»	221
Stili di attaccamento	»	223
Concetto di svincolo dalla famiglia	»	224
Struttura del modulo	»	225
I incontro	»	226
Come si forma la sicurezza nell'infanzia:		
teoria dell'attaccamento	»	227
Rappresentazioni sé/altro	»	229
Stili di attaccamento	»	230
Homework	»	233
II incontro	»	233
Revisione dei compiti	»	233
Autonomia e svincolo dalla famiglia di origine	»	234
Esercitazione sullo svincolo dalla famiglia	»	234
Homework	»	234
Bibliografia	»	234
12. Modulo II. Le emozioni e le loro funzioni	»	236
Teoria evoluzionistica e universalità delle emozioni	»	236
Neurobiologia delle emozioni	»	237
Emozioni e cognizioni: quale l'ordine di causalità?	»	238
Struttura del modulo	»	241
I incontro	»	242
Revisione dei compiti	»	242
Psicoeducazione sulle emozioni	»	242
L'ABC delle emozioni	»	245

Esercitazioni su ABC personali	»	247
Homework	»	249
II incontro	»	250
Revisione dei compiti	»	250
Esercitazioni su ABC personali	»	250
Introduzione alla ristrutturazione cognitiva	»	251
Esercitazione sulla gestione delle emozioni	»	253
Analisi del comportamento: l'ABC funzionale	»	254
Homework	»	256
Bibliografia	»	256
13. Modulo III. La regolazione emotiva e la gestione delle crisi in famiglia	»	260
Regolazione e disregolazione delle emozioni	»	260
Teoria biosociale nella terapia dialettico-comportamentale	»	263
Struttura del modulo	»	265
I incontro	»	267
Revisione dei compiti	»	267
Psicoeducazione sulla regolazione delle emozioni	»	267
Strategie di coping maladattive	»	268
Disregolazione emotiva	»	269
Vulnerabilità emotiva	»	270
Teoria biosociale	»	271
Ambiente invalidante	»	272
Validazione emotiva	»	273
Esercitazioni su episodi di invalidazione	»	274
Homework	»	274
II incontro	»	274
Revisione dei compiti	»	274
Scelte educative che favoriscono l'autoregolazione	»	274
Il ruolo del rinforzo	»	275
Esercitazione sul ruolo del rinforzo	»	276
Prospettive della mente	»	276
La mente impulsiva dell'adolescente	»	277
Gestione di comportamenti problematici	»	277
Strategie efficaci per tollerare e gestire la sofferenza	»	278
Homework	»	279
Bibliografia	»	279
14. Modulo IV. I disturbi d'ansia, i disturbi del tono dell'umore e i disturbi alimentari	»	280
L'ansia secondo la teoria cognitiva	»	280

Depressione e il “male del secolo”	»	282
Trattamento della depressione	»	285
Il modello cognitivo della depressione di Aaron T. Beck	»	285
I disturbi alimentari	»	290
Cause dei disturbi alimentari	»	291
Struttura del modulo	»	293
I incontro	»	295
Revisione dei compiti	»	295
Psicoeducazione sull’ansia	»	295
Il ruolo dell’iperventilazione	»	298
Attacchi di panico	»	300
Esercitazione sul respiro lento	»	302
Circolo vizioso del panico	»	302
Esercitazione sull’attenzione selettiva	»	303
Strategie efficaci per gestire l’ansia	»	304
Esposizioni enterocettive	»	305
Esercitazione sul rilassamento muscolare	»	306
Le diverse forme d’ansia	»	307
Psicoeducazione sulla depressione	»	309
Errori di pensiero nella depressione	»	313
Circolo vizioso della depressione	»	314
Strategie efficaci per gestire la depressione	»	315
Esercitazione con ABC e pensiero funzionale su pensieri depressivi	»	317
Homework	»	317
II incontro	»	317
Revisione dei compiti	»	317
Disturbo bipolare	»	317
Gestione dell’umore	»	321
Il disturbo dell’umore nelle sue diverse forme	»	324
Promozione del benessere	»	324
Esercitazione sulle attività che promuovono il benessere	»	325
Psicoeducazione sui disturbi alimentari	»	325
Esercitazione sull’immagine corporea	»	325
Mangiare con consapevolezza	»	326
Esercitazione pratica di mindfulness eating	»	326
Esercitazione di defusione	»	328
Homework	»	330
Bibliografia	»	330

15. Modulo V. Lo stile genitoriale efficace e le abilità comunicative	»	333
Le competenze sociali	»	333
Competenze cognitive ed emotive per un buon adattamento sociale	»	335
L'assertività	»	336
Stili genitoriali	»	337
Lo stile autoritario	»	338
Lo stile permissivo	»	338
Lo stile trascurante/rifiutante	»	338
Lo stile autorevole	»	339
Struttura del modulo	»	340
I incontro	»	341
Revisione dei compiti	»	341
Psicoeducazione sulla comunicazione	»	341
Stili comunicativi	»	341
Esercitazione sulla comunicazione efficace	»	344
Ascolto attivo e validazione emotiva	»	345
Esercitazione sulla validazione emotiva	»	346
Homework	»	346
II incontro	»	346
Revisione dei compiti	»	346
Stabilire confini	»	347
Esercitazione sui confini	»	347
Stili educativi genitoriali a confronto	»	348
Stile genitoriale efficace	»	348
Bibliografia	»	348
Postfazione,		
di Alessandro Grispi	»	351
Riferimenti bibliografici	»	353

Introduzione

*I mestieri più difficili in assoluto sono nell'ordine
il genitore, l'insegnante e lo psicologo.*
Sigmund Freud

Il presente volume è concepito per essere usato dai clinici per trattare adolescenti che presentano *disturbi emotivi comuni* attraverso un protocollo strutturato ad approccio cognitivo-comportamentale. Con l'espressione "disturbi emotivi comuni" ci si riferisce a una popolazione che presenta quadri clinici eterogenei quali disturbi d'ansia, stati depressivi lievi e moderati, attacchi di panico, disturbi del sonno, disturbi somatoformi e condizioni di stress. Si tratta di persone che, pur presentando una sofferenza soggettiva, riescono comunque a mantenere un sufficiente funzionamento di vita sociale e scolastico/lavorativo, anche se a spese di una grande sofferenza e un grande sforzo mentale, fisico ed emotivo. Questa tipologia di pazienti rappresenta più del 50% dell'utenza che afferrisce ai servizi territoriali ma la scarsità di risorse disponibili non consente di effettuare delle psicoterapie individuali, pertanto, la costituzione di gruppi transdiagnostici dedicati a queste problematiche può rappresentare una risposta di qualità, efficiente ed economica, in linea con il mandato istituzionale che prevede la necessità di strutturare interventi omogenei temporalizzati ed evidence-based.

Come nasce il protocollo di trattamento presentato in questo manuale?

Nel 2018, appena assunta presso il centro di salute mentale della Asl Roma 1, mi venne chiesto dall'allora primario Alessandro Grispini di attivare dei gruppi dedicati ai disturbi emotivi comuni visto il crescente numero di richieste di psicoterapia che provenivano dai pazienti.

Da quello stimolo costituì il mio primo gruppo per pazienti adulti e decisi di manualizzare il trattamento per renderlo fruibile a tutti i clinici; così, nel 2019 ho pubblicato il volume *Trattamento dei disturbi emotivi comuni. Guida pratica per la conduzione di gruppi*, edito FrancoAngeli. Da allora sono attivi diversi gruppi e il protocollo è diventato una procedura aziendale della Asl Roma 1 all'interno del PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) per i disturbi emotivi comuni. Diversi colleghi sparsi nel territorio

nazionale, che lavorano nei servizi territoriali di salute mentale, mi hanno contattata per fare formazione e/o avere maggiori informazioni in merito al protocollo; così, dal 2019, grazie alla diffusione del manuale e alla formazione, sono attivi diversi gruppi nelle diverse realtà territoriali e i feedback da parte dei colleghi sono positivi, sia per quanto riguarda la soddisfazione e la riduzione dei sintomi dei partecipanti ai gruppi, sia per la facile fruibilità e replicabilità del modello. Il manuale, infatti, si presenta come una guida pratica e strutturata dove i clinici vengono guidati incontro dopo incontro, in modo tale da riuscire ad applicare integralmente il protocollo così come è stato pensato, anche per chi proviene da approcci terapeutici differenti rispetto a quello cognitivo-comportamentale.

Mentre scrivevo il manuale per gli adulti, avevo già in mente che sarebbe stato opportuno scriverne un altro ad hoc dedicato alla fascia adolescenziale, apportando solo piccole modifiche al protocollo. Così, spinta da questa motivazione, ma anche stimolata dalla richiesta di colleghi che hanno partecipato ai corsi di formazione sul trattamento per adulti e che lavorano con adolescenti, ho deciso di riprendere in mano il progetto e manualizzare il protocollo presentato in questo volume.

Si tratta di un trattamento intensivo, della durata di circa tre mesi cui sono coinvolti adolescenti e genitori, ciascuno, rispettivamente appartenente a un gruppo terapeutico distinto.

Il razionale teorico che ha condotto alla formulazione del protocollo nasce dall'idea che i moduli proposti rappresentino argomenti chiave su cui adolescenti e genitori debbano essere informati e guidati nell'acquisizione di strategie efficaci nella gestione delle emozioni dolorose e delle situazioni di crisi e conflitto familiare. Spesso, adolescenti che presentano disturbi emotivi comuni hanno genitori che soffrono della stessa sintomatologia e non conoscono le strategie adeguate per aiutare se stessi e i propri figli a gestire le emozioni negative di ansia o tristezza; oppure si trovano a dover affrontare la rabbia e le provocazioni di un figlio adolescente che presenta un disagio emotivo e non sanno come gestire in modo adeguato la situazione.

Il gruppo è strutturato in modo tale da dedicare una parte dell'intervento agli adolescenti e una parte ai genitori. Ogni protocollo, sia quello per adolescenti che quello per i genitori, è suddiviso in moduli, ognuno dei quali affronta un argomento specifico; alcuni moduli sono comuni sia agli adolescenti che ai genitori. Il modello teorico cui mi sono maggiormente ispirata è quello della terapia cognitivo-comportamentale che, ad oggi, rappresenta il trattamento d'elezione per i disturbi emotivi comuni, tanto che nella Consensus Conference sulle terapie psicologiche su ansia e depressione (Istituto Superiore di Sanità, 2022) viene sottolineata l'importanza e l'urgenza di sollecitare i servizi al potenziamento di psicoterapie evidence-based che attual-

mente vedono l'approccio cognitivo-comportamentale come più efficace per il trattamento dei disturbi d'ansia e depressivi e un incremento della ricerca scientifica in salute mentale.

Il volume è suddiviso in tre parti.

La **prima parte** teorica è dedicata all'epidemiologia e allo stato dei servizi territoriali nel trattamento dei disturbi emotivi comuni cui hanno dato un valido contributo al primo capitolo del libro il dott. Giuseppe Nicolò, direttore del DSM della Asl Roma 5, e la dott.ssa Maria Pontillo, dirigente psicologa presso l'unità operativa complessa di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, la dott.ssa Federica Tarallo, dirigente psicologa DSM della Asl Roma 5, riportando rispettivamente le loro esperienze di lavoro clinico. Nel capitolo due e tre vengono presentati rispettivamente il protocollo per i disturbi emotivi comuni nel trattamento di pazienti adulti e le basi teoriche di riferimento della psicoterapia cognitivo-comportamentale cui è ispirato il protocollo. Nel quarto capitolo, viene presentato il protocollo di gruppo dedicato ad adolescenti e genitori. Sullo sfondo teorico dei principi della psicoterapia cognitivo-comportamentale, il modello cui mi sono ispirata risente anche di argomenti ritenuti essenziali e trasversali ad ogni disturbo, nonché parte integrante della mia formazione clinica: la teoria biosociale, i concetti di "invalidazione emotiva" e "regolazione emotiva" (elementi ispirati alla terapia dialettico-comportamentale di Marsha M. Linehan – DBT), elementi di comunicazione efficace e gestione dei rapporti interpersonali, la teoria dell'attaccamento di J. Bowlby e il *parent training*.

Nella **seconda parte**, di natura pratica, sono presentate le istruzioni operative per condurre ogni singolo incontro sia del protocollo per adolescenti che per quello dei genitori, i quali vengono condotti in parallelo e hanno una durata di circa tre mesi di trattamento cui seguono incontri mensili di follow up fino a sei mesi. Il *protocollo per adolescenti* è strutturato nei seguenti sei moduli, ognuno dei quali affronta i punti cardine della maggiore causa di sofferenza emotiva vissuta da molti ragazzi in questa fascia di età:

- modulo I: le emozioni e le loro funzioni;
- modulo II: la regolazione emotiva;
- modulo III: la comunicazione e le abilità interpersonali;
- modulo IV: i disturbi d'ansia;
- modulo V: i disturbi del tono dell'umore;
- modulo VI: i disturbi alimentari.

Il *protocollo per genitori* è strutturato in cinque moduli che affrontano i sintomi più comuni vissuti dagli adolescenti. Alcuni moduli sono uguali ai

moduli del protocollo adolescenti ma tarati sull'intervento genitoriale, mentre altri sono specifici sulla genitorialità come il modulo sulla teoria dell'attaccamento, sullo stile genitoriale autorevole e sulle tecniche di regolazione emotiva e gestione dei conflitti in famiglia. Nello specifico, il protocollo è suddiviso nei seguenti moduli:

- modulo I: educare alla sicurezza e legame di attaccamento;
- modulo II: le emozioni e le loro funzioni;
- modulo III: la regolazione emotiva e la gestione delle crisi in famiglia;
- modulo IV: i disturbi d'ansia, i disturbi del tono dell'umore e i disturbi alimentari;
- modulo V: lo stile genitoriale efficace e le abilità comunicative.

La **terza parte** del volume è multimediale ed è costituita da schede operative, promemoria, esercitazioni e fogli di lavoro da consegnare ai pazienti per ogni singolo modulo, rispettivamente per il protocollo adolescenti e genitori.

Accedendo all'area riservata del sito FrancoAngeli (www.francoangeli.it/Area_multimediale), i lettori di questo volume avranno la possibilità di scaricare le schede operative per i partecipanti.

L'obiettivo del trattamento di gruppo è quello di fornire ai partecipanti un trattamento psicoterapico a indirizzo cognitivo-comportamentale sulle maggiori cause di sofferenza emotiva e fornire strategie utili di gestione efficace delle emozioni e del comportamento, migliorare la relazione tra genitori e figli, imparando a gestire i conflitti familiari in modo più efficace.

Il libro nasce come "manuale d'istruzione d'uso" rivolto ai professionisti della salute mentale che vogliono attivare gruppi con adolescenti che presentano disturbi emotivi comuni. Il protocollo di trattamento può essere applicato nei diversi servizi territoriali: consultori familiari, TSMREE, servizi per adolescenti come in qualunque altro contesto sia pubblico che privato, nonché può essere di supporto a un percorso di psicoterapia individuale in quanto consente di approfondire i temi centrali di un percorso terapeutico e si avvale di schemi, promemoria ed esercitazioni che possono essere proposti al paziente. L'intervento tempestivo all'esordio di questi disturbi aiuta a prevenire problematiche psichiatriche più gravi che potrebbero insorgere negli anni successivi all'adolescenza.

La speranza è che questo testo rappresenti un valido e pratico contributo clinico per costruire un modello comune, fondato su basi scientifiche, al fine di migliorare i trattamenti nei servizi, renderli più uniformi e condivisi, accrescere la produzione scientifica nonché incidere in modo significativo sulla capacità di regolazione emotiva di adolescenti e genitori.

Ringraziamenti

Con grande stima e affetto ringrazio i colleghi Giuseppe Nicolò, Maria Pontillo e Federica Tarallo per aver curato il primo capitolo del libro, fornendo preziose informazioni sulla base della loro importante esperienza clinica; Michele Procacci, stimato collega, nonché mio attuale primario del CSM, per aver curato la prefazione al libro; Alessandro Grispini che mi ha sempre supportata sin dalla nascita di questo progetto, lo ringrazio per aver contribuito a scrivere anche la postfazione di questo manuale e Federica Franco, che mi ha sapientemente supportata nell'editing del volume, nonché Giada che, nell'attesa della sua nascita mi ha consentito di trovare del tempo per riprendere in mano il computer e scrivere il manuale.

Prefazione

di Michele Procacci*

Questo libro si inserisce in modo attuale e convincente su diverse questioni su cui vorrei focalizzare brevemente l'attenzione del lettore.

Un primo punto è la prospettiva clinica in cui si muove. Innanzitutto, riguarda il tema dei disturbi emotivi in età evolutiva. Un tema importante dal punto di vista epidemiologico. In Italia i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva colpiscono quasi 2 milioni di bambini e ragazzi, tra il 10 e il 20% della popolazione infantile e adolescenziale tra i 0 e i 17 anni, con manifestazioni molto diverse tra loro per tipologia, decorso e prognosi. In un recente articolo, *Cozzi et al. (2023)*, rilevando l'aumento di sintomi somatici ed emotivi nella popolazione in età evolutiva dopo la infezione da virus Covid-19, si pongono correttamente la domanda se questo sia un fenomeno preesistente e non valutato correttamente dai pediatri o dagli specialisti della salute mentale in età evolutiva o piuttosto vada associato ai sintomi del "long Covid" in bambini che fossero risultati positivi al virus. Del resto, parlare di disturbi emotivi in età evolutiva riguarda una vulnerabilità diffusa e presente in bambini e adolescenti cui non è sempre riferibile una diagnosi categoriale appropriata. Di qui, il criterio della clinica che si occupa dei disturbi emotivi in quanto manifestazioni transdiagnostiche in quanto comuni a vari quadri clinici: ansia, depressione, ossessioni, post traumatici, ecc. Infatti, un approccio transdiagnostico in psichiatria dovrebbe superare le diagnosi categoriali esistenti e andare oltre, per produrre un sistema di trattamento più ampio. Gli approcci transdiagnostici sono nati da alcune teorie cognitive comportamentali, in particolare quelle riguardanti i trattamenti per i disturbi alimentari (*Fairburn et al., 2003*), e sono stati poi estesi all'ansia (*Norton et al., 2004; Norton, 2008*) e ai disturbi depressivi (*Clark, Taylor, 2009*). La logica transdiagnostica iniziale ha fatto leva su due punti fondamentali: a) questi disturbi condividono comuni processi eziologici e di mantenimento, nonché le carat-

* Direttore UOC Salute Mentale Distretto 14.

teristiche cognitive affettive, interpersonali e comportamentali; b) il numero sempre crescente di manuali di trattamento specifici per un determinato disturbo costituisce una barriera all'implementazione dei trattamenti cognitivo-comportamentali. Un esempio di questo è il protocollo unificato per il trattamento transdiagnostico dei disturbi emotivi (Barlow, Farchione, 2018).

Questo libro, che segue un protocollo per adulti (Martelli Venturi, 2019), qui si occupa del trattamento cognitivo-comportamentale in età evolutiva dei disturbi emotivi a partire dalle dimensioni e processi sottesi, in quanto legati al funzionamento psicologico a più e diversi quadri clinici. Gli studi di efficacia su questi trattamenti sono ancora pochi (ad es. la metanalisi di Garcia Escalera *et al.*, 2016), ma tutti gli studi evidenziano nei pazienti la remissione dei sintomi ansiosi e depressivi, un miglioramento generale delle condizioni di benessere.

Un secondo punto riguarda come interventi, come quelli proposti in questo libro, possono essere di reale utilità nei trattamenti erogati nei servizi specialistici. Come la stessa autrice ci ricorda nell'introduzione, alcune esperienze sono state effettuate in età adulta, producendo manuali di utilizzo per operatori e interessanti collaborazioni tra servizi. I trattamenti in gruppo si conformano bene alle esigenze dei servizi nell'erogare prestazioni mirate, a tempo limitato e per una utenza diffusa. Le buone evidenze scientifiche spingono al loro utilizzo e corrispondono ai principi di efficienza, efficacia ed economicità dei servizi sanitari. I buoni risultati della letteratura, come già detto, spingono a un loro utilizzo da parte degli specialisti.

Quindi, un terzo punto riguarda la riorganizzazione dei servizi della salute mentale e loro integrazione con altre settori della sanità. Le novità fornite dalla epidemiologia clinica, in termini di prevalenza e incidenza dei disturbi emotivi, li rendono familiari non solo agli specialisti ma anche a settori importanti della medicina territoriale (medico di medicina generale per gli adulti, pediatra di libera scelta per i minori). Ad esempio, il precedente manuale è parte integrante del progetto di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i disturbi emotivi comuni editato dal DSM della Asl Roma 1, che comprende questi protocolli di trattamento e rappresenta un importante input di come organizzare i servizi territoriali secondo i principi di: a) analisi dei bisogni prevalenti della popolazione generale; b) creazione di un gruppo di lavoro in cui siano presenti gli stakeholder interessati, nello spirito della integrazione tra diversi partecipanti alla cura del cittadino (MMG, psicologo, psichiatra, ecc.); c) costruzione di un percorso di valutazione e di cura basato sulle evidenze; d) rendicontazione del PDTA attraverso un sistema di indicatori che misurino sia il processo organizzativo sia i risultati che produce, con feedback di correzione degli errori posti in essere nella costruzione dello stesso PDTA.

Infine, il libro è utile perché ha uno stile pragmatico: gli operatori della salute mentale in età evolutiva troveranno sezioni dedicate ai protocolli clinici per utenti e per genitori, schede utili alla valutazione degli interventi stessi, nello spirito che conoscere, comprendere, valutare e correggere sono concetti utili nel formare un circuito virtuoso tra domanda di salute del cittadino e cure da erogare da parte dei servizi.

Bibliografia

- Barlow D.H., Farchione T. (eds.) (2018), *Applications of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*, Oxford University Press: New York.
- Clark D., Taylor S. (2009), The Transdiagnostic Perspective on Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: New Wine for Old Wineskins?, *Journal of Cognitive Therapy*, 23(1).
- Cozzi G., Marchetti F., Barbi E. (2023), Clinicians need to be careful that they do not confuse mental health issues and long Covid in children and adolescents, *Acta Paediatrica*, 112: 180-182.
- Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R. (2003), Cognitive Behaviour therapy for eating disorders: a “trasdiagnostic” theory and treatment, *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.
- Garcia Escalera J., Chorot P., Valiente R., *et al.* (2016), Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis, *Revista de psicopatologia y Psicología clinica*, 21(3).
- Martelli Venturi I. (2019), *Trattamento dei disturbi emotivi comuni. Guida pratica per la conduzione dei gruppi*, FrancoAngeli: Milano.
- Norton P.J. (2008), An Open Trial of a Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Group Therapy for Anxiety Disorder, *Behaviour Therapy*, 39(3), September, 242-250.
- Norton P.J., Hayes S.A., Hope D.A. (2004), Norton PJ, Hayes SA, Hope DA. Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depression. *Depress Anxiety*, 20(4), 198-202.

Prima parte.
Teoria generale e presentazione dell'intervento

1. Stato dell'arte dei servizi per adolescenti. L'esperienza dei servizi di salute mentale per l'adolescenza

di Federica Tarallo*, Giuseppe Nicolò‡, Maria Pontillo§

Epidemiologia

I disturbi emotivi comuni (DEC) rappresentano una categoria di sintomi psicopatologici particolarmente diffusi nella popolazione generale oltre che negli ambulatori dei medici di base. In questa categoria, rientrano gli stati d'ansia o depressivi (lievi o moderati), le condizioni di stress cronico, l'insonnia, le fobie, le idee ossessive, i disturbi somatoformi, gli attacchi di panico e le condizioni di disagio esistenziale. Anche se considerati disturbi “minori”, i DEC possono causare una significativa sofferenza nel soggetto, inficiando sulla qualità della vita. Per questo motivo, e tenendo conto del grado di disabilità che possono produrre, risulta di fondamentale importanza che i DEC vengano riconosciuti e valutati attentamente, ancor di più tenendo conto che questi possono rappresentare la prima manifestazione di un disturbo psichiatrico “maggiore”.

La valutazione psicodiagnostica deve avvenire il più precocemente possibile, considerando che circa la metà dei disturbi mentali esordiscono prima dei 14 anni e che questi, se non trattati doverosamente, persistono e/o si evolvono nell'età adulta con gravi implicazioni (SIEP, 2021). Di fatti, non è un caso che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) abbia pubblicato nel 2021 una scheda informativa sul tema della salute mentale degli adolescenti, in cui vengono riportati dati relativi alla prevalenza epidemiologica dei disturbi mentali in questa fascia di età (OMS, si veda il sito www.who.int):

* Psicologa psicoterapeuta, dirigente psicologo DSMDP Asl Roma 5; Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva.

‡ Medico psichiatra, direttore dipartimento DSMDP Asl Roma 5; Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva.

§ Psicologa psicoterapeuta, dirigente psicologo OPBG; Università Cattolica del Sacro Cuore.

- a livello globale un adolescente su sette, tra i 10 e i 19 anni, soffre di un disturbo mentale. Questa condizione rappresenta il 13% del carico globale di malattia in questa fascia di età (Institute for Health Metrics and Evaluation, n.d.);
- depressione, ansia e disturbi comportamentali sono tra le principali cause di malattia e disabilità negli adolescenti;
- le conseguenze di un mancato trattamento dei problemi di salute mentale in adolescenza si estendono in età adulta determinando la compromissione della salute fisica e mentale e limitando le opportunità di condurre una vita appagante.

I disturbi emotivi risultano quindi comuni negli adolescenti. Di fatti, i disturbi di ansia, che includono sia eccessive preoccupazioni che attacchi di panico, sono prevalenti in questa fascia di età: la stima si aggira infatti al 3,6% per ragazzi dai 10 ai 14 anni e al 4,6% per adolescenti tra i 15 e i 19 anni. Per quanto riguarda gli stati depressivi, le stime ruotano intorno al 1,1% nella fascia di età dai 10 ai 14 anni, e al 2,8% per i ragazzi dai 15 ai 19 anni (OMS, 2021). Da questi dati ne consegue l'importanza di tenere in considerazione questi aspetti sintomatologici, i quali possono incidere sulla frequenza e sull'impegno scolastico, oltre che favorire il ritiro sociale amplificando isolamento e solitudine (SIEP, 2021).

Epidemiologia dei disturbi emotivi comuni in Italia

Analizzando in dettaglio l'epidemiologia dei disturbi emotivi in adolescenza nel contesto italiano, i dati a disposizione risultano essere scarsi e poco aggiornati. Questo aspetto può essere attribuito a varie motivazioni: in primo luogo, la prevalenza complessiva delle singole categorie di disturbo, come nel caso dei DEC, risulta essere variabile nella letteratura, a causa delle "difficoltà metodologiche insite nell'integrare prevalenze puntiformi e elevata comorbidità, in una prospettiva life-span che si interseca con la normale evolutività dell'età" (Quotidiano Sanità, 2019). In secondo luogo, "i dati di letteratura [che] utilizzano metodologie differenti di rilevazione sono spesso riferiti a fasce di età diverse, e subiscono inoltre gli effetti di una rilevante variazione dei criteri diagnostici e dei sistemi di classificazione internazionale avvenuta nel tempo" (Quotidiano Sanità, 2019). Infine, emergono criticità anche nell'utilizzo di database amministrativi: questi ultimi, per quanto risultino di utilizzo sempre più frequente e di grande vantaggiosità, presentano "sistemi di codifica poco adatti ai disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, sia per l'utilizzo di un sistema (l'ICD9 CM), ampiamente superato per

la classificazione dei disturbi psichici e del neurosviluppo, sia per le modalità proprie del sistema della ‘specialistica ambulatoriale’ poco adatto a tracciare i percorsi e le evoluzioni delle patologie e che in genere consente la registrazione di un’unica diagnosi a fronte di disturbi ad elevatissima comorbidità, e soprattutto consente di analizzare la prevalenza trattata ma non di stimare la prevalenza di popolazione, in un ambito nel quale sono noti rilevanti problemi di accesso ai servizi per gli utenti” (Quotidiano Sanità, 2019).

Nonostante le difficoltà riscontrate nella raccolta e nell’analisi dei dati epidemiologici, nella letteratura sono presenti alcuni studi che testimoniano lo sforzo compiuto nel tentativo di creare una mappatura dei disturbi maggiormente riscontrati negli adolescenti. Ne è un esempio lo studio PrISMA (Progetto Italiano Salute Mentale Adolescenti), riportato e descritto anche all’interno del sito dell’Istituto Superiore di Sanità (www.epicentro.iss.it): condotto nel 2007 su 3.418 ragazzi di 10-14 anni residenti in aree urbane, ha valutato i seguenti disturbi: disturbo d’ansia di separazione, fobia specifica, fobia sociale, disturbo di panico (con e senza agorafobia), disturbo post-traumatico da stress, disturbo ossessivo-compulsivo, depressione maggiore (definiti nell’insieme disturbi emotivi), disturbo da deficit di attenzione e iperattività, disturbo della condotta, disturbo oppositivo provocatorio (definiti nell’insieme disturbi esternalizzanti) e altri meno comuni (disturbi da tic, disturbi dello spettro autistico, disturbi del comportamento alimentare). I risultati di PrISMA mostrano come la prevalenza osservata di uno o più dei suddetti disturbi è dell’8,2% (CI 4,2-12,3%), quella dei disturbi emotivi del 6,5% (CI 2,2-10,8%) e quella dei disturbi esternalizzanti dell’1,2% (CI 0,2-2,3%) (Frigerio *et al.*, 2009).

Un’altra indagine è stata svolta nel 2014 nello studio internazionale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children – Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare), a cui l’Italia ha partecipato: sono stati raccolti dati su studenti di 11, 13 e 15 anni e collezionate informazioni anche relative alla percezione dello stato di salute. Quello che emerge è che per gli adolescenti la percezione dello stato di salute presenta solitamente un andamento in linea con la presenza o assenza di sintomi di ansia e depressione e sembra essere associato al successo o insuccesso scolastico, e con il vivere positivamente o meno l’esperienza scolastica e il rapporto di comunicazione con i genitori. I dati mostrano anche che la percentuale di ragazzi italiani che si considerano in “buona”, o addirittura “eccellente”, salute, è sempre molto alta (con un valore superiore al 90% tranne che nelle ragazze di 13 e 15 anni in cui comunque rimane superiore all’80%).

Gli studi Istat svolti dal 2015 al 2017, relativi alla prevalenza di alcune sintomatologie specifiche dei disturbi emotivi comuni nella fascia di età che va dai 15 anni ai 17, riportano i seguenti dati: lo 0,5% presenta ansia cronica

grave; lo 0,6% manifesta sintomi depressivi; lo 0,7% presenta ansia cronica grave e depressione in comorbidità; l'1% soffre di depressione maggiore, stessa percentuale riscontrata per altri sintomi depressivi (Istat, 2018). Inoltre, i dati dell'indagine concernenti l'integrazione degli alunni con disabilità (condotta annualmente dall'Istat nella scuola primaria e secondaria di primo grado) permettono di affermare che i disturbi di tipo mentale risultano essere i più frequenti (73%) e maggiormente associati (56%) ad altre forme di disabilità tra gli alunni con almeno un disturbo. Nello specifico, si stima una percentuale pari al 17,7% per i maschi e al 14% per le femmine per quanto riguarda i disturbi affettivo-relazionali, per un totale di 16,5% di alunni che necessitano di un sostegno socio-educativo.

Adolescenti e pandemia

I bambini e gli adolescenti di età compresa tra 0 e 19 anni rappresentano oltre 1,9 miliardi della popolazione mondiale. Nonostante il numero di adolescenti colpiti dalla malattia sia esiguo, il Covid-19 e le misure di contenimento come l'allontanamento sociale, la chiusura della scuola e l'isolamento hanno influenzato negativamente la salute mentale e il benessere degli adolescenti. L'impatto del Covid-19 sulla salute mentale di bambini e adolescenti è di grande preoccupazione in quanto è emerso che gli adolescenti hanno maggiori probabilità di sperimentare alti livelli di depressione e ansia durante e dopo la pandemia. Ansia, depressione, disturbi del sonno e dell'appetito e il deterioramento delle interazioni sociali sono i sintomi più comuni. È stato indicato che, rispetto agli adulti, questa pandemia può continuare ad avere conseguenze negative a lungo termine sulla salute mentale degli adolescenti. In un sondaggio condotto dall'associazione benefica per la salute mentale Young Minds, oltre 2.000 bambini e adolescenti nel Regno Unito hanno verbalizzato che la pandemia ha peggiorato le loro condizioni di salute mentale e che non sono in grado di accedere al supporto per la salute mentale.

È stata condotta una revisione sistematica secondo le linee guida della Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and meta-analysis (PrISMA) e sono stati inclusi studi randomizzati e non randomizzati controllati sperimentali, studi osservazionali e studi qualitativi. Tali lavori hanno confermato il dato che le pandemie causino stress, preoccupazione, impotenza e problemi comportamentali sociali e a rischio tra gli adolescenti (ad esempio, abuso di sostanze, suicidio, problemi relazionali e problemi scolastici) (Meherali *et al.*, 2021).

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) tra i bambini e gli adolescenti è stimato essere lo 0,25%-4% (CDC, 2020). Si ipotizza che i bambini con DOC

siano quelli maggiormente colpiti da questa pandemia. Infatti, a causa di ossessioni e compulsioni relative alla contaminazione, comportamenti di “hoarding” e preoccupazione somatica, ci si aspetta che tali individui sperimentino un maggiore disagio. Il lockdown ha reso la popolazione molto angosciata per il possesso di sufficienti risorse alimentari, mascherine e disinfettanti, e ciò ha peggiorato marcatamente anche le condizioni di persone con disordine da accumulo (Mukherjee, Shrivastava, 2020).

Le risposte dei bambini e degli adolescenti a una situazione di crisi dipendono dalla loro precedente esposizione a situazioni di emergenza, a problemi di salute fisica e mentale, alle circostanze socioeconomiche della famiglia e al loro background culturale (Brooks *et al.*, 2020; Smetana *et al.*, 2006). Diversi studi hanno dimostrato che gli eventi critici, come una pandemia, hanno un impatto negativo sul benessere psicologico di bambini e adolescenti (CDC, 2020; Dalton *et al.*, 2020, Guessoum *et al.*, 2020). Un recente studio condotto in Cina ha selezionato bambini e adolescenti con disagio comportamentale ed emotivo dovuto alla pandemia Covid-19. Ansia, depressione, distrazione, irritabilità e la paura che i membri della famiglia avrebbero contratto la malattia erano i problemi più comunemente identificati (Jiao *et al.*, 2020). Inoltre, quando gli adolescenti hanno problemi emotivi, spesso ricorrono all’uso di droghe per far fronte a sentimenti dolorosi (Smetana *et al.*, 2006). Le strategie che impiegano per far fronte a situazioni stressanti non sono diverse da quelli degli adulti; tuttavia, il cervello dei bambini e degli adolescenti è ancora in via di sviluppo, dunque le conseguenze dell’“automedicazione” sono molto più gravose (Elliott *et al.*, 2012; Hawkins, 2009). L’utilizzo di sostanze, a breve termine, può aiutare ad alleviare sintomi quali disperazione, ansia, irritabilità e pensieri negativi. A lungo termine, però, aggravano gli stessi, correndo il rischio dello strutturarsi di vere e proprie dipendenze.

Sebbene esistano alcune ricerche sull’impatto psicologico della sindrome respiratoria acuta severa su pazienti e operatori sanitari, non sono stati sufficientemente indagati gli effetti su bambini e adolescenti.

Disturbi affettivi, solitudine e comportamenti problematici degli adolescenti durante la pandemia di Covid-19

Il Covid-19 ha impattato un modo notevole sugli adolescenti (Fegert *et al.*, 2020) con un conseguente aumento del rischio di problemi di salute mentale (Li *et al.*, 2021; Magson *et al.*, 2021), di abuso di sostanze (Hawke *et al.*, 2020), irritabilità (Jefsen *et al.*, 2020; Loades *et al.*, 2020; Raballo *et al.*, 2021), iperattività (Raballo *et al.*, 2021; Babore *et al.*, 2022), stress e paura

(Chen *et al.*, 2021), problemi ossessivo-compulsivi (Conti *et al.*, 2020), depressione (Wang *et al.*, 2020) e ansia (Jones *et al.*, 2021; Smirni *et al.*, 2020).

Molti giovani, durante la pandemia, si sono ritrovati a trascorrere molto tempo con le loro famiglie. Lo studio di Ellis e colleghi (2020) ha mostrato che trascorrere più tempo con i membri del proprio nucleo familiare è associato negativamente alla depressione, ma allo stesso tempo può anche esacerbarne i conflitti (Li *et al.*, 2021). Infatti, mentre alcuni ragazzi apprezzano il tempo speso in famiglia quando restano a casa, altri considerano la propria casa un luogo di conflitto, piuttosto che di conforto (Wang *et al.*, 2020). Alcuni studi hanno dimostrato che una relazione difficile con i propri familiari era associata a una maggiore vulnerabilità a disturbi affettivi (Temple *et al.*, 2022) e che gli adolescenti provenienti da un contesto familiare difficoltoso esibivano una maggiore prevalenza di sintomi depressivi (Hou *et al.*, 2021).

Il vissuto di solitudine è un'esperienza molto comune nella preadolescenza e nell'adolescenza (Corsano, 2018). La pandemia e le conseguenti misure restrittive non hanno fatto altro che aggravare le condizioni che portano ad essa (Zhen *et al.*, 2021), favorendo l'incremento di stati ansiosi (Johnson *et al.*, 2001; Muzi *et al.*, 2022) e dei sintomi depressivi (Christiansen *et al.*, 2021; Kayaoğlu, Başçillar, 2022). Tuttavia, la solitudine, la noia e la tristezza erano sentimenti meno presenti nei giovani che si sentivano virtualmente connessi con gli altri (Jones *et al.*, 2022), aumentando il rischio di dipendenza da social media (Cauberghe *et al.*, 2021), internet (Fazeli *et al.*, 2020) e smartphone (Serra *et al.*, 2021). Gli adolescenti che non sperimentavano stati di solitudine presentavano un minor rischio di impiegare strategie disfunzionali, come ritirarsi socialmente e non chiedere aiuto (Wang *et al.*, 2020). Inoltre, la solitudine appare essere associata anche a un basso rendimento scolastico (Muzi *et al.*, 2022).

Durante la pandemia, l'aumento del consumo di alcol e di sostanze psicoattive (Jones *et al.*, 2022) ha aumentato i fattori di rischio per la salute (Becker, Gregory, 2020; Raballo *et al.*, 2021) e le psicopatologie (Jefsen *et al.*, 2020; Jones *et al.*, 2021; Raballo *et al.*, 2021). Secondo Chaiton e colleghi (2022), gli incrementi maggiori sono stati riscontrati nel consumo di alcol (+19%), sigarette (+16%), sigarette elettroniche (+37%) e cannabis (+47%). Per quanto riguarda la prevalenza del consumo di sostanze psicoattive tra i giovani, durante il periodo di chiusura, si stima che: il 43,1% degli studenti abbia bevuto alcolici; il 4,2% si sia intossicato e il 16% abbia avuto episodi di binge drinking (caratterizzato dall'ingestione di cinque o più drink di fila); il 18,4% ha dichiarato di aver fumato almeno una sigaretta; il 5,9% ha fatto uso di cannabis e lo 0,9% ha dichiarato di aver fatto uso di almeno una sostanza illegale (Biagioni *et al.*, 2022).

Alcuni studi hanno dimostrato che un rapporto difficile con i membri

della famiglia (Temple *et al.*, 2022), un cattivo rapporto con i genitori e la mancanza di monitoraggio e di supporto familiare da parte dei genitori (Mohamed Ali, Sayed Mohamed, 2022) sono fattori predittivi di un maggiore uso di sostanze illecite (alcol, sigarette e droghe) tra i giovani. Lo studio di Cena e colleghi (2023) ha mostrato come gli adolescenti che non vivevano con la famiglia hanno ottenuto punteggi più alti nei problemi di depressione, rispetto a quelli che vivevano con i genitori. Al contrario, i problemi di ansia erano più frequenti tra coloro che vivevano con la famiglia.

Gli adolescenti, durante il Covid-19, hanno anche riferito maggiori difficoltà nella regolazione delle emozioni, rispetto al periodo pre-pandemico (Hen *et al.*, 2022). A questo proposito, il maggior consumo di sostanze psicoattive potrebbe essere considerato uno strumento per far fronte al disagio psicologico, all'ansia e alla depressione associati all'isolamento (Essau, de la Torre-Luque, 2021; Romano, 2021). Questi comportamenti a rischio sembrano essere associati a un basso supporto familiare (Shapiro *et al.*, 2022) e a una relazione genitori-figli inadeguata (Kapetanovic *et al.*, 2022).

Lo studio di Cena e colleghi (2023) ha valutato l'associazione tra solitudine, depressione, ansia, ideazione suicidaria, uso dei social network e esiti scolastici in un campione di adolescenti italiani (795 adolescenti di età compresa tra 13 e 18 anni) durante la pandemia Covid-19. Tale lavoro esplora anche la disregolazione emotiva in termini di associazione tra disturbi affettivi (depressione e ansia), uso di sostanze e reti sociali. Gli autori di questo lavoro hanno riscontrato una differenza significativa tra il gruppo maschile (32%) e quello femminile (68%). I disturbi affettivi (depressione e ansia), i comportamenti prosociali e le difficoltà globali erano di più frequente riscontro nelle femmine, piuttosto che nei maschi. Inoltre, il gruppo femminile riportava più problemi somatici e di attenzione rispetto al gruppo maschile, che invece aveva maggiori problemi di condotta e di esternalizzazione.

Dal lavoro di Cena e colleghi (2023) è emerso che il 14,3% degli intervistati aveva riferito di essersi ferito intenzionalmente o di aver tentato il suicidio, il 20,4% di avere problemi di ansia e il 22,2% di depressione. Inoltre, è stata evidenziata una correlazione positiva tra l'aumento della depressione e l'incremento della frequenza delle idee suicidarie e del suicidio.

I partecipanti che, invece, avevano risposto di non essersi mai fatti del male intenzionalmente o di aver tentato il suicidio, hanno ottenuto punteggi più bassi sia per l'ansia che per la solitudine rispetto a coloro che hanno riferito di essersi fatti del male intenzionalmente o di aver tentato il suicidio frequentemente o talvolta. I risultati hanno rivelato anche una correlazione positiva tra i punteggi dei problemi di ansia e depressione e il punteggio totale della solitudine; e una correlazione negativa tra il punteggio totale di competenza (ovvero i risultati scolastici) e l'ansia, la depressione e la solitu-

dine. Possiamo immaginare che gli adolescenti, più si sentivano depressi, soli e ansiosi, peggiori erano le loro prestazioni scolastiche. Tale evidenza è supportata da uno studio italiano condotto durante la pandemia Covid-19 che ha dimostrato un'associazione tra solitudine e bassi risultati scolastici (Muzi *et al.*, 2022). Il gruppo di sesso femminile, in particolare, ha ottenuto punteggi più bassi nella scala delle competenze, il che potrebbe essere spiegato dai bassi punteggi nell'attenzione.

È stata rilevata anche una maggiore presenza di sintomi depressivi negli adolescenti le cui madri avevano un basso livello di istruzione (scuola elementare o inferiore), dato che indica una possibile associazione tra depressione e status socioeconomico. Dunque, gli adolescenti che vivono in famiglie con basso status socioeconomico potrebbero essere più vulnerabili ai sintomi depressivi.

Dall'analisi dei dati è emerso che il 27,9% degli adolescenti ha dichiarato di bere alcolici, il 21,2% di usare tabacco e il 4,2% altre droghe. I punteggi della depressione e dell'ansia erano più alti tra coloro che bevono frequentemente rispetto a coloro che non bevono mai. Allo stesso modo, i non fumatori hanno ottenuto punteggi più bassi nei problemi di depressione rispetto a coloro che fumano frequentemente. Anche gli intervistati che non fanno mai uso di altre droghe hanno ottenuto punteggi più bassi nella depressione e nell'ansia rispetto a quelli che ne fanno uso frequentemente o talvolta, che rientrano nel range clinico.

I giovani si sono rivolti frequentemente ai social media per affrontare la disregolazione emotiva dovuta all'angoscia, all'ansia e alla solitudine derivante dalla mancanza di contatti sociali durante la pandemia Covid-19. Questo studio, infatti, ha esplorato anche l'uso dei social network, scoprendo che i partecipanti che hanno risposto che non era necessario usare i social media per evitare l'esclusione sociale avevano punteggi più bassi di depressione, ansia e solitudine rispetto a quelli che hanno riferito che era necessario (Cena *et al.*, 2023). Inoltre, i punteggi della depressione erano più alti tra coloro che hanno riferito che l'uso dei social network li faceva sentire bene perché si sentivano connessi con gli altri rispetto a coloro che non hanno risposto in questo modo.

Una limitazione di questo lavoro da sottolineare è che, nonostante il fatto che per il reclutamento del campione di adolescenti maschi e femmine siano stati invitati a partecipare in egual numero, la maggioranza delle femmine ha accettato di partecipare e di rispondere alle domande dei questionari. Un'altra limitazione di questo studio è che i dati sono esplorativi e non è stata applicata alcuna correzione per i confronti multipli.

Le conclusioni di tale lavoro sollevano un tema preoccupante: una percentuale sostanziale degli adolescenti intervistati ha ammesso di essersi ferita

intenzionalmente o di aver tentato il suicidio durante la pandemia, e questo comportamento è risultato essere associato ai punteggi più alti di depressione, ansia e solitudine.

Effetti indiretti e diretti del Covid-19 sulla salute mentale degli adolescenti

Nonostante gli evidenti effetti negativi che la pandemia ha causato, la salute mentale e il benessere psicologico non sono stati promossi e tutelati nei piani di investimento attuali, lasciando indietro molti bambini e adolescenti. Il numero di “disability-adjusted life-years” (DALYs) nei bambini e negli adolescenti (0-19 anni) con diagnosi di disturbo mentale era di 21,5 milioni nel 2019. Dal 1990 al 2019, i tassi di DALYs di disturbi mentali standardizzati per età sono aumentati da 803,8 per 100.000 a 833,2 per 100.000 bambini e adolescenti (Piao *et al.*, 2022).

In tutto il mondo, le strategie per evitare la diffusione del Covid-19 prevedevano la restrizione della mobilità, la chiusura delle scuole, il lockdown e l’allontanamento sociale. Ricerche condotte precedentemente su altre pandemie, come l’Ebola, hanno fatto emergere come questo tipo di interventi possa avere delle conseguenze negative sulla salute mentale di adolescenti e bambini.

L’effetto che il Covid-19 ha prodotto sui giovani può variare a seconda di una molteplicità di fattori, quali l’età di sviluppo, lo stato attuale dell’istruzione, la condizione di salute mentale preesistente, l’essere economicamente svantaggiato, il lutto e la quarantena a causa dell’infezione o della paura di infezione (Singh *et al.*, 2020; Santomauro *et al.*, 2021; Das-Munshi *et al.*, 2021). Nel marzo 2020, durante la prima ondata della pandemia, circa il 91% della popolazione studentesca ha subito la chiusura delle scuole (Lee, 2020) e in molti Paesi ciò è continuato anche nel terzo e quarto trimestre del 2021. L’isolamento sociale e il confinamento di bambini e adolescenti sono correlati a sentimenti di ansia e incertezza, attribuibili alla sospensione dell’attività fisica, delle possibilità di socializzazione e della loro istruzione (Jiao *et al.*, 2020).

A questo proposito, nello studio di Harrison e colleghi (2022) sono state incluse 18 revisioni sistematiche che hanno dimostrato come il Covid-19 abbia causato un impatto negativo sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti (Octavius *et al.*, 2020; Racine *et al.*, 2021; Sajid *et al.*, 2020; Ma *et al.*, 2021; Chawla *et al.*, 2021; Cachón-Zagalaz *et al.*, 2020; Chaabane *et al.*, 2021; Sharma *et al.*, 2021; Stavridou *et al.*, 2020; Nearchou *et al.*, 2020; Panda *et al.*, 2021; Jones *et al.*, 2021; Samji *et al.*, 2022; Panchal *et al.*, 2021; Marques *et al.*, 2020; Bussières *et al.*, 2021; Chai *et al.*, 2021; Viner *et al.*,

2022). Sette di queste revisioni dimostrano che i sintomi più frequenti a seguito della pandemia erano depressione, ansia, sintomi internalizzanti ed esternalizzanti, disturbi del sonno e sintomi di stress post-traumatico.

Quattro revisioni sistematiche hanno analizzato la prevalenza della depressione durante il Covid-19 tra i bambini e gli adolescenti, la quale è risultata essere elevata (Racine *et al.*, 2021; Ma *et al.*, 2021; Panda *et al.*, 2021; Chai *et al.*, 2021). Nello specifico, lo studio di Racine e colleghi (2021) ha riportato un tasso del 25,2%, lo studio di Ma e colleghi (2021) una percentuale del 28,6%, quello di Panda e colleghi (2021) del 41,7% e Chai e colleghi (2021) del 22%.

Considerando la grande eterogeneità, sono state condotte analisi di sottogruppi divisi per sesso, reddito della regione e del Paese dell'OMS, in bambini e adolescenti senza condizioni patologiche preesistenti. La differenza nei livelli di depressione tra maschi e femmine non è risultata essere statisticamente significativa, con una percentuale di depressione nei maschi del 32% e una del 37% per le femmine.

Inoltre, le analisi dei dati hanno mostrato una differenza statisticamente significativa nella prevalenza di depressione tra i bambini e gli adolescenti che vivono in diversi Paesi e regioni dell'OMS. Nello specifico, è emerso come i giovani che vivevano nelle Americhe presentavano una prevalenza di depressione del 35%, quelli nel Mediterraneo orientale del 72%, in Europa del 35%, nel sud-est Asiatico del 23% e nel Pacifico orientale del 28%.

Le indagini relative alle differenze tra i tassi di depressione tra i giovani ad HIC (high-income countries) e a LMIC (low-and middle-income countries), non sono risultate statisticamente significative.

Per quanto concerne i livelli di ansia, dalle analisi di diverse ricerche è stata registrata tra i bambini e gli adolescenti una differenza statisticamente significativa durante la pandemia Covid-19 (Racine *et al.*, 2021; Ma *et al.*, 2021; Panda *et al.*, 2021; Chai *et al.*, 2021). Il lavoro di Racine e colleghi (2021) ha mostrato una prevalenza di ansia del 20,5%, lo studio di Ma e colleghi (2021) del 25,5%, quello di Panda e colleghi (2021) del 34,5%, infine Chai e colleghi (2021) del 25%. Tali lavori, dunque, evidenziano un'elevata prevalenza di ansia, pari al 32% nei bambini e negli adolescenti senza condizioni patologiche preesistenti.

Anche in questo caso, sono state condotte analisi di sottogruppi divisi per sesso, reddito della regione e del Paese dell'OMS in bambini e adolescenti senza condizioni patologiche preesistenti. Tali dati hanno mostrato l'assenza di una differenza statisticamente significativa tra i livelli di ansia di maschi e femmine, con una prevalenza del 35% nelle donne e un 28% negli uomini. Per quanto concerne le differenze delle percentuali di ansia presenti nei diversi Paesi e regioni dell'OMS, è emerso che i giovani che vivono nelle A-

meriche hanno una prevalenza di ansia del 32%, nel Mediterraneo orientale del 58%, in Europa del 44%, nel sud-est Asiatico del 22% e nel Pacifico orientale del 26%.

Le analisi relative alle differenze nei livelli di ansia presenti tra i giovani ad HIC (high-income country) e a LMIC (low-and middle-income country) non sono risultate statisticamente significative.

Sono stati indagati anche gli effetti sul sonno nei bambini e negli adolescenti durante il Covid-19. Il lavoro di Ma e colleghi (2021) mostra una prevalenza del 44,2% per qualsiasi disturbo del sonno, mentre lo studio di Sharma e colleghi (2021) riporta una percentuale del 54% nei bambini e dell'87% nei bambini in età scolare, infine il lavoro di Panda e colleghi (2021) riferisce una prevalenza del 21,3%. Il lavoro di Bussières e colleghi (2021), inoltre, evidenzia come, durante il lockdown, i giovani abbiano dormito un numero di ore significativamente maggiore rispetto a prima della pandemia. Dunque, tutti i lavori analizzati sono concordi nel rilevare un'alta prevalenza di disturbi del sonno durante il Covid-19 nei bambini e negli adolescenti.

La maggior parte dei dati emersi da tale lavoro (Harrison *et al.*, 2022) include ricerche condotte in Cina (il 48,8%) e si è concentrata sulla prevalenza di depressione e ansia nei bambini (dai 5 ai 10 anni) e negli adolescenti (dai 10 ai 19 anni). Questo non ha reso possibile analizzare i dati relativi agli individui più grandi di età. Per quanto concerne altri disturbi mentali, quali disturbo post-traumatico da stress, disturbi del sonno (insonnia), disturbo da uso di sostanze o disturbi del comportamento alimentare, sono stati indagati meno di frequente e dunque non è stato possibile riportare delle stime precise sui cambiamenti nella prevalenza di quest'ultimi durante la pandemia.

È stata valutata anche la qualità delle 18 revisioni sistematiche, con un 61,1% di lavori di qualità criticamente bassa e un 38,9% di qualità bassa. Ciò evidenzia l'urgenza di investire nella miglioria degli strumenti di valutazione della salute mentale e della raccolta dei dati per i bambini e adolescenti in contesti differenti.

Tuttavia, un dato molto rilevante è quello riportato dall'OMS: a livello globale il 3,6% degli adolescenti di età compresa tra 10 e 14 anni e il 4,6% tra 15 e i 19 anni esibivano un disturbo d'ansia prima della pandemia. Allo stesso modo, gli adolescenti di età compresa tra 10 e 14 anni con una percentuale dell'1,1% e quelli tra 15 e i 19 anni con una del 2,8% soffrivano di depressione già prima del Covid-19. A tali evidenze sono da aggiungere gli effetti iatrogeni conseguenti al Covid-19, documentati dai lavori sopracitati. Dunque, le evidenze riportate dall'OMS potrebbero rappresentare una sottostima delle condizioni di salute mentale odierne dei giovani che hanno subito tutti gli effetti di una pandemia. La sottostima delle condizioni psicologiche è un fenomeno che è ampiamente condiviso e riconosciuto anche dalla letteratura scientifica.

Considerando l'eterogeneità dei dati provenienti da tutto il mondo (con un numero ridotto di lavori nei paesi a LMIC) e la diversità degli strumenti di indagine impiegati, i risultati sono da interpretare con cautela. Nonostante ciò, le analisi dei lavori emersi palesano una situazione critica per la pianificazione dei servizi sanitari.

Altri lavori, come quello condotto da Santomauro e colleghi (2021), riportano un aumento della prevalenza dei disturbi depressivi e dei disturbi d'ansia a causa della pandemia, dove l'ansia e la depressione sono risultate essere maggiori negli individui più giovani rispetto a quelli più anziani. Anche Singh e colleghi (2020) confermano tale evidenza, asserendo che il Covid-19 e il lockdown hanno un maggiore impatto sullo sviluppo emotivo e sociale degli adolescenti piuttosto che sugli adulti. Infine, è stato evidenziato che le conseguenze negative della pandemia possono mostrare degli effetti negativi a lungo termine, e in particolare su bambini e adolescenti (Shen *et al.*, 2020).

In conclusione, i dati del lavoro di Singh e colleghi (2020) ci informano anche del fatto che, rispetto agli uomini, le donne risultano essere colpite in modo più marcato dalla pandemia, per il disturbo depressivo maggiore e per i disturbi d'ansia. Viene ipotizzato che ciò potrebbe essere dovuto all'aumentare delle disuguaglianze sociali ed economiche che vedono protagoniste le donne (Santomauro *et al.*, 2021).

Organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale

L'organizzazione sanitaria relativa alla salute mentale si articola in un insieme di strutture che fanno principalmente riferimento al Dipartimento di salute mentale (DSM), il quale prevede una serie di servizi legati alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale, nel territorio dell'Azienda sanitaria locale di riferimento. Il DSM comprende i seguenti servizi:

- centro di salute mentale (CSM). Esso prevede il coordinamento di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione di soggetti che presentano un disagio psichico. Prevede inoltre trattamenti psichiatrici e psicoterapie, attività diagnostiche mediante visite e colloqui psicologici, collaborazione con il versante medico per garantire anche il trattamento psichiatrico, consulenza per i servizi di confine (come alcolismo e tossicodipendenze), collaborazione con organi comunali, associazioni di volontariato, scuole e cooperative sociali al fine di promuovere il benessere psicosociale;
- centro diurno (CD). Consiste in strutture semiresidenziali, che prevedono interventi terapeutico-riabilitativi programmati da un'équipe specializzata e volti a far apprendere le abilità quotidiane di base (cura di sé), nonché capacità di interazione relazionali;

- servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC). Si tratta di un servizio ospedaliero in cui vengono attuati trattamenti sanitari psichiatrici sia di tipo volontario, sia di tipo obbligatorio;
- day hospital (DH). Area di assistenza semiresidenziale in cui si effettuano interventi diagnostici e riabilitativi a breve e medio termine. Può essere collocato sia all'interno del servizio psichiatrico di diagnosi e cura, sia all'interno del centro di salute mentale, se quest'ultimo risulta dotato dei servizi necessari;
- servizi di neuropsichiatria infantile: Vengono erogati interventi rivolti a bambini e adolescenti e alle loro famiglie svolgendo funzione di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale;
- servizio per le dipendenze patologiche (Serd). Servizio territoriale che ha come missione la prevenzione, la cura e la riabilitazione nei confronti delle persone a rischio o che hanno sviluppato dipendenze.

Situazione in Italia dopo il Covid-19

Il disagio psichico presente all'interno della popolazione adolescenziale sembra aver subito un incremento durante l'emergenza sanitaria Covid-19. Studi effettuati sia nel periodo durante, sia post lockdown, confermano un quadro di evidenti problematiche relative l'ambito della salute mentale, soprattutto nella fascia di età più giovanile. In particolare, risulta un aumento del 25% di sintomi ansiosi e depressivi nella prima ondata, dato che risulta affiancato da un effettivo cambiamento rispetto a quelle che erano le condizioni prima della pandemia. Essa ha di fatto causato quello che si definisce "un peggioramento senza precedenti della salute mentale della popolazione, in particolare tra i giovani".

Testimoni del livello di disagio psichico manifestato dalla popolazione italiana risultano i dati raccolti inerenti gli ingressi nei servizi di salute mentale, i quali sembrano aumentati in seguito alla pandemia. Nello specifico, nel 2021 infatti sono stati registrati 778.737 ingressi nei servizi di salute mentale, il 6,9% in più rispetto ai dati raccolti nel 2020, comunque inferiore rispetto a quello raccolto nel 2019, in cui il numero di ingressi era pari a 826.465 pazienti. L'utenza risultava composta per la maggior parte da donne (53,6%), di una fascia di età compresa tra i 45 e i 64 anni, mentre un numero minore si registrava per i pazienti al di sotto dei 25 anni. È interessante notare il fatto che i soggetti che nel 2021 hanno avuto contatti con il Dipartimento di salute mentale ammontano a 289.871, di cui il 94,8% risulta abbia avuto contatto con tali servizi per la prima volta.

Per quanto riguarda le patologie riportate, si assume che molte evidenze siano legate al genere, difatti avviene che disturbi schizofrenici, di personalità e da uso di sostanze siano più comuni all'interno della popolazione maschile, mentre disturbi affettivi, nevrotici e depressivi all'interno della popolazione femminile.

Tuttavia, in Italia si assiste a fattori problematici in tale ambito, derivanti da uno squilibrio esistente tra l'aumento di richieste di trattamento e l'effettiva disponibilità di accogliere queste ultime. Lo scopo principale consiste infatti nel cambiamento di tali strutture, di modo che procedano di pari passo con l'effettivo aumento dei casi riportati di problematiche psichiche, che possano cioè adeguarsi all'emergenza sanitaria ancora in atto.

Dati Istat

Nel 2021 si osserva un peggioramento nelle condizioni di benessere mentale tra i ragazzi di 14-19 anni. In questa fascia d'età, il punteggio rilevato (misurato su una scala in centesimi) è sceso a 66,6 per le ragazze (-4,6 punti rispetto al 2020) e a 74,1 per i ragazzi (-2,4 punti rispetto al 2020). Aumenta, infatti, la percentuale di adolescenti in cattive condizioni di salute mentale, che passa dal 13,8% nel 2019 al 20,9% nel 2021. Si tratta quindi di giovani che dichiarano insoddisfazione per la propria vita e, allo stesso tempo, una condizione di malessere psicologico.

Si nota un consistente aumento delle sensazioni di disagio psicologico riportate all'interno di una fascia di età più giovanile, condizione che in misura minore risultava già presente in precedenza, ma che negli ultimi anni sembra aumentata, come conseguenza dell'impatto della pandemia e delle successive restrizioni sociali che da essa sono derivate. Dai dati riportati si può osservare come la salute psicologica di soggetti in giovane età abbia subito ripercussioni su vari fronti, che includono compromissioni sia sul versante psichico, sia su quello relazionale.

Alla luce di quanto emerso, si è tentato di reagire di fronte alle problematiche sopra evidenziate, istituendo mezzi concreti che fossero di supporto a chiunque ne avesse bisogno.

Tali motivi hanno confermato una necessità di adattarsi e reggere il passo degli effetti conseguenza del Covid-19, modificando e migliorando i servizi offerti ai cittadini, di modo che si potesse rispondere a tale emergenza sanitaria nel migliore modo possibile.

Progetti in atto

Prendiamo in esame, ad esempio, il piano regionale di azioni per la salute mentale 2022-2024 “Salute e inclusione” emanato dalla regione Lazio che considera infatti, tra i vari aspetti, l’elevata insorgenza di disturbi emotivi comuni all’interno della popolazione giovanile. Secondo quanto riportato, si pone l’accento sulla necessità di integrare i vari servizi sociosanitari, di modo da rispondere prontamente a uno specifico bisogno, istituendo un trattamento ad hoc a seconda della richiesta. Risulta importante infatti l’organizzazione di un trattamento psicosociale, volto a tutelare fragilità psichiche riscontrate dai cittadini, secondo un approccio orientato all’integrazione dei vari servizi a integrare i vari servizi sanitari territoriali, semiresidenziali, residenziali e ospedalieri con altri servizi di tipo sociale. Uno degli obiettivi principali consiste infatti nella prevenzione della cronicità relativa allo sviluppo dei disturbi emotivi comuni, mediante il potenziamento dei servizi sanitari in prossimità del cittadino.

Un esempio di ciò consiste nel progetto “AiutaMente Giovani”. La regione Lazio è di fatti la prima a mettere a punto un piano volto alla tutela della salute mentale e alla prevenzione del disagio psichico emersi durante la pandemia. Con un finanziamento di 10,9 milioni di euro sono stati infatti presi una serie di provvedimenti che si concretizzeranno nell’arco di tre anni (2022-2025), con l’obiettivo di rispondere a tali problematiche, ponendo in primo piano ragazzi e ragazze appartenenti a fasce considerate più fragili.

Nello specifico tali interventi saranno distribuiti in:

- 2 milioni di euro per il potenziamento di “Sportelli Ascolto” per il supporto e l’assistenza psicologica presso le scuole: l’obiettivo di tale decisione non rientra soltanto nell’aumentare il numero, ma anche la qualità degli sportelli che potrebbero offrire supporto;
- 2,5 milioni di euro in voucher per assistenza psicologica, accesso alle cure per la salute mentale e prevenzione del disagio psichico tramite l’applicazione di un fondo che potrà erogare voucher: tramite tale incentivo è infatti possibile accedere a trattamenti psicologici, nello specifico con un primo intervento di “inquadramento” che prevede 4 colloqui di un’ora, oltre che un intervento breve di primo livello, il quale prevede un minimo di 8 e un massimo di 16 incontri di un’ora, a cui avranno accesso famiglie con ISEE inferiore a 40.000 euro;
- 6,4 milioni di euro per il rafforzamento di servizi territoriali per la salute mentale, il quale prevede la sperimentazione di un servizio psicologico nei distretti sociosanitari.

Il progetto proposto dalla Asl Roma 5: “BenEssere: Promosso!”

Nell’ambito del piano di azione nazionale e regionale di prevenzione, la Asl Roma 5 ha finanziato un progetto nelle scuole e con le scuole per riconoscere precocemente situazioni di malessere psicologico e prevenire conseguenti condizioni di stress e disagio emotivo dei bambini, adolescenti e giovani adulti, includendo ragazzi fino all’età di 25 anni.

Il progetto “BenEssere: Promosso!” del Dipartimento di prevenzione e del Dipartimento di salute mentale dipendenze patologiche (DSMDP)¹ iniziato nel 2020 si rivolge agli insegnanti degli istituti del territorio, agli studenti e alle loro famiglie.

L’intervento prevede un ciclo di incontri con i docenti delle scuole che hanno aderito all’iniziativa.

L’obiettivo è stato quello di promuovere il benessere scolastico, riconoscere precocemente situazioni di malessere psicologico e prevenire conseguenti condizioni di stress e disagio emotivo, fornendo strumenti utili a comprendere l’insieme dei cambiamenti e fenomeni psichici che caratterizzano l’età evolutiva e l’adolescenza, con particolare attenzione a tutti quei fattori che possono influenzarne le traiettorie di sviluppo.

I sotto obiettivi identificati sono stati:

- informazione e sensibilizzazione insegnanti scuole superiori;
- riconoscimento precoce esordi/quadri psicopatologici gravi (identificazione precoce stati mentale a rischio e prevenzione degli aspetti psicopatologici più gravi);
- assessment basati standardizzati e specifici per fascia d’età;
- identificazione di pattern neuropsicologici e pattern di personalità specifici.

Per consentire la corretta esecuzione di ogni sotto obiettivo sono state programmate linee guida ben strutturate.

L’esecuzione del progetto a partire da novembre 2020 ha permesso di valutare in tempi rapidi più di 300 ragazzi in età scolare e universitaria che hanno avuto necessità di consulenze psicologiche e psichiatriche a seguito della pandemia.

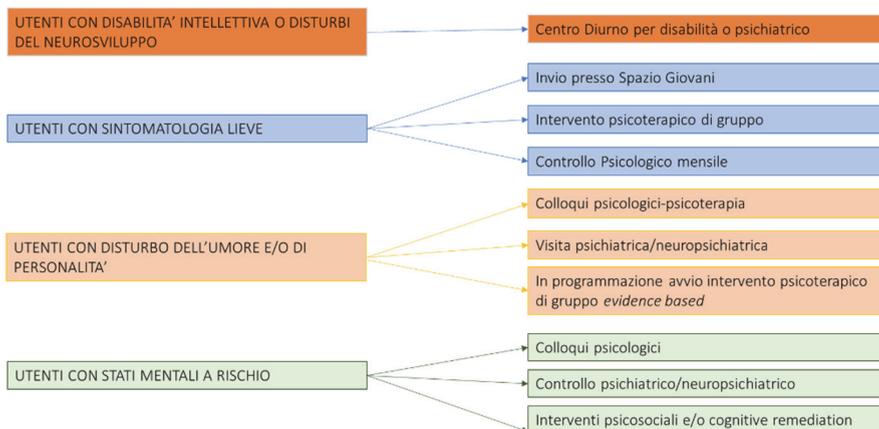
Da una prima analisi descrittiva dei dati raccolti emergono diverse informazioni utili e in linea con i dati nazionali e internazionali:

¹ Il progetto “BenEssere: Promosso!” è stato realizzato e ideato da Giuseppe Nicolò, Alberto Perra, Maura Coia, Enrico Pompili, Luisa De Risio, Claudia Di Pasquale, Francesca Laganà, Anna Maria Ardito, Beatrice Mantovani, Giovanni Riccardi, Elena Rossi, Federica Rossi, Federica Tarallo Asl Roma 5.

- aumento degli accessi negli ambulatori di neuropsichiatria e psichiatria per la fascia di età compresa tra i 14 e 25 anni nei servizi territoriali preposti per le patologie psicologiche e psichiatriche;
- circa il 50% dei ragazzi ha riferito ansia, tristezza e tendenza al disinteresse sociale e preferenza all'isolamento a seguito della pandemia;
- circa il 30% del totale del campione non ha ricevuto una conclamata diagnosi psichiatrica, bensì è rientrato nella categoria diagnostica dei disturbi emotivi comuni;
- la tempestiva presa in carico di tutti i pazienti ha comportato una spontanea remissione di ragazzi con DEC e una stabilizzazione non esacerbata in acuzie del 98% dei pazienti che hanno ricevuto una diagnosi psichiatrica maggiore.

Di seguito una breve tabella che espone i progetti messi atto per le diverse categorie di utenti.

PERCORSI DI TRATTAMENTO



L'emergenza psichiatrica durante la pandemia: l'esperienza dei servizi di salute mentale romani per l'adolescenza

Il periodo pandemico che ha coinvolto l'intera popolazione mondiale da marzo 2020 ha avuto un impatto significativo sulla vita di ogni individuo. In particolare, per quanto concerne l'età evolutiva, due adolescenti su cinque hanno dichiarato un impatto negativo sulla propria salute mentale e sulla propria vita in generale.

Da un'indagine condotta nel 2022 dal sistema di sorveglianza HBSC Italia (Health Behaviour in School-aged Children – Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità insieme alle università di Torino, Padova e Siena, con il supporto del Ministero della Salute, la collaborazione del Ministero dell'Istruzione e del Merito e tutte le regioni e aziende sanitarie locali, riguardo la domanda sulla propria salute mentale emerge che il 52% delle ragazze dichiara un impatto negativo a fronte del 31% dei ragazzi, e si osserva tale risposta nel 29% degli undicenni e nel 53% dei diciassetenni. Un'ulteriore ricerca a conferma degli effetti negativi sulla salute mentale di bambini e adolescenti della pandemia riguarda i dati raccolti dall'Ospedale pediatrico Bambino Gesù. Più nel dettaglio, nel mese di aprile 2020 il 61% delle consulenze neuropsichiatriche ha riguardato fenomeni di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio, rispetto al 36% dell'aprile 2019. Durante la seconda ondata pandemica, nel gennaio del 2021, il 63% delle consulenze è stato effettuato per ideazione suicidaria e tentativo di suicidio, con un conseguente aumento delle ospedalizzazioni che sono passate al 45% del totale di gennaio 2021 rispetto al 17% di gennaio 2020. All'interno dei diversi casi di ricoveri, sono stati rilevati comportamenti autolesivi nel 52% dei ricoveri di gennaio 2021, in aumento rispetto al 29% dell'anno precedente. Il range di età maggiormente coinvolto riguarda individui tra i 12 e i 17 anni, unitamente a casi meno frequenti di bambini di età compresa tra i 10 e gli 11 anni.

Disturbi emotivi comuni durante la pandemia Covid-19: l'ansia di Paola

“Mi chiamo Paola, ho 15 anni. Oggi finalmente rivedrò la mia psicoterapeuta ‘in presenza’ e non più online. Percorro viale Marconi, insieme a mia madre, a piedi, ci siamo guardate intorno e, finalmente dopo tanti mesi, ho percepito un'emozione positiva. Non riesco a darle un nome, ma dentro di me è chiara: sento che presto riprenderò la mia vita completamente. So che ancora è presto e che devo ancora lavorare su molte emozioni negative che mi hanno accompagnato per molto tempo, ma adesso voglio godermi questa sensazione.

Ricordo ancora quella sera del 9 marzo 2020; le mie amiche erano così felici per la chiusura della scuola, niente interrogazioni o compiti in classe e niente sveglia la mattina. Tutti i miei compagni erano felici. Tutti, tranne me. Avevo paura. Paura perché sentivo che non stava chiudendo solo la scuola, ma che stava per cambiare tutto intorno a me. Non avrei potuto più praticare danza, teatro e soprattutto non avrei potuto rivedere il mio ragazzo e le mie

amiche. Tutto si stava fermando e nessuno era in grado di dire fino a quando. Sentivo solo le parole: ‘lockdown’, ‘distanziamento’, ‘isolamento’; sentivo una ‘prigione’ che si stava costruendo intorno a me. Mi sentivo chiusa in una gabbia dalla quale non sapevo quando sarei uscita. Eppure, i miei genitori avevano capito da molto tempo prima la gravità della situazione. Già a gennaio mi avevano proibito di andare al cinema il sabato sera, ai centri commerciali, di vedere le mie amiche, loro stessi avevano iniziato a disinfettare ogni cosa, per paura di un virus spaventoso che iniziava a diffondersi. Provavano a rassicurarmi in qualche modo ma allo stesso tempo sentivo, percepivo tutta la loro paura, la loro incertezza e tutta la loro insicurezza. Smarrita. Era così che mi sentivo. Anche i miei punti di riferimento, i miei genitori stavano vacillando. E pensare che erano gli stessi genitori che mi avevano sempre spinto ad uscire, a socializzare, a rendermi autonoma. Adesso, invece, mi stavano, ci stavano chiudendo dentro una gabbia. Che incubo! Non era neanche più importante guardare l’orologio, non faceva differenza che ora fosse. I giorni si rincorrevano sempre uguali. Tuttalpiù scanditi in modo macabro dai telegiornali, dai bollettini con i numeri delle vittime, di tutti quei morti. Quanta paura anche per i miei nonni che stavano tanto lontano da noi. Dicevano che se qualcuno si ammalava, lo portavano via e moriva solo. Ricordo quando la mamma si è messa a piangere alla notizia che zio Claudio aveva preso il Covid-19 ed era stato ricoverato.

Era sparito tutto, quasi come se non fosse mai esistito il mondo intorno a me. Niente più pizza dopo scuola, niente gelato con il mio ragazzo, niente più abbracci delle mie amiche; mi mancavano persino le litigate con la mamma prima di uscire di casa quando perdevo troppo tempo a truccarmi in bagno e rischiavo di perdere l’autobus.

Adesso, invece, dovevo e dovevamo solo stare a casa. Improvvisamente iniziai a svegliarmi di soprassalto tutte le notti facendo sempre lo stesso incubo. Sognavo di essere intubata, di morire. Iniziai anche durante il giorno a non respirare bene. Feci acquistare il primo saturimetro in farmacia; ormai ero esperta, avevo imparato tutto dai telegiornali. Non avevo mai pensato alla morte, in quel periodo era diventato un pensiero costante e fisso. Non volevo neanche stare con i miei genitori perché aumentava l’ansia del contagio e la paura che potessi morire io o che potessero morire loro. Rimanevo in camera mia, mi facevo lasciare il cibo fuori dalla porta e non permettevo a nessuno di entrare o toccare le mie cose. Per non parlare della didattica a distanza, una tragedia. Iniziai a non collegarmi più, la troppa paura non mi permetteva di concentrarmi e seguire le lezioni attraverso uno schermo. Cosa poteva darmi un’istruzione senza nessuno scambio, nessun confronto; c’erano solo elenchi di compiti da svolgere. Sembrava tutto superfluo. A cora servivano in un mondo fermo compiti, voti? Alunni e professori pensavano ad altro, avevano

tutti paura per loro stessi e per i loro cari. Quindi decisi di non seguire più le lezioni. Mi mettevano solo ansia. Per fortuna i miei genitori sin da subito hanno compreso il mio disagio e mi hanno convinto a cercare aiuto. Così ho conosciuto la mia attuale psicoterapeuta. Ricordo la prima seduta in videochiamata: uno schermo con dietro un volto, il volto della persona che mi avrebbe lanciato un'ancora e che mi avrebbe dato la speranza di poter uscire da quel tunnel in cui ero entrata. Tutto è iniziato ad essere meno buio, la porta della mia camera pesava un po' meno e il mondo lì fuori faceva un po' meno paura".

Riflessioni cliniche e trattamento

Nella storia di Paola venivano richiamati alcuni temi importanti che dovevano essere attenzionati al fine di avviare un adeguato percorso terapeutico. Il primo è stato quello della sospensione del tempo che non era più scandito dall'esterno. Era un periodo familiare e non più condiviso con i coetanei e bisognava sottolineare l'importanza della presenza di tempo dedicato alla condivisione con i coetanei per il benessere degli adolescenti; questi ultimi, infatti, avevano bisogno, oltre alla disponibilità dei genitori, anche di un proprio percorso di autonomia e di sperimentazione finalizzato alla costruzione di una propria identità personale. Inevitabilmente questa era una dimensione che veniva meno nella storia di Paola, al pari di quella di tutti i ragazzi durante il periodo pandemico, che aveva determinato il ritorno alla fase di vita dell'essere bambini, in cui dominava la vicinanza dei genitori. Tale vicinanza unitamente al carico emotivo portato dai genitori, intriso di paura e angoscia, ha contribuito a determinare tensioni interne con l'associato rischio di contribuire altresì al far emergere il sintomo, nello specifico l'ansia.

Proprio in continuità a ciò, l'altro tema importante è relativo alla manifestazione di veri e propri sintomi di un disturbo psicopatologico: paura di morire, paura del futuro, incubi notturni e le difficoltà di sonno sono i sintomi principali che caratterizzano il disturbo d'ansia di Paola.

Di conseguenza, il lavoro terapeutico nel caso di Paola è stato incentrato sul supporto e sulla rielaborazione dei pensieri e delle emozioni negative riguardo al contesto circostante. Nello specifico, la prima fase del lavoro ha avuto l'obiettivo di fornire spiegazioni realistiche sui dati pandemici con l'obiettivo di modificare i pensieri negativi di Paola circa la possibilità dell'immodificabilità della situazione da lei vissuta; tale timore, infatti, era al centro dei pensieri di Paola.

Durante la seconda fase, venivano condivise strategie atte a promuovere il rilassamento nei momenti di ansia e si davano indicazioni per pianificare e organizzare le giornate, prevedendo del tempo dedicato allo sviluppo della

propria autonomia e a un'attiva condivisione familiare. Inoltre, è stato concordato con Paola un momento di socializzazione attraverso le piattaforme online.

Durante la fase finale, sono stati previsti incontri rivolti ai genitori sia per fornire loro supporto sugli aspetti emotivi vissuti dalla propria figlia, sia incontri rivolti alla condivisione dei propri stati emotivi in presenza della figlia. In particolar modo, è stato chiesto ai genitori di evitare drammatizzazioni, di porsi in un atteggiamento non giudicante, favorendo dialoghi volti ad accogliere le emozioni di Paola, a rassicurarla e ad accompagnarla nella costruzione di una progettualità futura.

Bibliografia

- Asl Roma 1 (2021), *Disturbi emotivi comuni*, disponibile al sito <https://www.asl-roma1.it/disturbi-emotivi-comuni>.
- Babore A., Morelli M., Trumello C. (2022), Italian adolescents' adjustment before and during the coronavirus disease 2019: A comparison between mothers' and adolescents' perception, *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 281-286.
- Becker S.P., Gregory A.M. (2020), Editorial Perspective: Perils and promise for child and adolescent sleep and associated psychopathology during the COVID-19 pandemic, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(7), 757-759.
- Biagioni S., Baldini F., Baroni M., et al. (2022), *Adolescents' Psychoactive Substance Use During the First COVID-19 Lockdown: A Cross Sectional Study in Italy*, in *Child & Youth Care Forum*, Springer: New York.
- Brooks S.K., Smith L.E., Webster R.K., et al. (2020), The impact of unplanned school closure on children's social contact: Rapid evidence review, *Eurosurveillance*, 25, 2000188.
- Bussi eres E.-L., Malboeuf-Hurtubise C., Meilleur A., et al. (2021), Consequences of the Covid-19 pandemic on children's mental health: a meta-analysis, *Frontiers in Psychiatry*, 12: 691-659.
- Cach on-Zagalaz J., S anchez-Zafra M., Sanabrias-Moreno D., et al. (2020), Systematic review of the literature about the effects of the Covid-19 pandemic on the lives of school children, *Front Psychol*, 11: 569348.
- Cauberghes V., Van Wesenbeeck I., De Jans Set al. (2021), How adolescents use social media to cope with feelings of loneliness and anxiety during COVID-19 lockdown, *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 24(4), 250-257.
- CDC (2020), *Helping Children Cope with Emergencies*|CDC, disponibile al sito www.cdc.gov/childrenindisasters/helping-children-cope.html (accessed on 14 March 2021).
- Cena L., Trainini A., Zecca S., et al. (2023). Loneliness, affective disorders, suicidal ideation, and the use of psychoactive substances in a sample of adolescents during the Covid-19 pandemic: A cross-sectional study, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 1-11.

- Chaabane S., Doraiswamy S., Chaabna K., *et al.* (2021), The impact of Covid-19 school closure on child and adolescent health: a rapid systematic review, *Children*, 8: 415.
- Chai J., Xu H., An N., *et al.* (2021), The prevalence of mental problems for Chinese children and adolescents during Covid-19 in China: a systematic review and meta-analysis, *Front Pediatr*, 9: 661-796.
- Chaiton M., Dubray J., Kundu A., Schwartz R. (2022), Perceived impact of COVID on smoking, vaping, alcohol and cannabis use among youth and youth adults in Canada, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 67(5), 407-409.
- Chawla N., Tom A., Sen M.S., *et al.* (2021), Psychological impact of Covid-19 on children and adolescents: a systematic review, *Indian J Psychol Med*, 43: 294-9.
- Chen X., Qi H., Liu R., *et al.* (2021), Depression, anxiety and associated factors among Chinese adolescents during the COVID-19 outbreak: a comparison of two cross-sectional studies, *Translational psychiatry*, 11(1), 148.
- Christiansen J., Qualter P., Friis K., *et al.* (2021), Associations of loneliness and social isolation with physical and mental health among adolescents and young adults, *Perspectives in Public Health*, 141(4), 226-236.
- Conti E., Sgandurra G., De Nicola G., *et al.* (2020), Behavioral and emotional changes during Covid-19 lockdown in an Italian pediatric population with neurologic and psychiatric disorders, *Brain Sciences*, 10(12), 918.
- Corsano P. (2018), *La solitudine del preadolescente e dell'adolescente*, in G. Scuola, (Ed.), *Psicologia e Scuola*, Giunti Scuola: Firenze.
- Dalton L., Rapa E., Stein A. (2020), Protecting the psychological health of children through effective communication about Covid-19. *Lancet Child, Adolesc Health*, 4, 346-347.
- Das-Munshi J., Chang C.K., Bakolis I., *et al.* (2021), All-cause and cause specific mortality in people with mental disorders and intellectual disabilities, before and during the Covid-19 pandemic: cohort study, *The Lancet Regional Health – Europe*, 11: 100228.
- Elliott D.S., Huizinga D., Menard S. (2012), *Multiple Problem Youth: Delinquency, Substance Use, and Mental Health Problems*; Springer: New York.
- Ellis W.E., Dumas T.M., Forbes L.M. (2020), Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial Covid-19 crisis, *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 52(3), 177-187.
- Epicentro, Istituto Superiore di Sanità (2018), *Salute mentale epidemiologia in Italia*, revisione a cura di A. Gigantesco, M. Masocco, V. Minardi, B. Contoli, E. Medda, C. Fagnani (Centro di riferimento per le scienze comportamentali e la salute mentale-Iss- Gruppo tecnico Passi e Passi d'Argento-Iss) disponibile al sito <https://www.epicentro.iss.it/mentale/epidemiologia-italia>.
- Essau C.A., de la Torre-Luque A. (2021), Adolescent psychopathological profiles and the outcome of the COVID-19 pandemic: Longitudinal findings from the UK Millennium Cohort Study, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110, 110330.
- Fazeli S., Zeidi I.M., Lin C.Y., *et al.* (2020), Depression, anxiety, and stress mediate

- the associations between internet gaming disorder, insomnia, and quality of life during the COVID-19 outbreak. *Addictive Behaviors Reports*, 12, 100307.
- Fegert J.M., Vitiello B., Plener P.L., *et al.* (2020), Challenges and burden of the coronavirus 2019 (Covid-19) pandemic for child and adolescent mental health: A narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14, 20.
- Frigerio A., Rucci P., Goodman R., *et al.* (2009), Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PrISMA study, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, Apr; 18(4): 217-26.
- Guessoum S.B., Lachal J., Radjack R., *et al.* (2020), Adolescent psychiatric disorders during the Covid-19 pandemic and lockdown, *Psychiatry Res*, 291, 113264.
- Harrison L., Carducci B., Klein J.D., *et al.* (2022), Indirect effects of Covid-19 on child and adolescent mental health: an overview of systematic reviews, *BMJ Global Health*, 7: e010713.
- Hawke L.D., Barbic S.P., Voineskos A., *et al.* (2020), Impacts of Covid-19 on youth mental health, substance use, and well-being: A rapid survey of clinical and community samples. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(10), 701-709.
- Hawkins E.H. (2009), A tale of two systems: Co-occurring mental health and substance abuse disorders treatment for adolescents, *Annu. Rev. Psychol.*, 60, 197-227.
- Hen-Shoval D., Weller A., Weizman A., Shoval G. (2022), Examining the use of antidepressants for adolescents with depression/anxiety who regularly use cannabis: a narrative review, *International journal of environmental research and public health*, 19(1), 523.
- Hou T., Xie Y., Mao X., *et al.* (2021), The mediating role of loneliness between social support and depressive symptoms among Chinese rural adolescents during Covid-19 outbreak: A comparative study between left-behind and non-left-behind students, *Frontiers in Psychiatry*, 12.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (n.d.). Global Health Data Exchange (GHDx), disponibile al sito <https://healthdata.org/>.
- Istat (2018), *La salute mentale nelle varie fasi della vita. Anni 2015-2017*, disponibile al sito https://www.istat.it/it/files/2018/07/Report_Salute_mentale.pdf.
- Jefsen O.H., Rohde C., Nørremark B., *et al.* (2020), Editorial perspective: Covid-19 pandemic-related psychopathology in children and adolescents with mental illness, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(6), 798-800.
- Jiao W.Y., Wang L.N., Liu J., *et al.* (2020), Behavioral and emotional disorders in children during the Covid-19 epidemic, *J Pediatr*, 221: 264-6.
- Johnson H.D., LaVoie J.C., Spenceri M.C., *et al.* (2001), Peer conflict avoidance: Associations with loneliness, social anxiety, and social avoidance, *Psychological Reports*, 88(1), 227-235.
- Jones E.A.K., Mitra A.K., Bhuiyan A.R. (2021), Impact of Covid-19 on mental health in adolescents: A systematic review, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2470.
- Jones S.E., Ethier K.A., Hertz M., *et al.* (2022), Mental health, suicidality, and

- connectedness among high school students during the Covid-19 pandemic-Adolescent behaviors and experiences survey, United States, January-June 2021, *MMWR Supplements*, 71(3), 16-21.
- Kapetanovic S., Ander B., Gurdal S., *et al.* (2022), Adolescent smoking, alcohol use, inebriation, and use of narcotics during the Covid-19 pandemic, *BMC psychology*, 10(1), 1-9.
- Kayaoğlu K., Başçillar M. (2022), Determining the relationship between loneliness and depression in adolescents during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 35(4), 315-321.
- Lapierre M.A., Fleming-Milici F., Rozendaal E., *et al.* (2017), The effect of advertising on children and adolescents, *Pediatrics*, 140: S152-6.
- Lee J. (2020), Mental health effects of school closures during Covid-19, *Lancet Child Adolesc Health*, 4: 421.
- Li X., Tang X., Wu H., *et al.* (2021), COVID-19-Related Stressors and Chinese Adolescents' Adjustment: The Moderating Role of Coping and Online Learning Satisfaction. *Front. Psychiatry*, 12: 633-523.
- Loades M.E., Chatburn E., Higson-Sweeney N., *et al.* (2020), Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of Covid-19, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.
- Ma L., Mazidi M., Li K., *et al.* (2021), Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the Covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis, *J Affect Disord*, 293: 78-89.
- Magson N.R., Freeman J.Y.A., Rapee R.M., *et al.* (2021), Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the Covid-19 pandemic, *Journal of Youth and Adolescence*, 50(1), 44-57.
- Marques de Miranda D., da Silva Athanasio B., Sena Oliveira A.C., *et al.* (2020), How is Covid-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents?, *Int J Disaster Risk Reduct*, 51: 101845.
- Meda N., Pardini S., Slongo I., *et al.* (2021), Students' mental health problems before, during, and after Covid-19 lockdown in Italy, *J Psychiatr Res.*, Feb; 134: 69-77.
- Meherali S., Punjani N., Louie-Poon S., *et al.* (2021), Mental Health of Children and Adolescents Amidst Covid-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review, *Int J Environ Res Public Health*, 26, 18(7): 3432.
- Mohamed Ali N., Sayed Mohamed H. (2022), Minimizing burdens and enhancing quality of life among family caregivers of patients with substance misuse disorders, *Egyptian Journal of Health Care*, 13(1), 502-516.
- Mukherjee B.R., Shrivastava J. (2020), Impact of coronavirus on consumer products: Consumer goods fly off the shelves as coronavirus spreads in India - the economic times [News release] *Econ. Times*.
- Muzi S., Rogier G., Pace C.S. (2022), Peer power! secure peer attachment mediates the effect of parental attachment on depressive withdrawal of teenagers, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 4068.
- Nearchou F., Flinn C., Niland R., *et al.* (2020), Exploring the impact of Covid-19 on

- mental health outcomes in children and adolescents: a systematic review, *Int J Environ Res Public Health*, 17: 8479.
- Octavius G.S., Silviani F.R., Lesmandjaja A., *et al.* (2020), Impact of Covid-19 on adolescents' mental health: a systematic review, *Middle East Current Psychiatry*, 27: 72.
- Panchal U., Salazar de Pablo G., Franco M., *et al.* (2021), The impact of Covid-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18: 1-27.
- Panda P.K., Gupta J., Chowdhury S.R., *et al.* (2021), Psychological and behavioral impact of lockdown and quarantine measures for Covid-19 pandemic on children, adolescents and caregivers: a systematic review and meta-analysis, *J Trop Pediatr*, 67.
- Piao J., Huang Y., Han C., *et al.* (2022), Alarming changes in the global burden of mental disorders in children and adolescents from 1990 to 2019: a systematic analysis for the global burden of disease study, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 31: 1827-45.
- Quotidiano Sanità (2019), *Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza*, disponibile al sito <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8398665.pdf>
- Raballo A., Poletti M., Valmaggia L., *et al.* (2021), Editorial perspective: Rethinking child and adolescent mental health care after Covid-19, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(9), 1067-1069.
- Racine N., McArthur B.A., Cooke J.E., *et al.* (2021), Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during Covid-19, *JAMA Pediatr*, 175: 1142-50.
- Romano F. (2021), *Uso di sostanze, binge eating e mindfulness in adolescenza: studio osservazionale su studenti di una scuola secondaria di secondo grado*, Tesi di laurea magistrale, Università degli Studi di Pisa.
- Sadeghirad B., Duhaney T., Motaghipisheh S., *et al.* (2016), Influence of unhealthy food and beverage marketing on children's dietary intake and preference: a systematic review and meta-analysis of randomized trials, *Obes Rev*; 17: 945-59.
- Sajid M.I., Tariq J., Waheed A.A., *et al.* (2020), SARS-CoV-2 & pediatric mental health: a review of recent evidence, *med Riv.*
- Samji H., Wu J., Ladak A., *et al.* (2022), Review: mental health impacts of the Covid-19 pandemic on children and youth: a systematic review, *Child Adolesc Ment Health*, 27: 173-89.
- Santomauro D.F., Mantilla Herrera A.M., Shadid J., *et al.* (2021), Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the Covid-19 pandemic, *The Lancet*, 398: 1700-12.
- Serra M., Camuffo M., Ancona V., Candeloro, *et al.* (2021), Severe social withdrawal in the developmental age: Results of a fact-finding survey about the experts' opinions, the resources, and the dedicated interventions in the Italian Child and Adolescent Neuropsychiatry Services. *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva*, 12-26.
- Shapiro O., Gannot R.N., Green G., *et al.* (2022), Risk behaviors, family support, and emotional health among adolescents during the COVID-19 pandemic in

- Israel, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 3850.
- Sharma M., Aggarwal S., Madaan P., *et al.* (2021), Impact of Covid-19 pandemic on sleep in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis, *Sleep Med*, 84: 259-67.
- Shen K., Yang Y., Wang T., *et al.* (2020), Global Pediatric Pulmonology Alliance. Diagnosis, Treatment, And Prevention of 2019 Novel Coronavirus Infection in Children: Experts' Consensus Statement, *World Journal of Pediatrics*, 1-9.
- SIEP – Società Italiana Di Epidemiologia Psichiatrica (2021), *Il focus dell'OMS sulla salute mentale degli adolescenti*, si veda il sito <https://siep.it/il-focus-delloms-sulla-salute-mentale-degli-adolescenti/>.
- Singh S., Roy D., Sinha K., *et al.* (2020), Impact of Covid-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: a narrative review with recommendations, *Psychiatry Res*, 293: 113429.
- Smetana J.G., Campione-Barr N., Metzger A. (2006), Adolescent development in interpersonal and societal contexts, *Annu. Rev. Psychol.*, 57, 255-284.
- Smirni P., Lavanco G., Smirni D. (2020), Anxiety in older adolescents at the time of Covid-19, *Journal of Clinical Medicine*, 9(10), 3064.
- Stavridou A., Stergiopoulou A.A., Panagouli E., *et al.* (2020), Psychosocial consequences of Covid-19 in children, adolescents and young adults: a systematic review, *Psychiatry Clin Neurosci*; 74: 615-6.
- Stiglic N., Viner R.M. (2019), Effects of screentime on the health and wellbeing of children and adolescents: a systematic review of reviews, *BMJ Open*, 9: e023191.
- Suchert V., Hanewinkel R., Isensee B. (2015), Sedentary behavior and indicators of mental health in school-aged children and adolescents: a systematic review, *Prev Med*, 76: 48-57.
- Temple J.R., Baumler E., Wood L., Guillot-Wright S., Torres E., Thiel M. (2022), The impact of the Covid-19 pandemic on adolescent mental health and substance use, *Journal of Adolescent Health*, 71(3), 277-284.
- Viner R.M., Russell S.J., Croker H., *et al.* (2020), School closure and management practices during coronavirus outbreaks including Covid-19: A rapid systematic review, *Lancet Child Adolesc. Health*, 4(5), 397-404.
- Viner R.M., Russell S.J., Saullé R., *et al.* (2022), School closures during social Lock-down and mental health, health behaviors, and well-being among children and adolescents during the first Covid-19 wave, *JAMA Pediatr*, 176: 400-9.
- Wang Z.H., Yang H.L., Yang Y.Q., *et al.* (2020), Prevalence of anxiety and depression symptom, and the demands for psychological knowledge and interventions in college students during Covid-19 epidemic: A large cross-sectional study, *Journal of Affective Disorders*, 275, 188-193.
- WHO (2021), *Mental health of adolescents*, disponibile al sito www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health.
- Zhen R., Li L., Li G., Zhou X. (2021), Social isolation, loneliness, and mobile phone dependence among adolescents during the Covid-19 pandemic: Roles of parent-child communication patterns, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-15.

Sitografia

https://www.istat.it/it/files//2018/07/Report_Salute_mentale.pdf
<https://www.istat.it/it/files/2022/04/1.pdf>
https://www.istat.it/it/files/2022/04/BES_2021.pdf
<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1670950226.pdf>
<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8347259.pdf>
https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=109723
<https://www.regione.lazio.it/notizie/Aiutamento%20giovani-10-9-mln-tutela-salute-mentale-prevenzione-disagio-psichico>
<https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2022-12/Piano-regionale-salute-mentale.pdf>
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3282_allegato.pdf
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>
<https://www.saluteinternazionale.info/2021/05/Covid-19-e-la-salute-degli-adolescenti/>

2. I disturbi emotivi comuni

Cosa sono i disturbi emotivi comuni

La definizione di disturbi emotivi comuni (DEC) risale a un libro del 1993, *Disturbi emotivi comuni: un approccio biosociale*, di Peter Huxley e David Goldberg, curatore Michele Tansella. La definizione di DEC portava a un approccio pragmatico, molto anglosassone, di ciò che fino ad allora era stato genericamente indicato con il termine “nevrosi”, ma anche con un proliferare di diagnosi nei manuali diagnostici, per differenziare queste forme della sofferenza psichica dalle malattie mentali gravi (Severe Mental Illness – SMI) (Ducci, 2019). Da allora essi hanno rappresentato e rappresentano oggi una grande sfida per i servizi pubblici di salute mentale perché pongono problemi di definizione e identificazione, problemi di gestione, di integrazione tra servizi.

Essi presentano un’alta prevalenza nella popolazione generale e determinano un peggioramento nella qualità di vita, un aumento costi diretti legati alla cura e un aumento di costi indiretti legati alla perdita di produttività.

Nonostante ciò, ad oggi la letteratura scientifica non è al passo con l’aumento delle diagnosi di DEC nella popolazione generale. Questa carenza di ricerche può essere dovuta al fatto che i ricercatori, così come i clinici, tendono a trattare le patologie mentali raggruppandole in categorie spesso troppo rigide. Di conseguenza abbiamo un vasto corpus di ricerche e trattamenti specifici per i disturbi d’ansia, per i disturbi dell’umore o di personalità (v. Reinholt *et al.*, 2022; Bilet *et al.*, 2020; Erickson *et al.*, 2007; Norton, Hope, 2005), ma ben poca ricerca su quelle condizioni di comorbidità che andrebbero trattate con approcci transdiagnostici. A tal riguardo, l’unico autore che ha proposto un modello transdiagnostico, rafforzato da studi di efficacia, è David Barlow (v. Barlow *et al.*, 2016), il quale ha incluso nel protocollo pazienti con diagnosi di disturbi d’ansia, ipocondria, disturbi affettivi, disturbi somatoformi e dissociativi, depressione maggiore e tutti i deficit nella capacità di regolazione delle emozioni.

Sul sito della Asl Roma 1 i disturbi emotivi comuni (DEC) sono definiti come “patologie molto frequenti nella popolazione generale e negli ambulatori dei medici di medicina generale. Si tratta di stati d’ansia o depressivi, lievi o moderati, oppure condizioni di stress cronico, insonnia, paure immotivate (fobie), idee ossessive, sintomi corporei di origine psicologica, ecc. Anche se considerati disturbi ‘minori’, i DEC possono causare una significativa sofferenza nel soggetto e nella propria famiglia. La qualità della vita non è buona; la vita lavorativa è insoddisfacente, come pure la vita affettiva. Questi disturbi producono dunque un certo grado di disabilità, ma spesso non vengono riconosciuti dai medici di base oppure sono scambiati per patologie organiche. È importante che vengano non solo riconosciuti, ma anche valutati attentamente poiché a volte essi rappresentano la prima manifestazione di un disturbo psichiatrico maggiore”.

Secondo la fonte SISM (Sistema Informativo Salute Mentale) del 2017, i DEC rappresentavano il 58% delle prestazioni erogate dai servizi di salute mentale. Con la pandemia, si è osservato un incremento considerevole di questi disturbi tanto che, nella Consensus Conference sulle terapie psicologiche su ansia e depressione (Istituto Superiore di Sanità, 2022), viene sottolineata l’esigenza di un potenziamento dei servizi di salute mentale nel trattamento di questi disturbi. Tale affermazione è stata recentemente corroborata dai risultati di un’analisi condotta dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica sul rapporto tra fabbisogno assistenziale, espresso dall’utenza in carico ai Dipartimenti di salute mentale, e la capacità assistenziale necessaria per realizzare tutte le azioni previste da raccomandazioni, linee guida, percorsi e protocolli di cura. Tale analisi ha mostrato che, nel 2019, prima della pandemia, i Dipartimenti di salute mentale erano in grado di rispondere correttamente a poco più del 55% del fabbisogno assistenziale stimato. In queste condizioni di difficoltà, i servizi di salute mentale danno necessariamente priorità ai disturbi mentali più gravi, come ad esempio la schizofrenia e i disturbi dell’umore con particolari caratteristiche di gravità, come il disturbo bipolare e l’episodio depressivo maggiore con sintomi psicotici. Tuttavia, il carico di sofferenza e di disabilità dei disturbi emotivi comuni è certamente maggiore di quello dei disturbi gravi sia perché anche tra i primi vi sono forme estremamente invalidanti, sia perché sono significativamente più diffusi.

A tal proposito, nelle considerazioni conclusive della sopra citata Consensus Conference sulle terapie psicologiche su ansia e depressione, viene sottolineata l’importanza e l’urgenza di sollecitare i servizi al potenziamento di psicoterapie evidence-based che attualmente vedono l’approccio cognitivo-comportamentale come il più efficace per i disturbi d’ansia e depressivi e un incremento della ricerca scientifica in salute mentale.

Molti DEC possono essere efficacemente trattati con una combinazione di interventi farmacologici e di interventi psicoterapeutici specifici; purtroppo, però, nei servizi pubblici, in cui le richieste di presa in carico aumentano al decrescere delle risorse disponibili, non è sempre possibile fornire tale supporto individuale (Ducci, 2019).

Come riportato da Lussetti e collaboratori (2011): “Lo studio ESEMED, un’indagine epidemiologica promossa dall’OMS, ha rilevato che in Italia solo il 16,9% delle persone che soffrono di un disturbo psichiatrico hanno chiesto un intervento sanitario e che la maggior parte di questi si è rivolta al medico di medicina generale (MMG). Il trattamento assunto è per lo più farmacologico (41,5%) e i farmaci più prescritti sono gli ansiolitici. Mentre le linee guida indicano il trattamento cognitivo-comportamentale come il trattamento di prima scelta per molti disturbi mentali comuni (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011), appena il 15% delle persone con DEC sono trattate solo con la psicoterapia, e spesso di non provata efficacia terapeutica”.

L’attivazione di gruppi strutturati per i DEC, secondo il modello manualizzato di psicoterapia cognitivo-comportamentale presentato in questo libro, si inserisce all’interno di questa cornice teorica e del mandato istituzionale affinché possa rappresentare un modello terapeutico efficace ed economico nel trattamento dei DEC.

I disturbi emotivi comuni nei servizi territoriali

Perché i DEC costituiscono un problema e una sfida impegnativa per i servizi di salute mentale? Secondo Grispini (2019), le ragioni sono più d’una.

In primo luogo, è proprio la loro alta prevalenza a farne un tema di riflessione. Nonostante essi vengano considerati (a torto) un argomento della cosiddetta “psichiatria minore”, la sofferenza soggettiva e le conseguenze sulla qualità della vita, l’azione cronica sui contesti di convivenza e su quelli scolastici e lavorativi non debbono essere sottovalutate.

In secondo luogo, non è affatto raro che alcune manifestazioni cliniche apparentemente sfumate siano in realtà dei prodromi o, come si preferisce dire oggi, degli “stati mentali a rischio”, di patologie psichiatriche più gravi e questo comporta il saperne valutare correttamente la prognosi.

In terzo luogo, è noto a tutti che circa il 50% degli utenti che si rivolgono ai servizi di salute mentale sono pazienti con quadri clinici moderati o lievi. Questo fatto ha delle conseguenze organizzative molto rilevanti. Se infatti il *core business* dei servizi psichiatrici deve mettere al primo posto i disturbi mentali gravi e complessi e dedicare loro la maggior parte delle risorse, con

quali risorse ulteriori è possibile affrontare il rilevante numero di richieste di aiuto per situazioni cliniche non gravi, ma che influenzano in modo rilevante la qualità della vita? Molti ritengono che si dovrebbero individuare soluzioni brevi o coinvolgere primariamente la medicina generale. Non sembrano, queste, soluzioni soddisfacenti. Dopotutto, i dipartimenti italiani non a caso si definiscono “dipartimenti di *salute mentale*”; questo implica che nella loro *mission* è inclusa la tutela della salute mentale della popolazione e non solo la gestione dei casi gravi.

Per tutte le ragioni sopra esposte, ripensare il ruolo dei servizi territoriali nella gestione dei DEC è un momento irrinunciabile. Oggi, in tempi di ristrettezza di risorse, dobbiamo sì fare delle scelte di priorità nel contesto della sanità pubblica, ma non possiamo risolvere il problema dei DEC derubricandoli o dando loro delle risposte inappropriate. Questo libro è il tentativo di dare una risposta reazionale, la migliore possibile anche se lungi dall’essere esaustiva, tenuto conto del contesto reale, ad un insieme di situazioni che, nel loro complesso, rappresentano un problema di sanità pubblica.

I disturbi emotivi comuni e medicina generale

La centralità dell’ottica territoriale nell’assistenza psichiatrica ha da sempre posto in primo piano la qualità dell’integrazione fra i servizi di salute mentale e la medicina generale.

Come afferma Grispini (2019), i dati epidemiologici mettono in evidenza che un paziente su quattro che frequenta l’ambulatorio del MMG presenta un problema di salute mentale. In 1/3 dei casi si tratta di un disturbo psichiatrico franco; nei restanti 2/3 si tratta di disturbi “sotto-soglia” (altrimenti definiti come “disturbi emotivi comuni”) che possono diventare disturbi franchi o rimanere tali. Bisogna tuttavia osservare che anche quando i disturbi sotto-soglia non evolvono in disturbi gravi possono comunque produrre molta sofferenza soggettiva e hanno un impatto rilevante sul funzionamento globale e sulla qualità della vita.

Dal momento che i CSM trattano non più del 2% della morbilità psichiatrica (SIEP, 2017), ciò vuol dire che la gran parte di essa viene “filtrata” dalla medicina generale.

Il filtro della medicina generale deve essere ben funzionante affinché l’intero sistema di agenzie coinvolto nella gestione della salute mentale possa essere sostenibile (Goldberg, Huxley, 1993).

La costruzione di un sistema integrato fra servizi psichiatrici e medicina generale è un tema ormai classico che non ha ancora ricevuto risposte né organiche, né univoche (Asioli *et al.*, 2007). Nel nostro Paese sono in atto

numerose iniziative di collaborazione; si tratta per lo più di esperienze che non hanno una metodologia definita, non rimandano a un modello chiaro e replicabile, non sempre dichiarano gli obiettivi e i risultati raggiunti.

L'integrazione fra servizi psichiatrici e medicina generale ha 3 obiettivi principali:

1. migliorare la capacità di riconoscimento da parte del MMG dei problemi di salute mentale nei propri assistiti;
2. decidere quando fare un invio appropriato ai servizi psichiatrici e quando trattare direttamente il paziente nel proprio ambulatorio;
3. saper usare i farmaci ed acquisire le competenze relazionali necessarie da parte dei medici di medicina generale.

In estrema sintesi, un funzionamento ottimale della medicina generale dovrebbe prevedere tre aspetti fondamentali:

1. riconoscere i pazienti che realmente presentano problemi di salute mentale;
2. trattare nel proprio ambulatorio una parte dei disturbi emotivi comuni;
3. inviare ai servizi di salute mentale i casi che presentano una gravità clinica moderata o grave.

Per raggiungere questi obiettivi lo strumento principale è quello di costruire una relazione di collaborazione con il MMG attraverso periodici incontri (di gruppo o individuali) di discussione sui casi e sui problemi relazionali che i medici si trovano a dover affrontare quotidianamente. Un altro strumento è quello di fornire al medico delle consulenze scritte sui casi da lui inviati.

In ogni caso, è necessario sottolineare che la tendenza a individuare nella medicina di base il luogo privilegiato per il trattamento dei problemi di salute più lievi non può essere del tutto assunta come una proposta esaustiva poiché, nonostante non si tratti di disturbi mentali gravi, ciò nondimeno la loro gestione non richiede soltanto una competenza farmacologica, ma anche una notevole competenza relazionale.

All'interno del Dipartimento di salute mentale del Distretto 14 della Asl Roma 1, è attivo dal 2022 un progetto pilota per la formulazione di un PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) sui disturbi emotivi comuni che vede coinvolti la medicina generale e il centro di salute mentale al fine di migliorare la collaborazione tra i due servizi e la qualità del lavoro clinico per fornire ai pazienti con DEC percorsi più lineari ed efficaci.

Percorsi di trattamento per i disturbi emotivi comuni

I disturbi emotivi comuni rappresentano, dunque, un rilevante problema di salute pubblica. Essi presentano un'alta prevalenza nella popolazione e determinano un peggioramento nella qualità di vita, un aumento costi diretti legati alla cura e un aumento di costi indiretti legati alla perdita di produttività. Nonostante la notevole diffusione di tali condizioni, la gran parte di essi non viene riconosciuto, non viene trattata o non chiede un aiuto (De Girolamo *et al.*, 2005).

È stato dimostrato, ad esempio, che la depressione può essere efficacemente curata nel contesto della *primary care* (WHO, 2012)¹, ma meno del 50% dei pazienti viene riconosciuto (Kohn *et al.*, 2004). Come scrive Grisipini (2019), ciò determina il fenomeno del cosiddetto “*treatment gap*”. Questo fenomeno può essere dovuto a molti fattori, fra i quali il timore dello stigma, ma anche all'incertezza sulle opzioni terapeutiche disponibili nel contesto pubblico. L'attivazione di gruppi strutturati secondo il metodo della terapia cognitivo-comportamentale, gruppi di *self-help*, gruppi esperienziali di stampo psicodinamico e gruppi psicoeducazionali possono rappresentare delle opzioni terapeutiche economiche e più allettanti per ridurre il *treatment gap* (Williams *et al.*, 2018).

Secondo Grisipini (2019), esiste un certo grado di confusione sul tema dei disturbi emotivi comuni. In primo luogo, l'*epidemiologia* di questi disturbi e il problema dell'inquadramento diagnostico. In secondo luogo, vi sono poi notevoli incertezze sulla possibilità che la medicina generale, il primo vero snodo dell'assistenza sanitaria, sia in grado di riconoscere questi casi, trattare i casi meno gravi o inviare quelli più gravi al servizio psichiatrico più adatto. In terzo luogo, non è chiaro quali percorsi terapeutici sostenibili possano essere attuati nei servizi di salute mentale che stanno sempre più orientando il loro *core business* verso i disturbi gravi e complessi, per di più in una condizione cronica di carenza di risorse.

Il tema del trattamento dei disturbi emotivi comuni deve partire da alcune premessa culturale.

- a) I nostri dipartimenti sono, non a caso, definiti come Dipartimenti di salute mentale. Questo vuol dire che essi hanno una *mission* orientata alla comunità nel suo complesso.

¹ Lo Stepped-Care Model (NICE, 2011) fornisce per i disturbi depressivi una cornice concettuale e organizzativa che aiuta gli operatori a identificare il tipo di interventi e le modalità di accesso ai servizi più appropriati in funzione alla tipologia dei bisogni. In sintesi, il percorso prevede una serie di step successivi, dal meno intrusivo, che inizia nell'ambulatorio del medico di base, a quello più complesso, per cui se il paziente non beneficia dell'intervento più semplice, passa a quello successivo.

- b) Essi debbono saper dunque combinare una presa in carico e una gestione sia dei casi gravi e complessi sia dei casi con gravità moderata e lieve.
- c) I percorsi di cura debbono essere differenziati in funzione della specificità dei bisogni clinici.

Da questa premessa scaturisce il fatto che, pur restando di prioritaria importanza la gestione dei casi gravi, i nostri servizi debbono porsi il compito di *definire un insieme di risposte sufficientemente appropriate per i quadri clinici meno gravi in un contesto a risorse limitate*. Per essere più espliciti (Grispini, 2019), se non è possibile garantire trattamenti psicoterapeutici per tutti (anche quando ve ne sarebbe l'indicazione), è altrettanto vero che dare alla medicina generale (come molti autori auspicano) il compito di gestire la maggior parte dei disturbi emotivi comuni sarebbe una soluzione non accettabile. Questo fatto ci impone di definire un percorso terapeutico interno ai servizi di salute mentale che, seppur non sempre ideale, rappresenti una risposta sensata in cui la componente psicologica del trattamento sia adeguatamente rappresentata. Se così non dovesse essere, finiremmo col dare solo risposte farmacologiche automatizzate, andando contro l'evidenza da sempre rilevata che la combinazione di interventi farmacologici e psicologici hanno effetti superiori rispetto ai due trattamenti effettuati separatamente.

Un percorso specifico per i disturbi emotivi comuni dovrebbe avere le seguenti caratteristiche:

1. valutazione, finalizzata soprattutto a escludere che il presunto disturbo emotivo comune non sia espressione di un quadro clinico più grave o un suo prodromo;
2. definizione di un programma terapeutico appropriato ai bisogni specifici;
3. inserimento del paziente in una o più delle seguenti attività:
 - consulenza;
 - invio al MMG con indicazioni operative scritte e periodici scambi di informazioni, per casi lievi a basso livello di mentalizzazione;
 - invio ad altri servizi se non di competenza psichiatrica;
 - intervento farmacologico con controlli periodici da parte dello psichiatra che effettua la valutazione (soprattutto per pazienti con scarso livello di introspezione o poco aderenti ad un intervento psicologico più strutturato);
 - intervento di sostegno psicologico o di psicoterapia dinamica breve (7-10 sedute) da parte dello psicologo;
 - intervento psicoterapia focalizzato e *time-limited* (6-12 mesi) su casi ben selezionati;
 - gruppo di auto-mutuo aiuto;

- gruppo multifamiliare;
- gruppo psicoeducazionale;
- intervento di gruppo strutturato secondo il modello cognitivo-comportamentale che, ad oggi, riporta maggiori dati e livelli di efficacia di trattamento per i disturbi emotivi comuni.

Secondo Grispini (2019), quelle sopra citate sono risposte sufficientemente appropriate ed “economicamente” gestibili all’interno dei servizi di salute mentale e nelle cosiddette “case di comunità”. Spostare l’asse dell’intervento dalla dimensione *one-to-one* a quella gruppale consente di garantire la sostenibilità dell’intervento su una significativa porzione delle richieste che giungono all’osservazione di una CSM.

In conclusione, di fronte all’incremento epidemiologico dei disturbi emotivi comuni, se i servizi di salute mentale non vogliono finire col diventare servizi medicalizzati (attraverso l’uso massiccio di ansiolitici e antidepressivi come risorsa terapeutica fondamentale), essi debbono conservare e promuovere, in concorso con un appropriato utilizzo della medicina generale, lo spirito originario dal quale sono nati e potenziare la loro *mission* originaria che resta quella di intervenire sui problemi di salute mentale, globalmente intesi, nella popolazione generale.

Protocollo di trattamento dei disturbi emotivi comuni per adulti

Nel 2018, presso il centro di salute mentale Distretto 14 della Asl Roma 1, è stato attivato il primo gruppo sui disturbi emotivi comuni per pazienti adulti secondo il protocollo manualizzato nel volume *Trattamento de disturbi emotivi comuni. Guida pratica per la conduzione di gruppi* (Martelli Venturi, 2019). Da questa esperienza, ne sono nate delle altre che si sono diffuse sia all’interno della stessa Asl, sia nel Lazio ma anche in tutto il territorio nazionale.

Riguardo l’efficacia del trattamento è in corso di stampa un articolo scientifico dove è stata effettuata una ricerca su 61 pazienti di età compresa tra i 18 e i 70 anni con disturbi emotivi comuni che hanno partecipato al protocollo di trattamento in questione da cui emerge un significativo miglioramento della sintomatologia ansioso-depressiva (Martelli Venturi *et al.*, 2023).

Struttura del protocollo

La struttura del protocollo ha come riferimento teorico principale la terapia cognitivo-comportamentale con l’integrazione dei seguenti modelli: la

terapia dialettico-comportamentale di Marsha M. Linehan, gli elementi di comunicazione efficace e la gestione dei rapporti interpersonali, la teoria dell'attaccamento, la teoria del trauma e della dissociazione. Il protocollo manualizzato sui DEC per adulti è articolato in 7 moduli, ognuno dei quali è costituito da 3 incontri per una durata complessiva di 6 mesi di trattamento (v. Martelli Venturi, 2019).

Il protocollo è articolato nei seguenti moduli:

- sicurezza e legame di attaccamento;
- le emozioni e le loro funzioni;
- regolazione emotiva;
- disturbi d'ansia;
- disturbi del tono dell'umore;
- comunicazione e abilità interpersonali;
- trauma e dissociazione.

Il razionale teorico che ha condotto alla formulazione del protocollo in questione nasce dall'idea che i 7 moduli rappresentino i punti cardine che qualunque percorso psicoterapeutico completo dovrebbe affrontare.

L'obiettivo del modulo "Sicurezza e legame di attaccamento" è quello di aumentare la funzione riflessiva rispetto al proprio funzionamento in relazione alle esperienze passate, con particolare riguardo alle emozioni, alla regolazione emotiva e alla gestione dei rapporti interpersonali. In questo modulo, ogni partecipante ha la possibilità di riconoscere lo stile di attaccamento avuto nell'infanzia e ripercorrere le modalità con cui ha appreso a gestire le emozioni e i rapporti interpersonali mettendoli in relazione con il funzionamento che presenta da adulto.

Il modulo "Le emozioni e le loro funzioni" ha l'obiettivo di insegnare ai partecipanti a discriminare le diverse emozioni a seconda del loro scopo, comprendere il collegamento tra emozioni, pensieri e comportamento, quindi aumentare la consapevolezza emotiva con la messa in discussione delle proprie credenze e dei pensieri attraverso la ristrutturazione cognitiva.

Il modulo "Regolazione emotiva" ha lo scopo di insegnare ai partecipanti il significato della regolazione/disregolazione emotiva e a riconoscere le condotte impulsive con l'obiettivo di imparare a gestire le crisi emotive in modo efficace; obiettivo del modulo è anche quello di insegnare strategie per imparare a tolleranza la sofferenza e a prendere decisioni con consapevolezza.

Il modulo "Disturbi d'ansia" ha lo scopo di sensibilizzare i partecipanti sulla natura dell'ansia e sui principali disturbi d'ansia (attacchi di panico, ansia generalizzata, ansia sociale, ansia legata allo stato di salute) secondo il modello cognitivo-comportamentale di Aaron T. Beck (1985). L'obiettivo

del modulo è quello di far acquisire informazioni sui sintomi fisici, cognitivi e comportamentali legati all'ansia, comprendere l'innescò di circoli viziosi di mantenimento del disturbo e insegnare strategie efficaci di gestione dell'ansia attraverso tecniche di respirazione, rilassamento progressivo e ristrutturazione cognitiva.

L'obiettivo del modulo "Disturbi del tono dell'umore" è quello di sensibilizzare i pazienti sulla depressione nelle sue diverse forme, sempre secondo il modello cognitivo-comportamentale di Aaron T. Beck (1967). Nel modulo viene affrontata la depressione nella sua espressione fisica, emotiva, cognitiva e comportamentale; il circolo vizioso che si attiva nel paziente depresso e che mantiene il disturbo nel tempo; nonché vengono fornite strategie efficaci per interrompere il circolo vizioso e gestire in modo efficace la depressione. L'ultima parte del modulo è dedicata al disturbo bipolare secondo il modello di trattamento di Colom e Vieta (2016); alla promozione del benessere psicologico e alla gestione dell'umore attraverso l'insegnamento di un corretto stile di vita.

Il modulo "Comunicazione e abilità interpersonali" è stato inserito perché costituisce un elemento importante e trasversale a tutti i disturbi nel contribuire al benessere psicologico: l'obiettivo del modulo è quello di insegnare ai partecipanti a riconoscere gli elementi essenziali della comunicazione, individuare il proprio stile comunicativo (passivo, assertivo, aggressivo), apprendere modalità funzionali di comunicazione assertiva, imparare a gestire i conflitti, a dire di "no" e a fare richieste in modo efficace. Nel modulo vengono, inoltre, insegnate: la tecnica del problem solving per la risoluzione efficace dei problemi, la comunicazione validante per migliorare i rapporti interpersonali e per ridurre la disregolazione emotiva, e le strategie per stabilire confini sani tra sé e gli altri.

Il modulo "Trauma e dissociazione" ha lo scopo di sensibilizzare il paziente sulla natura del trauma e della dissociazione e sul disturbo post-traumatico da stress. L'obiettivo del modulo è quello di insegnare ai partecipanti a riconoscere i sintomi legati ad esperienze traumatiche non elaborate. Nel presente modulo i partecipanti si espongono a esperienze immaginative guidate dal terapeuta che aiutano ad elaborare vissuti dolorosi di lieve entità.

Obiettivo dell'intervento

L'obiettivo generale dell'intervento è quello di fornire ai partecipanti un trattamento cognitivo-comportamentale sulle maggiori cause di sofferenza emotiva e fornire strategie utili di gestione efficace delle emozioni e del comportamento con conseguente riduzione dei sintomi ansioso-depressivi, miglioramento delle relazioni interpersonali e della qualità di vita, nonché ge-

neralizzare il cambiamento fuori dalla stanza della terapia e apprendere nuovi comportamenti in tutti i contesti di vita.

Metodologia dell'intervento

Il gruppo è a modalità “aperta” per consentire un maggiore accesso ai pazienti che possono inserirsi solo all’inizio di ogni modulo, ed è costituito da un minimo di 5 ad un massimo di 10 partecipanti e condotto da uno psicoterapeuta con il supporto, quando possibile, di uno psicologo tirocinante.

Il protocollo è articolato in brevi sessioni teoriche di psicoeducazione ed una forma di apprendimento attivo attraverso l'utilizzo di esercitazioni pratiche, tecniche esperienziali e role playing. Ad ogni partecipante viene consegnato di volta in volta del materiale cartaceo specifico per ogni modulo, da utilizzare anche a casa per gli homework, al fine di generalizzare nel contesto di vita quotidiana le strategie apprese durante le sedute di gruppo.

Presso il centro di salute mentale Distretto 14 della Asl Roma 1 il paziente effettua un colloquio di accoglienza con un infermiere e un assistente sociale a cui segue, se risultata idonea la richiesta al servizio, una seconda fase di valutazione con uno psicologo e uno psichiatra che compilano un PTI (Piano di Trattamento Individualizzato). Se il paziente rientra nella diagnosi di disturbo emotivo comune, il progetto terapeutico può prevedere il trattamento farmacologico e la psicoterapia di gruppo per i DEC o solo la psicoterapia di gruppo. Il paziente viene seguito dal servizio per un massimo di 1 anno ed effettua incontri mensili di monitoraggio con uno psichiatra e uno psicologo se assume anche una terapia farmacologica. Se, invece, non è ritenuta necessaria la terapia farmacologica, il paziente partecipa solamente al protocollo di psicoterapia di gruppo per i DEC della durata di 6 mesi. Alla fine del percorso, il trattamento o si conclude oppure il paziente viene inviato al medico di medicina generale per proseguire il controllo farmacologico e l'eventuale scalaggio del farmaco prescritto.

Efficacia e vantaggi dell'intervento

Al campione dei 61 pazienti che hanno partecipato al trattamento di gruppo prima e dopo il trattamento sono state somministrate le seguenti scale: Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) per la sintomatologia generale, Beck Depression Inventory (BDI) per la depressione, Anxiety Sensitivity Index (ASI) e State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) per l'ansia, Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measures (CORE-OM) per l'esito del trattamento e un questionario di gradimento.

I risultati evidenziano una significativa riduzione nella severità generale dei sintomi e un miglioramento esteso sia dei sintomi depressivi che di quelli ansiosi, nonché un grado di auto-percezione di miglioramento del benessere soggettivo (v. Martelli Venturi *et al.*, 2023).

Secondo questo modello, il fattore comune ai DEC è una difficoltà da parte dei pazienti nella regolazione delle emozioni, pertanto il protocollo si pone come obiettivo principale quello di insegnare ai partecipanti a riconoscere i disturbi ansioso-depressivi, aumentare la capacità autoriflessiva, modificare i fattori di mantenimento dei disturbi attraverso la ristrutturazione cognitiva dei pensieri, insegnando tecniche di rilassamento, respirazione e immaginative, nonché utilizzando strategie comportamentali più efficaci di gestione delle emozioni dolorose. In letteratura, è presente un solo protocollo unificato per il trattamento transdiagnostico dei disturbi emotivi comuni, ideato dallo psicologo americano David Barlow (2021) basato sull'approccio cognitivo-comportamentale che riporta, anch'esso, dati di efficacia.

Il protocollo transdiagnostico permette di effettuare un trattamento integrato non solo per il problema principale di cui soffre il paziente, ma anche per le eventuali comorbidità. È stato riscontrato, infatti, in molti studi, che ansia e depressione coesistono in un'ampia percentuale di pazienti. Inoltre, le strategie di gestione emotiva e comportamentale insegnate in questo protocollo si basano su principi comuni della psicoterapia cognitivo-comportamentale che già trova applicazione nei trattamenti psicoterapici riportando prove di efficacia.

I vantaggi dell'intervento sono relativi anche al trattamento di gruppo rispetto al trattamento individuale per diverse ragioni:

- il gruppo permette di trattare più pazienti contemporaneamente;
- riduce lo stigma legato ai problemi di salute mentale;
- aiuta a sviluppare un senso di appartenenza e condivisione;
- accelera il processo di miglioramento nel confronto di esperienze simili e nello stimolare risposte reciproche e di sostegno nella risoluzione di problemi.

Bibliografia

- Asioli F., Berardi D. (2007), *Disturbi psichiatrici e cure primarie*, Il Pensiero Scientifico: Roma.
- Barlow D.H. (2021), *Il protocollo unificato per il trattamento transdiagnostico dei disturbi emotivi. Guida per il terapeuta*, FrancoAngeli: Milano.
- Barlow D.H., Allen L.B., Choate M.L. (2016), Toward a unified treatment for emotional disorders-republished article, *Behavior therapy*, 47(6), 838-853.

- Beck A.T. (1967), *La depressione*, Bollati Boringhieri: Torino, 1978.
- Beck A.T., Emery C., Greenberg R.L. (1985), *Anxiety Disorders and Phobias: A cognitive perspective*, Basic Books: New York; trad. it. *L'ansia e le fobie*, Astro-labio: Roma, 1988).
- Bilet T., Olsen T., Andersen J.R., Martinsen E.W. (2020), Cognitive behavioral group therapy for panic disorder in a general clinical setting: a prospective cohort study with 12 to 31-years follow-up, *BMC psychiatry*, 20(1), 1-7.
- Colom F., Vieta E. (2006), *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare*, Fioriti: Roma.
- De Girolamo G., Polidori G., Morosini P., et al. (2005), Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: il progetto ESEMED-WMH, *Epidemiologia Psichiatria Sociale*, 8.
- Ducci G. (2019), *Introduzione*, in Martelli Venturi I., *Trattamento dei disturbi emotivi comuni: guida pratica per la conduzione di gruppi*. FrancoAngeli: Milano.
- Erickson D.H., Janeck A.S., Tallman K. (2007), A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders, *Psychiatric Services*, 58(9), 1205-1211.
- Goldberg D., Huxley P. (1993), *I disturbi emotivi comuni. Un approccio bio-sociale*, Il Pensiero Scientifico Editore: Milano.
- Grispini A. (2019), capitolo I e II, in Martelli Venturi I., *Trattamento dei disturbi emotivi comuni: guida pratica per la conduzione di gruppi*, FrancoAngeli: Milano.
- Istituto Superiore di Sanità (2022), *Consensus Conference sulle terapie psicologiche su ansia e depressione*, disponibile al sito www.iss.it/documents/20126/0/Consensus_1_2022_IT.pdf.
- Kohn R., Saxena S., Levav I., Saraceno B. (2004), The treatment gap in mental health care, *Bull World Health Organ*, 82(11): 858-866.
- Martelli Venturi I. (2019), *Trattamento dei disturbi emotivi comuni: guida pratica per la conduzione di gruppi*, FrancoAngeli: Milano.
- Martelli Venturi I., Nicitra R., Rossi V., et al. (in corso di stampa), Manualized Cognitive-Behavioral Group Psychotherapy Protocol for Common Emotional Disorders: a Pilot Study, *Journal of Contemporary Psychotherapy*.
- Ministero della Salute (2017), fonte SISM (Sistema Informativo Salute Mentale), disponibile al sito www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2841_ulterioriallegati_ulterioreallegato_3_alleg.pdf.
- NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence (2011), Common mental health disorders. Identification and pathways to care, *National Clinical Guideline*, 123, nice.org.uk/nicemedia/live/13476/54604/54604.pdf.
- Norton P.J., Hope D.A. (2005), Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(2), 79-97.
- Reinholt N., Hvenegaard M., Christensen A.B., et al. (2022), Transdiagnostic versus diagnosis-specific group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders and depression: A randomized controlled trial, *Psychotherapy and psychosomatics*, 91(1), 36-49.
- SIEP – Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (2017), *La salute mentale in*

Italia. Analisi delle strutture e delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale, a cura di F. Starace, F. Baccari, F. Mungai, *Quaderni di epidemiologia psichiatrica*, 1.

WHO – World Health Organization (1998), *Well-being in primary healthcare/ The Depcare project*, Copenhagen: WOH Regional Office for Europe.

WHO – World Health Organization (2012), *Depression Factsheet*, 369, Stockholm.

Williams C., McClay C.A., Matthews L., *et al.* (2018), Community-based group guided self-help intervention for low mood and stress: randomised controlled trial, *British Journal of Psychiatry*, 212(2), 88-95.

3. *La terapia cognitivo-comportamentale*

Origini della terapia cognitiva

La terapia cognitivo-comportamentale si sviluppa negli anni '60 a partire dal contributo di due clinici di formazione psicanalitica: Aaron Beck e Albert Ellis. Fu nel 1976 che Beck coniò la definizione di “*psicoterapia cognitiva*”.

Ancora oggi, la terapia cognitiva di Beck riveste un ruolo dominante nell'Associazione Internazionale di Psicoterapia Cognitiva ma il cognitivismo clinico è tutt'altro che un campo omogeneo, difatti al suo interno si distinguono circa una ventina di approcci diversi. Ciò che, però, li assimila tutti è la comune enfasi sulle *strutture di significato* e sui *processi di elaborazione dell'informazione* e, dunque, il riconoscimento della variabile cognitiva come predominante nella spiegazione dei fenomeni clinici. Ciò che li distingue è un insieme abbastanza eterogeneo di questioni di teoria generale e clinica che si riflette sulla differenza nell'utilizzo di tecniche terapeutiche.

La versione più diffusa della storia delle origini della terapia cognitiva è che si sia sviluppata dalle terapie comportamentali ma, in realtà, l'incontro con il comportamentismo viene solo in un secondo momento e segue due vie: da un lato, autori cognitivisti, a partire proprio dai fondatori Beck ed Ellis, recuperano del comportamentismo l'attenzione al metodo scientifico applicato alla clinica e agli esiti e le tecniche tipiche della terapia comportamentale; dall'altro, invece, autori di formazione comportamentale, come Rachman o Meichenbaum, integrano il ruolo delle variabili cognitive nella cornice teorica comportamentale (Semerari 2000, in APC, 2023).

Dunque, l'origine della terapia cognitiva parte dalla psicoanalisi, nel cui ambito Beck ed Ellis si erano formati e che assume per entrambi il valore di un riferimento critico rispetto a cui differenziare lo sviluppo delle proprie idee. Gli autori riflettono la crisi della psicoanalisi degli anni '60 negli Stati

Uniti, così come venne vissuta da molti analisti americani della loro generazione. Tale crisi sembrava riflettere i due livelli della teoria psicoanalitica individuati da Rapaport (1960): per la teoria clinica e per la metapsicologia una delle esigenze più importanti era quella di rinnovare la teoria e la prassi clinica a partire da ciò che concretamente pensa e prova il paziente (Semerari, 2000).

A partire da queste considerazioni, Beck ed Ellis indagarono in modo sistematico le rappresentazioni coscienti o preconscie del paziente che precedono, accompagnano e seguono immediatamente uno stato emotivo problematico al fine di comprendere, con un minimo di inferenza, le ragioni di molte sofferenze emotive e del loro perpetuarsi nel tempo. Beck chiamò tali rappresentazioni “*pensieri automatici*”. Dall’osservazione sistematica dei pensieri automatici dei pazienti, gli autori si accorsero che ogni persona esprimeva una modalità costante di attribuzione di significato agli eventi che la contraddistingueva. Ad esempio, una paziente, in tutte le relazioni interpersonali, riferiva quasi sempre di temere di annoiare gli altri, incluso il terapeuta, un’altra, invece, temeva di essere presa in giro ecc. Queste ricorrenze tematiche indicano, secondo tutti gli autori cognitivisti, l’esistenza di regole di inferenza e di strutture di significato stabili che sottendono i processi di pensiero e l’attività immaginativa. Tali strutture vengono denominate “*schema cognitivo*” e rappresentano il principio secondo cui due persone interpretano la stessa situazione in modo completamente diverso e la stessa persona tende ad essere coerente nelle sue interpretazioni concettualizzando situazioni diverse nello stesso modo. Il concetto di schema è alla base delle differenze psicologiche tra le persone e alla base delle somiglianze con se stessa. Infatti, viene a costituire il fondamento delle teorie cognitive della personalità: cosa rende due persone psicologicamente diverse tra loro, e cosa rende una persona psicologicamente simile a se stessa nel corso del tempo (Beck, Freeman *et al.*, 1990)

Nella terapia standard di Beck, gli schemi vengono definiti *disfunzionali* perché distorcono la realtà, provocano sofferenza e sono pervasivi. A partire da questo presupposto, l’idea di Aaron Beck è che il pensiero costituisce sia il problema psicologico primario che la cura stessa.

Caratteristiche della terapia cognitiva standard

Sulla base di questi concetti, Beck elaborò un modello di intervento clinico attivo, breve, focale e facilmente riproducibile che permise di essere sottoposto a verifica di efficacia attraverso studi controllati. Gli assunti alla base del modello sono tre:

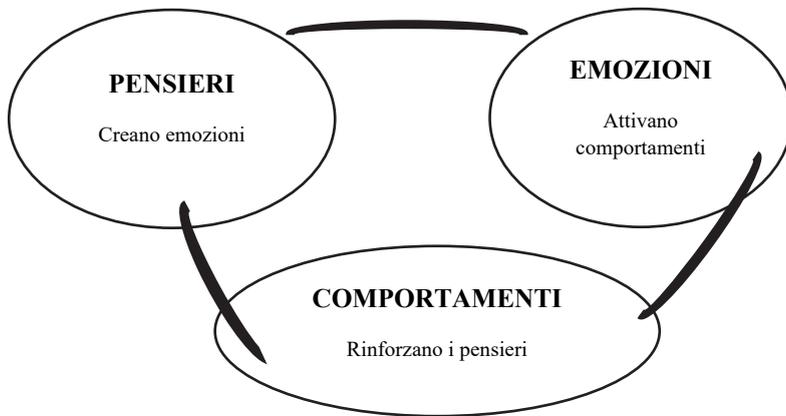
- gli *schemi cognitivi disadattivi*, che regolano in modo patogeno l'elaborazione dell'informazione, sono la caratteristica centrale dei disturbi psicologici e sono specifici per i vari disturbi. Pertanto, pur riconoscendo l'importanza delle differenze caso-specifiche, l'intervento standard è essenzialmente mirato alla correzione dei modelli disadattivi propri del disturbo presentato e degli errori procedurali che li mantengono;
- gli schemi si esprimono attraverso *pensieri automatici e immaginazione cosciente*. Pertanto, paziente e terapeuta collaborano insieme per individuare schemi disadattivi che influenzano la vita emotiva del paziente causandone sofferenza e, attraverso un atteggiamento introspettivo, volto alla presa di coscienza dei significati personali con cui la persona organizza le proprie esperienze di sé e del mondo, si delinea il percorso terapeutico;
- gli schemi vengono espressi sotto forma di *convinzioni e credenze* che vengono sottoposti ad analisi logica e verifica empirica. Attraverso la presa di distanza critica, il paziente può modificare gli schemi disadattivi, correggere, quindi, il processo di elaborazione dell'informazione che ha la conseguenza di alleviare la sintomatologia clinica.

Per raggiungere gli obiettivi terapeutici, l'approccio standard alla terapia cognitiva fa riferimento a diverse tecniche sia di tipo cognitivo che comportamentale: le *tecniche comportamentali* facilitano l'apprendimento di nuove modalità di risposta attraverso compiti di esposizione graduale alle situazioni temute e il fronteggiamento attivo degli stati di disagio; le *tecniche cognitive* aiutano a sviluppare capacità autoriflessive attraverso l'osservazione di pensieri ricorrenti, schemi fissi di ragionamento e di interpretazione della realtà, che sono alla base della sofferenza.

Strategie e tecniche della terapia cognitivo-comportamentale

La psicoterapia cognitivo-comportamentale prevede l'utilizzo di specifiche strategie e tecniche che si inseriscono all'interno di protocolli di trattamento validati scientificamente e che vengono applicate dal terapeuta in funzione degli obiettivi concordati con il paziente e in base al disturbo. Il principio generale è la correlazione esistente tra pensieri, emozioni e comportamento, come rappresentato nella figura sottostante.

Figura 1. CBT e relazione tra pensieri emozioni e comportamento



Per la psicoterapia cognitiva assumono un ruolo centrale i significati personali con cui la persona interpreta gli eventi. Naturalmente, il terapeuta cognitivo ritiene importante la storia di vita, il contesto ambientale e il comportamento quanto le emozioni ma, in misura maggiore, è interessato al modo con cui gli eventi passati e attuali sono stati e vengono interpretati dalla persona (Igea, 2023; Semerari, 2000).

Ogni persona “legge” se stesso, le altre persone, il mondo e la vita in un modo intimo e personale, interpretando gli eventi alla luce delle strutture di significato di cui è portatore. Tali strutture cognitive profonde vengono chiamate, come già detto, “*schemi mentali*”. In altre parole, uno schema è una tendenza stabile ad attribuire un certo significato agli eventi. Ad esempio, una persona che ha uno schema di sé del tipo “Non sono amabile” penserà che nessuno mai potrà amarla e potrà interpretare la fine di una relazione non come un evento che può capitare a tutti, e che di solito è influenzato da più fattori, ma come la prova del fatto che nessuno l’ha mai amata e la potrà mai amare. I contenuti degli schemi cognitivi vengono considerati come delle verità assolute. Questi pensieri sono, infatti, globali, rigidi e ipergeneralizzati rispetto alle altre forme di cognizione. Essi possono riguardare noi stessi (schema di sé), gli altri (schema dell’altro) e la relazione di sé con l’altro (schema interpersonale).

La teoria di fondo sottolinea l’importanza delle distorsioni cognitive e della rappresentazione soggettiva della realtà nell’origine e nel mantenimento dei disturbi emotivi e comportamentali (APC, 2023).

Facendo un altro esempio di come l’interpretazione dei fatti influenzi le emozioni e il comportamento che ne consegue, supponiamo la situazione di

tre amici che si danno appuntamento per mangiare una pizza insieme. Due arrivano all'orario concordato, mentre l'altro è in ritardo di mezz'ora, non ha avvisato e il cellulare è spento. Nell'attesa, i due amici reagiscono in modo completamente diverso: uno è un po' seccato perché comincia ad avere fame e pensa che è il solito ritardatario, quindi propone di sedersi al tavolo e iniziare ad ordinare; l'altro, invece, si sente preoccupato, pensa che possa aver fatto un incidente o che possa essere successo qualcosa di grave, quindi si siede al tavolo, ma nervosamente si alza e ogni tanto va vicino alla porta per vedere se l'amico arriva o prova a telefonare insistentemente. Cosa spiegano questi due differenti comportamenti in risposta allo stesso evento? La differente reazione emotiva e comportamentale è determinata dall'interpretazione che i due soggetti danno al ritardo, quindi dai loro pensieri.

Il modello cognitivo ipotizza che il pensiero distorto e disfunzionale sia comune a tutti i disturbi psicologici e che sia il responsabile del protrarsi delle emozioni dolorose e della sintomatologia del paziente, sviluppando circoli viziosi che mantengono la sofferenza nel tempo (Terzocentro, 2023).

Prendendo un altro esempio, tipico di chi soffre di attacchi di panico, può succedere che una persona, in autobus, sperimenti un improvviso attacco di panico che si presenta con tachicardia, sudorazione eccessiva, senso di confusione mentale e allora pensa: "sto per svenire". Da questo episodio, la sua vita si modifica perché inizia ad evitare tutte le situazioni in cui teme si possa riverificare l'attacco di panico (mezzi pubblici, luoghi chiusi e affollati, ecc.) e quando esce inizia a prendere delle precauzioni per evitare che si verifichi l'attacco (si porta sempre una bottiglia d'acqua o sali minerali, respira più profondamente, si fa accompagnare sempre da qualcuno, ecc.). Questi comportamenti hanno l'effetto immediato di ridurre l'ansia ma nel medio e nel lungo termine alimentano il disturbo da attacchi di panico mantenendo la sofferenza.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale si propone, di conseguenza, di aiutare i pazienti a individuare i pensieri ricorrenti e gli schemi disfunzionali di ragionamento e d'interpretazione della realtà, al fine di sostituirli e/o integrarli con convinzioni più funzionali e aiutare il paziente a riprendere una vita normale con un buon funzionamento globale (APC, 2023).

A tal proposito utilizza diverse strategie e tecniche sia cognitive che comportamentali. Le principali sono quelle presentate a seguire.

La tecnica dell'ABC

Coniata da Albert Ellis nel 1962, la tecnica dell'ABC è uno schema mentale di grande utilità clinica che aiuta il terapeuta a mettere in ordine le informazioni riportate dal paziente. Ha lo scopo di fare ordine e aumentare la consapevolezza del paziente attraverso un'analisi dettagliata degli eventi dolorosi distinguendo la situazione scatenante (A), i pensieri automatici o le immagini (B), l'emozioni e la reazione comportamentale (C). Prima di introdurre l'ABC, è importante dedicare una seduta alla psicoeducazione sulle emozioni principali al fine di allenare il paziente a sviluppare capacità auto-riflessive. Si possono spiegare i correlati somatici, tipici delle emozioni di base, con la relativa disposizione all'azione (Beck, Emery, 1985) e individuare l'intensità dell'emozione su una scala di intensità numerica.

Durante la procedura, il terapeuta tende a ridurre al minimo il livello di inferenza e tende a recuperare il maggior numero dei dettagli nella descrizione dell'esperienza, ponendo domande in modo da favorire nel paziente il massimo possibile di esplorazione dei propri processi interiori. Successivamente, si istruisce il paziente a fare un compito di auto-osservazione nel momento in cui si trova a sperimentare un'emozione intensa. Il paziente è invitato a individuare gli antecedenti ambientali che scatenano l'emozione (C) e a chiedersi: "Dov'ero? Cosa stavo facendo? Con chi stavo?", poi: "Cosa ho pensato?" o "Quale immagine mi è passata per la mente?" (B) e poi ancora: "Cosa provo? Quali reazioni fisiologiche o sintomi ho provato? Cosa ho fatto?" (C).

Nell'esempio sottostante si può osservare un ABC tipico di un paziente che soffre di disturbo da attacchi di panico.

Tabella 1. Esempio di ABC di un paziente con disturbo da attacchi di panico

A Situazione	B Pensiero	C Conseguenze emotive e comportamentali
Sono al centro commerciale e avverto una sensazione di giramento di testa	Ecco sto per svenire	Ansia Tachicardia Confusione mentale Preso acqua e zucchero e sono andato al Pronto Soccorso

La ristrutturazione cognitiva

La ristrutturazione cognitiva è un intervento terapeutico che mette in discussione le convinzioni del paziente. Una volta che il paziente inizia a essere più consapevole del legame tra le sue emozioni, i suoi pensieri e il suo comportamento, può iniziare a riflettere su diverse modalità di interpretazione della situazione, provando a pensare a delle ipotesi alternative alle sue credenze di base. Ad esempio, se il paziente con attacchi di panico ogni volta che sente una sensazione di debolezza alle gambe pensa “ecco sto per svenire” potrebbe cominciare a mettere in discussione questa credenza pensando che si tratta solamente di una sensazione fisica innocua dovuta alla stanchezza. Questo pensiero lo farebbe sentire più tranquillo e modificherebbe anche la sua reazione fisiologica, avendo come conseguenza una diminuzione dei sintomi e una sensazione di maggiore benessere che lo porterebbe a proseguire la sua passeggiata al centro commerciale. Per arrivare a mettere in discussione il pensiero, il terapeuta si pone come scienziato che stimola la riflessione del paziente che, da solo, deve arrivare a valutare possibili altre alternative alle sue credenze. Le domande vanno formulate in modo tale che sia il paziente a dover dimostrare a se stesso, prima ancora che al terapeuta, che il suo pensiero negativo è plausibile e fondato o viceversa, dimostrare che è privo di basi logiche e/o empiriche. In tal modo si incoraggia il paziente ad assumere una posizione di distacco critico che fino a quel momento non aveva mai esaminato ma dato per scontato il valore di verità alle sue credenze.

Prendendo l'esempio precedente, il terapeuta deve stimolare un ragionamento rispetto alla credenza “sto per svenire” chiedendo esattamente in modo dettagliato cosa teme possa succedere.

T: Mi può spiegare bene cosa teme esattamente?

P: Quella sensazione di testa confusa mi fa avvertire che sto per svenire...

T: Come immagina possa avvenire questo svenimento?

P: Non saprei. Sento quella sensazione di gambe molli e vedo tutto confuso.

T: E come si immagina?

P: Accasciato a terra da solo.

T: E cosa teme potrebbe succedere?

P: Rimango solo nessuno mi soccorre e muoio.

Nel cognitivismo standard si chiede esplicitamente al paziente di stimare questa probabilità (Ruggiero, 2012; Leahy, Holland, 2000).

T: Che probabilità ci sono che lei possa morire nel caso svenisse da 0 a 100?

P: Non lo so non ci ho mai pensato, forse 80.

T: Secondo lei tutte le persone che hanno una sensazione di svenimento muoiono?

P: No, non credo.

T: È possibile che se muoiono sia per altri motivi e non per una sensazione di svenimento?

P: penso di sì.

Anche la gravità è un aspetto soggettivo. Salvo disastri e sciagure che in tutti attivano una sensazione intensa di pericolo volta alla sopravvivenza, molto più attaccabili sono, invece, i pensieri negativi legati a stati interiori. Per esempio, per alcuni può essere più minaccioso morire, per altri svenire, per altri soffrire o per altri ancora immaginarsi soli. Dunque, si fa riflettere il paziente sul senso di gravità soggettivo (Leahy, Holland, 2000).

T: Supponiamo pure l'ipotesi peggiore che lei svenisse, cosa ci sarebbe di così tanto terribile? Quale sarebbe l'esito peggiore di questa situazione che teme?

P: Rimarrei solo: nessuno mi soccorrerebbe.

T: Secondo lei è l'unico esito possibile o ce ne sono altri meno terribili?

P: Bo, forse qualcuno se ne accorgerebbe.

T: E qual è l'esito più probabile?

P: Chiamerebbero l'ambulanza.

T: Sarebbe anche possibile che si riprendesse subito?

P: Sì, infatti già mi è successo, non sono mai svenuto.

A questo punto il terapeuta può fare psicoeducazione sulla differenza tra ansia e sensazioni di svenimento marcando il concetto che si tratta di due reazioni fisiologiche contrapposte e che in uno stato d'ansia la pressione è più alta, i muscoli sono tesi, ecc. mentre quando si sviene la pressione si abbassa e c'è uno stato di cedimento del corpo e non di attivazione come nel caso dell'ansia. Poi si può riformulare la domanda sulla probabilità che il paziente ha di svenire.

T: Adesso, su una scala da 0 a 100, quanto crede probabile di poter svenire quando sente quelle sensazioni?

P: Forse meno... 40.

Le tecniche metacognitive

Per metacognizione si intende l'insieme di conoscenze e i processi di controllo relativi al proprio funzionamento metacognitivo. Per possedere una competenza metacognitiva occorre possedere una teoria della mente (TdM), ovvero la capacità di rappresentarsi eventi mentali, di attribuire a sé e agli altri stati mentali e di prevedere e spiegare il comportamento manifesto sulla base di queste rappresentazioni (Semerari, 2000). Pertanto, s'intende l'insie-

me di abilità che consentono di riconoscere stati mentali propri e altrui, di riflettere e ragionare su di essi e di utilizzare tali informazioni per padroneggiare la sofferenza soggettiva (Carcione *et al.*, 2010, Carcione *et al.*, 2011; Semerari *et al.*, 2003; Carcione *et al.*, 2016).

Le tecniche di terapia cognitiva sono state elaborate per identificare e correggere schemi e convinzioni disfunzionali: esse utilizzano le capacità metacognitive del paziente al fine di potenziare la capacità autoriflessiva. Già Beck nel 1976 scriveva:

il distanziamento implica la capacità di distinguere tra “io credo” (opinione soggetta a confutazione) a “io sono” (un fatto indiscutibile). La capacità di compiere questa distinzione è d’importanza cruciale nel modificare le convinzioni distorte del paziente. In parecchi disturbi psicologici un importante distinzione del pensiero deriva dalla propensione del paziente a personalizzare eventi che non hanno una connessione causale con lui. La tecnica di spingere il paziente a liberarsi dall’abitudine di considerarsi il centro di tutti gli eventi è chiamato decentramento (1976, p. 177).

Le abilità che costituiscono la metacognizione sono:

attribuire e riconoscere stati mentali a sé e agli altri a partire da espressioni facciali, stati somatici, comportamenti e azioni; riflettere e ragionare sugli stati mentali; utilizzare le informazioni sugli stati mentali per decidere, risolvere problemi o conflitti psicologici e interpersonali e padroneggiare la sofferenza soggettiva (Semerari *et al.*, 2008).

Le tecniche cognitive standard tendono a incrementare le funzioni metacognitive e, per poter essere efficaci, ne presuppongono un buon funzionamento di base. Tanto più il paziente è grave tanto più sono compromesse le funzioni metacognitive.

Carcione, Nicolò e Semerari (2016) distinguono le capacità metacognitive in: *monitoraggio* (capacità di riconoscere la relazione tra emozioni e pensieri che costituiscono uno stato mentale e motivazione e scopi connessi al comportamento); *integrazione* (capacità di riflettere sui diversi stati e processi mentali e ordinarli secondo una gerarchia di rilevanza e da rendere coerente il comportamento rispetto ai propri scopi); *differenziazione* (saper distinguere tra rappresentazioni interne fatte di fantasie, opinioni, ricordi, ipotesi, ecc. e la realtà dei fatti); *decentramento* (capacità di comprendere la mente dell’altro); *capacità di mastery* (capacità dell’individuo di affrontare i propri stati interni come problemi da risolvere, anziché come condizioni ineluttabili e di utilizzare la propria conoscenza psicologica come fonte di informazione per pianificare strategie di *coping* flessibili e adeguate.

Le tecniche comportamentali

Le strategie comportamentali sono parte integrante del lavoro cognitivo perché hanno lo scopo di far sperimentare al paziente nuove esperienze da cui imparare nuove modalità di elaborazione dell'informazione a livello cognitivo e non sono, quindi, solo tentativi di instaurare nuovi riflessi comportamentali. Le diverse tecniche comportamentali sono le seguenti.

L'esposizione con prevenzione della risposta (ERP). L'ERP è un intervento di dimostrata efficacia per il trattamento dei disturbi d'ansia, in particolare per il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e per il disturbo di panico (Barcaccia, Perdighe, 2005). Molti studi (Foa *et al.*, 1984; Rasmussen, Tsuang, 1986; Marks, 1997; Foa, Franklin, 2001) evidenziano come l'efficacia della ERP nella riduzione o nella scomparsa dei sintomi si mantenga stabile nel tempo (da 3 mesi fino a 6 anni dalla fine della terapia) per la maggior parte dei pazienti che completano con successo il trattamento. Inoltre, il cambiamento sintomatologico non si risolve semplicemente in uno spostamento del sintomo ma esita in un cambiamento esteso e stabile (Lakatos, Reinecker, 1999). Per una rassegna sui singoli aspetti dell'efficacia della ERP si può far riferimento ad un articolo di Mancini e Gragnani, del 2005, pubblicato su *Cognitivismo clinico*.

Gli esercizi comportamentali comprendono un lavoro di esposizione graduale ad esperienze potenzialmente temute dal paziente, al fine di desensibilizzarlo all'emozione negativa associata. Si tratta di veri e propri "esperimenti" che terapeuta e paziente progettano insieme in seduta. Questi hanno lo scopo di falsificare le convinzioni disfunzionali che sono alla base dei disturbi emotivi del paziente.

Si possono programmare esposizioni in "vivo" in seduta. Riprendendo l'esempio della paziente con disturbo di panico, che aveva la convinzione disfunzionale che la sensazione di confusione mentale presente durante le crisi di ansia portasse a un imminente svenimento, si potrebbe programmare un'esposizione in "vivo" in seduta provocando la sensazione di svenimento attraverso esercizi di iperventilazione che servono ad aumentare la frequenza e la profondità del respiro per auto-indurre nel paziente un eccesso di ossigeno nel cervello e, dunque, un'innocua sensazione di sbandamento. Questo esperimento può essere fatto in diversi modi: far respirare il paziente attraverso una cannuccia e tappare il naso per 1 minuto, oppure fare un respiro corto per 1 minuto, oppure mettere la testa tra le gambe per 30 secondi e poi alzarsi rapidamente, ecc. La riproduzione di questo esperimento permette al paziente di capire che la sensazione di confusione mentale e sbandamento non sono causate da un possibile svenimento, bensì causate dall'eccesso di ossige-

no che arriva al cervello a seguito dell'iperventilazione che si verifica durante la crisi di ansia.

Oppure se ad esempio prendiamo un paziente con disturbo ossessivo-compulsivo da contaminazione con compulsioni di lavaggio, potremmo fargli toccare in seduta oggetti che sente vivere come contagiosi e dirgli di non andare in bagno a lavarsi le mani per un certo tempo (che terapeuta e paziente avranno stabilito insieme).

Come esposizione in “vivo”, si possono utilizzare anche *tecniche immaginative* allo scopo di far esporre il paziente alle esperienze dolorose per poterle *rielaborare e reinterpretare* (Hackmann *et al.*, 2014).

Esposizioni graduali esterne alla seduta che il paziente può fare sia da solo che accompagnato dal terapeuta. L'esposizione graduale consiste nel programmare la modificazione di un comportamento disfunzionale facendo un piccolo passo alla volta. Il terapeuta chiede al paziente di scomporre l'obiettivo (il comportamento problematico) in sotto-obiettivi di difficoltà minore e di esporsi a questi, in modo graduale, dal più facile al più difficile (Terzocentro, 2023).

Riprendendo sempre il caso del paziente con attacchi di panico, si potrà strutturare il lavoro in terapia in modo tale da stabilire una scala gerarchica tra le situazioni più attivanti che stimolano l'attacco di panico a quelle meno ansiogene così che il paziente verrà gradualmente accompagnato ad esporsi a tutte le situazioni temute partendo da quella meno ansiogena fino ad arrivare a quella più ansiogena. Si può stilare una lista di situazioni temute (ad esempio: prendere l'autobus, andare al centro commerciale, guidare o uscire da solo, ecc.), dopodiché, per ogni situazione, si chiede al paziente di immaginare il livello di intensità di ansia che proverebbe all'idea di esporsi a quella specifica situazione (livello da 0 a 10). Poi si passa alla fase successiva dove si invita il paziente ad esporsi concretamente partendo dai livelli minori. Ogni singola esposizione può essere suddivisa in piccoli obiettivi a seconda del livello di ansia sperimentato dal paziente: ad esempio, se l'obiettivo è prendere l'autobus, si programmerà prima di fare 3 fermate, poi 5 e così via fino a che il paziente si sentirà tranquillo di prendere l'autobus, indipendentemente dalle fermate che dovrà fare.

Se gli esperimenti comportamentali sono costruiti in modo mirato ed appropriato, sono dei potenti fattori di cambiamento cognitivo ed emotivo.

L'astensione da comportamenti di controllo. In questo caso non si espone il paziente alle situazioni temute, ma si invita ad evitare di mettere in atto rituali di controllo. Prendendo l'esempio del paziente con disturbo ossessivo-compulsivo, si inviterà al paziente a non lavarsi le mani troppo spesso o a farlo solo per un tempo limitato, oppure per il paziente con attacchi di

panico gli si dirà di evitare di prendere acqua e zucchero tutte le volte che avverte una sensazione di svenimento e così via.

Rilassamento muscolare e respirazione. Sono tecniche molto utilizzate in terapia cognitivo-comportamentale in quanto hanno lo scopo di abbassare l'attivazione neurovegetativa del corpo in risposta a un'emozione intensa. Il terapeuta le insegna al paziente in seduta per poi prescriverle come compito da fare a casa, sia come esercitazione quotidiana per ridurre l'ansia, sia in caso di bisogno (Jacobson, 1942; Andrews *et al.*, 2004).

Promemoria. Si tratta di biglietti o post-it su cui il paziente e il terapeuta scrivono le strategie cognitive e comportamentali che il paziente deve mettere in atto durante la situazione problematica. Il paziente viene incoraggiato a tenere il promemoria sempre con sé, a portata di mano, per utilizzarlo regolarmente in caso di bisogno.

Compiti a casa o homework. Attraverso l'uso degli homework, il terapeuta cerca di estendere le opportunità di regolazione cognitiva, emotiva e comportamentale a tutta la settimana. Esempi di compiti a casa sono l'auto-monitoraggio dei pensieri automatici negativi attraverso la tecnica dell'ABC e gli esperimenti comportamentali.

Tutte le tecniche elencate sono riconducibili a tre principi fondamentali:

- *l'empirismo collaborativo e l'alleanza terapeutica.* È importante che il paziente si impegni nell'applicazione delle tecniche e che, insieme al terapeuta, definisca obiettivi condivisi da raggiungere. Per far questo è necessario che ci sia fiducia reciproca e riconoscimento degli scopi del trattamento, quindi è imprescindibile l'alleanza terapeutica, concetto ridefinito da Bordin (1979) come componente comune ad ogni approccio terapeutico comprensivo di tre elementi fondamentali: l'accordo rispetto agli scopi, l'accordo rispetto ai compiti specifici e lo sviluppo di un legame interpersonale costituito da sentimenti positivi reciproci;
- *il dialogo socratico.* Il terapeuta conduce il colloquio facendo per lo più domande al fine di perseguire gli scopi di identificare i pensieri automatici e gli schemi, stimolare la presa di distanza critica dai pensieri e la possibilità di valutare ipotesi alternative agli schemi disadattivi. Anche quando fa interventi interpretativi o di ristrutturazione cognitiva lo fa ponendo sempre domande al paziente, in modo tale da stimolare in lui la metacognizione per favorire le capacità autoriflessive;
- *la scoperta guidata.* Rappresenta il cuore della terapia standard. Quando

terapeuta e paziente hanno definito il problema e concordato gli obiettivi, il terapeuta spiega in modo chiaro i metodi della terapia e la prescrizione di compiti di auto-osservazione “modello ABC” in cui viene chiesto al paziente di appuntarsi quali sono le emozioni principali coinvolte nell’esperienza, la situazione e le circostanze in cui è insorta e le rappresentazioni in termini di pensieri automatici e/o immagini.

La psicoeducazione

Gli interventi di psicoeducazione sono parte integrante dell’intervento cognitivo-comportamentale. È ampiamente riconosciuto che la psicoeducazione è un’attività sociosanitaria utile per prevenire e affrontare in modo appropriato i disturbi di natura psichiatrica e i disagi di natura psicologica e interpersonale (Anderson *et al.*, 1986; Bäuml, Pitschel-Walz, 2008; Miklowitz, Scott, 2009; Colom, Vieta, 2006; Falloon, 1997).

La psicoeducazione, sviluppata negli anni ’80 nell’ambito della salute mentale, è attualmente considerata una buona pratica medica, peraltro consigliata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità e dalle principali linee guida internazionali per il trattamento dei diversi disturbi psichici. Infatti, trova applicazione nel trattamento di diversi disturbi ed è rivolta a pazienti in ogni fase del ciclo di vita (infanzia, adolescenza ed età adulta; Therapy Center, 2023). Ad oggi, si sono sviluppati diversi protocolli evidence-based per una serie di disturbi tra cui: disturbi d’ansia; disturbi dell’adattamento; depressione e disturbo bipolare; disturbi del comportamento alimentare; dipendenza da alcol e/o sostanze; disturbi della personalità; disturbi psicotici; disturbi dell’infanzia e dell’adolescenza.

La psicoeducazione viene utilizzata sia nelle fasi iniziali del percorso di cura, così come durante tutto il trattamento, in relazione alle difficoltà emergenti legate al disturbo, e può articolarsi sia in incontri individuali che di gruppo, a seconda delle esigenze (Centro Bini, 2023).

Si tratta un insieme organizzato di interventi basati su evidenze scientifiche che sviluppano un processo di corretta informazione sul disturbo diagnosticato (natura, caratteristiche e andamento, prognosi, possibilità di trattamento e di gestione) e può essere rivolta sia al paziente che ai suoi familiari. È un intervento che comprende sia l’uso di programmi e materiali informativi, sia un approccio didattico per insegnare strategie che migliorino le competenze nella gestione dello stress. Affinché la tecnica psicoeducativa sia efficace deve veicolare messaggi semplici, chiari, ripetere e visualizzare regolarmente l’informazione, coinvolgere in modo interattivo il paziente e utilizza-

re strumenti che facilitino il passaggio dell'informazione (lavagna, sperimentazione in vivo attraverso simulate, materiale cartaceo informativo). Strutturata in questo modo è molto utile al processo conoscitivo e di cambiamento.

Lo scopo della psicoeducazione è quello di aumentare la consapevolezza favorendo l'accettazione e l'elaborazione della diagnosi formulata, nonché il riconoscimento, la comprensione e la gestione delle sue manifestazioni sintomatologiche, soprattutto, nell'individuazione dei suoi segni precoci al fine di ridurre l'impatto di possibili ricadute future.

La psicoeducazione si fonda sul principio secondo cui informare e incrementare la consapevolezza del proprio disturbo nel paziente equivale a renderlo responsabile del proprio benessere e attivo nel collaborare in modo positivo con le diverse figure professionali coinvolte nel percorso di cura (Centro Bini, 2023).

Efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale

Negli anni, a partire da Eysenck (1952) si è sviluppato sempre di più l'interesse dei ricercatori nel valutare l'efficienza dei vari trattamenti psicoterapici a partire dai diversi disturbi. Per essere accettato un tipo di trattamento deve dimostrarsi efficace, ma anche efficiente, presentando un bilancio costi-benefici che lo renda competitivo con le altre forme di terapia disponibili.

La psicoterapia cognitiva si è posta queste questioni sin dall'origine, tanto che esiste ormai una vera e propria tradizione di ricerca sull'efficacia della terapia cognitiva messa a confronto con trattamenti farmacologici, placebo e altre psicoterapie (per una rassegna, cfr. Butera, Pimpini, 1998).

Nel 1996, Roth e Fonagagy hanno riassunto in un unico volume la letteratura esistente sulle prove di efficacia delle diverse forme di trattamento psicoterapico a partire dalla classificazione dei disturbi del DSM. In questo studio, la psicoterapia cognitivo-comportamentale si colloca tra le migliori forme di psicoterapia nel trattamento di quasi tutti i disturbi presi in considerazione: ansia, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi alimentari, disturbo post-traumatico da stress, disturbi in età evolutiva, abuso di alcol, disfunzioni sessuali). Ad esempio, nella depressione maggiore sembra avere pari efficacia dei trattamenti farmacologici e comporta, rispetto a questi ultimi, un minor numero di ricadute. Nei disturbi d'ansia e nell'attacco di panico, la terapia cognitiva standard rappresenta il primato rispetto a ogni altro tipo di psicoterapia e trattamento farmacologico, e quest'ultimo può essere un utile supporto durante le esposizioni alle situazioni temute ma non significativo come trattamento combinato (Butera, Pimpini, 1998).

La psicoterapia cognitivo-comportamentale (TCC), o in inglese Cogniti-

ve Behavioural Therapy (CBT), è oggi molto diffusa e può essere considerata il trattamento psicologico d'elezione per diverse situazioni di malessere psicologico e per diversi quadri diagnostici psicopatologici e psichiatrici, dimostrata valida ed efficace dal punto di vista scientifico da una considerevole e consolidata mole di ricerche empiriche (evidence-based medicine) di carattere internazionale (State of Mind, 2023). Infatti, le linee guida dell'APA, American Psychiatric Association, consigliano l'impiego della psicoterapia cognitivo-comportamentale per ogni disturbo specifico con relativo livello di raccomandazione. In particolare, vengono distinti tre livelli, come riportato in tabella 2.

- [I] trattamento raccomandato con solida fiducia clinica;
- [II] trattamento raccomandato con moderata fiducia clinica;
- [III] trattamento che può essere raccomandato sulla base delle circostanze individuali.

Tabella 2. Linee guida dell'APA nell'utilizzo della CBT per ogni disturbo

Disturbo	Fonte	Livello di raccomandazione per l'impiego della CBT
Abuso di sostanze (nicotina, alcool, cocaina, oppiacei)	Practice Guideline 2006 Guideline Watch 2007	I scelta associata ai farmaci
Comportamenti suicidari	Practice Guideline 2003	II scelta (per pazienti con depressione maggiore) associata ai farmaci
Depressione maggiore	Practice Guideline 2000 Guideline Watch 2005	I scelta con o senza associazione di farmaci
Disturbi alimentari	Practice Guideline 2006	I scelta (per bulimia nervosa o disturbo da alimentazione incontrollata) II scelta (per adulti con anoressia nervosa che hanno ripreso peso)
Disturbo bipolare	Practice Guideline 2002 Guideline Watch 2005	II scelta associata ai farmaci
Disturbo borderline di personalità	Practice Guideline 2001 Guideline Watch 2005	II scelta associata ai farmaci
Disturbo da stress acuto e disturbo post-traumatico da stress	Practice Guideline 2004	I scelta (per disturbo post-traumatico da stress) II scelta (per disturbo da stress acuto) con o senza associazione di farmaci

Disturbo di panico	Practice Guideline 1998 Guideline Watch 2006	I scelta con o senza associazione di farmaci
Disturbo ossessivo-compulsivo	Practice Guideline 2007	I scelta con o senza associazione di farmaci
HIV/AIDS	Guideline Watch 2006	II scelta associata ai farmaci
Schizofrenia	Practice Guideline 2004	II scelta (fase di stabilizzazione e fase stabile) associata ai farmaci

Ad oggi si può affermare che la terapia cognitiva standard rappresenta il tipo di trattamento la cui efficacia è stata meglio dimostrata e che più di ogni altra forma di terapia è continuamente sottoposta a controlli di validazione degli esiti.

I fattori terapeutici che contribuiscono a rendere la CBT una terapia efficace sono sia fattori specifici, quali le tecniche e i principi elencati nel paragrafo precedente, che fattori aspecifici legati all'empirismo collaborativo che coincide con la relazione terapeutica. Questi due aspetti non possono essere distinti perché uno stesso intervento tecnico può avere esiti diversi a seconda del clima relazionale che si instaura tra terapeuta e paziente (Castonguay *et al.*, 1996). L'impatto di una tecnica specifica va sempre valutato all'interno della cornice relazionale in cui viene applicata (Semerari, 2000).

È, dunque, un trattamento efficace e indicato in una serie di situazioni sintomatiche e patologie tra cui disturbi d'ansia e attacchi di panico, in cui si è dimostrata la terapia d'elezione. Il più noto è uno studio condotto su 312 pazienti con disturbo di panico. I pazienti sono stati divisi in 5 gruppi diversi e curati con differenti terapie: solo imipramina (un farmaco antidepressivo di provata efficacia); solo terapia cognitiva; terapia cognitiva e imipramina; terapia cognitiva e placebo; solo placebo. I risultati hanno dimostrato che la terapia cognitiva è più efficace del farmaco sul lungo periodo (Pianella, 2018; Barlow *et al.*, 2000).

A seguire, è risultata efficace per: fobia sociale, ipocondria, fobie specifiche, disturbi somatoformi, ossessioni, disturbi del tono dell'umore, depressione, disturbi del sonno, disturbi sessuali, disturbo post-traumatico da stress, disturbi della personalità, schizofrenia e psicosi (Heimberg *et al.*, 1992; Dobson, 1989; Nietzel *et al.*, 1987; Robinson *et al.*, 1990; De Rubeis *et al.*, 2005; Evans *et al.*, 1992; Manicini *et al.*, 2006).

Di recente (gennaio 2022), la giuria della Consensus Conference sulle terapie psicologiche su ansia e depressione, patrocinata dall'Istituto Superiore di Sanità, nelle sue considerazioni conclusive, ha sottolineato quanto sia più che mai opportuno ed urgente:

- una forte sollecitazione al potenziamento di psicoterapie evidence-based, che attualmente vedono l'approccio cognitivo-comportamentale, il più efficace per i disturbi d'ansia e depressivi;
- un incremento della ricerca scientifica in salute mentale;
- una massiccia sensibilizzazione del pubblico sugli interventi psicoterapici per le forme d'ansia e depressione coinvolgendo istituzioni e soprattutto i mass-media e i social network.

Bibliografia

- Anderson C.M., Hogarty G.E., Reiss D.J. (1986), *Schizophrenia and the family. A practitioner's guide to psychoeducation and management*, Guilford Press: New York.
- Andrews G., Creamer M. Crino R. (2003), *Disturbo di panico e agoraphobia. Manuale per chi soffre del disturbo*. Centro Scientifico Editore: Torino.
- APC (2023), *La Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT)*, disponibile al sito <https://apc.it/chi-siamo/la-psicoterapia-cognitiva/terapia-cognitivo-comportamentale/>.
- Barcaccia B., Perdighe C. (2005), Efficacia dell'esposizione con prevenzione della risposta nel trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo, *Cognitivismo Clinico*, 3.
- Barlow D.H., Gorman J.M., Woods S.W., Shear M.K. (2000), Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial, *Jama*, 283(19), 2529-36.
- Bäumel J., Pitschel-Walz G. (2008), *Psychoedukation bei schizophhren erkrankungen*, Schattauer: New York.
- Beck A.T. (1976), *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, International University Press: New York; trad. it. *Principi di terapia cognitiva*, Astrolabio: Roma, 1984.
- Beck A.T., Emery G. (1985), *Anxiety Disorders and Phobias*, Basic Books, New York; trad. it. *L'ansia e le fobie*, Astrolabio: Roma, 1988.
- Beck A.T., Freeman A., et al. (1990), *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, Guilford Press, New York; trad. it. *Terapia Cognitiva dei disturbi di personalità*, Mediserve: Milano, 1993.
- Bordin E.S. (1979), The Generezabilty of Pshychoanalytic Concept of Working Alliance, *Psychotherapy*, 16, 252-60.
- Butera N., Pimpini M. (1998), La valutazione dell'efficacia della psicoterapia comportamentale e cognitiva, *Psicoterapia*, 13, 7-21.
- Carcione A., Di Maggio G. et al. (2010), *Metacognition Assessment Scale v. 4.0*, inedito.
- Carcione A., Nicolò G., Pedone R., et al. (2011), Metacognitive mastery dysfunctions in personality disorder psychotherapy, *Psychiatry Research*, 190(1), 60-71.
- Carcione A., Nicolò G., Semerari A. (2016), *Curare casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*, Laterza: Roma-Bari.

- Castonguay L.G., Goldfried M.R., Wiser S., *et al.* (1996), Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504.
- Centro Bini (2023), *Cosa è la Psicoeducazione*, disponibile al sito www.centrobini.it/clinica/psicoeducazione/.
- Colom F., Vieta E. (2006), *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare*, Fioriti: Roma.
- De Rubeis R.J., Hollon S.D., Amsterdam J. *et al.* (2005), *Acute effects of cognitive therapy, pharmacotherapy, and placebo in severely depressed outpatients*, in D.M. Clark (chair), *Cognitive therapy versus medications in the treatment of severely depressed outpatient: acute response and prevention of relapse*, Symposium conducted at the meeting of the world congress of behavioural and cognitive therapy, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Dobson K.S. (1989), A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression, *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Evans M.D., Hollon S.D., DeRubeis R.J. *et al.* (1992), Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression, *Archives of General Psychiatry*, 49, 802-808.
- Eysenck H.J. (1952), The Effects of Psychotherapy: An Evaluation, *Journal of consulting Psychology*, 16, 319-24.
- Falloon I. (1997), *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*, Erickson: Trento.
- Foa E.B., Franklin M.E. (2001), *Obsessive-Compulsive Disorder*, in D.H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, The Guilford Press: New York.
- Foa E.B., Steketee G.S., Grayson J.B., Turner R.M., Lattimer P.R. (1984), Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects, *Behavior Therapy*, 15, 450-472.
- Hackmann A., Bennett-Levy J., Holmes E.A. (2014), Le tecniche immaginative in terapia cognitiva. Strategie di assessment e di trattamento basate sull'imagery, *Scienze cognitive e psicoterapia*.
- Heimberg R.G., Dodge C.S., Hope D.A., *et al.* (1992), Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control, *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Igea (2023), *Psicoterapia cognitivo comportamentale*, disponibile al sito <https://centroclinicoigea.com/home/>.
- Jacobson E. (1942), *Yu must relax: A practical method of reducing the strains of modern living*, McGraw-Hill: Oxford.
- Lakatos A., Reinecker H. (1999), *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual*, Hogrefe-Verlag: Göttingen; trad. it. *Terapia cognitivo-comportamentale nel disturbo ossessivo-compulsivo*, Fioriti: Roma, 2005.
- Leahy R.L., Holland S.J. (2000), *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*, Guilford Press: New York.
- Mancini F., Barcaccia B., Capo R., *et al.* (2006), Trattamento cognitivo-comportamentale nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo: risultati di uno studio di esito naturalistico in aperto con follow-up a 6, 12 e 24 mesi, *Riv Psichiatr*, 41(2): 99-106.

- Mancini F., Gragani, A. (2005), L'esposizione con prevenzione della risposta come pratica della accettazione, *Cognitivismo clinico*, 1, 38-58.
- Marks I. (1997), Behaviour Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Decade of Progress, *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(6), 1021-1026.
- Miklowitz D.J., Scott J. (2009), Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions, *Bipolar Disord*, 11(2), 110-22.
- Nietzel M.T., Russel R.L., Hemmings K.A. *et al.* (1987), Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: a meta-analytic approach to social comparison, *J Consult Clin Psychol*, Apr 55(2), 156-61.
- Pianella U. (2018), *L'efficacia della terapia cognitivo comportamentale*, disponibile al sito www.umbertopianella.com/post/l-efficacia-della-terapia-cognitivo-comportamentale.
- Rapaport D. (1960), The structure of psychoanalytic theory, *Psychological Issue*, 2, 6; trad. it. *La struttura della teoria psicoanalitica*, Bollati Boringhieri: Torino, 1969.
- Rasmussen S.A., Tsuang M.T. (1986), Clinical characteristic and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder, *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-322.
- Robinson L.A., Berman J.S., Neimeyer R.A. (1990), Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research, *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- Roth A., Fonagy P. (1996), *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*, Guilford Press: New York; trad. it. *Psicoterapia e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente*, Il Pensiero Scientifico: Roma, 1997.
- Ruggiero G.M. (2012), Psicoterapia Cognitiva: "Cosa non le va in questo?" Come iniziare il disputing del pensiero negativo Psicoterapia Cognitiva: Il Disputing è l'intervento terapeutico che mette in discussione le convinzioni del paziente, *State of mind*, disponibile al sito <https://www.stateofmind.it/2012/03/psicoterapia-cognitiva-disputing-pensiero-negativo/>.
- Semerari A. (2000), *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*, Laterza: Roma-Bari.
- Semerari A., d'Angerio S., Popolo R., *et al.* (2008), L'intervista per la valutazione della metacognizione (IV am): descrizione dello strumento, *Cognitivismo clinico*, 5(2): 174-192.
- Shea M.T., Elkin I., Imber S.D. *et al.* (1992), Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health (NIMH) Treatment of Depression Collaborative Research Program, *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- State of Mind (2023), *Psicoterapia cognitivo comportamentale (CBT) La psicoterapia cognitivo comportamentale nasce negli anni '60 con Ellis e Beck ma utilizza attualmente sempre più tecniche di terza ondata*, disponibile al sito www.stateofmind.it/psicoterapia-cognitivo-comportamentale/.
- Terzocentro (2023), *La psicoterapia cognitiva: origini e caratteristiche distintive*, disponibile al sito <https://www.terzocentro.it/portfolio-items/psicoterapia-cognitivo-comportamentale/>.
- Therapy Center (2023), *La psicoeducazione*, disponibile al sito www.therapycenter.it/la-psicoeducazione/.

4. Trattamento di gruppo dei disturbi emotivi comuni in adolescenza

Origine del protocollo di gruppo per adolescenti e genitori

Il gruppo sui disturbi emotivi comuni per adolescenti e genitori nasce dall'esigenza di fornire una risposta terapeutica adeguata in termini di costi e di efficacia nei servizi territoriali per adolescenti.

Nel 2018, ho sviluppato il protocollo sui DEC per la fascia della popolazione adulta e, mentre svolgevo i corsi di formazione su questo protocollo, molti colleghi che lavoravano nei consultori familiari o presso i TSMREE o altri servizi territoriali per adolescenti mi hanno stimolato a modificare il suddetto modello per adattarlo alla fascia adolescenziale.

Il gruppo è strutturato in modo tale da dedicare una parte dell'intervento agli adolescenti e una parte ai genitori. Ogni protocollo, sia quello per adolescenti che quello per i genitori, è suddiviso in moduli, ognuno dei quali affronta un argomento specifico; alcuni moduli sono comuni sia agli adolescenti che ai genitori. La struttura del protocollo di trattamento ha come riferimento teorico principale la terapia cognitivo-comportamentale con l'integrazione, in alcuni moduli, della terapia dialettico-comportamentale di Marsha M. Linehan, di elementi sulla comunicazione efficace e della gestione dei rapporti interpersonali e della teoria dell'attaccamento.

La parte pratica, presente in ogni modulo, e nell'allegato online del libro, ha origine dalla raccolta di materiali, appunti, schemi e promemoria utilizzati negli anni di lavoro clinico.

Il protocollo di gruppo DEC adolescenti-genitori può essere applicato nei servizi territoriali: consultori familiari, TSMREE, servizi per adolescenti come in qualunque altro contesto sia pubblico che privato.

Il gruppo è rivolto a una popolazione di adolescenti che presentano disturbi emotivi comuni, ovvero sintomi riconducibili ad ansia, attacchi di panico, depressione e disturbi del tono dell'umore, disturbi del sonno, disturbi

somatoformi. Si tratta di adolescenti che riescono comunque a mantenere un sufficiente funzionamento di vita sociale e scolastico, ma spesso a spese di una grande fatica e un grande sforzo mentale, fisico ed emotivo. Intervenire precocemente all'esordio di questi disturbi aiuta a prevenire problematiche psichiatriche più gravi che potrebbero svilupparsi negli anni successivi all'adolescenza.

Sono esclusi dal gruppo adolescenti con esordio psicotico, gravi disturbi di personalità e abuso di sostanze.

Prima dell'inserimento dell'adolescente al gruppo è necessario fare un colloquio individuale di valutazione con il neuropsichiatra, psichiatra e/o psicologo per verificarne i requisiti e, successivamente, un colloquio con i genitori per informarli sul trattamento e coinvolgerli nel percorso terapeutico.

Si tratta di un trattamento intensivo, strutturato in due interventi paralleli: un protocollo adatto agli adolescenti e un protocollo per i genitori.

Il protocollo adolescenti è suddiviso in 6 moduli, ognuno dei quali è costituito da due incontri ciascuno della durata di 2 ore, per un totale di 12 incontri a frequenza settimanale, con una durata totale di 3 mesi circa di trattamento. Il gruppo adolescenti è costituito da un minimo di 4 partecipanti ad un massimo di 10.

Il protocollo per i genitori è suddiviso in 5 moduli, ognuno dei quali è costituito da due incontri della durata di 2 ore ciascuno, per un totale di 10 incontri a frequenza settimanale, con una durata totale di 2 mesi e mezzo circa di trattamento. Il gruppo genitori è costituito da un minimo di 3 coppie genitoriali a un massimo di 10 coppie ed è condotto, quando possibile, da due terapeuti. È possibile partecipare anche come singolo genitore ma è fortemente consigliata la presenza di entrambi.

Per entrambi i gruppi sono previsti incontri singoli di follow up a 1, 2, 3 e 6 mesi. I gruppi sono condotti, quando possibile, da due terapeuti oppure un terapeuta e un operatore sanitario o tirocinante di supporto.

Il razionale teorico che ha condotto alla formulazione del presente protocollo nasce dall'idea che i moduli proposti rappresentino argomenti chiave su cui gli adolescenti e i genitori debbano essere informati e guidati nell'acquisizione di strategie efficaci nella gestione delle emozioni dolorose e delle situazioni di crisi e conflitto familiare.

Spesso, adolescenti che presentano disturbi emotivi comuni hanno genitori che soffrono della stessa sintomatologia e non conoscono le strategie adeguate per aiutare i figli a gestire le emozioni negative quali l'ansia o la tristezza oppure può accadere che un adolescente presenti un disagio emotivo generale o difficoltà nel gestire la rabbia a causa di conflitti in famiglia e il genitore si trovi disarmato nel riuscire ad affrontare la situazione, tanto da innescare dei circoli viziosi che alimentano lo stato di malessere familiare.

Obiettivi del trattamento

Il presente protocollo tenta di aiutare adolescenti e genitori ad imparare a comprendere e gestire le emozioni e il comportamento in modo efficace, al fine di disinnescare circoli viziosi che alimentano lo stato di malessere e sofferenza familiare.

L'obiettivo del gruppo è quello di fornire ai partecipanti un trattamento psicoterapico a indirizzo cognitivo-comportamentale sulle maggiori cause di sofferenza emotiva e fornire strategie utili di gestione efficace delle emozioni e del comportamento.

In particolar modo, la partecipazione al gruppo consentirà ai partecipanti di:

- aumentare la consapevolezza emotiva;
- ridurre la sofferenza generale e gli aspetti sintomatologici;
- comprendere gli aspetti sintomatologici più comuni: disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi alimentari con i relativi meccanismi di mantenimento;
- sperimentare un maggiore senso di efficacia e competenza personale;
- ridurre il carico di stress e di tensione;
- migliorare i rapporti interpersonali attraverso l'acquisizione di strategie comunicative più efficaci;
- disinnescare la conflittualità familiare imparando a gestire le crisi in modo efficace;
- aumentare la capacità di risoluzione dei problemi;
- sperimentare un senso di condivisione e appartenenza tra i membri del gruppo.

Gli obiettivi del protocollo adolescenti

Il protocollo adolescenti è strutturato in 6 moduli che affrontano i punti cardine della maggiore causa di sofferenza emotiva vissuta da molti ragazzi in questa fascia di età. Ogni modulo viene affrontato in 2 incontri della durata di 2 ore ciascuno.

Nello specifico, gli obiettivi di ogni singolo modulo sono i seguenti:

- il primo modulo, "Le emozioni e le loro funzioni", ha l'obiettivo di insegnare ai ragazzi a discriminare le diverse emozioni a seconda del loro scopo, comprendere il collegamento tra emozioni, pensieri e comportamento, quindi aumentare la consapevolezza emotiva con la messa in di-

scussione delle proprie credenze e pensieri attraverso la ristrutturazione cognitiva. In particolare, l'attenzione è focalizzata su pensieri, emozioni e gestione comportamentale nelle situazioni di maggiore criticità (rapporto tra pari, conflittualità in famiglia, relazioni sentimentali, ecc.) attraverso la tecnica dell'ABC;

- il secondo modulo, "La regolazione emotiva", ha lo scopo di insegnare ai ragazzi il significato della regolazione/disregolazione emotiva e a riconoscere le condotte impulsive spesso agite nei momenti di grande sofferenza al fine di imparare a gestire le crisi emotive in modo efficace; obiettivo del modulo è anche quello di insegnare strategie per imparare a tolleranza, la sofferenza e a prendere decisioni con consapevolezza;
- il terzo modulo, "La comunicazione e le abilità interpersonali", costituisce un elemento importante e trasversale a tutti i disturbi nel contribuire al benessere psicologico: l'obiettivo del modulo è quello di insegnare ai ragazzi a riconoscere gli elementi essenziali della comunicazione, individuare il proprio stile comunicativo (passivo, assertivo, aggressivo), apprendere modalità funzionali di comunicazione assertiva, imparare a gestire i conflitti, a dire di "no" e a fare richieste in modo efficace;
- il quarto modulo, "I disturbi d'ansia", ha lo scopo di sensibilizzare i ragazzi sulla natura dell'ansia e sui principali disturbi d'ansia (attacchi di panico, ansia generalizzata, ansia sociale, ansia legata allo stato di salute) secondo il modello cognitivo-comportamentale di Aaron T. Beck (Beck *et al.*, 1985). L'obiettivo del modulo è quello di far acquisire informazioni sui sintomi fisici, cognitivi e comportamentali legati all'ansia, comprendere l'innescò di circoli viziosi di mantenimento del disturbo e insegnare strategie efficaci di gestione dell'ansia attraverso tecniche di respirazione, rilassamento progressivo e ristrutturazione cognitiva;
- l'obiettivo del quinto modulo, "I disturbi del tono dell'umore", è quello di informare i ragazzi sulla depressione nelle sue diverse forme, sempre secondo il modello cognitivo-comportamentale di Aaron T. Beck (Beck *et al.*, 1967). Nel modulo viene affrontata la depressione nella sua espressione fisica, emotiva, cognitiva e comportamentale; il circolo vizioso che si attiva nel paziente depresso e che mantiene il disturbo nel tempo; nonché vengono fornite strategie efficaci per interrompere il circolo vizioso e gestire in modo efficace la depressione. L'ultima parte del modulo è dedicata al disturbo bipolare secondo il modello di trattamento di Colom e Vieta (2016); alla promozione del benessere psicologico e alla gestione dell'umore attraverso l'insegnamento di un corretto stile di vita;
- il sesto ed ultimo modulo, "I disturbi alimentari", ha lo scopo di sensibilizzare i ragazzi sui disturbi alimentari (anoressia, bulimia e binge eating disorder) che hanno spesso un esordio nel periodo adolescenziale. Impa-

rare a riconoscere precocemente i sintomi e i segnali di questi disturbi aiuta il ragazzo/a e la famiglia a intervenire in modo preventivo rispetto possibili complicazioni psichiatriche che potrebbero presentarsi in un'età più matura e attivare, se necessario, un eventuale percorso terapeutico specifico per questo tipo di disturbi nei servizi dedicati.

Gli obiettivi del protocollo genitori

Il protocollo genitori è strutturato in 5 moduli che affrontano i punti cardine della maggiore causa di sofferenza emotiva vissuta in adolescenza, pertanto alcuni moduli sono uguali ai moduli del protocollo adolescenti ma tarati sull'intervento genitoriale. In questo protocollo sono previsti 3 moduli specifici sull'intervento genitoriale: il modulo sulla teoria dell'attaccamento, il modulo sullo stile genitoriale efficace e, all'interno del modulo sulla regolazione emotiva, è previsto un intervento su come il genitore può imparare a gestire e disinnescare i conflitti familiari. Ogni modulo viene affrontato in 2 incontri della durata di 2 ore ciascuno.

Nello specifico, gli obiettivi di ogni singolo modulo sono i seguenti:

- l'obiettivo del primo modulo, "Educare alla sicurezza e legame di attaccamento", è quello di aiutare i genitori a sviluppare la funzione riflessiva rispetto al proprio funzionamento in relazione alle esperienze passate. In questo modulo, ogni genitore ha la possibilità di riconoscere lo stile di attaccamento ricevuto nella propria infanzia e ripercorrere le modalità con cui ha appreso a gestire le emozioni e i rapporti interpersonali mettendoli in relazione con il funzionamento attuale come adulto-genitore che si relaziona con il figlio adolescente. In questo modulo viene, inoltre, affrontato il concetto di svincolo dalla famiglia di origine per aiutare i genitori a favorire questo processo in corso di svolgimento nella fase adolescenziale;
- il secondo modulo, "Le emozioni e le loro funzioni", ha l'obiettivo di insegnare ai genitori a discriminare le diverse emozioni a seconda del loro scopo, comprendere il collegamento tra emozioni, pensieri e comportamento, quindi aumentare la consapevolezza emotiva con la messa in discussione delle proprie credenze e pensieri attraverso la ristrutturazione cognitiva. In particolare, l'attenzione è focalizzata su pensieri, emozioni e gestione comportamentale nella relazione con i figli adolescenti: viene presentato il modello ABC sulle situazioni più difficili da gestire in famiglia;
- il terzo modulo, "La regolazione emotiva e la gestione delle crisi in famiglia", ha lo scopo di insegnare ai genitori il significato della regolazione/disregolazione emotiva e a riconoscere le condotte impulsive con l'o-

biiettivo di imparare a gestire le proprie emozioni intense e le crisi emotive dei figli in modo efficace; obiettivo del modulo è anche quello di insegnare strategie per imparare a tolleranza la sofferenza e a prendere decisioni con consapevolezza. Nel modulo vengono insegnate ai genitori tecniche cognitive e comportamentali (analisi funzionale, ruolo del rinforzo, estinzione della risposta) utili a gestire in modo efficace soprattutto le crisi che può manifestare un figlio adolescente, attenuare/bloccare i conflitti trasformandoli in discussioni utili;

- il quarto modulo, “I disturbi d’ansia, i disturbi del tono dell’umore e i disturbi alimentari”, ha lo scopo di sensibilizzare i genitori sulle maggiori cause di sofferenza emotiva vissute dalla popolazione generale (ansia e depressione) e negli adolescenti (ansia, depressione e disturbi alimentari). Nel modulo vengono affrontati i disturbi d’ansia e la depressione secondo il modello cognitivo-comportamentale di Aaron T. Beck (1967; Beck *et al.*, 1985). L’obiettivo del modulo è quello di far acquisire informazioni sui sintomi fisici, cognitivi e comportamentali legati ad ansia e depressione, comprendere l’innescò di circoli viziosi di mantenimento dei vari disturbi e insegnare strategie efficaci di gestione emotiva attraverso tecniche di respirazione, rilassamento progressivo e ristrutturazione cognitiva in un’ottica sia personale che di aiuto nella gestione del figlio adolescente che manifesta questi disturbi. Viene inoltre spiegato il disturbo bipolare secondo il modello di trattamento di Colom e Vieta (2016); nonché tecniche di sviluppo nella promozione del benessere psicologico e nella gestione adeguata dell’umore attraverso l’insegnamento di un corretto stile di vita. Vengono sensibilizzati i genitori sui disturbi alimentari che hanno quasi sempre un esordio in adolescenza e che causano una notevole sofferenza emotiva (anoressia, bulimia e binge eating disorder) in modo tale che, qualora ci fossero delle avvisaglie nei loro figli, siano pronti ad attivare un eventuale percorso terapeutico specifico per questi disturbi nei servizi dedicati. Un intervento precoce e tempestivo è utile a prevenire possibili complicazioni psichiatriche in un’età più matura;
- il quinto e ultimo modulo, “Lo stile genitoriale efficace e le abilità comunicative”, ha l’obiettivo di insegnare ai genitori i vari stili genitoriali e comunicativi (passivo, assertivo, aggressivo) al fine di apprendere modalità funzionali di comunicazione assertiva, imparare a gestire i conflitti, a dire di “no” e a fare richieste in modo efficace. Nel modulo viene dato ampio spazio all’insegnamento della comunicazione validante da utilizzare con i figli: tale abilità consente di migliorare i rapporti interpersonali e ridurre la disregolazione emotiva.

Struttura generale del trattamento

Il protocollo di trattamento, sia per gli adolescenti che per i genitori, è strutturato in modo tale da rappresentare un trattamento intensivo a frequenza settimanale. Ogni modulo ha una durata di 2 incontri di due 2 ciascuno per un totale di 3 mesi circa di trattamento.

Alla fine del percorso sono previsti degli incontri di follow up a 1, 2, 3 e 6 mesi, sia per il gruppo adolescenti che per il gruppo genitori.

Il protocollo per adolescenti è adatto alla fascia di età 14-24. È consigliato, quando possibile, suddividere i ragazzi in due sottogruppi più omogenei per età (14-18 e 19-24). I ragazzi dai 20 anni in su possono essere inseriti anche nel protocollo per adulti (Martelli Venturi, 2019).

Per valutare l'esito del trattamento vengono somministrate delle scale prima e dopo l'intervento, insieme a un questionario di gradimento finale.

Nella tabella sottostante è rappresentata la struttura generale di come è organizzato l'intervento.

Tabella 1. Struttura generale del trattamento

Valutazione inserimento gruppo	Colloquio preliminare neuropsichiatra/psichiatra e psicologo con l'adolescente. Colloquio con i genitori.
Terapia farmacologica	Se necessaria.
Numero di partecipanti	Protocollo adolescenti: minimo 4, massimo 10 ragazzi. Protocollo genitori: minimo 3 coppie genitoriali (o 4 partecipanti), massimo 10 coppie.
Età di inserimento al gruppo	Adolescenti dai 14 ai 24 anni (ma è consigliato suddividere in due sottogruppi più omogenei per età: 14-18 anni, 19-24 anni). Dai 20 anni in su possono essere inseriti nel protocollo di gruppo dei disturbi emotivi comuni per adulti (Martelli Venturi, 2019).
Conduttori	Due psicoterapeuti quando possibile (un terapeuta e tirocinante, un terapeuta e un operatore sanitario).
Criteri di inclusione	Adolescenti con disturbi emotivi comuni che riescono a mantenere un sufficiente funzionamento di vita sociale e scolastico ma che presentano sintomi comuni: ansia, attacchi di panico, depressione e disturbi del tono dell'umore, disturbi del sonno, disturbi somatoformi.
Criteri di esclusione	Esordio psicotico, disturbi gravi di personalità, abuso di sostanze.

Test utilizzati prima e dopo il trattamento	Protocollo adolescenti e Protocollo genitori: ASI per l'ansia; BDI per la depressione; SCL-90 per la sintomatologia generale; Questionario sul benessere della famiglia; Questionario di gradimento (solo alla fine);
Metodo	Il gruppo è articolato in brevi sessioni teoriche e una forma di apprendimento attivo attraverso l'utilizzo di esercitazioni pratiche, tecniche esperienziali, giochi di gruppo, role playing. Ad ogni partecipante viene consegnato del materiale cartaceo specifico per ogni modulo da utilizzare anche a casa per gli homework.
Frequenza al gruppo	Frequenza settimanale sia per gli adolescenti che per i genitori. Durata di ogni incontro 2 ore.
Durata	Protocollo adolescenti Totale di 12 incontri per una durata di 3 mesi di trattamento intensivo. Protocollo genitori Totale di 10 incontri, per una durata di 2 mesi e mezzo di trattamento.
Incontri di follow up	Per entrambi i gruppi sono previsti incontri di follow up a 1, 2, 3 e 6 mesi dalla fine del trattamento.

Protocollo adolescenti

Il trattamento è suddiviso in 6 moduli come illustrato nella tabella sottostante.

Tabella 2. Protocollo adolescenti

Modulo I	<i>Le emozioni e le loro funzioni</i>
Modulo II	<i>La regolazione emotiva</i>
Modulo III	<i>La comunicazione e le abilità interpersonali</i>
Modulo IV	<i>I disturbi d'ansia</i>
Modulo V	<i>I disturbi del tono dell'umore</i>
Modulo VI	<i>I disturbi alimentari</i>

Protocollo genitori

Il trattamento è suddiviso in 5 moduli come illustrato nella tabella sottostante.

Tabella 3. Protocollo genitori

Modulo I	<i>Educare alla sicurezza e legame di attaccamento</i>
Modulo II	<i>Le emozioni e le loro funzioni</i>
Modulo III	<i>La regolazione emotiva e la gestione delle crisi in famiglia</i>
Modulo IV	<i>I disturbi d'ansia, i disturbi del tono dell'umore e i disturbi alimentari</i>
Modulo V	<i>Lo stile genitoriale efficace e le abilità comunicative</i>

Entrambi i protocolli

Ogni incontro comprende una parte teoria, una pratica e la consegna dei compiti per casa (homework) come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 4. Struttura di ogni singolo incontro

Struttura di ogni incontro	Revisione compiti (eccetto primo incontro). Parte teorica. Esercitazione pratica. Consegna dei compiti (homework).
-----------------------------------	---

Metodo

Entrambi i protocolli di gruppo sono articolati in brevi sessioni teoriche e una forma di apprendimento attivo attraverso l'utilizzo di esercitazioni pratiche, tecniche esperienziali, giochi di gruppo e role playing.

Il metodo utilizzato si basa principalmente sui fondamenti teorici della psicoterapia cognitivo-comportamentale e utilizza interventi di psicoeducazione specifici per ogni modulo. Ad ogni partecipante al gruppo vengono consegnate delle schede operative (allegato online) specifiche per ogni modulo, contenente informazioni teoriche scritte in modo molto semplice e di facile accesso a tutti, promemoria ed esercitazioni da svolgere sia durante gli incontri di gruppo che da completare a casa come homework, al fine di generalizzare alla vita di tutti i giorni quanto appreso all'interno del gruppo.

Al primo incontro vengono consegnate ai partecipanti le seguenti schede presente nell'allegato online:

- programma del trattamento;
- obiettivi del trattamento e regole del gruppo;
- le schede operative che del primo modulo che si andrà ad affrontare.

Le schede operative per ciascun modulo vengono consegnate di volta in volta sempre all'inizio del nuovo modulo.

Alla fine del primo incontro vengono consegnati, come homework, i seguenti test:

- test di valutazione sintomatologica: ASI, BDI, SCL-90 R;
- scala sul benessere familiare.

Test di valutazione degli esiti

Per valutare gli esiti del percorso, sono stati utilizzati i seguenti test auto-compilativi somministrati a inizio e a fine trattamento.

Tabella 5. Test di valutazione degli esiti

Test utilizzati	Caratteristiche
ASI (Anxiety Sensitivity Index)	Valuta il grado di sensibilità individuale all'ansia.
BDI (Beck Depression Inventory)	Valuta la depressione.
SCL-90 (Scale Checcl List)	Valuta la sintomatologia generale.
Scala del benessere familiare	Valuta la percezione soggettiva di benessere familiare.
Questionario di gradimento	Somministrato solo a fine percorso.

Anxiety Sensitivity Index (ASI). L'ASI (Reiss *et al.*, 1986; Zung, 1971) è una scala che valuta la misura in cui il soggetto giudica i sintomi ansiosi come minacciosi, permettendo di rilevare le differenze individuali nella percezione e interpretazione dell'attivazione neurovegetativa in termini di sensazioni corporee, fisiche o mentali. È una scala composta di 16 item, valutati su una scala Likert a 5 punti (0 = molto poco e 4 = moltissimo) che riguardano principalmente 3 domini: conseguenze fisiche, conseguenze cognitive e conseguenze sociali.

Beck Depression Inventory (BDI). La BDI (Beck *et al.*, 1961) è una scala di autovalutazione che consente di misurare la gravità della depressione. È composta da 21 domande ognuna delle quali comprende 4 affermazioni graduate per intensità dei sintomi depressivi.

Self Report Symptom Inventory- Revised (SCL-90 R). La SCL-90 R (Derogatis, 1977) è una delle poche scale create per l'autovalutazione della sintomatologia generale ed è, per la sua facilità di impiego e l'ampio range di sintomi che indaga, di largo impiego come strumento di screening. È una scala composta da 90 item a risposta multipla su una scala Likert a 5 punti (da per niente a moltissimo). Le scale che indaga sono: somatizzazione, ossessività-compulsività, ansia, depressione, sensitività interpersonale, ostilità, ansia sociale, ideazione paranoide e psicoticismo (www.psychiatryonline.it).

Scala del benessere familiare. La scala del benessere familiare (Roncone *et al.*, 2007) è un questionario autocompilativo costituito da 24 item allo scopo di valutare il benessere percepito familiare prima e dopo un intervento di psicoeducazione. Il questionario è stato sviluppato secondo il modello cognitivo-comportamentale e valuta tre dimensioni: le abilità di risoluzione dei problemi, le abilità di comunicazione e la capacità di portare avanti gli obiettivi individuali da parte dei componenti della famiglia.

Questionario di gradimento. È un questionario semplice creato per valutare il gradimento del percorso terapeutico. È costituito da 5 domande a risposta multipla (da pessimo a ottimo) che indagano l'utilità del trattamento, il tempo a disposizione se ritenuto adeguato, l'esperienza della condivisione di gruppo, la capacità dei terapeuti e la qualità del materiale fornito. A seguire quattro domande aperte per indagare cosa il paziente ha apprezzato di più, cosa meno, una penultima domanda in cui si possono fornire suggerimenti, commenti ed eventuali proposte, come rappresentato nel riquadro sottostante.

Figura 1. Questionario di gradimento

Questionario di gradimento

1. Quanto è stato utile il trattamento di gruppo nel suo complesso?

Per niente | Poco | Abbastanza | Molto | Moltissimo

2. Ritieni che il tempo a disposizione sia stato adeguato?
- Per niente | Poco | Abbastanza | Molto | Moltissimo
3. Quanto pensi sia stato utile il gruppo a risolvere i suoi problemi?
- Per niente | Poco | Abbastanza | Molto | Moltissimo
4. Quanto ti è stato da stimolo a modificare alcuni meccanismi psicologici?
- Per niente | Poco | Abbastanza | Molto | Moltissimo
5. Quanto ritieni chiaro e comprensibile il materiale fornito?
- Per niente | Poco | Abbastanza | Molto | Moltissimo
6. Come valuti l'esperienza di condivisione di vissuti personali all'interno del gruppo?
- Pessima | Scarsa | Sufficiente | Buona | Ottima
7. Come valuti la chiarezza espositiva dei terapeuti?
- Pessima | Scarsa | Sufficiente | Buona | Ottima
8. Come valuti la disponibilità e la capacità di coinvolgimento da parte dei terapeuti?
- Pessima | Scarsa | Sufficiente | Buona | Ottima
9. Cosa hai apprezzato maggiormente del percorso terapeutico?

10. Cosa, invece, hai apprezzato meno?

11. Suggerimenti, commenti, proposte

Bibliografia

- Beck A.T. (1967), *La depressione*, Bollati Boringhieri: Torino, 1978.
- Beck A.T., Emery C., Greenberg R.L. (1985), *Anxiety Disorders and Phobias: A cognitive perspective*, Basic Books: New York; trad. it. *L'ansia e le fobie*, Astrolabio: Roma, 1988.

- Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., *et al.* (1961), An inventory for measuring depression, *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-579.
- Colom F., Vieta E. (2006), *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare*, Fioriti: Roma.
- Derogatis, L.R. (1977) “*SCL-90-R Symptom Checklist-90-R*”, Minneapolis, National Computer Systems.
- Martelli Venturi I. (2019), *Trattamento dei disturbi emotivi comuni: guida pratica per la conduzione di gruppi*, FrancoAngeli: Milano.
- Reiss S., Peterson R.A., Gursky D.M., McNally R.J. (1986), Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness, *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 1-8.
- Roncione R., Mazza M., Ussorio D., *et al.* (2007), The Questionnaire of Family Functioning A Preliminary Validation of a Standardized Instrument to Evaluate Psychoeducational Family Treatments, *Community Mental Health Journal*, 43(6), 591-607.
- Zung W.W. (1971), A rating instrument for anxiety disorders, *Psychosomatics*, 12: 371.

Seconda parte.
Istruzioni operative per i conduttori del gruppo

Protocollo di trattamento per adolescenti

*L'adolescente e il suo desiderio
di essere contemporaneamente come tutti gli altri
e come nessun altro.*

Jacques Drillon

5. Modulo I.

Le emozioni e le loro funzioni

*Le emozioni inesprese non moriranno mai.
Sono sepolte vive e usciranno più avanti
in un modo peggiore.
Sigmund Freud*

Teoria evoluzionistica e universalità delle emozioni

La teoria evoluzionistica considera le emozioni come processi adattivi che permettono di valutare il pericolo o una minaccia, di attivare un comportamento, di comunicare con gli altri membri della propria specie e di adattarsi all'ambiente nel modo migliore possibile (Ielpo, 2023; Barkow *et al.*, 1992; Nesse, 2000). Fu Darwin il primo a studiare le espressioni facciali collegate alle emozioni e ad osservare che, nelle persone, anche di differenti classi sociali, si potevano notare delle espressioni del volto universali. Anche lo studio trans-culturale di Paul Ekman (1993) dimostrò la generalità della percezione di alcune emozioni e della mimica facciale, tanto da far pensare all'esistenza di emozioni elementari di tipo universale.

La paura, ad esempio, è un'emozione universale e produce una normale reazione adattiva di fronte a un pericolo: un animale di fronte a un attacco può fuggire, "immobilizzarsi" o lottare, ciò gli fa emettere stimoli vocali e assumere espressioni facciali per comunicare con i propri simili e allertarli sulla presenza di un pericolo. Le emozioni negative sono utili alla sopravvivenza perché segnalano la presenza di una minaccia e preparano all'azione.

Gli etologi hanno notato come le espressioni facciali, lo sguardo, la postura e la gestualità comunicano la presenza di una determinata emozione e vengono emesse secondo *pattern* apparentemente universali, sia quando si vuole manifestare uno stato di appagamento, sia in presenza di una minaccia (Leahy *et al.*, 2013; Eibl-Eibesfeldt, 1975).

Le emozioni coinvolgono i processi fisiologici e mentali, ci informano sui nostri bisogni e ci dirigono verso obiettivi differenti a seconda del tipo di emozione che proviamo. Secondo Damasio (2005), le emozioni sono dei

“marcatori somatici” che ci indicano ciò che vogliamo fare e ci aiutano a relazionarci con gli altri, grazie alla “teoria della mente” socialmente condivisa (Leahy *et al.*, 2013). Chi, ad esempio, è affetto da sindrome di Asperger o da autismo non riesce ad avere una lettura accurata della mente delle altre persone per cui quando interagisce con gli altri, assume dei comportamenti impacciati o impropri (Baron-Cohen *et al.*, 2009). Persone che presentano difficoltà nel riconoscere e identificare le emozioni e collegarle agli eventi vengono definite “alessitimiche” e possono presentare diverse problematiche quali: abuso di sostanze, disturbi alimentari, disturbo d’ansia generalizzato, disturbo narcisistico di personalità e altro (Taylor, 1984).

Neurobiologia delle emozioni

Dal punto di vista neurobiologico, le emozioni sono risposte a eventi personali di una certa intensità caratterizzati da vissuti soggettivi e da modificazioni biologiche. L’insieme di queste reazioni è connessa all’attivazione di strutture del sistema nervoso autonomo attraverso le sue due componenti (Valentino, 2017): il sistema nervoso simpatico e il sistema nervoso parasimpatico che determinano una serie di reazioni fisiologiche sulla base dell’emozione che si attiva: modificazione del battito cardiaco, della pressione, della salivazione, del ritmo del respiro ecc. Il sistema nervoso simpatico ha il compito di innescare risposte di sopravvivenza alle minacce e ai pericoli percepite dall’individuo predisponendolo all’attacco o alla fuga (Negrosini, 2023); il sistema nervoso parasimpatico, invece, si attiva nei momenti di calma, quando il corpo e la mente sono rilassati, quando l’individuo compie azioni piacevoli e calmanti. Si tratta di due sistemi che si escludono a vicenda e si attivano in modo complementare.

Al di sotto della corteccia cerebrale c’è il sistema limbico che comprende l’amigdala, l’ippocampo e l’ipotalamo. La struttura nervosa per eccellenza che rappresenta la base neurologica degli stati emotivi è l’amigdala che attiva reazioni motorie vegetative ed endocrine correlate all’emozione.

Come riportato dal giornale online delle scienze psicologiche *State of mind* (Valentino, 2017),

La corteccia prefrontale presenta connessioni bidirezionali con l’amigdala: l’amigdala, dopo aver integrato l’informazione sensoriale mnestica, informa la corteccia prefrontale circa l’attuale stato emotivo e la corteccia prefrontale modula il grado di attivazione dell’amigdala. Le risposte emozionali possono essere modulate anche attraverso processi cognitivi detti “re-appraisal” grazie alla capacità delle regioni prefrontali di influenzare la reattività dell’amigdala e dunque di regolare le emozioni.

Oatley e Johnson-Laird (1987) sostengono che, nel corso dell'evoluzione il sistema di attivazione, stereotipato e indifferenziato, è stato affiancato da un meccanismo di risposta più evoluto e flessibile, squisitamente cognitivo che richiede, però, tempi di elaborazione più lunghi.

Nel campo delle neuroscienze sono stati fatti numerosi progressi nello studio delle emozioni e della regolazione emotiva. Ochsner e Gross (2007), basandosi sui dati presenti in letteratura, hanno proposto un modello teorico dei sistemi neurali implicati nella regolazione delle emozioni che integra sia gli aspetti “dal basso verso l’alto” che quelli “dall’alto verso il basso”.

Nel modello di regolazione delle emozioni che procede dal “basso verso l’alto” le emozioni sono considerate delle reazioni a determinati stimoli ambientali che, in base alla loro peculiarità, determinano una specifica risposta negli esseri umani: questa concezione prende il nome di “emozione come percezione delle proprietà dello stimolo” (Ochsner, Gross, 2007).

Le ricerche su soggetti non umani hanno dimostrato come l’apprendimento sia dovuto all’attività dell’amigdala, mentre l’estinzione sembra attivare la corteccia mediale e orbito-frontale (LeDoux, 2000; Ochsner, Gross, 2007; Quirk, Gehlert, 2003).

Nei modelli di regolazione delle emozioni “dall’alto verso il basso” si ipotizza invece che le emozioni siano il risultato di un’elaborazione cognitiva: in base alla valutazione della pericolosità o della gradevolezza degli stimoli ambientali – in termini di bisogni, obiettivi e motivazioni personali – si discriminerebbero quelli da approssimare, da evitare o da selezionare attentivamente (Ochsner, Gross, 2007). Gli esseri umani si caratterizzano per l’utilizzo del linguaggio, del pensiero razionale, dell’elaborazione relazionale, della memoria e di strategie coscienti per la regolazione delle emozioni (Leahy *et al.*, 2013).

Indagini basate sul *neuroimaging* e studi sulle lesioni cerebrali negli esseri umani, hanno messo in luce come il “circuito” della regolazione delle emozioni può essere composto da una serie di regioni cerebrali interconnesse, che includono amigdala, ippocampo, insula e corteccia cingolata anteriore, oltre alle regioni dorso-laterale e ventrale della corteccia prefrontale. Si è ipotizzato che negli esseri umani l’attività pre-frontale sia fondamentale per la regolazione delle emozioni e che, in particolare, questa sia implicata nell’elaborazione dall’alto verso il basso (Davidson, 2000).

Il modello di Ochsner e Gross (2007) postula che siano coinvolti entrambi i tipi di elaborazione: quando un essere umano vive un evento avverso si scatena una reazione “dal basso verso l’alto” che può anche prevedere l’attivazione dei sistemi di valutazione (inclusa l’attività della amigdala, del nucleo *accumbens* e dell’*insula*) che comunicano con la corteccia e l’ipotalamo

per generare risposte comportamentali (Leahy *et al.*, 2013; Ochsner, Gross, 2007; Ochsner, Feldman Barret, 2001).

Emozioni e cognizioni: quale l'ordine di causalità?

Una delle questioni più dibattute riguarda la causalità delle emozioni: sono le cognizioni a causare le emozioni o viceversa?

Zajonc (1980) ipotizzava che il timore nei confronti di stimoli nuovi o minacciosi avvenisse quasi automaticamente, senza una reale presa di coscienza, e che la valutazione cognitiva sopraggiungesse solo in un secondo momento, successivamente alla risposta emozionale. Lazarus, per contro, sosteneva che fosse la valutazione di una situazione (ovvero la cognizione) a provocare la comparsa dell'emozione, e che la prima avesse un primato temporale sulla seconda (Lazarus, 1982; Lazarus, Folkman, 1984). Come spesso accade nei grandi dibattiti, entrambe le posizioni hanno una certa validità. A riprova della supremazia delle emozioni sulle cognizioni, una considerevole mole di ricerche ha evidenziato come alcuni stimoli (ad esempio quelli nuovi e minacciosi) eludano inizialmente la sezione corticale del cervello e vengano elaborati in modo quasi istantaneo dall'amigdala, al di fuori della coscienza. Tale elaborazione inconscia della paura influenza l'apprendimento, la memoria, l'attenzione, la percezione e la regolazione delle emozioni (Leahy *et al.*, 2013; LeDoux, 1996, 2003; Phelps, LeDoux, 2005).

Ad esempio, di fronte a un pericolo imminente, una persona mentre sta attraversando la strada prima si spaventa, poi sobbalza evitando di morire e solo successivamente si dice “stavo per essere investito da una macchina”, quindi prende coscienza dopo la reazione emotiva. A complicare il quadro c'è, però, l'inefficacia del sistema cognitivo nel catalogare in maniera adeguata gli eventi interni, infatti, spesso, non siamo consapevoli di ciò che ha influenzato i nostri processi emotivi o cognitivi (Gray, 2004).

Secondo Lazarus (1991), Zajonc avrebbe confuso l'elaborazione *cognitiva* con quella *cosciente* sostenendo che è possibile compiere una valutazione cognitiva senza esserne coscienti, per cui anche le valutazioni possono essere immediate e inconsapevoli. Da questa prospettiva si può ipotizzare che l'amigdala “valuti” gli stimoli in termini di intensità, novità, cambiamento e incombenza e che, in ogni caso, ne colga tutte le dimensioni “rilevanti”. Il modello che postula il predominio dell'emozione, inoltre, non chiarisce come sia possibile distinguere le emozioni stesse, nonostante esse si caratterizzino per processi fisiologici simili. Se è vero che paura, gelosia, rabbia e altre emozioni sono riconducibili a processi fisiologici di *arousal* simili, il vissuto emozionale soggettivo dipende dalla valutazione della minaccia e dal contesto in cui si verifica l'esperienza: ad esempio posso essere terrorizzato da un serpente, arrabbiato perché imbottigliato nel traffico, geloso delle attenzioni che la mia ragazza rivolge a un altro uomo, oppure attivato quando corro velocemente sul *tapis roulant*. Anche le se sensazioni fisiologiche sottostanti possono essere

simili, la valutazione cognitiva e il contesto mi aiutano a definire l'emozione che sto provando (Leahy *et al.*, 2013).

[...]

Forgas (1995, 2000) ha proposto un modello di "infusione" dell'emozione, secondo cui l'*arousal* emozionale influenzerebbe l'elaborazione cognitiva, soprattutto quando vengono attivate euristiche (scorciatoie) o elaborazioni di vasta portata: spesso, infatti, le persone valutano la potenziale pericolosità in base all'intensità dell'emozione che stanno sperimentando in quel momento (Leahy *et al.*, 2013; Kunrether *et al.*, 2002).

Ad esempio, i soggetti fobici si servono di questa euristica emotiva per la valutazione del rischio, secondo un ragionamento del tipo: "se mi sento in ansia allora deve esserci un pericolo (Arntz *et al.*, 1995).

Le ricerche di Forgas e colleghi dimostrano come l'induzione di un'emozione si ripercuota sul giudizio, sulla presa di decisione, sulla percezione, sull'attenzione e sulla memoria (che sono tutti processi cognitivi; Forgas, Bower, 1987), così come sull'attribuzione e sui processi esplicativi (Leahy *et al.*, 2013; Forgas, Locke, 2005).

In merito al rapporto tra emozioni e cognizioni,

Bower ha ipotizzato che le emozioni, i pensieri, le sensazioni e le tendenze comportamentali siano associate tra loro in una rete neurale: nel momento in cui si attiva un processo, quindi, se ne innescano conseguentemente degli altri. Affinché si attivino i processi fisiologici e i contenuti cognitivi potenzialmente interconnessi in questa rete, secondo il modello neurale, è necessaria l'induzione di una determinata emozione (Bower, 1981; Bower, Forgas, 2000).

[...]

Sia il modello di infusione dell'emozione proposto da Forgas che quello delle reti neurali proposto da Bower prevedono che sia l'*arousal* emozionale ad attivare specifici *bias* cognitivi e che questi, a loro volta, provochino ulteriore disregolazione emotiva. Di conseguenza, limitare l'*arousal* emozionale e modificare i *bias* cognitivi indotti dalle emozioni stesse potrebbe facilitare la regolazione emozionale (Leahy *et al.*, 2013).

Dalla psicologia cognitiva sappiamo che le disposizioni affettivo-emozionali influenzano i processi cognitivi in diversi modi, tutti, comunque, capaci di rafforzare le assunzioni che sostengono lo stato intenzionale alla base di quello specifico assetto affettivo (Mancini, Gangemi, 2004).

In un articolo di Mancini e Gangemi (2004) viene affrontato il tema del ragionamento emozionale alla base del mantenimento della patologia. Secondo Caprara e Cervone (2000), in tutte le persone lo stato affettivo presenta 5 caratteristiche:

- aumenta la disponibilità di immagini, pensieri e ricordi congrui con lo stato d'animo pregresso (*priming effect*), anche se lo stato d'animo dipende da eventi appartenenti a un dominio completamente diverso. Ad esempio, l'induzione di umore negativo attraverso l'ascolto di una musica triste implica che si presentino facilmente pensieri ed immagini cupi;
- influenza le strategie cognitive di elaborazione delle informazioni. Ad esempio, se ci si sente minacciati allora le informazioni vengono elaborate in maniera più sistematica; motiva le persone a regolare la propria esperienza consapevole, vale a dire a cambiare i contenuti mentali;
- centra l'attenzione su se stessi;
- ma, soprattutto, funziona come fonte di informazione che diventa particolarmente autorevole nelle persone che provano cronicamente quello stato affettivo.

Proprio in merito a questo ultimo punto, *ex consequentia reasoning*, *emotional reasoning*, *affect-as-information* (Arntz *et al.*, 1995; Clore, 1992; Engelhard *et al.*, 2001, 2002, 2003; Gasper, Clore, 1988; Schwarz, Clore, 1988; 1996; Scott, Cervone, 2002) sono tutti termini utilizzati per descrivere uno stesso meccanismo psicologico, secondo cui gli esseri umani tendono a utilizzare il proprio stato affettivo, più che le evidenze oggettive, quale informazione saliente per esprimere valutazioni e giudizi sul mondo.

[...]

Questo meccanismo differisce dal ben più noto *priming effect*, poiché in questo ultimo caso l'influenza delle emozioni sui processi cognitivi è indiretta: l'emozione attiva solo la rete di conoscenze ad essa direttamente connesse, ma sono queste conoscenze che influenzano la modalità di processamento di contenuti cognitivi non correlati con l'emozione di partenza.

Nel caso dell'*affect-as-information*, invece, l'influenza dell'emozioni sulle valutazioni espresse dai soggetti sarebbe più diretta: nell'esprimere, ad esempio, giudizi, i soggetti possono semplicemente chiedersi come si sentono rispetto all'evento da valutare (Schwarz, Clore, 1983; 1988). Gli stati affettivo-emozionali funzionano dunque come informazione che orienta direttamente le valutazioni espresse su eventi e argomenti non relativi in alcun modo con l'emozione esperita.

Di grande interesse sono gli esperimenti condotti in tale ambito da diversi gruppi di studio (Arntz *et al.*, 1995; Clore, 1992; Engelhard *et al.*, 2001, 2002, 2003; Gasper, Clore, 1998; Schwarz, Clore, 1988; 1996; Scott, Cervone, 2002), con differenti gruppi di soggetti (clinici, normali, adulti, bambini). Tutte queste ricerche hanno evidenziato come le disposizioni affettivo-emozionali influenzino effettivamente, sebbene indirettamente, alcuni processi cognitivi di base, alimentando in tal modo circoli viziosi responsabili del rafforzamento delle credenze alla base dello stesso stato affettivo (Mancini, Gangemi, 2004).

Quanto esposto non esaurisce il dibattito su predominio nel rapporto tra emozione e cognizione; la risposta definitiva potrebbe anche dipendere dal

valore semantico attribuito ai termini “valutazione”, “consapevolezza” ed “elaborazione cognitiva”. In ogni caso, son presenti molti dati a favore dell’interdipendenza tra emozioni e cognizioni e della loro mutua influenza in un ciclo di feedback (Leahy *et al.*, 2013).

Struttura del modulo

Il modulo “Le emozioni e le loro funzioni” ha lo scopo di fornire informazioni sulla natura e lo scopo di ogni emozione al fine di aumentare la consapevolezza emotiva.

Il modulo è articolato in due incontri strutturati, come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 1. Struttura del modulo “Le emozioni e le loro funzioni”

Incontri	Argomento
I incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Presentazione partecipanti, obiettivi del trattamento e regole del gruppo - Consegna test, appendice A e B e schede I modulo - Psicoeducazione sulle emozioni - L’ABC delle emozioni - Esercitazione su ABC personali - Homework: scheda 2 e 3
II incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Revisione compiti - Esercitazione su ABC personali - Introduzione alla ristrutturazione cognitiva - Sostituzione del pensiero da disfunzionale a funzionale - Comprendere quando un’emozione è ben gestita da quando non lo è - Homework: scheda 4
Obiettivi generali del I modulo	<ul style="list-style-type: none"> - Imparare a discriminare le diverse emozioni - Comprendere il collegamento tra pensieri, emozioni e comportamento - Aumentare la consapevolezza emotiva - Aumentare la flessibilità cognitiva - Utilizzare strategie di coping funzionali
Allegato online. Schede operative per gli adolescenti modulo I	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda 1 “Le emozioni” - Scheda 2 “Emozioni e corpo” - Scheda 3 “L’ABC delle emozioni” - Scheda 4 “ABC con pensiero funzionale”

I incontro

- Presentazione dei partecipanti, condivisione degli obiettivi del trattamento e delle regole del gruppo (allegato online). Il terapeuta inizia a presentarsi e sollecita ogni partecipante a una breve presentazione (nome, motivo per cui partecipa al gruppo e aspettative).
- Consegna dei test per la valutazione degli esiti (ASI, BDI, SCL-90, Scala del benessere familiare), materiale del primo modulo (allegato online).

Psicoeducazione sulle emozioni

Il terapeuta stimola una riflessione sulle emozioni partendo dal brainstorming, successivamente sollecita i partecipanti a consultare la Scheda 1 “Le emozioni” e passa in rassegna le emozioni principali, definendone scopi e funzioni.

Paura. La paura è un’emozione legata alla percezione di un pericolo; pertanto, nel corpo avvengono delle modificazioni fisiologiche che preparano l’organismo alla fuga: tensione e contrazione muscolare, respiro corto, tachicardia, pressione e temperatura del corpo elevate, sensazione di irrealtà, tremori, ecc. A questo si associano dei pensieri di minaccia imminente e sensazione di allarme (Martelli Venturi, 2019).

I pensieri legati all’ansia possono essere del tipo: “*non ce la farò mai a fare niente da sola da sola*”, “*potrei avere un infarto, un tumore o una malattia*”, “*non faccio in tempo a finire il lavoro quindi non mi daranno la promozione*”, “*mi sto per sentire male, se continuo così impazzisco*”, e simili.

La differenza tra ansia e paura sta sulla percezione temporale, l’ansia è l’anticipazione di un presunto pericolo, la paura segnala che il pericolo è reale e imminente.

La paura o l’ansia posso variare di intensità, per cui si può sperimentare una lieve preoccupazione fino ad arrivare al terrore e panico.

Tristezza. La tristezza è l’emozione che indica all’organismo che lo scopo perseguito è fallito e il meccanismo che si innesca è tale da bloccare l’azione. La tristezza è l’emozione che ci istruisce a “lasciar perdere”, non fa perseverare, ci permette di accettare le sconfitte e le perdite. È legata a sensazioni di perdita, malinconia, infelicità, umore depresso, malumore, sentirsi giù di morale, nostalgia; e si accompagna a due aspetti fisiologici: riduzione dell’energia da parte dell’organismo (abulia, astenia, mancanza di forze) e pensieri tristi: “*non mi va di fare niente*”, “*sto pensando di uccidermi*”, “*la*

vita non vale niente”, “*mi sento sempre a terra*”, “*non ho fiducia, non riuscirò a combinare nulla*”, e simili.

La tristezza può andare da una lieve sensazione di dispiacere fino ad arrivare alla depressione.

Rabbia. La rabbia è l’emozione che ci informa che c’è un ostacolo al raggiungimento di uno scopo con una spiacevole sensazione di danneggiamento di sé o delle proprie mete, o ci indica che stiamo subendo un’ingiustizia. La rabbia ha la funzione di mettere l’organismo nella condizione di difendersi dagli attacchi esterni, quindi predispone l’individuo a colpire, eliminare e distruggere l’ostacolo. Le reazioni fisiologiche associate alla rabbia sono quelle che preparano all’attacco e alla difesa: contrazione muscolare, calore.

La rabbia può essere più o meno intensa andando da un lieve fastidio fino a sensazioni di ira, collera, furia, indignazione, aggressività, irritazione, insofferenza, avversione, odio.

I pensieri legati alla rabbia possono essere: “*non è giusto che sia capitato a me*”, “*non me lo merito, è tutta colpa sua*”, “*si è comportato malissimo come si è permesso di criticarmi*”, e simili.

Gioia. La gioia ci indica che lo scopo è stato perseguito o siamo prossimi a perseguirlo. È l’emozione legata a sensazioni di benessere, pace, serenità, piacevolezza, contentezza, fino all’euforia, al piacere, all’entusiasmo, all’esaltazione, al sentirsi su, “*stare a mille*”, “*sentirsi alla grande*”. Ci segnala che quello che stiamo facendo ci fa stare bene pertanto è un invito a proseguire.

Disgusto. Il disgusto è la percezione della sgradevolezza verso sostanze, oggetti, animali o persone. Istruisce l’organismo al distacco, all’allontanamento e all’evitare l’interazione. Sensazioni di nausea, avversione, ripugnanza, schifo, ribrezzo; legata a pensieri del tipo “*non lo posso vedere*”, “*mi fa vomitare*”, “*non lo sopporto*”, ecc.

Colpa. La colpa è l’emozione che ci fa assumere la responsabilità di aver causato un danno a qualcuno o qualcosa e/o di aver trasgredito a norme o imperativi morali in cui si crede. I pensieri sono del tipo “*è stata colpa mia*”, “*è come se l’avessi rovinato io*”, “*ho sbagliato*”, “*gli ho chiesto scusa*”, ecc. Ci si può sentire in colpa per diversi motivi: perché si è trasgredito effettivamente nei confronti di qualcuno o qualcosa “*sono stato uno stupido a dargli uno schiaffo*”, “*sono stata poco prudente ed ho rotto il vestito che mi avevano prestato*”; oppure ci si può sentire in colpa perché non si è fatto nulla ma si è solo pensato ad una certa cosa “*vorrei tanto tradire mio marito*”,

“sono attratta da un criminale”, “vorrei non andare in chiesa”, “vorrei che lui si sentisse male”, ecc. Ci si può sentire in colpa anche quando si hanno dei pensieri che sembrano danneggiare non una persona fisica ma un giudice superiore depositario di norme e valori (esempio Dio), oppure quando si è scampati a un evento spiacevole, si è sopravvissuti a una strage ma il nostro vicino è stato, invece, vittima dell’evento dannoso; in questo caso ci si sente in colpa perché si pensa: *“Perché è toccato a lui e non a me?”*. Questo tipo di colpa si chiama appunto “colpa del sopravvissuto”.

Lo scopo principale del senso di colpa è quello di riparare il danno e ricercare la punizione per garantire l’equità tra gli esseri umani.

Vergogna. La vergogna è l’emozione che ci segnala il timore o il dispiacere che si sia compromesso lo scopo della buona immagine o dell’autostima. Convinzione che gli altri abbiano notato una trasgressione a una norma sociale. La vergogna è un importante indicatore di “come ci sentiamo” nei confronti degli altri, è un importante regolatore del nostro comportamento. Molto spesso è proprio per evitare di provare vergogna che si fa o non si fa qualcosa. La manifestazione tipica della vergogna è il rossore che svolge una funzione comunicativa ben precisa: comunica agli altri che si è sensibili al giudizio e che si condividono gli stessi valori, è un segnale di “pacificazione” volto a comunicare la rinuncia al controllo dell’altro e l’abbandono al suo potere. Anche la postura ha lo stesso scopo: capo chino, sguardo verso il basso volto ad evitare lo sguardo degli altri. È accompagnata da sensazioni di disagio nelle relazioni, sensazione di incapacità a modificare lo stato della relazione che è percepito come spiacevole. Timidezza, pudore, riserbo, impaccio, intoppo, titubanza, disagio. Legata a temi di pensiero tipo *“volevo sprofondare”, “mi sentivo tutti gli occhi addosso”, ecc.* La funzione principale della vergogna è quella di mantenere una buona immagine agli occhi degli altri.

Esercitazione sulle sensazioni corporee

Il terapeuta stimola una discussione di gruppo sollecitando i partecipanti con diverse domande: *“Chi ha provato alcune di queste emozioni? Quali? Vi siete mai accorti che il corpo manda dei segnali a seconda dell’emozione che provate?”*.

Si sottolinea l’importanza di riuscire a dare un nome alle emozioni e ad accorgersi di cosa si sta provando, spiegando che questo aiuta a regolarle. Infine, si sollecitano i partecipanti a riportare situazioni attivanti da un punto di vista emotivo focalizzandosi principalmente sulle sensazioni corporee e a

completare in seduta la Scheda 2 “Emozioni e corpo” che si discute in gruppo riportando vari esempi di episodi personali.

L'ABC delle emozioni

La tecnica dell'ABC (precedentemente esposta nella prima parte del libro) ha lo scopo di aumentare la consapevolezza attraverso l'osservazione del nesso causale tra eventi, pensieri, emozioni e reazione comportamentale.

Attraverso l'ausilio della lavagna, il terapeuta spiega l'ABC come rappresentato nell'esempio sottostante:

Tabella 2. L'ABC delle emozioni

Situazione <i>Dove sono, con chi, cosa sto facendo</i>	Pensiero <i>Cosa penso?</i>	Emozione <i>Cosa provo?</i>	Sensazioni fisiche <i>Dove lo sento nel corpo?</i>	Comportamento <i>Cosa ho fatto?</i>
Lucia è al parco e vede un cane	<i>Ecco ora mi morde</i>	Ansia	Tachicardia Respiro corto	Scappa
Luca è al parco e vede un cane	<i>Che carino</i>	Tenerenza	Rilassato	Lo accarezza

Si sollecitano i partecipanti ad osservare come l'emozione e il comportamento che ne consegue cambiano a seconda dell'interpretazione soggettiva della situazione, interpretazione che è condizionata dalla propria storia personale sia delle proprie credenze.

Per comprendere l'ABC bisogna fare lo sforzo di chiedersi:

- *“in che situazione mi trovo?* Per “situazione” si intende il contesto, ovvero dove sono, con chi e cosa sto facendo;
- *“quali pensieri mi passano per la testa?* Si spiega cos'è un pensiero automatico, ovvero un pensiero veloce, rapido e telegrafico che raggiunge la nostra mente senza il nostro controllo, un pensiero che non è pienamente cosciente ma nemmeno nel profondo inconscio, pertanto, per poterlo osservare, dobbiamo sforzarci di chiederci *“cosa mi è passato per la testa in quel preciso momento?* I pensieri possono presentarsi anche sotto forma di un'immagine;
- *Cosa provo? Quale emozione sto sperimentando? Quanto è intensa da 0 a 10?*

- *Quali sensazioni fisiche o sintomi provo?*
- *Cosa ho fatto concretamente? Come ho reagito?*

Come si può osservare nell'esempio precedente, Lucia e Luca si trovano nella stessa situazione ma lei scappa mentre lui lo accarezza. Questa differente reazione dipende esclusivamente dalla diversa esperienza che hanno fatto queste due persone in tema di cani: Lucia potrebbe essere stata morsa da un cane, potrebbe aver assistito a una scena analoga oppure nel suo ambiente familiare ha sempre sentito parlare con paura dei cani, ecc. Al contrario, Luca potrebbe aver avuto cani o aver fatto esperienze positive.

A questo punto si stimola il gruppo a riflettere sulla differenza tra ansia, paura reale e ansia immaginaria: *secondo voi in quale situazione sia Luca che Lucia sarebbero dovuti scappare? In quale situazione tutti avrebbero provato paura e sarebbero scappati?*

Il gruppo dovrebbe arrivare a ipotizzare una situazione simile: il cane è solo, sciolto si dirige verso di noi ringhiando e, a 5 centimetri dalla caviglia, spalanca la bocca come per morderla. È evidente che in questa situazione tutte le persone proverebbero paura e scapperebbero per spirito di sopravvivenza.

Si prosegue spiegando che fintanto si tratta di evitare cani questo potrebbe non comportare grossi problemi, il fatto è che molto spesso le persone iniziano ad evitare tante situazioni come, per esempio, non prendere più la macchina, non uscire più da soli, non prendere i mezzi di trasporto, andare al cinema e simili, tutte situazioni che compromettono fortemente l'autonomia della persona danneggiandone l'autostima ed il senso di autoefficacia personale. Tale compromissione non è, però, legata a un pericolo reale ma a un'ansia anticipatoria completamente slegata dalla realtà.

Si stimola il gruppo a fare una distinzione tra pensieri e realtà, facendo accenno anche alla creazione delle credenze, ovvero idee che ci creiamo su noi stessi o sul mondo a partire dall'esperienza soggettiva e dalla cultura di appartenenza.

Alcuni esempi di credenze possono essere:

- nella vita bisogna essere forti;
- non ci si può far vedere deboli altrimenti gli altri se ne approfittano;
- bisogna sempre dire la verità;
- ci si può fidare delle persone;
- bisogna essere diffidenti con le persone fino a che non si conoscono bene.

Le credenze influenzano i pensieri, quindi il modo in cui interpretiamo gli eventi, dunque condizionano le emozioni e i comportamenti.

Passata in rassegna la presentazione di come funziona la nostra mente

raffigurandola con lo schema ABC, si passa facendo un esempio tipico di ABC di una persona che soffre di attacco di panico. Il terapeuta presenterà alla lavagna questo esempio.

Tabella 3. Esempio di ABC tipico di un paziente che soffre di disturbo da attacchi di panico

Situazione <i>Dove sono, con chi, cosa sto facendo</i>	Pensiero <i>Cosa penso?</i>	Emozione <i>Cosa provo?</i>	Sensazioni fisiche <i>Dove lo sento nel corpo?</i>	Comportamento <i>Cosa ho fatto?</i>
Sono al centro commerciale e avverto una sensazione di giramento di testa	<i>Ecco ora sto per svenire</i>	Ansia Nodo in gola Testa confusa Brividi di freddo	Tachicardia Respiro corto	Ho preso acqua e zucchero e sono corsa al Pronto Soccorso

Il terapeuta spiega che la paura di svenire è legata solamente a una sensazione e non a un pericolo reale perché, generalmente, chi soffre di attacchi di panico è molto sensibile ai cambiamenti fisiologici e osserva con attenzione selettiva qualunque segnale fisico interpretandolo come segnale di una minaccia imminente. La spiegazione del disturbo di panico si rimanda al modulo dei disturbi d'ansia, in questa sede quello che interessa al terapeuta è far allenare i partecipanti a fare gli ABC su qualunque emozione per sensibilizzarli a comprendere il nesso tra situazioni, pensieri, emozioni e comportamento.

Esercitazione su ABC personali

Ad ogni partecipante viene chiesto di riportare un episodio personale e di provare a strutturarli secondo lo schema ABC e si avvia una discussione di gruppo.

Il terapeuta termina l'incontro ricordando ai partecipanti che le **funzioni delle emozioni**:

- *ci danno informazioni.* Ci segnalano che qualcosa sta accadendo, se per esempio siamo in un vicolo buio e solitario la paura ci comunica che è meglio accelerare il passo per scampare qualunque pericolo, se ci sentiamo rilassati mentre facciamo una passeggiata in montagna con un'amica, la serenità ci segnala che dobbiamo farlo più spesso perché ci fa

stare bene. Però è importante sottolineare che le emozioni non sono fatti reali perché questo può causare problemi: “*ho paura, quindi c’è un pericolo*”, oppure “*Lo amo, quindi è la persona giusta per me*”. L’emozione non è la prova che i fatti corrispondono a quello che sentiamo, ma prima di prendere qualsiasi decisione dobbiamo fare quello che Marsha Linehan chiama “*il controllo ai fatti*”, ovvero verificare se ad esempio la sensazione di paura che proviamo corrisponde a un pericolo reale oppure è solo nella nostra testa. Se, ad esempio, proviamo paura mentre prendiamo l’ascensore perché temiamo di avere un attacco di panico quella paura non è giustificata da una minaccia reale ma da un’idea di pericolo che ci siamo costruita sulla base di credenze personali;

- *comunicano con gli altri e li influenzano*. Le espressioni facciali, lo sguardo, la postura del corpo, il tono della voce dicono molto di come ci sentiamo e di cosa stiamo provando e in modo consapevole o inconsapevole comunicano e influenzano il modo in cui le persone ci rispondono, se per esempio avete il viso triste, qualcuno si avvicinerà per chiedere se va tutto bene e potrà offrire supporto. Il linguaggio del corpo fa capire al nostro interlocutore se può avvicinarsi, oppure indietreggiare, allontanarsi, offrire aiuto;
- *ci motivano e ci preparano all’azione*. Alcune emozioni generano un impulso ad agire che spesso è biologicamente innato. Quando, per esempio, mentre attraversiamo la strada vediamo una macchina arrivare a tutta velocità ci viene naturale scappare più in fretta possibile per evitare di essere investiti. Le emozioni fanno risparmiare tempo preparandoci ad agire in situazioni importanti perché non stiamo a chiederci: “*cosa dovrei fare?*”.

Homework

Scheda 3 “L’ABC delle emozioni”.

Il incontro

Revisione dei compiti

Scheda 3 “L’ABC delle emozioni”.

Esercitazione su ABC personali

Considerando che la tecnica dell’ABC sembra molto facile ma occorre un grande allenamento per diventare pratici, il terapeuta fa esercitare, ulterior-

mente, i partecipanti a portare episodi personali in cui hanno vissuto un'emozione molto intensa. A partire da questi episodi inizia a stimolare una riflessione sulla veridicità dei pensieri e sulla possibilità di una loro messa in discussione. Il terapeuta deve mettere in evidenza che il pensiero, cosa più difficile da individuare, deve essere congruo con l'emozione (se ad esempio l'emozione è la rabbia il pensiero deve contenere temi di ingiustizia; se è ansia o paura temi di pericolo; se tristezza temi di fallimento e così via), inoltre può sottolineare che una stessa situazione può sollecitare anche più di un'emozione e allora è fondamentale capire quale tra queste è più intensa e rilevante. Se comunque sono presenti più emozioni, vuol dire che sono presenti anche più pensieri congrui con quell'emozione, pertanto bisogna individuarli. Spesso i pazienti confondono la rabbia con la tristezza oppure le riconoscono entrambe ma sentono più elevata la rabbia quando, invece, l'emozione prevalente risulta essere la tristezza. Facendo un esempio: una paziente può riferire di sentirsi arrabbiata perché l'amica non le ha chiesto di uscire, poi riferisce un pensiero del tipo *"non mi considera, non gli interessa niente di me"*. Il pensiero riferito è di fallimento, quindi dovrebbe presupporre un'emozione di tristezza e non di rabbia perché l'ingiustizia non è presente. La rabbia è un'emozione attivante perché i parametri fisiologici (pressione, ritmo cardiaco, ecc.) sono elevati e la persona si sente più forte e reattiva, mentre la tristezza è l'esatto opposto, perché fa sentire fiacchi, privi di energia, soli, ecc. Questo è il motivo per cui, spesso, le persone trasformano il dolore della tristezza in rabbia anche quando non dovrebbe essere così, per consentire una giusta elaborazione e gestione dell'emozione. Anche la cultura ci mette del suo scoraggiando le emozioni negative, infatti, sin da quando siamo piccoli, non di rado sentiamo citare frasi del tipo *"non devi piangere"*, *"non devi essere triste"*. Gran parte delle persone si sente a disagio quando vede qualcuno soffrire perché sperimenta un senso di impotenza quando vorrebbe fare qualcosa per far cessare il prima possibile quel dolore. In realtà bisognerebbe insegnare le emozioni a partire dalla scuola dell'infanzia e far capire che ogni emozione ha diritto di essere vissuta in modo naturale e di poter essere espressa mentre l'altro non può negarla o cambiare lo stato delle cose, ma può, semplicemente, essere in ascolto mostrando vicinanza e comprensione, cosa più preziosa che può fare.

Il terapeuta può citare l'esempio di un lutto non elaborato. Una persona che subisce un lutto attraversa varie fasi (sensazione di irrealtà, rabbia, rassegnazione e accettazione). Persone che non si concedono di sperimentare il dolore connesso alla perdita di una persona cara possono rimanere bloccate in una delle fasi, per esempio fermarsi alla prima (fase di irrealtà) o alla seconda (fase di rabbia), impedendo, così, il naturale processo di elaborazione del lutto. Questo non significa che hanno superato il dolore della perdita, piuttosto non si sono concesse di soffrire al momento giusto e può capitare

che lo scotto lo paghino molto forte, anche a distanza di molti anni, attraverso lo sviluppo di sintomi somatici, ansia o depressione.

Quando si spiega l'ABC ai pazienti spesso capita di sentirli sorpresi di non riuscire a identificare bene le emozioni, pertanto è fondamentale che il terapeuta gli insegni a discriminarle l'una dall'altra, a provarle così come vengono e a capirne il significato perché solo così è possibile gestirle nel modo appropriato e migliorare la qualità della propria vita.

Ricordare che le emozioni ci forniscono informazioni preziose: ci dicono cosa ci piace e cosa non ci piace, pertanto saperle riconoscere ci orienta nel comportamento scegliendo la strada migliore.

Introduzione alla ristrutturazione cognitiva

La ristrutturazione cognitiva è l'intervento terapeutico che mette in discussione le convinzioni del paziente. Una volta che i partecipanti iniziano ad essere più consapevoli del legame esistente tra le emozioni, i pensieri ed il comportamento, il terapeuta, a partire dagli episodi riportati dai partecipanti, può sollecitare una riflessione sulle diverse modalità di pensiero ed interpretazione delle situazioni riferite, pensando a delle ipotesi alternative alle credenze di base.

Poi può riprendere l'esempio del paziente con attacchi di panico che, ogni volta che sente una sensazione di debolezza alle gambe, pensa *“ecco sto per svenire”*. Sollecita il gruppo a mettere in discussione questo pensiero, chiedendo: *“secondo voi come potrebbe essere interpretato il sintomo delle gambe deboli?”*, *“Cosa potrebbe pensare questa persona di meno minaccioso?”*.

Il terapeuta può fare l'esempio che se la persona in questione pensasse *“Non è nulla, si tratta solo di una sensazione fisica innocua dovuta alla stanchezza di questi giorni”*, questo pensiero la farebbe sentire più tranquilla e modificherebbe anche la sua reazione avendo come conseguenza una diminuzione dei sintomi e una sensazione di maggiore benessere che la porterebbe a proseguire la sua passeggiata al centro commerciale.

Sostituzione del pensiero da disfunzionale a funzionale. A questo punto, il terapeuta presenta una nuova scheda ABC, come quella sottostante, e invita i partecipanti a riprendere gli esempi fatti in precedenza, sforzandosi di pensare a un pensiero alternativo a quello negativo che avevano riportato, come nell'esempio.

Tabella 4. ABC con pensiero funzionale

Situazione	Pensiero	Emozione e sensazioni fisiche	Pensiero funzionale	Comportamento
Sono al centro commerciale e avverto una sensazione di giramento di testa	<i>Ecco sto per svenire</i>	Ansia	Non è nulla di grave, sono solo un po' stanca, passerà	Continuo a fare gli acquisti al centro commerciale

È importante sottolineare ai partecipanti che la messa in discussione dei pensieri non è legata a quanto realmente si crede che i pensieri siano veri, piuttosto, l'obiettivo è quello che la persona impari a ragionare in modo più flessibile, ponendosi dei dubbi e sforzandosi di pensare a diverse possibilità nell'interpretare un dato evento.

Comprendere quando un'emozione è ben gestita da quando non lo è.

Una volta affrontate le emozioni e i pensieri, il terapeuta passa in rassegna gli ABC riportati dai partecipanti durante l'incontro e solleva una discussione di gruppo per capire se l'emozione riportata è stata ben gestita oppure no. A questo punto si presentano le strategie di coping disfunzionali che spesso vengono messe in atto per evitare di entrare in contatto con un'emozione dolorosa:

- **evitamento delle situazioni:** la persona evita di prendere i mezzi pubblici, l'ascensore, di andare al centro commerciale o in altri luoghi affollati, di prendere la macchina o fare tragitti lunghi o in autostrada, ecc.;
- **comportamenti guidati dall'emozione:** prendere e scappare da una situazione perché in preda all'ansia (una cena tra amici, al cinema, tornare indietro con la macchina a metà tragitto, ecc.);
- **evitamento cognitivo:** distrarsi, evitare di pensare ai problemi;
- **comportamenti protettivi:** uscire solo se accompagnati, portare sempre con se i farmaci, fare i tragitti in macchina al telefono con qualcuno, chiedere continue assicurazioni, cercare informazioni su internet, ecc.

Questa riflessione pone le basi per l'inizio del modulo successivo sulla difficoltà nella regolazione emotiva.

Homework

Scheda 4 “L’ABC delle emozioni”.

Consegna dei test per la valutazione degli esiti: ASI, BDI, SCL-90, Scala del benessere familiare).

Bibliografia

- Arntz A., Raurer M., van den Hout M. (1995), “If I feel anxious, there must be danger”: ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders, *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 917-925.
- Barkow J. H., Cosmides L., Tooby J. (Eds) (1992), *The adapted mind: evolutionary psychology and the generation of culture*, Oxford University Press: New York.
- Baron-Cohen S., Scott F.J., Allison C., et al. (2009), Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population studies, *British Journal of Psychiatry*, 194(6), 500-509.
- Bower G.H. (1981), Mood and Memory, *American Psychologist*, 36(2), 129-148.
- Bower G.H., Forgas J.P. (2000), *Affect, memory, and social cognition*, in E. Eich, J.F. Kihlstrom, G.H., Bower, et al. (Eds), *Cognition and Emotion*, Oxford University Press: New York.
- Caprara G.V., Cervone D. (2000), *Personality: Determinants, dynamics, and potentials*, New York: Cambridge University Press.
- Clore G.L. (1992), *Cognitive phenomenology: Feelings and the construction of judgment*, in L.L. Martin, A. Tesser (a cura di), *The construction of social judgments*, Hillsdale: NJ, Erlbaum.
- Damasio A. (2005), *Descartes'error: emotion, reason, and the human brain*, Penguin: New York.
- Davidson R.J. (2000), Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity, *American Psychologist*, 55, 1196-1214.
- Eibl-Eibesfeldt I. (1975), *Ethology, the biology of behavior*, Holt, Rinehart, Winston: New York.
- Ekman P. (1993), Facial expression and emotion, *American Psychologist*, 48, 384-392.
- Engelhard I.M., Macklin M., McNally R.J. et al. (2003), Emotion and intrusion-based reasoning in Vietnam veterans with and without chronic posttraumatic stress disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 39(11), 1339-1348.
- Engelhard I.M., van den Hout M.A., Arntz A. (2001), Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss, *General Hospital Psychiatry*, 23(2), 62-66.
- Engelhard I.M., van den Hout M.A., Arntz A. et al. (2002), A longitudinal study of “intrusion-based reasoning” and posttraumatic stress disorder after exposure to a train disaster, *Behaviour Research and Therapy*, 40(12), 1415-1424.
- Forgas J.P. (1995), Mood and judgment: The affect infusion model (AIM), *Psychological Bulletin*, 117 (1), 39-66.
- Forgas J.P. (2000), *Feeling is believing? The role of processing strategies in media-*

- ting affective influences on beliefs, in N.H. Frijda, A.S.R. Manstead, S. Bem (Eds), *Emotions and belief: How feeling influence thoughts*, New York: Cambridge University Press.
- Forgas J.P., Bower G.H. (1987), Moog effect on person-perception judgments, *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 53-60.
- Forgas J.P., Locke J. (2005), Affective influence on causal inferences: The effects of mood on attributions for positive and negative interpersonal episodes, *Cognition and Emotion*, 19(7), 1071-1081.
- Gasper K., Clore G.L. (1998), The Persistent Use of Negative Affect by Anxious Individuals to Estimate Risk, *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1350-1363.
- Gray J.A. (2004), *Consciousness: Creeping up the hard problem*, Oxford University Press: Oxford.
- Ielpo P. (2023), *Riconoscere le emozioni per conoscere se stessi*, disponibile al sito www.psyeventi.it/articoli/riconoscere-le-emozioni-per-conoscere-se-stessi-c5721.html.
- Kunrether H., Slovic P., Gowd R., Fox J.C. (Eds), (2002). *The affect heuristic: implications for understanding and managing risk-induced stigma. Judgements, decisions, and public policy*, Cambridge University Press: New York.
- Lazarus R.S. (1982), Thoughts on the relations between emotion and cognition, *American Psychologist*, 37(9), 1019-1024.
- Lazarus R.S. (1991), Cognition and motivation in emotion, *American Psychologist*, 46(4), 352-367.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leahy R.L., Tirch D., Napolitano A.A. (2013), *La regolazione delle emozioni in psicoterapia*, Eclipsi: Trento.
- LeDoux J.E. (1996), *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*, New York: Simon & Schuster.
- LeDoux J.E. (2000), Emotion circuits in the brain, *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155-184.
- LeDoux J.E. (2003), The emotional brain, fear, and the amygdala, *Cellular and Molecular Neurobiology*, 23 (4-5), 727-738.
- Mancini F., Gangemi A. (2004), Il ragionamento emozionale come fattore di mantenimento della patologia, *Sistemi Intelligenti*, 2, 237-254.
- Martelli Venturi I. (2019), *Trattamento dei disturbi emotivi comuni: guida pratica per la conduzione di gruppi*, FrancoAngeli: Milano.
- Negrosini S. (2023), *Emozioni e Sistema Nervoso Autonomo*, disponibile al sito www.saranegrosini.it/emozioni-e-sistema-nervoso-autonomo/.
- Nesse R.M. (2000), Is depression an adaptation?, *Archives of General Psychiatry*, 57, 14-20.
- Oatley K., Johnson-Laird P.N. (1987), Toward a cognitive theory of emotion, *Cognition and Emotion*, 1, 29-50.
- Ochsner K.N., Feldman Barret L. (2001), *A multiprocess perspective on the neuroscience of emotion*, in T.J. Mayne, G.A. Bonanno (Eds), *Emotion: current issues and future directions*: Guilford Press, New York.

- Ochsner K.N., Gross J.J. (2007), *The neural architecture of emotion regulation*, in Gross J.J. (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, Guilford Press: New York.
- Phelps E., LeDoux J.E. (2005), Contributions of the amygdala to emotion processing: From animal models to human behavior, *Neuron*, 48(2), 175-187.
- Quirk G.J., Gehlert D.R. (2003), *Inhibition of the amygdala: key to pathological states?*, in P. Shinnick Gallagher, A. Pitkanen (Eds), *The amygdala in brain function: Basic and clinical approaches*, New York Academy of Sciences: New York.
- Schwarz N., Clore G.L. (1983), Mood, misattribution, and judgments of well-being: Informative and directive functions of affective states, *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 513-523.
- Schwarz N., Clore G.L. (1988), *How do I feel about it? (the informative function of affective states)*, in K. Fiedler, J. Forgas (a cura di), *Affect, Cognition and Social Behaviour: New evidence and integrative attempts*, Toronto: Hogrefe.
- Schwarz N., Clore G.L. (1996), *Feelings and phenomenal experiences*, in E.T. Higgins, A.W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles*, The Guilford Press: New York.
- Scott W.D., Cervone D. (2002), The impact of negative affect on performance standards: evidence for an affect-as-information mechanism, *Cognitive Therapy and Research*, 26(1), 19-37.
- Taylor G.J. (1984), Alexithymia: concept measurement, and implications for treatment, *The American Journal of Psychiatry*, 141, 725-732.
- Valentino V. (2017), *Neurobiologia delle emozioni: le strutture neurali implicate nella regolazione emotiva*, State of Mind, disponibile al sito <https://www.stateofmind.it/2017/12/neurobiologia-emozioni>.
- Zajonc R.B. (1980) Feeling and thinking: Preferences need no inferences, *American Psychologist*, 35, 151-175.

6. Modulo II.

La regolazione emotiva

*Non dimentichiamo che le piccole emozioni
sono i grandi capitani della nostra vita
e che obbediamo a loro senza saperlo.*
Vincent Van Gogh

Regolazione e disregolazione delle emozioni

L'interesse nei confronti del ruolo dell'elaborazione e della regolazione delle emozioni si è sviluppata molto negli ultimi anni. I clinici, da tempo, hanno compreso come una delle esperienze più problematiche riportate dai pazienti sia la sensazione di sentirsi sopraffatti dalle emozioni e di gestirle con strategie di *coping* maladattive che possono andare dall'abuso di alcol o sostanze, abbuffate compulsive, vomito autoindotto, dipendenza da internet, sessualità promiscua, autolesionismo, ecc. (Leahy *et al.*, 2013).

Queste strategie non sono altro che tentativi di gestire, in modo disfunzionale, una attivazione emotiva vissuta come incontrollabile e insopportabile. L'effetto di queste modalità è immediato nel disattivare momentaneamente l'*arousal* neurovegetativo attivata dall'emozione, il problema è che il sollievo nel breve termine produce danni alla persona che adotta tali modalità nel medio e nel lungo termine (Martelli Venturi, 2019).

Se ad esempio un uomo che è stato lasciato dalla sua fidanzata, per non sopportare il dolore della perdita (reazione sana e reattiva alla separazione), inizia ad abusare di droghe per ottenere un sollievo momentaneo, nel lungo periodo cadrà sempre di più in uno stato di sofferenza e con molta probabilità svilupperà sintomi quali depressione, ansia, inizierà a rimuginare sulle proprie emozioni e ad avere difficoltà nelle relazioni con gli altri.

Le ricerche sulla regolazione delle risposte emotive (Linehan, 1993) hanno dimostrato che il controllo delle emozioni richiede la capacità, da parte del soggetto, di attuare due strategie differenti e in qualche modo opposte l'una all'altra: deve innanzitutto esprimere e riconoscere le emozioni di base, fondate sull'attivazione del sistema neurofisiologico, espressivo-comportamentale e sensitivo; e in un secondo momento deve imparare a limitare l'intensità degli stimoli emotivamente rilevanti, tali da riattivare o stimolare

emozioni negative, e ad inibire risposte emozionali secondarie disfunzionali. Ciò significa che, se una persona prova un'emozione eccessivamente intensa, deve essere capace di controllare o eventualmente inibire la conseguente attivazione di immagini, pensieri, giudizi, aspettative e comportamenti congrui con l'emozione stessa.

La disregolazione emotiva è la difficoltà, o l'incapacità, di gestire o elaborare in modo efficace un'emozione, e può manifestarsi con una loro eccessiva intensificazione o con una disattivazione. L'intensificazione si ha quando l'attivazione di un'emozione viene vissuta dal soggetto come indesiderata, intrusiva, fuori dal controllo e travolgente. Si tratta di emozioni intense che provocano panico, terrore, angoscia, vuoto, con una sensazione di sopraffazione tanto da sentire di non riuscire a tollerarle.

La disattivazione dell'emozione è l'altra faccia della medaglia della disregolazione emotiva e si manifesta con esperienze dissociative come la depersonalizzazione, derealizzazione o scissione o di appiattimento affettivo nel corso di esperienze che normalmente dovrebbero comportare un'attivazione emotiva (Leahy *et al.*, 2013).

La disattivazione delle emozioni può essere considerata come una reazione atipica ma normale di fronte ad esperienze traumatiche vissute come troppo minacciose all'incolumità fisica e psicologica, ma quando il distacco emozionale è eccessivo non consente il normale processo di elaborazione e costituisce una strategia di *coping* disadattiva basata sull'evitamento.

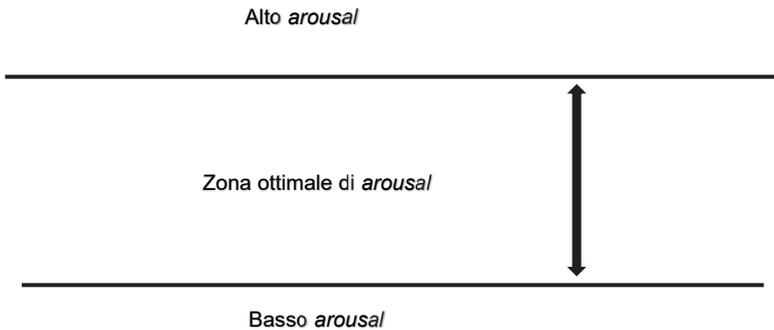
La regolazione delle emozioni include qualsiasi strategia di *coping* (adattiva o disadattiva) utilizzata per gestire emozioni troppo intense e può essere pensata come un processo omeostatico che modera l'intensità delle emozioni per mantenerle dentro un livello gestibile.

A tal proposito Daniel Siegel ha sviluppato il concetto di “finestra di tolleranza” (figura 1) che è strettamente legato alla disregolazione emotiva e di grande rilevanza nel trattamento dei pazienti difficili. Siegel (2013) afferma che molte forme di malessere mentale possono essere considerate come il risultato di disregolazione emotiva, ovvero stati mentali ed emotivi che si possono manifestare con esplosioni di emozioni molto intense come rabbia, tristezza o terrore che superano i limiti della “finestra di tolleranza” e travolgono la capacità di pensiero razionale, di flessibilità di risposta e di autoriflessione. La persona ha la sensazione di perdita totale di controllo e le sue attività interne ed abilità interpersonali sono momentaneamente compromesse.

Siegel definisce la “finestra di tolleranza” come quel range all'interno del quale le diverse intensità di attivazione emotiva e fisiologica possono essere integrate senza interrompere la funzionalità del nostro sistema (Cinotti, 2014) come rappresentato nella figura sottostante.

Quando i pazienti sono all'interno della loro finestra di tolleranza le informazioni che provengono dal mondo interno e dall'ambiente esterno possono essere integrate, in un fluire ininterrotto di informazioni percettive che vengono assimilate e associate ai dati emotivi e cognitivi, fino a costruire un significato alle esperienze (Cinotti, 2014).

Figura 1. Finestra di tolleranza Siegel (2013), in Cinotti (2014)



La linea sinusoidale che si osserva tra le due linee orizzontali segnalate dalle due frecce rappresenta il tono di attivazione neuro-fisiologica con le sue normali fluttuazioni. Nel corso della giornata, il nostro stato di *arousal* si muove a tratti verso l'alto (tendendo allo stato di *iper-arousal*) e a tratti verso il basso (*ipo-arousal*), contestualmente a situazioni percepite più o meno "attivanti" o più o meno "calmanti". Fluttuare all'interno della finestra di tolleranza è normale, fino al punto in cui per varie ragioni il tono di *arousal* non superi verso l'alto o verso il basso i confini della finestra di tolleranza: nel momento in cui si supera tale limite, verso l'alto o verso il basso, inizia la disregolazione emotiva, percepita soggettivamente come un senso di sentirsi "fuori controllo" (troppo agitati/ansiosi/attivati) o al contrario troppo "scari-chi" o apatici (lo stato di *ipo-arousal*), accompagnata da uno stato di profondo malessere da cui si tenta di fuoriuscire (State of Mind, 2023).

Secondo questa rappresentazione del malessere psichico, indotto da una disregolazione del tono di attivazione neuro-fisiologica, il problema consiste nell'incapacità di trovare strategie di regolazione emotiva che consentano all'individuo di ri-entrare all'interno della finestra di tolleranza quando ci si trova al di fuori, sia in termini di *iper* o di *ipo-arousal* (Albarelo, 2023).

La trasformazione o la modulazione delle esperienze emotive interne, ottenuta attraverso il controllo inibitorio delle conseguenti reazioni comportamentali, rappresenta uno dei principi fondamentali alla base delle tecniche

comportamentiste dell'esposizione. Il paziente, esponendosi in modo graduale alle situazioni temute, a lungo andare imparerà a tollerare la sofferenza, a ridurre lo stress e la vulnerabilità emotiva, a sperimentare emozioni positive. La modificazione dello stato emotivo si può ottenere anche attraverso il controllo delle reazioni fisiologiche alle emozioni ed è il principio base delle tecniche di rilassamento (compresa la desensibilizzazione), di alcune terapie farmacologiche e delle tecniche di respirazione nel trattamento degli attacchi di panico. Il controllo dell'attivazione fisiologica associata agli stati emotivi implica la capacità dell'individuo non solo di moderare le intense risposte fisiologiche associate all'emozione e quindi di "calmarsi" in presa ad esempio ad un attacco di panico o di rabbia fuori controllo, ma anche di incrementare il basso *arousal* conseguente ad emozioni di segno opposto come la tristezza o la depressione, quindi la capacità di "tirarsi su". Questo richiede, in generale, la capacità di forzare la propria attività anche quando la persona sente di non potercela fare, proprio come avviene nella programmazione di attività specifiche, che rappresenta una delle principali tecniche di terapia cognitiva per la depressione.

Il controllo dell'attenzione rappresenta uno dei principali sistemi per regolare le emozioni. L'importanza di questo meccanismo è stata sottolineata da diversi autori (Derryberry, Rothbart, 1984). Spostare l'attenzione su stimoli ambientali piacevoli, concentrandosi prevalentemente su di essi, può contribuire all'attivazione o al mantenimento di stati emotivi positivi, mentre anche una semplice deviazione dell'attenzione da stimoli ambientali spiacevoli può determinare un'attenuazione degli effetti negativi. Di conseguenza, chi è capace di esercitare un buon controllo sulla direzionalità e sulla focalizzazione delle proprie facoltà attentive sarà anche in grado di regolare più facilmente le proprie emozioni (Posner *et al.*, 1984). È ragionevole pensare che l'incapacità di distrarre la propria attenzione dagli stimoli emotivi negativi sia una componente importante della difettosa regolazione delle emozioni.

Teoria biosociale nella terapia dialettico-comportamentale

La terapia dialettico-comportamentale o Dialectical Behavior Therapy (DBT) è un trattamento cognitivo-comportamentale sviluppato da Marsha M. Linehan negli anni '90 in USA, ampiamente riconosciuto e diffuso grazie alle prove di efficacia condotte negli ultimi 20 anni che la collocano tra i trattamenti principali del disturbo borderline di personalità. Inizialmente ideato per i pazienti suicidari o autolesivi cronici, è stato in seguito adattato alle popolazioni cliniche con problemi di disregolazione emotiva e impulsività.

La DBT nasce dal dilemma di come impostare una terapia basata su una

sintesi dialettica tra il cambiamento delle emozioni dolorose, percepite dai pazienti come intollerabili e l'accettazione delle stesse, nel momento in cui non sono modificabili nel breve termine. Ne consegue un modello complesso che integra diversi approcci: terapie psicodinamiche, centrate sul cliente, gestaltiche, strategiche, tecniche cognitive e comportamentali, mindfulness.

Tra i concetti più importanti elaborati dalla Linehan Marsha (1993) e legati alla disregolazione emotiva c'è quello della la teoria biosociale secondo cui i comportamenti problematici dei soggetti emotivamente disregolati derivano da una combinazione di fattori biologici e ambientali: la *vulnerabilità biologica* e un *ambiente sociale invalidante* (ambiente inadatto ad insegnare strategie efficaci di regolazione emotiva, sostituito da un apprendimento inadeguato e disfunzionale) da cui il termine "biosociale".

Per "vulnerabilità emotiva" si intende una predisposizione innata ad avere un'elevata sensibilità agli stimoli emotivi, elevata reattività emotiva anche di fronte a stimoli neutri e un lento ritorno all'emozione di base. Le persone con una vulnerabilità biologica iniziale alle emozioni non sviluppano una disregolazione emotiva se non esposte ripetutamente ad un ambiente invalidante.

L'"ambiente invalidante" è caratterizzato da un ambiente sociale (rappresentato dai genitori, dagli insegnanti, dai coetanei o altri membri della famiglia che entrano ripetutamente in contatto con la persona) che tende a negare le emozioni dell'altro sminuendole, ignorandole, punendole o criticandole. Un ambiente invalidante alla comunicazione delle proprie esperienze interne tende a dare risposte estreme, inappropriate e imprevedibili. Attraverso parole o azioni, l'invalidazione comunica che gli stati d'animo, le azioni, le emozioni e i pensieri di una persona non hanno senso, sono manipolativi, inutili, sciocchi o eccessivi, non degni di interesse o rispetto.

Un ambiente invalidante non tollera le espressioni di disagio e sofferenza espresse dal soggetto per cui tende a minimizzarle e semplificarle come a dire "non è nulla puoi risolverlo da solo"; soltanto le manifestazioni estreme ed eclatanti o i problemi eccezionalmente gravi riescono a sollecitare una risposta di sostegno e di aiuto da parte degli altri. Questo non può che favorire la tendenza da parte del soggetto allo sviluppo di risposte di tipo estremo. Un bambino che cresce in una famiglia invalidante dove le risposte ambientali sono contraddittorie e incoerenti vivrà continue oscillazioni tra il polo dell'inibizione emotiva e quello dell'eccessiva intensità emotiva.

Un approccio transazionale al rapporto individuo-ambiente consente di comprendere come un sistema inizialmente costituito da un bambino con una lieve vulnerabilità emotiva e da una famiglia dallo stile tendenzialmente invalidante possa, nel corso del tempo, evolvere verso un'ingravescente condizione di reciproca ipersensibilità, vulnerabilità e invalidazione tra il soggetto e il suo ambiente.

Infatti, l'ambiente invalidante può rinforzare le crescenti manifestazioni di sofferenza espresse dal soggetto aumentandone l'escalation. Supponiamo, ad esempio, che un ragazzo di 15 anni, cresciuto in una famiglia invalidante, torni a casa con 30 minuti di ritardo dall'orario stabilito dai genitori e borbottando si chiuda in camera perché triste e deluso perché fidanzata lo ha appena lasciato. Il padre invalidante, senza nemmeno chiedere il motivo del ritardo, inizia a urlare rimproverandolo. Il ragazzo vulnerabile, e appena ferito dall'accaduto, non sentendosi capito, reagisce in modo estremo alzando la voce e rispondendo male al padre. Questo, a sua volta, aumenta la reazione rabbiosa da parte del padre, che alimenta la rabbia del figlio fino a un'escalation che potrebbe degenerare. In questo caso l'alta emotività espressa viene alimentata da entrambi.

La natura transazionale della teoria biosociale implica che le persone possono sviluppare modelli di disregolazione attraverso vie diverse: un individuo con estrema vulnerabilità emotiva può sviluppare modelli di disregolazione in una famiglia con un livello "normale" di invalidazione e può anche suscitare inavvertitamente invalidazione da parte dell'ambiente che lo circonda. Oppure, un ambiente altamente invalidante potrebbe interagire con una persona con un basso livello di vulnerabilità emotiva generando una persistente disregolazione emotiva.

A tal proposito, nel lavoro clinico, oltre che a lavorare con il paziente vulnerabile e disregolato per fornirgli strategie efficaci di gestione emotiva e controllo del comportamento, è molto importante lavorare anche sul contesto ambientale al fine di aiutarlo ad essere validante per il paziente per ridurne la vulnerabilità e interrompere circoli viziosi dannosi per l'intero nucleo familiare.

Struttura del modulo

Il modulo "La regolazione emotiva" prende spunto dalla terapia dialettico-comportamentale sviluppata da Marsha Linehan facendo particolare riferimento al concetto di regolazione emotiva e alla teoria biosociale che prende in considerazione l'interazione continua tra vulnerabilità biologica e ambiente nel condizionare la risposta emotiva. L'obiettivo di questo modulo è quello di mettere in evidenza i comportamenti disfunzionali che possono essere agiti d'impulso in preda a un'emozione intensa e insegnare modi più adattivi per tollerare la sofferenza e gestire in modo appropriato le crisi emotive.

È articolato in due incontri strutturati come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 1. Struttura e obiettivi del modulo “La regolazione emotiva”

Incontri	Argomento
I incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducazione sulla regolazione emotiva - Strategie di coping maladattive - Vulnerabilità emotiva - Teoria biosociale - Ambiente invalidante - Validazione emotiva - Disregolazione emotiva - Esercitazione sulla validazione - Homework: scheda 2 e 4
II incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Revisione compiti - Prospettive della mente - Relazione tra emozione e comportamento - Strategie efficaci per tollerare e gestire la sofferenza - Homework: scheda 6
Obiettivi generali del II modulo	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendere il significato della regolazione delle emozioni - Imparare a gestire gli impulsi - Comprendere le conseguenze a breve e lungo termine di un comportamento - Imparare a gestire le emozioni in modo efficace - Imparare a prendere decisioni in modo saggio
Allegato online. Schede operative per gli adolescenti modulo II	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda 1 “Strategie disfunzionali per gestire un’emozione” - Scheda 2 “L’ABC e comportamento disfunzionale” - Scheda 3 “Teoria biosociale” - Scheda 4 “Validazione e invalidazione emotiva” - Scheda 5 “Prospettive delle menti” - Scheda 6 “Strategie efficaci per tollerare e gestire la sofferenza - Scheda 7 “Esercitazione sugli stati della mente”

I incontro

Revisione dei compiti

Scheda 4 “ABC con pensiero funzionale”.

Psicoeducazione sulla regolazione emotiva

Il terapeuta, a partire dal brainstorming, stimola una riflessione sul concetto di regolazione emotiva. Successivamente la spiega facendo riferimento ai concetti di “finestra di tolleranza” di Daniel Siegel, di attivazione e disattivazione fisiologica dell’*arousal*, esposti all’inizio del capitolo. Poi chiede

al gruppo di riferire episodi in cui sono usciti dalla finestra di tolleranza e come li hanno gestiti, stimolando una riflessione sul se sono state usate delle modalità adattive o disadattive.

Strategie di coping maladattive

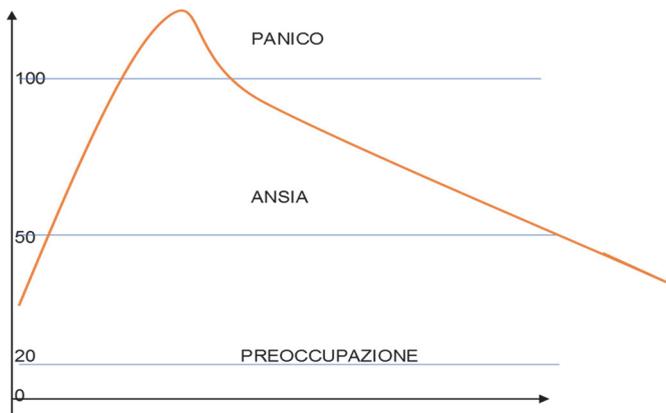
A questo punto il terapeuta fa un brainstorming per capire che idea hanno i partecipanti di cosa significhi gestire in modo disfunzionale un'emozione, elencando tutti i comportamenti maladattivi che gli esseri umani possono mettere in atto in preda ad un'emozione intensa. Poi invita i partecipanti a consultare la Scheda 1 "Strategie disfunzionali per gestire un'emozione".

Si chiede ai partecipanti se gli è mai capitato di usare strategie simili per affrontare la sofferenza sottolineando che spesso, tali strategie, peggiorano il problema originario e creano dei nuovi problemi. Alcuni di questi comportamenti vanno bene se usati con moderazione (esercizio fisico, dormire, lavorare, comprarsi qualcosa che piace, bere caffè, del vino in compagnia, ecc.), gli altri, invece, sono sempre dannosi. Spesso le persone, dopo aver messo in atto dei comportamenti impulsivi, dicono che non sono riusciti a controllarsi tanto era forte l'emozione: *"Non ho saputo resistere, l'ho fatto ancora non riesco a controllarmi!"*. Infatti, l'impulso è la tendenza ad agire in modo rapido e immediato senza pianificare il proprio comportamento e senza valutarne le conseguenze; solo dopo, a mente fredda le persone si rendono conto e spesso si sentono anche in colpa o indegne per quello che hanno fatto, per poi, però, ricaderci alla prossima crisi. Le persone, quando soffrono, ricorrono frequentemente a queste modalità perché in un certo senso, sul momento, hanno l'effetto di alleviare quel dolore tanto insopportabile, pur essendo condotte che nel medio e lungo termine producono ulteriore malessere aggravando i problemi. Si avvia una discussione di gruppo sulle conseguenze a breve e lungo termine delle condotte impulsive.

Vulnerabilità emotiva

Il terapeuta spiega cosa è la vulnerabilità emotiva: *"ci sono delle persone che, più di altre, nascono con una vulnerabilità emotiva, ciò significa che sentono le emozioni a un 'volume' più intenso rispetto alla media, sono più sensibili anche di fronte a stimoli neutri e ci mettono più tempo a tornare ad uno stato emotivo di base"*. Il terapeuta può rappresentare alla lavagna la curva sottostante della vulnerabilità emotiva portando ad esempio l'emozione dell'ansia.

Figura 2. Vulnerabilità emotiva (adattamento da Rathus, Miller, 2016)



Vulnerabilità biologica alle emozioni:

- *le emozioni si sentono a un volume più alto.* Ci sono persone che hanno una sensibilità emotiva diversa rispetto ad altre; una mole di ricerche suggerisce che le persone fortemente emotive hanno connessioni cerebrali diverse, è come se avessero un'ustione sul braccio e come soffia un po' di vento sentono immediatamente il dolore, mentre una persona vicino non si accorge nemmeno della corrente d'aria che passa. Si può chiedere ai partecipanti come si sentono rispetto alla vulnerabilità e di fare degli esempi. Può iniziare il terapeuta dicendo che c'è chi è più sensibile alla luce o agli odori, oppure chi allergico come arriva un po' di polline a primavera e a chi non da affatto fastidio. Va spiegato che la vulnerabilità emotiva non è un problema di per sé, ma può anche essere un punto di forza perché è anche ciò che rende creativo un individuo e lo spinge ad appassionarsi ai propri interessi, a portare avanti progetti, trascinare le persone verso obiettivi comuni. Non è un caso che persone vulnerabili diventino anche grandi leader e portino avanti grandi progetti. La cosa importante è saper canalizzare in modo costruttivo la vulnerabilità, in modo tale da diventare capaci di controllare le proprie emozioni e non il contrario, ovvero lasciare che le emozioni controllino il comportamento condizionandone la vita in senso negativo;
- *reattività emotiva.* La risposta emotiva è forte e immediata anche di fronte a stimoli neutri. Oltre ad essere sensibili, le persone vulnerabili percepiscono le emozioni in modo intenso e potente rispetto alla media: ciò

significa che la persona non vulnerabile può sentirsi un po' triste o lievemente infastidita rispetto a certi stimoli, mentre la persona vulnerabile si sente profondamente triste o fortemente irritata o furiosa anche di fronte a sollecitazioni minime;

- *lento ritorno all'emozione di base.* È difficile calmarsi e tornare a sentirsi come prima. Se l'emozione provata è così intensa non passerà nel giro di pochi minuti, come capita alle persone meno vulnerabili, ma potrà volerci molto più tempo, anche ore o giorni. Per fare una metafora è come se le persone vulnerabili avessero sempre un fuocherello acceso dentro di sé, e non appena arrivano dall'esterno degli stimoli anche lievemente fastidiosi, quei nuovi ciocchetti di legna non faranno altro che alimentare il fuoco.

La vulnerabilità emotiva *rende più difficile regolare emozioni e comportamento.*

Teoria biosociale

Riprendendo il concetto di vulnerabilità biologica, il terapeuta sollecita il gruppo a consultare la Scheda 3 “Teoria biosociale” e fa riflettere sull'importanza dell'interazione esistente tra vulnerabilità biologica e ambiente circostante: si spiega che a partire da una base innata rispetto la reattività alle emozioni, l'ambiente esterno con cui il bambino prima e l'adulto dopo interagisce ha un effetto potentissimo nel ridurre o amplificare tale vulnerabilità.

Il funzionamento individuale e quello sociale sono in continua interazione: l'individuo influenza l'ambiente e viceversa. La presenza di una persona con una vulnerabilità biologica alle emozioni rappresenta un fattore di stress per la famiglia, ma anche un ambiente familiare in cui si ricorre spesso a comunicazioni aggressive e invalidanti, rappresenta un fattore di stress per la persona vulnerabile. Nel tempo, se una persona è costantemente esposta a un ambiente invalidante con molta probabilità svilupperà un'incapacità a gestire le emozioni in modo efficace e quindi avrà problemi di disregolazione emotiva, ovvero una marcata impulsività che non permette di riflettere prima di agire.

Supponiamo che una persona sia cresciuta in una famiglia invalidante, con alta emotività espressa, ovvero qualunque manifestazione emotiva esprimeva veniva vissuta dai familiari come fonte di pericolo e preoccupazione oppure con fastidio e rabbia: immaginiamo liti frequenti con eccessi di collera fino ad arrivare a violenza fisica e verbale, oppure se c'era un momento in cui la persona manifestava un bisogno di vicinanza perché si sentiva sola, triste e vulnerabile e la famiglia reagiva a questo o minimizzando il problema e dicendo per esempio “*passerà non è nulla*” oppure esasperandolo “*cosa ti*

succede, perché piangi, non devi stare male va tutto bene”. Come può essersi sentita la persona in questione? Chi riceve costantemente comunicazioni di questo tipo si sente incompreso e gli arriva un messaggio sottile che è quello di comunicare che le emozioni non si possono esprimere perché sono fonte di disagio.

Un ambiente invalidante comunica attraverso parole o azioni, che gli stati d’animo, le azioni, le emozioni e i pensieri che una persona sperimenta non hanno senso, sono manipolativi, inutili, sciocchi o eccessivi, quindi non degni di interesse o rispetto.

Disregolazione emotiva

Il terapeuta elenca le conseguenze della disregolazione emotiva che porta a:

- bassa autostima ed instabilità nel senso di sé;
- problemi nelle relazioni (caotiche ed instabili);
- paura dell’abbandono, sentimenti di solitudine;
- comportamento impulsivo;
- ansia, rabbia, disforia e disregolazione;
- autogiudizio continuo;
- problemi nel pensiero;
- problemi nel problem solving;
- comportamento impulsivo;
- sensazione di ottundimento/annebbiamento;
- dissociazione, ideazione paranoide.

Ambiente invalidante

Il terapeuta sottolinea i punti sottostanti come conseguenza all’essere esposti a un “ambiente invalidante”:

- delegittima le esperienze, soprattutto private, di una persona (emozioni, bisogni, desideri, pensieri, convinzioni, sensazioni);
- svaluta le esperienze soprattutto quando sono molto diverse da quelle degli altri;
- non accetta né apprezza le differenze;
- cerca di cambiare o controllare;
- ignora o non presta attenzione;
- è critico o giudicante;

- non trasmette accettazione e accudimento anche quando esistono;
- ostacola la risoluzione, la gestione ed il fronteggiamento dei problemi.

Validazione emotiva

Il terapeuta spiega il concetto di validazione emotiva (che verrà ripreso anche nel modulo “La comunicazione e le abilità interpersonali”): *“validare significa comunicare all’altra persona che le sue emozioni, i suoi pensieri ed il suo comportamento hanno un senso e che siamo in grado di comprenderla”*. Validare è importante perché:

- migliora i rapporti interpersonali;
- riduce l’intensità dei conflitti;
- riduce l’intensità delle emozioni, rendendo la persona con cui stiamo parlando più calma e più ricettiva a quello che vogliamo comunicargli.

Quando validiamo, la persona si sente capita, ascoltata, non giudicata, percepisce che abbiamo a cuore il rapporto e capisce che possiamo anche non approvare il comportamento ma quantomeno approvare quello che prova senza entrare in conflitto.

È importante sottolineare che la validazione non è accettazione. Validare non significa che ci piace o che approviamo ciò che l’altro sta facendo o dicendo ma significa semplicemente capire le motivazioni che spingono l’altro ad agire o a pensare in un determinato modo.

È importante validare ciò che è valido, non quello che non lo è; si può validare sempre uno stato d’animo senza validarne il comportamento ad esso associato. Ad esempio, se un ragazzo torna a casa disperato perché ha preso un brutto voto a scuola e il genitore sa perfettamente che non ha aperto libro, non validerà il suo comportamento ma potrà validare l’emozione che sta provando il figlio e potrà dirgli: *“Capisco come ti senti, non è piacevole prendere un brutto voto e mi dispiace molto per te ma non avevi studiato, dagli errori si impara e sono certo che la prossima volta ti metterai sotto per recuperare!”*. Oppure se una ragazza ha commesso un gesto autolesivo e si è tagliata in preda a un forte dolore dopo la fine di una storia si potrebbe validare dicendo: *“capisco perfettamente come ti sei potuta sentire, è terribile sentirsi rifiutati e abbandonati e immagino che se sei arrivata a farti così del male era l’unica cosa che al momento ti dava sollievo ma possono esserci altri modi di gestire questa grande sofferenza, dei modi che ti proteggano e che non ti facciano del male, sono certa che prima o poi li troverai”*. È evidente che ha messo in atto un comportamento disadattivo ma se gli diciamo

“cosa hai fatto, non dovevi, è terribile, non si può morire per la fine di una relazione, è pieno di ragazzi, morto un papa se ne fa un altro”, sicuramente peggioreremmo il suo stato d’animo perché non si sentirebbe né sostenuta né compresa nel suo malessere.

Non bisogna dimenticarsi mai che in ogni comunicazione il primo passo utile è sempre quello di validare emozioni e pensieri.

Esercitazioni sulla validazione

Il terapeuta chiama due volontari per fare una simulata su un episodio personale di invalidazione e si avvia una discussione di gruppo su quale comunicazione è validante e quale invalidante. Far sperimentare più coppie, se possibile tutti.

Homework

Scheda 2 “L’ABC e il comportamento disfunzionale”.

Scheda 4 “Validazione e invalidazione emotiva”.

Il incontro

Revisione dei compiti

Scheda 2 “L’ABC e il comportamento disfunzionale”.

Scheda 4 “Validazione e invalidazione emotiva”.

Prospettive della mente

Il terapeuta invita i partecipanti a consultare la Scheda 5 “Prospettive della mente”. In ognuno di noi convivono questi stati della mente, ed è importante riuscire a trovare il giusto equilibrio, ma non è affatto facile o immediato.

Il terapeuta può partire facendo degli esempi sulle tre diverse prospettive della mente.

Laura e la mente logica

Laura è una persona estremamente razionale, ogni decisione che prende la deve analizzare minuziosamente spendendo giorni, se non mesi, a riflettere prima di

prendere qualunque decisione perché, a suo dire, non può permettersi di sbagliare. Questo, molto spesso la porta a procrastinare le decisioni fino a bloccarla, tanto da rischiare, a volte, di perdere delle occasioni importanti per la propria vita. Evita le emozioni perché le vive come una minaccia e cerca di contrastarle e controllarle. Sia nella vita privata che nel lavoro, Laura pianifica ogni cosa: tutto deve filare, non devono esserci imprevisti che non può prevedere o controllare. Spesso soffre di ansia e insonnia, e avverte una sensazione di malessere che non sa spiegarsi.

Le persone come Laura mettono in atto un controllo eccessivo sulle proprie emozioni per cui la vita può, a volte, sembrargli arida e priva di significato. Sono persone che risultano, spesso, efficienti sul lavoro dove iperinvestono quasi tutte le loro energie, sperimentando, a volte, un senso di vuoto affettivo perché hanno difficoltà a creare e mantenere legami affettivi profondi a causa della difficoltà nell'entrare in contatto con le proprie emozioni e con quelle degli altri. Per questo spesso sviluppano sintomi di tipo psicosomatico, ansia e depressione.

La *mente logica* è quello stato della mente in cui predominano la logica, i fatti, la ragione, il senso pratico senza tenere in considerazione gli aspetti legati alle emozioni e ai desideri. Abbiamo tutti bisogno della mente logica perché ci consente di fare una lista di cose che dobbiamo fare, ci fa rispettare tempi e consegne, ci fa fare progetti nel medio e lungo termine, ci fa mettere i soldi da parte per acquistare qualcosa che desideriamo, ecc. Il problema si presenta quando tutte le decisioni vengono prese in modo analitico. Se ad esempio nella scelta dell'università e della carriera futura una persona appassionata di arte e letteratura si iscrive a ingegneria per non deludere l'aspettativa dei genitori, come si sentirà e come affronterà gli esami? È molto probabile che la frustrazione la porti a vivere una grande sofferenza tanto da rendere poco oppure a bloccarsi tanto da mollare l'università. Se una persona si sposasse solo per convenienza un uomo ricco, potente e benestante per cui non ha nessuna attrattiva come potrebbe vivere nel futuro questa relazione? O, al contrario, se una persona considerasse solo la passione e il desiderio come elemento per costruirsi una vita con una persona, cosa succederebbe a quella relazione dopo qualche anno?

Si può stimolare la discussione chiedendo di portare esempi personali o di persone che conoscono che hanno fatto scelte simili. Tanto più le scelte sono importanti tanto più è alto il costo che si paga per scelte troppo estreme sia da un punto di vista sia logico-razionale che impulsivo.

Marco e la mente impulsiva

Marco viaggia a 100 all'ora, è un fulmine a ciel sereno, pieno di energia e in balia delle sue emozioni. Vive la vita alla giornata senza mai porsi obiettivi da raggiungere, inizia un lavoro e poi lo molla, inizia progetti e poi li accantona non appena

sente che c'è qualcosa che lo stimola di più o come trova un impedimento nel suo percorso. È così sia nelle relazioni che nel lavoro, per questo non trova una stabilità in nessun settore della sua vita. Quando c'è un problema si lascia guidare dalle emozioni, è impulsivo e non pensa mai prima di agire, tanto da guardare al suo passato con un senso di fallimento e sconfitta.

Le persone come Marco agiscono in modo troppo impulsivo, tanto da pentirsi delle scelte fatte, faticano a modulare le proprie emozioni e prendono decisioni sull'onda dell'emozione, cambiano umore rapidamente, si sentono sopraffatti dai sentimenti, quando incontrano problemi e difficoltà, faticano a tollerare stress e frustrazione. Sono persone che non riescono a pianificare mai nulla e tendono a rivivere con facilità emozioni intense del passato così come a diventare ansiose per situazioni che dovranno affrontare nel futuro.

Possono iniziare una storia d'amore con grande passione per poi romperla immediatamente al primo litigio, possono trovare lavoro e andarsene al primo richiamo del responsabile, possono guadagnare dei soldi e spendersi tutto il capitale senza ritrovarsi più niente, possono agire condotte a rischio (droga, alcol, gioco d'azzardo, sessualità promiscua, autolesionismo) che mettono a repentaglio la vita. Per questo spesso possono sviluppare disturbi di personalità, dipendenza da droghe, da alcol, ansia depressione, disturbi dell'umore, psicosi.

La *mente impulsiva* è quello stato della mente in cui prevalgono le emozioni che prendono il controllo dei pensieri e delle azioni impedendo di attivare le capacità di ragionare, tipiche della mente logica. Quando le persone sono in preda solo alla mente impulsiva, difficilmente riescono a prendere decisioni adeguate perché i fatti e la ragione vengono meno, tanto da non riuscire ad avere una giusta valutazione della realtà, e portano ad agire di impulso con conseguenze spesso dannose per l'individuo che lo allontanano dai propri scopi.

La mente impulsiva fa agire di getto, senza pensare alle conseguenze, l'emozione comanda il corpo e il comportamento.

Il terapeuta può portare un esempio personale di decisione impulsiva per stimolare i partecipanti a riflettere su esperienze personali: nei primi anni di carriera, il primo mese che avevo guadagnato un bel po' di soldi, ero passata davanti a un negozio e mi erano piaciute tantissimo un paio di scarpe così ne acquistai addirittura due, uguali ma di colore diverso. Il problema fu che ogni scarpa costava 180€ l'una, quindi spesi 360€ per due paia di scarpe che misi solo un giorno, tanto erano scomode e con un tacco troppo alto! Me ne pentii due giorni dopo ma, sul momento, tanta era l'emozione da non riuscire a pensare alle conseguenze.

A questo punto il terapeuta sollecita i partecipanti a riportare esempi personali in cui hanno agito con la mente impulsiva e razionale.

Esercitazione sulla relazione tra emozione e comportamento

A questo punto, il terapeuta può soffermarsi tra la stretta relazione tra emozioni e comportamento, sollecitando il gruppo a riferire quale azione segue in preda ad alcune emozioni specifiche, come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 2. Emozione e azione impulsiva

Emozione	Azione impulsiva
In preda alla tristezza si può...	Rimanere a letto, fare uso di droga o alcol.
In preda al senso di vuoto si può...	Farsi male come tagliarsi, abbuffarsi di cibo, condotte autolesive, fare uso di alcol o droghe.
In preda alla rabbia si può...	Diventare aggressivi verso le persone, urlare, lanciare oggetti, lasciare lavoro o relazioni importanti, guida spericolata, essere litigiosi.
In preda alla paura si può...	Evitare di uscire, andare al lavoro, evitare tutto quello che si teme.
In preda alla vergogna si può...	Evitare persone, attività, feste, situazioni ricreative o formali importanti.
In preda all'eccitazione si può...	Parlare a sproposito, spendere soldi, giocare d'azzardo, sessualità promiscua.
In preda all'amore si può...	Lasciarsi andare a comportamenti sessuali non protetti, andare a vivere insieme dopo pochi mesi di conoscenza.

Simona e la mente saggia

Simona vive una relazione da un po' di tempo, si sente molto innamorata ma dentro di lei c'è un conflitto ed ha come una sensazione strana perché, allo stesso, tempo prova rabbia, risentimento e delusione verso quest'uomo perché riconosce che non c'è condivisione di valori e di interessi, e questo è supportato da diversi fatti. Dentro di sé sa che dovrebbe mollarlo e che sarebbe la scelta giusta ma fatica moltissimo a prendere questa decisione ma lo farà per il suo bene.

In questo caso mente impulsiva e mente logica dialogano facendo arrivare a Simona alla sensazione che l'unica cosa giusta da fare è rompere la relazione. Questa è la mente saggia: sapere quale è la decisione giusta in base allo stato d'animo, ai desideri profondi, ai propri valori e obiettivi a lungo termine. Questo non significa che per Simona sia facile lasciare l'uomo di cui è innamorata, ma sa che è la decisione più giusta per sentirsi serena nel futuro.

Le persone come Simona riescono ad entrare con facilità in contatto con le proprie emozioni e con quelle degli altri senza però venirne sopraffatte;

questo gli consente di fare scelte equilibrate e soddisfacenti di cui difficilmente si pentiranno.

La *mente saggia* è lo stato della mente che integra la mente logica con la mente impulsiva e trova il giusto equilibrio tra questi opposti. La mente saggia è priva di conflitti: è un'intuizione che non ha bisogno di ragionamento e che non si fa dominare dalle emozioni, ci permette di cogliere la realtà e di adattarci ad essa con flessibilità, semplicemente “*è la sensazione giusta, sappiamo che dobbiamo agire così, lo sentiamo dentro di noi*”. Non è soltanto una combinazione di emozione e ragione, ma una sorta di condizione superiore in cui riusciamo a prendere le migliori decisioni, quelle di cui non ci pentiremo e che ci porteranno a stare bene.

L'obiettivo cui devono tendere gli esseri umani, per fare scelte corrette, è quello di allenare la mente a dialogare integrando gli aspetti razionali con quelli emotivi senza che una mente prenda il sopravvento sull'altra.

A questo punto si può sollevare una discussione portando degli esempi: può capitare che una persona senta forte il desiderio di prendersi un cane, ma poi valuta che non ha un parco vicino casa per portarlo fuori, che esce di casa la mattina presto e torna la sera, non ha nessuno che può portarlo fuori a fare i bisogni quindi, suo malgrado, rinuncia a questa possibilità e valuta eventualmente di farsi un gattino, che da certi punti di vista è meno impegnativo.

Strategie efficaci per tollerare e gestire la sofferenza

Si invitano i partecipanti a consultare la Scheda 6 “Strategie efficaci per tollerare e gestire la sofferenza” e si legge insieme punto per punto. Si spiega che per imparare a gestire in modo efficace la sofferenza bisogna che una persona impari a:

- fermarsi prima di agire, contare fino a 10 e bloccare qualsiasi azione verrebbe naturale mettere in atto perché quando l'emozione è troppo intensa si rischia di utilizzare una strategia di coping disfunzionale;
- ridurre l'attivazione neurovegetativa attraverso: la respirazione, l'attività fisica (camminare veloci, flessioni sul posto), acqua fredda o ghiaccio sui polsi e sulle tempie oppure se riesce farsi una doccia fredda, la distrazione;
- una volta abbassato l'*arousal* neurovegetativo, diventerà più lucida per compilare un ABC e riflettere sull'accaduto, per cui dovrà chiedersi: “*Cosa provo e cosa sto pensando in questo momento? Perché mi sento così? Cosa è successo?*”;
- accettare che si può soffrire e che certe cose non le possiamo cambiare. La sofferenza fa parte della vita (lutti, malattie piccoli o grandi fallimenti)

ostinarci a cambiare ciò che è successo e non può essere modificato rischia di far sprecare tante energie inutili che potrebbero essere canalizzate in altro modo. Bisogna imparare, quando necessario, a stare con il dolore, capire che le emozioni come vengono finiscono perché non sono eterne e che siamo in grado di gestirle;

- praticare un'attività piacevole anche contro voglia: bagno caldo, sport, lettura, cucinare il proprio cibo preferito, ecc. Non deve aspettare che compaia il desiderio ma si deve sforzare di fare quello che generalmente, fuori da quel momento critico, faceva stare bene la persona;
- capire se è soddisfatta della propria vita e incrementare ciò che la fa stare bene, eliminando ciò che fa stare male, quindi programmare la vita nel medio e nel lungo termine tenendo conto che il benessere psicologico è dato da: bilanciare doveri e piaceri, condurre una vita regolare senza abusi, regolarizzare sonno e alimentazione, coltivare relazioni sociali, praticare attività appaganti.

Homework

Scheda 7 “Esercitazione sugli stati della mente”.

Bibliografia

- Albarelo J. (2023), *La finestra di tolleranza*, disponibile al sito <https://jacopoalbarelo.it/la-finestra-di-tolleranza/>.
- Cinotti N. (2014), *Lavorare con le emozioni*, disponibile al sito <https://www.nicolettacinotti.net/wp-content/uploads/2015/04/Lavorare-con-le-emozioni.pdf>.
- Derryberry D., Rothbart M.K. (1984), *Emotion, attention, and temperament*, in Izard C.E., Kagan J., Zajonc R.B. (a cura di), *Emotions, Cognition, and Behavior*: Cambridge University Press: Cambridge.
- Leahy R.L., Tirch D., Napolitano A.A. (2013), *La regolazione delle emozioni in psicoterapia*, Eclipsi: Firenze.
- Linehan M. (1993), *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Milano: Cortina.
- Posner M.I., Walker J.A., Friedrich F.J., Rafal R.D. (1984), Effects of parietal lobe injury on covert orienting of visual attention, *Journal of Neuroscience*, 4, 1863-1874.
- Rathus J.R., Miller A.L. (2016), *Manuale DBT per adolescenti*, Milano: Cortina.
- Siegel D.J. (2013), *Il terapeuta consapevole. Guida per il terapeuta al Mindsight e all'Integrazione neurale*, Istituto di Scienze Cognitive Editore: Sassari.
- State of Mind (2023), *Disregolazione Emotiva. La disregolazione emotiva si riferisce a un'interruzione della “stabilità interna” dei processi legati alle attività di cervello-mente-corpo-ambiente*, disponibile al sito www.stateofmind.it/disregolazione-emotiva/.

7. Modulo III.

La comunicazione e le abilità interpersonali

*Libero è colui che non deve né subire né dominare
per essere qualcuno.*
Fëdor Dostoevskij

Le competenze sociali

Saper comunicare in modo efficace rappresenta un fattore protettivo nell'avere e nel mantenere buone relazioni interpersonali, d'altro canto, stare in equilibrio con gli altri rappresenta un punto cardine nella ricerca del benessere (Franck *et al.*, 2000).

Come affermava Liotti (1994), gli altri hanno un ruolo costante, sia nella vita pratica che in quella immaginativa e, spesso, forniscono delle informazioni di ritorno importanti per l'individuo.

Le capacità comunicative e le abilità sociali sono fortemente influenzate dalla cultura di appartenenza e dall'ambiente familiare in cui si cresce, ma possono essere apprese nel corso di nuove esperienze e nuovi insegnamenti, dunque è possibile "allenarle" per migliorarle e migliorare le relazioni.

La letteratura scientifica degli ultimi 20 anni ha fornito contributi interessanti sulle abilità sociali, che spaziano dalle neuroscienze alla psicologia sociale. Per "competenze sociali" si intende

capacità di natura psicologica, relazionale e comunicativa, che svolgono un ruolo fondamentale nella corretta interpretazione ed uso, da un punto di vista cognitivo e affettivo, delle norme di interazione sociale. Le competenze sociali si reggono e si sviluppano a partire da una dimensione chiamata cognizione sociale. [Tale dimensione si può definire come] "*quell'abilità di costruire rappresentazioni della relazione fra se stessi e gli altri e di usare queste rappresentazioni per realizzare comportamenti finalizzati e adattati al contesto*" (Adolphs, 2003).

La cognizione sociale non è un'abilità unica ma è formata da diverse componenti (Green *et al.*, 2005):

- *riconoscimento delle emozioni attraverso il canale non verbale*: abilità di inferire informazioni emotive da espressioni vocali o facciali. il canale non verbale

comprende la gestualità, la postura corporea, la comunicazione visiva, il tono della voce e l'espressione del viso, queste risultano determinanti per lo stabilirsi di un rapporto di intimità tra le persone; il volto rappresenta l'area del corpo più importante sul piano espressivo e comunicativo, produce segnali importanti nella comunicazione. La mimica facciale è fondamentale per informarci sullo stato emotivo di un individuo, le emozioni possono chiaramente influire sul comportamento e sull'espressività nella comunicazione. Acquisire la consapevolezza dei nostri canali non verbali consente di gestire meglio tali abilità nelle relazioni interpersonali, sviluppare questa consapevolezza emotiva ci consente di modulare le caratteristiche della comunicazione non verbale a seconda delle esigenze espressive;

- *teoria della mente*: è la capacità di intuire o comprendere gli stati mentali propri e altrui, i pensieri, le credenze, i ragionamenti, le inferenze, le emozioni, le intenzioni e i bisogni sulla base dell'osservazione del comportamento e del contesto e dell'inferenza di significato. Questa capacità permette di prevedere e dare significato al comportamento delle persone nei diversi contesti (Camaioni, 1995);
- *stile attributivo*: è quella tendenza caratteristica di ciascun individuo nello spiegare gli eventi della propria vita. Il processo di attribuzione avviene quando un individuo osserva un evento e poi, sulla base delle informazioni che sono in suo possesso e di altri fattori individuali e motivazionali, attribuisce quell'evento ad una particolare causa. [...] [Lo stile attributivo è condizionato molto dall'ambiente sociale e familiare in cui si è vissuto: ci sono persone che hanno uno *stile attributivo esterno* (ovvero attribuiscono la causa degli eventi molto più facilmente a condizioni esterne a se come alla fortuna o alla sfortuna o agli altri (“*sono andato bene all'esame perché sono stato fortunato*” “*sono andato male perché il professore mi ha fatto domande difficili*”) ed altre uno *stile attributivo interno* (ovvero attribuiscono la causa degli eventi a se stessi “*sono andato bene all'esame perché ho studiato molto*” “*ho fatto un errore perché non mi sono impegnato abbastanza*”). Lo stile attributivo influenza le reazioni dell'individuo all'evento stesso];
- *percezione sociale*: è la capacità di cogliere il significato sociale di un comportamento in un determinato contesto. Si riferisce alla modalità con cui ogni individuo crea impressioni e formula giudizi sugli altri facendo anche delle inferenze. La formazione di un'impressione è un processo attraverso il quale si organizzano le informazioni relative ad un individuo in una struttura coerente di conoscenze, è una rappresentazione cognitiva, cioè un insieme coerente di conoscenze accumulate nella memoria. La percezione sociale e le impressioni dirigono gli atteggiamenti, guidano l'azione e il comportamento sociale degli individui (Andronico, 2022).

È possibile incrementare la competenza sociale attraverso training sulle abilità interpersonali. Il principio su cui si basano tali insegnamenti “è quello dell'apprendimento sociale di Bandura (1977) il quale prevede che, attraverso l'insegnamento di abilità sociali corrette si possa aumentare la propria *autoefficacia* (Bandura, 1997)” (Andronico, 2022), ovvero la capacità di

sentirsi capaci ed efficaci nei diversi contesti. Tale apprendimento è veicolato da diverse procedure: *modeling*, *role-playing*, *feed-back*, *generalizzazione* e *problem-solving* (Emrich, 2004).

Competenze cognitive ed emotive per un buon adattamento sociale

Per un buon adattamento sociale sono necessarie competenze cognitive ed emotive che consentono di avere una modalità comunicativa adeguata. Tali competenze includono capacità di:

- accettare le critiche in modo costruttivo;
- *prendere decisioni*, quindi saper rinunciare a qualcosa per scegliere e tollerare il rischio di commettere eventuali errori e possibili conseguenze negative della decisione presa. Il processo decisionale è legato alle capacità di *problem-solving*, che permettono al soggetto di scegliere e mettere in atto la soluzione ritenuta più efficace in relazione alla situazione;
- *affermare le proprie idee*, valori e principi;
- *sapersi opporre in modo chiaro e diretto* alle opinioni degli altri quando non si è d'accordo;
- *fare e accettare richieste*, quindi saper chiedere e saper offrire;
- *saper fare complimenti* valorizzando gli aspetti positivi degli altri;
- *saper accettare i complimenti*, esprimendo in questo modo rispetto verso se stessi e capacità di autovalutazione;
- *saper fare critiche* o appunti in modo costruttivo;
- *decentramento*: comprendere correttamente il punto di vista dell'altro (pensieri, sentimenti, emozioni), assumendo un punto di vista diverso dal proprio;
- *ascolto*: astenersi da pregiudizi e giudizi ma mettersi nella condizione di ascoltare tutto ciò che l'altro ha da dire con atteggiamento curioso e attento;
- *riconoscere e discriminare le emozioni* proprie e altrui, in modo corretto, consente di avere una buona dose di empatia che rende i rapporti interpersonali più autentici;
- *saper comunicare i propri sentimenti e le proprie emozioni*, sia positive che negative, aumenta la confidenza nelle relazioni. Chiaramente è una capacità che va adattata al tipo di contesto e relazione;
- *condurre una conversazione* in modo chiaro, sincero e pertinente all'argomento. A questo si aggiunge la capacità di saper iniziare una conversazione anche con persone sconosciute, saperla sostenere trovando argomenti di comune interesse, saper rispettare i "turni" nella conversazione, saper improvvisare ed essere spontanei;
- utilizzare il linguaggio non verbale in modo coerente ai sentimenti espressi;

- utilizzare il linguaggio verbale esprimendosi in prima persona “io”, anziché “tu” che facilita i giudizi impersonali. Ad esempio: “mi sento arrabbiato perché mi hai promesso di venire e non lo hai fatto” piuttosto che “mi fai arrabbiare perché non mantieni le promesse”;
- *assumere un atteggiamento cooperativo*: comportamento pro-sociale finalizzato al raggiungimento di uno scopo comune e condiviso con altre persone.

L’assertività

“Essere assertivi” significa saper affermare se stessi nel rispetto delle opinioni degli altri, saper comunicare autenticamente le proprie idee e saper chiedere secondo i propri bisogni. In poche parole, significa saper chiedere ciò che si desidera, saper rifiutare ciò che non si vuole e saper esprimere opinioni, idee sia positive che negative agli altri.

Andrew Salter (1949), da molti considerato il fondatore degli studi sull’assertività, riteneva che su questa capacità si fondasse la realizzazione personale e la soddisfazione interpersonale degli individui (Carlotta, 2018).

Egli ha ipotizzato che molti problemi psichici hanno origine proprio dalla mancanza di assertività e che questa, a sua volta, è il risultato di un apprendimento inadeguato dovuto all’ambiente sfavorevole in cui una persona ha vissuto, che ha scoraggiato ed inibito i comportamenti assertivi. In linea con questa teoria, Salter inserì tra le sue pratiche terapeutiche degli interventi volti a favorire l’assertività, sostenendo che se il problema nasceva da un apprendimento “sbagliato”, poteva essere corretto da una nuova forma di apprendimento (Martelli Venturi, 2019).

Negli anni successivi, l’esempio di Salter fu seguito da altri terapeuti, con la conseguente proliferazione di trattamenti per potenziare l’assertività. Tra i contributi più interessanti troviamo quelli relativi alla componente cognitiva di questa abilità. L’assertività, infatti, non è fatta soltanto di comportamenti, ma anche di pensieri e atteggiamenti. Gli autori cognitivisti, in particolare, sottolinearono come le differenze tra persone assertive e non dipendessero innanzitutto dalle convinzioni che avevano su loro stesse e dalle previsioni che ne derivavano.

L’idea che accomuna le diverse teorie cognitive è che la scarsa assertività non dipenda (soltanto) da una mancanza di abilità, ma dal modo in cui le persone pensano. Per esempio, in risposta a una richiesta irragionevole, una valutazione che facilita un comportamento assertivo potrebbe essere “*Non sembra esserci una sola buona ragione per cui dovrei dire di sì*”. Al contrario, affermazioni come “*Mi*

vergognerei se rifiutassi” o *“Potrei non piacergli/le se non dico di sì”* possono ostacolare l’assertività (Jakubowski, Lange, 1978; Carlotta, 2018).

Pertanto, per aumentare l’atteggiamento assertivo non basta semplicemente adottare un certo tipo di comportamento, ma è altrettanto importante intervenire su come percepiamo noi stessi e gli altri.

Un aspetto importante dell’assertività, per esempio, è il rispetto verso se stessi e la difesa dei propri diritti. Non si può agire in modo assertivo, infatti, senza riconoscersi dei diritti basilari che nessuno può violare. Non sto parlando soltanto di diritti fondamentali come quello alla vita, alla libertà di espressione, all’educazione, ecc. Fanno parte dei nostri diritti anche quello di esprimere i propri sentimenti, di sbagliare, o di cambiare idea. Sentirsi liberi di reclamare i propri diritti, d’altronde, non implica però la libertà di calpestare quelli degli altri. È questa la differenza che passa tra il comportamento assertivo e quello aggressivo (Carlotta, 2018).

Struttura del modulo

Il modulo “La comunicazione e le abilità interpersonali” ha lo scopo di migliorare la comunicazione e le abilità interpersonali perché avere buone abilità sociali è un fattore protettivo per il benessere psicologico. Il modulo è articolato in due incontri strutturati, come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 1. Struttura e obiettivi del modulo “La comunicazione e le abilità interpersonali”

Incontri	Argomento
I incontro	<ul style="list-style-type: none">- Revisione compiti- Brainstorming sul significato di abilità interpersonali- Psicoeducazione sulla comunicazione- Esercitazione: osservare il non verbale- Stili comunicativi- Assertività- Esercitazione: dire di no ad una richiesta e fare una richiesta- Ascolto Attivo e Validazione emotiva- Esercitazione in classe sulla validazione- Fare richieste e Dire di no in modo efficace- Homework: schede 5, 6, 7

II incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Revisione compiti - Definire i confini tra sé e gli altri - Esercitazione sui confini - Realizzazione di Sé - Esercitazione: completa la tua vita - Homework: scheda 10 e 11
Obiettivi generali del III modulo	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendere la comunicazione - Apprendere uno stile di comunicazione assertivo - Imparare a validare - Imparare a gestire i conflitti in modo efficace - Imparare a dire di no - Imparare a fare richieste - Imparare a stabilire confini - Migliorare i rapporti interpersonali
Allegato online. Schede operative per gli adolescenti modulo III	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda 1 “Principi della comunicazione” - Scheda 2 “Stili comunicativi” - Scheda 3 “Confronto tra stili comunicativi” - Scheda 4 “Promemoria sull’assertività” - Scheda 5 “Dove mi colloco?” - Scheda 6 “Allenamento all’assertività” - Scheda 7 “Dire di no e fare richieste” - Scheda 8 “Ascolto attivo” - Scheda 9 “Validazione emotiva” - Scheda 10 “Tutelare i confini” - Scheda 11 “Completa la tua vita”

I incontro

Revisione dei compiti

Scheda 7 “Esercitazione sugli stati della mente”.

Psicoeducazione sulla comunicazione

il terapeuta, attraverso il brainstorming, stimola una riflessione sul concetto di abilità interpersonali, successivamente invita i partecipanti a consultare la Scheda 1 “Principi della comunicazione” dove vengono elencati in modo semplificato gli assiomi della comunicazione elaborati dalla scuola di Paolo Alto (Watzlawick *et al.*, 1967).

Esercitazioni sulla comunicazione non verbale

Per comprendere il concetto si può fare la seguente esercitazione in classe sull'osservazione del linguaggio non verbale: si prende un volontario tra i partecipanti e gli si dice di pensare a un episodio in cui si è arrabbiato molto, poi di sedersi davanti a tutti ed esprimere l'emozione senza dire nulla. Si sollecitano i partecipanti, uno ad uno, ad individuare il nome dell'emozione che sta esprimendo e di riferire le varie componenti osservate del linguaggio non verbale. Ripetere la stessa cosa con un altro volontario e un'altra emozione.

Stili comunicativi

Il terapeuta invita i partecipanti ad osservare lo schema della Scheda 2 "Stili comunicativi" e leggere i vari stili: passivo, assertivo, aggressivo sollecitando una riflessione su come ognuno si sente rispetto al proprio modo di essere. Si può descrivere il comportamento immaginandolo come un continuum ai cui estremi si colloca da un lato lo stile passivo e dall'altro lo stile aggressivo. All'interno di questo continuum si possono assumere una serie di sfumature dove si colloca al centro lo stile assertivo, ovvero quel comportamento di mediazione tra i due estremi (Klosko, Sanderson, 2001).

Lo *stile passivo* lo assume chi non rispetta i propri diritti oppure lo fa in modo tale che gli altri possono facilmente trascurarli. Chi assume questo comportamento esprime le proprie convinzioni e sentimenti adducendo spesso scuse e giustificazioni, appare poco convinto, ha un tono di voce molto basso, anche lo sguardo tende ad evitare il contatto oculare con l'altro. L'atteggiamento remissivo si basa sulla convinzione che le proprie esigenze sono considerate dagli altri meno importanti delle loro, pertanto la persona tende ad anteporre i bisogni dell'altro ai propri sperimentando senso di frustrazione, malcontento e rabbia perché si vede delusa l'aspettativa irrealistica di essere capiti dagli altri come se "avessero la sfera di vetro" senza comunicare in modo diretto i propri bisogni. Il comportamento remissivo ha i suoi vantaggi immediati perché consente di disinnescare un conflitto molto rapidamente perché lo si evita. Aiuta ad evitare anche l'ansia che scaturirebbe da un confronto e il senso di colpa all'idea di poter irritare o dispiacere qualcuno affermando i propri desideri. Spesso, il comportamento remissivo viene premiato e rinforzato socialmente e confuso con la buona educazione perché consente di ricevere lodi dagli altri per il fatto di essere una persona che non crea problemi. In realtà, l'essere remissivi porta gradualmente a perdere fiducia in se stessi, danneggia l'autostima alimentando rabbia e frustrazione

per non sentirsi in grado di esprimere i propri bisogni. D'altro canto, beneficia della remissività fino al punto in cui la persona passiva può arrivare a manifestare la rabbia in modo incontrollato ed esplosivo per poi sentirsi profondamente in colpa, innescando un circolo vizioso passivo-aggressivo. Le persone passive che reprimono i propri bisogni sviluppano, spesso, sintomi di natura somatica, ansia e depressione.

Lo *stile aggressivo* fa assumere un atteggiamento arrogante dove l'espressione dei propri diritti violano quelli degli altri. La persona si mostra prepotente, ha un tono di voce elevato, affronta l'altro ponendogli lo sguardo fisso negli occhi e con il corpo è proteso in avanti, quasi a comunicare un attacco. L'aggressività si basa sulla convinzione che le proprie credenze sono più importanti di quelle degli altri e su questo si basa l'idea della persona di avere più diritti enfatizzando il proprio punto di vista a spese degli altri, umiliando l'altra persona. Lo stile aggressivo può dare un senso di potere perché la persona che si sente ascoltata e obbedita si sente degna di rispetto e forte ma, nel tempo, l'aggressività porta ad allontanare gli altri facendo sperimentare un senso di solitudine e rabbia perché la persona vive l'impotenza del non poter modificare l'ambiente con cui interagisce. Tra l'altro, la persona aggressiva si mostra spesso con un atteggiamento ostile e sprezzante verso gli altri perché vede la causa delle sue insoddisfazioni solo all'esterno senza avere capacità critiche di messa in discussione del proprio atteggiamento. Un comportamento simile porta a un senso di solitudine che non consente di sperimentare relazioni autentiche.

Lo *stile assertivo* consente di far rispettare i propri diritti e idee in modo tale da non violare quelli degli altri. La persona assertiva riesce ad esprimere in modo chiaro e onesto il proprio punto di vista ma allo stesso tempo si mostra interessato e sa comprendere e rispettare anche il punto di vista degli altri. Le componenti fondamentali dell'assertività sono:

- saper affermare se stessi, comunicare autenticamente e saper chiedere secondo le proprie aspettative, intenzioni e bisogni;
- saper esprimere e condividere emozioni e sentimenti;
- saper dissentire, rifiutare e dire di "no";
- saper ascoltare;
- saper negoziare;
- saper rischiare;
- saper criticare;
- saper rispondere alle critiche;
- saper offrire, chiedere, rifiutare apprezzamenti;
- saper discernere, decidere e realizzare obiettivi concreti.

Il terapeuta sottolinea il vantaggio di assumere un comportamento assertivo elencando i seguenti punti:

- l'assertività genera assertività: è più probabile ricevere una risposta assertiva se facciamo una domanda assertiva, quindi è un allenamento a migliorare la comunicazione;
- aiuta a sviluppare maggiore rispetto per se stessi alimentando l'autostima;
- aiuta a sviluppare maggiore fiducia negli altri riconoscendogli capacità e limiti anziché inferiori o superiori;
- aumenta l'autocontrollo perché la persona impara a non reprimere e allo stesso tempo a non avere reazioni fuori controllo;
- aumenta il senso di responsabilità perché sentendosi liberi di esprimere idee e bisogni la persona non critica gli altri mostrandosi aggressiva, né si scusa assumendo un comportamento passivo;
- aumenta il senso di benessere perché non si investono le proprie energie in preoccupazioni e rimuginio sterile legati alla paura di far arrabbiare gli altri oppure di ramare contro di loro.

A questo punto il terapeuta spiega che possono esserci dei fattori che riducono l'assertività, pertanto è necessario tenerne conto per evitare una conversazione nel momento in cui sono presenti uno o più dei seguenti fattori:

- *fattori di vulnerabilità*: sonno, alimentazione, stanchezza, stress;
- *emozioni negative*: sentirsi eccessivamente arrabbiati, in ansia, in colpa, tristi, ecc.;
- *credenze disfunzionali*: pensieri del tipo “*tanto nessuno prende in considerazione quello che dico*”, “*nessuno mi ascolta*” “*non conto niente*” “*gli altri non mi capiscono*” “*sono superiore gli altri sono tutti stupidi*”, ecc.

Esercitazioni sul dire di “no” e fare una richiesta

Il terapeuta invita due coppie di volontari tra i partecipanti per fare due esercitazioni:

- *dire di “no” a una richiesta*. I due volontari si siedono l'uno di fronte all'altro e gli altri partecipanti osservano la simulata di una conversazione dove A chiede a B di vedersi per studiare insieme per il compito in classe di matematica ma B vuole dire di no perché in quel giorno ha già preso l'impegno per uscire a fare una passeggiata con un'amica;
- *fare una richiesta*. Il terapeuta sollecita gli altri due volontari a simulare

la situazione seguente: A deve chiedere a B, che è il genitore, di andare in vacanza con gli amici dopo una bocciatura.

Si possono prendere anche come esempi situazioni reali in cui i partecipanti si sono sentiti in difficoltà a dire di no o a fare richieste.

Dopo ogni simulata, il terapeuta avvia una discussione e ogni partecipante dovrà riferire cosa ha osservato nella simulata facendo particolare attenzione al tipo di stile comunicativo utilizzato.

Il terapeuta invita i partecipanti a consultare la Scheda 3 “Confronto tra stili comunicativi” dove vengono messi in evidenza pensieri, emozioni e comportamento di ogni stile comunicativo e la Scheda 4 “Promemoria sull’assertività” da leggere insieme e da utilizzare come promemoria per tenere a mente i principi dell’assertività cui bisogna allenarsi.

Ascolto attivo e validazione emotiva

Il terapeuta spiega due concetti importanti, utili a comunicare in modo efficace e a migliorare i rapporti interpersonali e invita i partecipanti a consultare prima la Scheda 8 “Ascolto Attivo” e poi la Scheda 9 “Validazione emotiva”.

Ascolto attivo. L’ascolto attivo è un concetto sviluppato da Thomas Gordon (1970) e indica la capacità di mettersi realmente nell’ottica di essere incuriositi da quello che l’altro vuole dirci, mantenere il contatto oculare ed una postura che mostra l’intenzione all’ascolto in modo non giudicante.

Nella vita di tutti i giorni siamo abituati a situazione di “*ascolto passivo*” e di “*ascolto selettivo*”. Nel primo caso, la persona parla ma l’altro non lo sente, non si interessa né a capire i significati né a riconoscere l’altro e la relazione. Nel secondo caso, chi ascolta filtra il messaggio sentendo solo ciò che vuole sentire (attenzione selettiva che conferma o disconferma le nostre credenze).

L’ascolto attivo è una tecnica che consiste nel rinviare a chi parla quanto sta dicendo, alla luce di quanto la persona ha compreso. Significa dare all’altro un feedback, cioè un’informazione di ritorno, su quanto ha appena ascoltato e capito, soffermandosi sul messaggio nella sua interezza (“*quindi lei mi sta dicendo che...*”, “*se ho capito bene...*”). Fermare l’altro quando ha terminato di dirci qualcosa e condividere con lui quanto si è capito consente di creare una relazione impostata sull’alleanza: la persona con cui stiamo parlando ci percepisce attenti con una volontà di negoziare e capire quanto sta dicendo, questo pone l’altro nelle condizioni di fare altrettanto.

Validazione emotiva. La validazione emotiva è un concetto sviluppato da Marsha Linehan (1993) e indica la capacità di comunicare alla persona con cui stiamo parlando che le sue emozioni, i suoi pensieri ed il suo comportamento hanno un senso e che siamo in grado di comprenderlo (Fenotti, 2021).

Quando validiamo stiamo facendo attenzione a non banalizzare o esagerare gli stati d'animo dell'altro. Per validare è necessario:

- prima di tutto riconoscere e comprendere un comportamento;
- trovare il senso profondo che quel comportamento ha avuto per la persona con cui stiamo parlando;
- comunicare alla persona ciò che abbiamo capito provando a riformulare ciò che ci ha detto in modo validante.

Esercitazioni sulla validazione e sull'ascolto attivo

Il terapeuta invita i partecipanti a fare un'esercitazione in classe per allenarsi alla validazione e all'ascolto attivo. Chiama due coppie di volontari a fare due simulate su due situazioni che possono scegliere loro tra quelle che hanno vissuto personalmente (un conflitto, una situazione difficile che hanno affrontato). Se non hanno episodi da riportare il terapeuta può suggerire due scenette da far simulare prima ad una coppia e poi all'altra:

- il figlio di 20 anni torna a casa alle 23.00 senza avvisare quando i genitori lo aspettavano per l'ora di cena. Arriva a casa dicendo che stava litigando con la ragazza e non aveva visto l'orario;
- situazione scolastica: un ragazzo ha risposto in modo strafottente all'insegnante che gli ha messo 4 al compito di matematica e l'insegnante lo rimprovera in modo aggressivo in classe davanti a tutti. Il ragazzo è molto arrabbiato e va a parlarle mostrandosi molto aggressivo, l'insegnante deve tentare di ascoltarlo e di validare la sua rabbia disinnescando l'escalation che ne potrebbe derivare. Il ragazzo prova a fare altrettanto nei confronti dell'insegnante cercando di ascoltarla e validarla mettendosi nei suoi panni.

Homework

Scheda 5 "Dove mi colloco?".

Scheda 6 "Allenamento all'assertività".

Scheda 7 "Dire di no e fare richieste".

Il incontro

Revisione dei compiti

Scheda 5 “Dove mi colloco?”.

Scheda 6 “Allenamento all’assertività”.

Scheda 7 “Dire di no e fare richieste”.

Stabilire confini

Il terapeuta sottolinea l’importanza di stabilire confini chiari tra noi e gli altri per riuscire ad avere un comportamento assertivo che, come abbiamo visto, consente di vivere meglio e mantenere buone relazioni interpersonali.

Tutte le volte che non rispettiamo i nostri bisogni e la nostra identità, perché incapaci di definire confini che permettono di differenziare ciò che vuole l’altro da ciò che desideriamo noi, stiamo rinunciando alla nostra libertà e al nostro benessere. Senza confini chiari e definiti non è possibile affermarsi, né stare bene in una relazione. Più una relazione è stretta e intima, tanto più ha bisogno di confini perché, se in quella relazione, non siamo liberi di esprimerci e realizzarci se non sappiamo rimanere profondamente noi stessi, le nostre relazioni affettive sono destinate prima o poi a fallire.

I confini proteggono la nostra identità che è l’insieme dei nostri valori, delle nostre idee, delle nostre necessità, dei nostri desideri e dei nostri sentimenti. Se siamo in grado di preservare la nostra identità ci sentiamo bene, siamo in buona salute e in sintonia con gli altri, desiderosi sia di dare che di ricevere affetto. Se, invece, non riusciamo a difendere i nostri confini, se accettiamo che gli altri non ci rispettano, la vita diventa più complicata, soffriamo e ci sentiamo terribilmente soli.

I confini diventano deboli quando (D’Alessio, 2003; Nanetti, Rizzardi, 2004):

- dico di “sì” pur volendo dire “no”;
- faccio finta di essere d’accordo e non lo sono;
- nascondo le mie emozioni e i miei sentimenti;
- faccio attività che non scelgo di fare;
- lavoro troppo o mi prodigo troppo per gli altri;
- accetto critiche che ritengo ingiuste;
- permetto agli altri di non rispettarci: sono facilmente ricattabile da atteggiamenti minacciosi o vittimistici (se l’altro piange i sento immediatamente in colpa).

Esercitazioni sui confini

Il terapeuta invita i partecipanti a fare un'esercitazione in classe sui confini (Nanetti, Rizzardi, 2004). Si sceglie un volontario e gli si chiede quali siano i suoi *bisogni più autentici* (amore, rispetto, libertà, intimità) e si rappresenta alla lavagna un cerchio con al centro i "bisogni autentici" della persona (Grafico 1).

Il terapeuta traccia un cerchio più grande intorno a quello dei bisogni autentici e chiede al partecipante volontario di riferire i *comportamenti che ritiene inaccettabili nella sua vita* e li scrive esternamente al cerchio (non accetto di essere tradito, non sopporto l'invasione delle persone, non accetto chi mi impone quello che devo fare, non sopporto chi mi fa sentire in colpa). A questo punto, il terapeuta stimola il volontario a identificare i *comportamenti di tutela* che può mettere in atto al fine di preservare i suoi bisogni autentici (non voglio più sentirmi in colpa quando l'altro sta male, voglio dire di no quando sono sotto stress, voglio dire ciò che penso anche quando gli altri mi giudicano).

Grafico 1. Stabilire confini

COMPORAMENTI INACCETTABILI

Non accetto di essere tradito.
Nessuno può impormi quello che
devo fare.

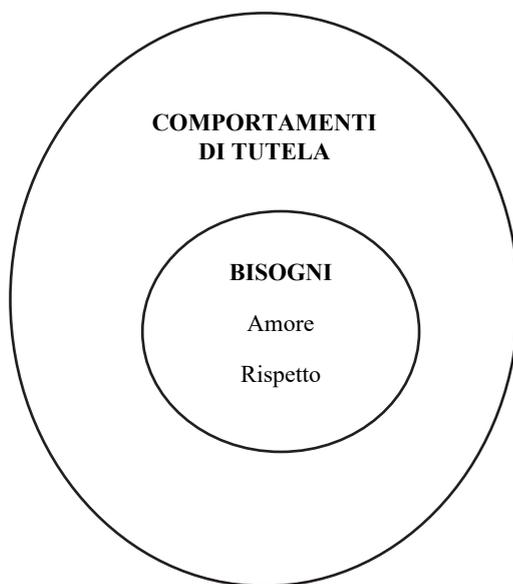
Non sopporto chi mi fa sentire in
colpa.

Non voglio persone invadenti.

COMPORAMENTI DI TUTELA DA METTERE IN ATTO

Non voglio più aiutare tutti.
Voglio dire di no quando non mi va
di fare una cosa.

Voglio dire ciò che penso anche
quando mi giudicano.



A questo punto si avvia una simulata chiamando un altro volontario tra i partecipanti per mettere in scena la situazione in cui A deve tutelare e difendere i propri diritti mentre B prova a metterlo in crisi su ogni comportamento che ritiene inaccettabile. Ogni vignetta si esaurisce non appena A sente di aver messo in atto comportamenti di tutela dei suoi bisogni tenendo alla giusta distanza B.

Esempio.

Tutelare il comportamento inaccettabile “non voglio persone invadenti”.

A: non voglio persone invadenti.

B: mette in scena una conversazione si autoinvita a casa di A.

A: deve mettere in atto comportamenti assertivi di tutela per tenere B alla giusta distanza.

La conversazione termina non appena A sente di aver messo dei confini con B dicendogli gentilmente di “no” e B riesce a rimanere al suo posto. Dopodiché si passa a simulare il successivo comportamento inaccettabile da A e così via.

Realizzazione di sé

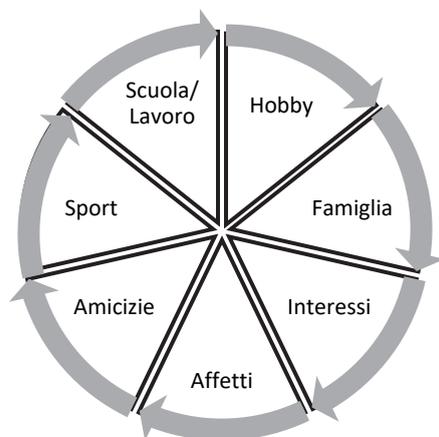
Il terapeuta pone l'accento sull'importanza di realizzare la propria vita secondo i propri desideri nei diversi ambiti perché rappresenta un elemento protettivo per la salute fisica e psicologica. Il senso di autonomia, libertà e benessere dipendono dalla capacità che abbiamo di realizzare i nostri scopi di vita. Tanto più ci avviciniamo a realizzare tutti o molti dei nostri desideri tanto meglio ci sentiremo.

Il terapeuta sottolinea l'impegno che ci vuole nell'affrontare la vita nella direzione dei propri scopi: esporsi per provare a realizzarli significa mettersi in gioco, rischiare di fallire, rimanere a volte delusi nelle aspettative, sentirsi a volte frustrati e scontenti al punto da voler gettare la spugna e rinunciare. Però è fondamentale ricordarsi che ad ogni rinuncia, nel lungo termine, paghiamo un prezzo più alto rispetto alla fatica nel perseguire i nostri obiettivi per cui possiamo sentirci depressi e fallire nel lavoro, nelle relazioni, nella vita in generale. Evitare di mettersi in gioco da solo un sollievo momentaneo che nel tempo ci fa sentire ancora più inutili, falliti, incapaci e sconfitti.

Per provare serenità occorre che ognuno provi a realizzarsi in più ambiti possibili: lavoro, affetti, amicizie, hobby, interessi.

Il terapeuta può rappresentare alla lavagna quanto detto come rappresentato nel grafico sottostante.

Grafico 2. Cerchio della vita



A questo punto, il terapeuta sottolinea l'importanza che riveste ogni ambito: il lavoro/scuola permette di sperimentare il proprio senso di efficacia e competenza, scandisce e dà un senso di continuità alla vita di tutti i giorni, crea un senso di appartenenza e più in generale un senso di produttività sociale. Dal lavoro ne deriva un guadagno economico che permette di sentirsi autonomi nel soddisfare i nostri desideri. Il reddito, che rappresenta l'autonomia economica, non solo consente di fare progetti (acquistare una casa, fare un viaggio, comprare un abito, ecc.) ma alimenta un senso di padronanza personale allontanandoci dal senso di impotenza e inutilità. La scuola consente di accrescersi, imparare cose nuove e ambire ad un lavoro gratificante. La cosa fondamentale è impiegare il tempo in modo proficuo praticando un'attività produttiva, coltivando un interesse che soddisfi il senso di efficacia personale. Chi si sente capace aumenta le proprie possibilità di realizzare desideri, con incremento della propria autonomia e del senso di valore personale (Frank *et al.*, 2008). Arricchire la propria vita di interessi, affetti, hobby, lavoro attiva un circolo virtuoso dove aumenta il senso di capacità che aumenta la motivazione a fare cose nuove alimentando il senso di capacità personale e così via.

Eventi positivi e negativi arricchiscono la nostra vita e vengono immagazzinati nella memoria influenzando lo stato emotivo, il modo in cui pensiamo, come ci autovalutiamo, come vediamo noi stessi, gli altri e il futuro (Bandura, 1995). Aumentando le esperienze positive rinforziamo la motivazione ad accrescere il piacere di fare le cose, il che accresce la fiducia in noi stessi e il senso di autoefficacia. Questo permette di riuscire a superare i limiti

e ad affrontare gli ostacoli che si incontrano inevitabilmente lungo il percorso della vita e questo succede perché non si avvertirà troppo malessere tanto da bloccarci e rinunciare ma si potranno mettere in campo alternative soddisfacenti perché se qualcosa va male sul lavoro potrò trovare conforto negli affetti, se va male negli affetti potrò attingere alle amicizie, allo sport, agli hobby, ecc. Diversificare gli interessi e gli ambiti aumenta le occasioni da cui trarre piacere e la mente fa un bilancio di attività positive e questo produce soddisfazione e senso di benessere personale.

Esercitazioni sugli ambiti di vita

Una volta spiegata l'importanza di aumentare i propri ambiti di interesse si invitano i partecipanti a fare l'esercitazione in classe consultando la Scheda 11 "Completa la tua vita".

Si lasciano 10 minuti per completare la scheda e successivamente si scelgono dei volontari per avviare una discussione tra la vita che vorrebbero e quella che conducono.

Homework

Scheda 10 "Tutelare i confini".

Bibliografia

- Adolphs R. (2003), Cognitive neuroscience of human social behavior, *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 165-178.
- Andronico F. (2022), *Abilità sociali: cosa sono e come utilizzarle al meglio per sviluppare la propria rete di relazioni personale e professionale*, disponibile al sito <https://formazionecontinuaainpsicologia.it/abilita-sociali-rete-relazioni-personale-professionale/>.
- Bandura A. (1977), *Social Learning Theory*, Prentice Hall: Englewood Cliffs.
- Bandura A. (1995), *Il senso di autoefficacia*, Erickson: Trento.
- Bandura A. (1997), *Autoefficacia: teoria e applicazioni*, Erickson: Trento, 2000.
- Camaioni L. (1995), *La Teoria della Mente. Origini, sviluppo e patologia*, Laterza: Roma-Bari, 2003.
- Carlotta D. (2018), *Assertività: Cos'è e come essere assertivi*, disponibile al sito <http://www.davidecarlotta-psicologo.it/2018/05/11/assertivita-cose-assertivi/>.
- D'Alessio G. (2003), *Come dire di no ed essere ancora più apprezzati*, Sperling & Kupfer: Milano.

- Emrich M. (2004), *Social Skills Training: Riflessioni sull'applicazione di un programma per lo sviluppo delle competenze sociali*, Pabst Science: Berlino.
- Fenotti J. (2021), *Cos'è la validazione emotiva?*, disponibile al sito <https://www.brescia-psicologa.it/cose-la-validazione-emotiva/>.
- Franck E., Swartz H.A., Kupfer D.J. (2000), Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorders, *Biological Psychiatry*, 48, 593-604.
- Frank E., Soreca I., Swartz H.A., et al. (2008), The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar. I disorder, *Am J. Psychiatry*, 165(12), 1559-1565.
- Gordon T. (1970), *Genitori Efficaci*, La meridiana: Bari, 1994.
- Green M.F., Glahn D., Engel S.A., et al. (2005), Regional brain activity associated with visual backward masking, *J Cogn Neurosci*, Jan; 17(1), 13-23.
- Jakubowski P., Lange A. (1978), *The assertive option: Your rights and responsibilities*. Champaign: Research Press.
- Klosko J.S., Sanderson W.C. (2001), *Trattamento cognitivo-comportamentale della depressione*, McGraw-Hill: Milano.
- Linehan M. (1993), *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Cortina.
- Liotti G. (1994), *La dimensione interpersonale della coscienza*, Carocci: Roma.
- Martelli Venturi I. (2019), *Trattamento dei disturbi emotivi comuni: guida pratica per la conduzione di gruppi*, FrancoAngeli: Milano.
- Nanetti F., Rizzardi M. (2004), *Capirsi*, AIPAC: Bologna.
- Salter A. (1949). *Conditioned reflex therapy*, Capricorn Press: New York.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1967), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio: Roma, 1971.

8. Modulo IV. I disturbi d'ansia

Una delle più grandi scoperte che un uomo può fare, una delle sue più grandi sorprese, è scoprire che può fare ciò che aveva paura di non poter fare.
Henry Ford

L'ansia secondo la teoria cognitiva

Questo modulo è dedicato ai disturbi d'ansia e ha come riferimento teorico la teoria di Beck e gli approcci cognitivi ai disturbi d'ansia.

La premessa alla base delle teorie cognitive e della psicologia cognitivista inerenti i disturbi emozionali è che una disfunzione deriva dall'interpretazione personale dei singoli eventi. I comportamenti e l'emergere dei sintomi connessi a tali interpretazioni personali contribuiscono inoltre al mantenimento del problema emozionale stesso (Saulle, 2015; Wells, 1999).

Ellis (1962), sostiene che “i pensieri irrazionali” siano la fonte dei problemi emotivi e le sue conseguenze comportamentali. I pensieri irrazionali sono *imperativi, comandi e presupposti* che conducono a elaborazioni illogiche e a disturbi della sfera emozionale.

La teoria cognitiva dei disturbi emozionali di Beck (1976) afferma che l'ansia si accompagna a vere e proprie distorsioni del pensiero. Un processo disfunzionale che si manifesta a livello superficiale come un flusso di pensieri automatici negativi nell'esperienza cosciente del paziente. Le disposizioni nell'elaborazione cognitiva e i pensieri automatici negativi riflettono le convinzioni e le assunzioni immagazzinate nella memoria dell'individuo. Tali convinzioni e assunzioni sono rappresentazioni relativamente stabili della conoscenza, immagazzinata nel sistema di memoria, chiamate “schemi” (Bartlett, 1932). Una volta attivati, gli schemi influenzano il processo di elaborazione dell'informazione, modellano le interpretazioni delle esperienze e condizionano il comportamento (Martelli Venturi, 2019).

Secondo Beck nel disturbo d'ansia,

nel disturbo d'ansia, il difetto di elaborazione dell'informazione causa della vulnerabilità e della persistenza dell'ansia stessa, può essere visto da un lato come una

preoccupazione o “fissazione” relativa al concetto di pericolo, dall’altro come una sottovalutazione delle capacità individuali di farvi fronte. La tematica del pericolo si estrinseca nel contenuto degli schemi ansiosi (assunzioni e convinzioni) e nel contenuto dei pensieri automatici negativi (Beck *et al.*, 1985; www.psicofi.it).

La sovrastima del pericolo e la sottostima delle capacità di fronteggiarlo attivano lo “schema di pericolo” presente nei disturbi d’ansia. La realtà esterna viene vissuta come estremamente pericolosa e il sé come estremamente vulnerabile (Beck *et al.*, 1985, p. 192).

Quando viene attivata la valutazione del pericolo, si crea un circolo vizioso che rinforza la manifestazione dell’ansia: i sintomi ansiosi diventano fonte di minaccia perché vengono interpretati come segnali di un grave e imminente disturbo fisico o psicologico e condizionano il comportamento della persona. Questo aumenta il senso di vulnerabilità e viene rinforzata l’iniziale reazione ansiosa e la valutazione del pericolo.

Le caratteristiche comuni nei disturbi d’ansia sono:

- l’attivarsi di circoli viziosi tra sistema cognitivo, sintomi e comportamento;
- valutazioni disfunzionali;
- errori cognitivi di pensiero (pensieri negativi di minaccia);
- attivazione di strategie disfunzionali: evitamento (Clark, 1988; Salkovskis, 1991; Wells, 1990) comportamenti protettivi (ad esempio chiedere continue rassicurazioni, uscire ma sempre accompagnati da qualcuno, ecc.) e attenzione selettiva alle sensazioni corporee.

Tali strategie impediscono di disconfermare le valutazioni disfunzionali e gli errori di pensiero condizionando la vita della persona nel suo quotidiano e creano intenso malessere.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale può essere considerata il trattamento psicologico d’elezione per i disturbi d’ansia, dimostrata valida ed efficace dal punto di vista scientifico da una considerevole e consolidata mole di ricerche empiriche (evidence-based medicine) di carattere internazionale, tanto da essere inserita nelle linee guida dell’APA, American Psychiatric Association come trattamento di prima scelta (Tabella 2, cap. 3, prima parte).

Il trattamento dei disturbi d’ansia prevede:

- una parte dedicata alla *psicoeducazione* (definizione di cosa è l’ansia, ridefinizione di ogni sintomo allo scopo di sottolinearne l’innocuità, di smontare luoghi comuni sulla pericolosità di alcune sensazioni come ad esempio l’iperventilazione); spiegare lo sviluppo del disturbo d’ansia come forma di risposta allo stress; spiegare la funzione di mantenimento

svolta dalle condotte di evitamento, dai comportamenti protettivi, dall'attenzione selettiva, dalle sensazioni corporee dall'ansia anticipatoria che creano dei circoli viziosi che alimentano lo stato d'ansia;

- una parte dedicata alla *ristrutturazione cognitiva* (attraverso la tecnica dell'ABC si individuano schemi e credenze e si aiuta il paziente a sottoporle a un rigoroso esame di realtà al fine di correggere le conclusioni illogiche sostituendole con pensieri e credenze funzionali e più realistici);
- una parte dedicata al *controllo della respirazione* (spiegazione del processo di iperventilazione con le sue conseguenze somatiche, insegnamento di tecniche di respirazione diaframmatica);
- una parte dedicata all'insegnamento di *tecniche di rilassamento* come il rilassamento muscolare progressivo (Jacobson, 1942);
- una parte è dedicata alle *tecniche di esposizione*. Si tratta di tecniche che mettono il paziente nella condizione di esporsi a ciò che gli crea ansia in modo tale da imparare a tollerare l'emozione "cavalcare l'onda dell'ansia" per imparare una nuova forma di apprendimento. Il paziente imparerà non solo che la situazione non è pericolosa, ma anche che è in grado di tollerarla. Queste tecniche consistono nella: *visualizzazione*, che si può fare in seduta e consiste nell'indurre il paziente a immaginare le esperienze ansiogene sollecitando il richiamo di rappresentazioni visive, emozioni e associazioni; oppure *esposizioni enterocettive*, sempre da fare in seduta con il paziente che consentono di ricreare alcuni sintomi dell'ansia (correre sul posto velocemente per 1 minuto per indurre tachicardia, respirare da una cannucchia tappandosi il naso per un minuto per ricreare la sensazione di mancanza d'aria, ecc.). In ultimo c'è l'*esposizione graduale in vivo* che consiste nel programmare con il paziente una serie di situazioni cui deve esporsi ordinate in modo gerarchico: si parte da quella meno ansiogena fino a raggiungere livelli più elevati di ansia. La gerarchia degli stimoli consente un approccio graduale, il consolidamento delle competenze acquisite e la generalizzazione ad altri contesti, nonché un aumento della fiducia nel paziente rispetto la capacità di gestire autonomamente le situazioni temute;
- l'ultima parte del trattamento si basa *sulla prevenzione delle ricadute*.

Struttura del modulo

Il modulo "I disturbi d'ansia" ha lo scopo di fornire informazioni sulla natura dell'ansia nelle sue diverse forme, con particolare riferimento al disturbo da attacchi di panico, e di suggerire strategie efficaci di gestione della stessa attraverso l'apprendimento di tecniche specifiche di gestione emotiva.

Il modulo è articolato in due incontri strutturati, come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 1. Struttura e obiettivi del modulo “I disturbi d’ansia”

Incontri	Argomento
I incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Revisione compiti - Brainstorming e psicoeducazione sull’ansia - Il ruolo dell’iperventilazione - Attacco di panico e circolo vizioso - Esposizioni enterocettive - ABC sull’ansia e pensiero funzionale - Homework: scheda 5
II incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Revisione compiti - Strategie efficaci per gestire l’ansia - Esercitazione sul respiro - Esercitazione sul rilassamento muscolare progressivo e isometrico - Le diverse forme d’ansia - Homework: scheda 6 e 7
Obiettivi generali del IV modulo	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendere la natura dell’ansia - Acquisire informazioni sul disturbo da attacchi di panico - Comprendere l’insacco di circoli viziosi che mantengono l’ansia - Imparare strategie efficaci di gestione dell’ansia - Acquisire informazioni sui diversi disturbi d’ansia
Allegato online. Schede operative per gli adolescenti modulo IV	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda 1 “Cos’è l’ansia” - Scheda 2 “Sintomi dell’attacco di panico” - Scheda 3 “Circolo vizioso del panico” - Scheda 4 “Come interrompere il circolo vizioso del panico” - Scheda 5 “Esposizione con ABC sull’ansia e pensiero funzionale” - Scheda 6 “Istruzioni per il respiro lento” - Scheda 7 “Rilassamento muscolare progressivo” - Scheda 8 “Rilassamento muscolare isometrico” - Scheda 9 “L’ansia nelle sue diverse forme”

I incontro

Revisione dei compiti

Scheda 10 “Tutelare i confini”.

Psicoeducazione sull'ansia

Il terapeuta invita i partecipanti a fare brainstorming sulla definizione di ansia e paura.

Successivamente invita i partecipanti a consultare la Scheda 1 “Cos’è l’ansia”.

L’“ansia” è

un termine largamente usato per indicare un complesso di reazioni cognitive, comportamentali e fisiologiche che si manifestano in seguito alla percezione di uno stimolo ritenuto minaccioso e nei cui confronti non ci riteniamo sufficientemente capaci di reagire. L’ansia di per sé, tuttavia, non è un fenomeno anormale. Si tratta di un’emozione di base, che comporta uno stato di attivazione dell’organismo quando una situazione viene percepita soggettivamente come pericolosa (Ipsico, 2018).

Quando una persona si trova in situazioni stressanti o minacciose, scatta automaticamente una risposta fisiologica [attacco-fuga] che da molte migliaia di anni fa parte del corredo biologico degli esseri umani. È una risposta primitiva che prepara il corpo a difendersi dalla fonte di paura mediante un intenso sforzo fisico. Questa reazione spiega perché molti riferiscono che in situazioni stressanti da una parte hanno voglia di scappare e dall’altra si sentono più ricchi di energia. Una volta terminato lo sforzo fisico di fuga o attacco, le reazioni fisiologiche scompaiono rapidamente. Quando però lo sforzo fisico non ha luogo, i cambiamenti fisiologici possono durare più a lungo, essere molto disturbanti e suscitare molta ansia che, a sua volta, porta ad una maggiore attivazione della risposta di attacco o fuga. La terapia mira ad interrompere questo circolo vizioso (www.psicologavasto.it).

L’ansia si presenta sottoforma di diversi sintomi:

- *cognitivi*: senso di vuoto mentale, pensieri di un crescente allarme, induzione di immagini, ricordi e pensieri negativi legati al tema del pericolo (“*Sto per svenire, impazzire, morire, perdere il controllo*”);
- *fisiologici*: tensione muscolare, tremori, palpitazioni, sudorazione, aumento della frequenza cardiaca, vertigini, nausea, formicolii, sintomi dissociativi (derealizzazione e depersonalizzazione), parestesie agli arti (mani, piedi), oppressione al petto, nodo in gola, mancanza di respiro;
- *comportamentali*: evitare tutte le situazioni che creano ansia; avere l’attenzione selettiva a tutte le sensazioni corporee, infatti anche cambiamenti fisiologici innocui vengono interpretati come segnali di pericolo. Ad esempio, una persona può avvertire un battito cardiaco accelerato e interpretarlo come un segnale di imminente attacco cardiaco; utilizzare comportamenti protettivi, ovvero affrontare le situazioni temute con la

cosiddetta “coperta di Linus” (farsi sempre accompagnare da qualcuno in qualsiasi luogo, sedersi vicino alle uscite di sicurezza nei luoghi chiusi, chiedere continue rassicurazioni, ecc.).

Il terapeuta spiega ai partecipanti come, in preda all’ansia, è possibile interpretare in modo non corretto alcuni dei sintomi più comuni:

- *palpitazioni*. Occorre, per quanto possibile, distinguere diverse condizioni riferibili alle palpitazioni: il cardiopalmo, la tachicardia e l’aritmia. Quest’ultima, ad esempio, si verifica spesso con battiti irregolari anche nelle persone sane, durante le loro attività quotidiane ed è più probabile che si presenti quando la persona è in uno stato d’ansia. Tra l’altro può essere indotta anche da una serie di agenti esterni come la nicotina, la caffeina, l’alcol e lo squilibrio elettrolitico. Spesso l’interpretazione data a tale sintomo fisico durante uno stato ansioso è legata all’idea di avere un infarto. Questo anche se alla base vi è un’aumentata eccitabilità elettrofisiologica del muscolo cardiaco che non ha conseguenze negative dal punto di vista medico;
- *mananza di respiro*. La sensazione di mancanza di respiro è molto frequente nei disturbi d’ansia e deriva dalla protratta e ripetuta respirazione toracica (pettorale). Infatti, una risposta fisica allo stress è la relativa dominanza della respirazione toracica su quella addominale che porta però all’affaticamento dei muscoli intercostali che, sforzandosi, producono spasmi che causano disagio e dolori pettorali inducendo la sensazione di mancanza di respiro [o “vuoto d’aria” come spesso dicono i pazienti]. Se non si riesce a capire che queste sensazioni sono indotte dalla respirazione toracica, allora sembreranno improvvise, spaventose, portando la persona ad allarmarsi ulteriormente;
- *dolore toracico*. È un sintomo fisico che può presentarsi durante periodi di ansia in assenza di un disturbo cardiaco. Può quindi derivare da fonti diverse come la respirazione toracica e i disturbi gastrointestinali (es. reflusso esofageo o spasmi esofagei). Quando la persona interpreta in modo catastrofico le cause benigne del dolore è possibile che lo stato ansioso aumenti portando anche al panico;
- *tremori e sudorazione*. I primi sono movimenti involontari, oscillatori e ritmici di una o più parti del corpo, causati dalla contrazione alternata di movimenti muscolari opposti. La sudorazione invece aiuta a controllare la temperatura corporea, che si innalza quando vi sono stati ansiosi. Infatti, lo stress stimola il sistema nervoso simpatico con aumento dei livelli di adrenalina e noradrenalina che stimolano un aumento del metabolismo, incrementando così la produzione del calore e la conseguente sudorazione utile all’abbassamento della temperatura corporea. Nuovamente, maggiore è l’attenzione e la catastrofizzazione rispetto a tali sintomi fisici maggiore sarà la probabilità che questi aumentino di intensità;
- *vertigini*. Sono il prodotto dell’illusione del movimento di sé o dell’ambiente. Consistono in sensazioni di confusione o di giramenti, di capogiri o di stordimenti. Quando le informazioni provenienti dal sistema dell’equilibrio (sistema visivo, somatosensoriale e vestibolare) entrano in conflitto si verificano le ver-

tigini. I problemi dell'equilibrio e i sintomi fisici associati (instabilità, ansia, sudore freddo, palpitazioni) possono verificarsi anche in seguito ad ansia, iperventilazione e reazioni comuni allo stress come stringere la mascella e i denti. Ovviamente l'intensità delle vertigini può aumentare se viene data maggiore attenzione a queste sensazioni [e ci si preoccupa];

- *nausea o disturbi addominali*. Lo stomaco si contrae e si rilassa in modo regolare e costante. Quando questo ritmo è disturbato si presenta la nausea. Diversi fattori possono portare a questa sensazione fisica come l'ingestione di certi cibi, i disturbi vestibolari, l'ipotensione posturale o anche stimoli precedentemente neutri. La funzione dell'alimentazione e della digestione sono le prime a bloccarsi durante uno stato di allerta, ma se la persona interpreta erroneamente la nausea come un segno dell'imminente vomito è più probabile che l'ansia aumenti e porti al panico. Ma, fortunatamente, che la nausea porti al vomito accade raramente, è più probabile che le persone sovrastimino questa eventualità;
- *sintomi dissociativi*. La depersonalizzazione (sensazione di irrealtà) o la depersonalizzazione (sentirsi distaccati da se stessi) sono esperienze che possono essere indotte da stanchezza, deprivazione del sonno, meditazione, rilassamento o l'uso di sostanze, alcol e benzodiazepine. Vi sono, inoltre, altre cause più sottili legata a brevi periodi di deprivazione sensoriale o riduzione di input sensoriali, come ad esempio fissare 3 minuti un punto su un muro. L'aspetto curioso è che, anche qui, il circolo vizioso si instaura in base all'interpretazione data a questi sintomi fisici. Quando si sperimenta depersonalizzazione o derealizzazione (esperienza che un terzo della popolazione ha sperimentato) più una persona si spaventa, più respira, più si carica di ossigeno (eliminando anidride carbonica) più aumenta la sensazione di depersonalizzazione o derealizzazione (Ipsico, 2018).

Il ruolo dell'iperventilazione

L'iperventilazione è un eccesso di respirazione. Come spiegano Andrews *et al.* (2004), ogni volta che una persona inspira, l'ossigeno entra nei polmoni dove si lega all'emoglobina, una molecola dei globuli rossi del sangue. L'emoglobina porta l'ossigeno in tutto il corpo e lo rilascia alle cellule, che lo usano per avere energia e producono un "gas di scarico", l'anidride carbonica (in simboli chimici da O_2 a CO_2). L'anidride carbonica passa nel sangue e viene trasportata ai polmoni per essere eliminata con l'aria espirata.

Che cosa fa staccare l'ossigeno dall'emoglobina in modo che passi nelle cellule? La risposta è che l'ossigeno si libera dall'emoglobina solo in presenza di anidride carbonica. Quindi, se è fondamentale respirare ossigeno, è importante anche che non manchi nel sangue l'anidride carbonica. Il corpo lavora meglio quando ossigeno e anidride carbonica sono in equilibrio.

L'iperventilazione, cioè il respirare con una frequenza e/o con una profondità eccessive rispetto ai bisogni dell'organismo in quel momento, porta

ad avere troppo ossigeno e troppo poca anidride carbonica, poiché con l'espiazione viene eliminata troppa anidride carbonica. Una delle conseguenze di questo è il restringimento di alcuni vasi sanguigni, in particolare di quelli che portano il sangue a certe aree del cervello e l'aumento del legame dell'emoglobina con l'ossigeno. Di conseguenza, con l'iperventilazione arriva sì più ossigeno nei polmoni, ma ne arriva meno ad alcune aree del cervello e del corpo, dove passa meno sangue e si libera meno ossigeno da cui ne derivano i seguenti sintomi:

- senso di mancanza d'aria;
- senso di testa leggera;
- senso di stordimento;
- senso di irrealtà e di stranezza del proprio corpo;
- senso di irrealtà delle cose circostanti;
- senso di confusione;
- tachicardia, cuore che batte più velocemente;
- sensazione di spilli o di formicolio alle mani, ai piedi e al viso;
- rigidità muscolare;
- mani sudate;
- bocca o gola secca.

Uno dei sintomi più temuti tra quelli causati dall'iperventilazione è la sensazione di mancanza d'aria. Questa sensazione può portare a cercare di respirare ancora più profondamente o velocemente, il che, come abbiamo detto, porta a iperventilazione e peggiora i sintomi. Se l'iperventilazione dura a lungo, si possono verificare i seguenti sintomi:

- vertigini;
- nausea;
- sensazione di fatica a respirare;
- sensazione di costrizione, di peso o di dolore al torace;
- paralisi muscolari;
- aumento dell'apprensione e del senso di allarme, fino al terrore che qualcosa di terribile stia per accadere, per esempio un attacco di cuore, una emorragia cerebrale o persino la morte.

Chi iperventila consuma più energia di quanta ne abbia bisogno, il che può portare anche a sentirsi accaldati o arrossati e a sudare molto.

A questo punto è importante sottolineare la differenza tra **paura** e **ansia**. La paura è associata a uno stimolo reale e imminente di minaccia, l'ansia è *anticipatoria*, ovvero si attiva presumendo l'arrivo di un pericolo. Entrambe

sono funzionali alla sopravvivenza, la paura ci consente di fuggire immediatamente di fronte a un pericolo, l'ansia ci predispone a individuare minacce future e a evitarle, pertanto una giusta dose di ansia è sana. Il problema nasce quando è troppo intensa e generata in assenza di un pericolo che è solo immaginato o presunto, tanto da rendere la vita difficile.

A questo punto il terapeuta stimola una discussione di gruppo con riflessioni del tipo: *“Abbiamo detto che quando emerge uno stato ansioso molto elevato, il corpo secerne adrenalina che causa un aumento del battito cardiaco e il corpo lavora più velocemente, questo serve per preparare la persona a gestire le situazioni di pericolo, ed è un modo evolutivo legato alla sopravvivenza della specie. Se l'adrenalina danneggiasse il cuore, come avrebbe potuto l'uomo sopravvivere fino ad oggi? Quindi è bene ricordarsi che l'accelerazione del battito cardiaco dovuta agli stati d'ansia non causa attacchi di cuore, che le vertigini e i sintomi dissociativi non causano svenimento ma deve esserci qualcosa di patologico o congenito, perché questo accada. Respirare è un'azione automatica controllata dal cervello, che funziona indipendentemente da ciò che una persona pensa o fa, infatti i controlli cerebrali funzionano anche quando si cerca di smettere di respirare”*.

Il terapeuta continua spiegando che chi soffre di ansia soffre della *paura della paura*: i sintomi fisici dell'ansia spesso spaventano le persone generando dei veri e propri circoli viziosi. Il problema nasce perché la persona ansiosa interpreta in modo catastrofico i segnali fisiologici del corpo e attiva inconsapevolmente il sistema primitivo di attacco-fuga per cui il corpo reagisce prontamente preparandosi ad affrontare un pericolo e ha bisogno della massima energia muscolare a disposizione per poter scappare o attaccare in modo più efficace possibile, scongiurando il pericolo e garantendosi la sopravvivenza.

L'ansia, quindi, non è solo un limite o un disturbo, ma costituisce un'importante risorsa. È infatti una condizione fisiologica efficace in molti momenti della vita per proteggerci dai rischi, mantenere lo stato di allerta e migliorare le prestazioni (per esempio quando dobbiamo affrontare un esame o un compito impegnativo).

Il problema nasce quando il pericolo non è reale ma è presente solo nella testa della persona che soffre di ansia.

Quando l'attivazione del sistema di ansia è eccessiva, ingiustificata o sproporzionata rispetto alle situazioni, però, siamo di fronte a un disturbo d'ansia, che può complicare notevolmente la vita di una persona e renderla incapace di affrontare anche le più comuni situazioni (Ipsico, 2018).

Per comprendere il senso di minaccia percepita e la sensazione di sentirsi incapaci di fronteggiarla, Beck, Emery e Greenberg (1985) hanno ideato la

cosiddetta “equazione dell’ansia” che il terapeuta può rappresentare alla lavagna.

Tabella 2. Equazione dell’ansia

$\frac{(\text{Probabilità percepita della Minaccia}) \times (\text{Gravità o Costo percepiti della Minaccia})}{(\text{Capacità percepita di fronteggiare il pericolo}) \times (\text{capacità percepita di “salvataggio”})}$
--

Attacchi di panico

Il terapeuta spiega che cosa è un attacco di panico, sempre in modo interattivo, sollecitando i partecipanti a darne una definizione e poi sollecita i partecipanti a consultare la Scheda 2 “Sintomi dell’attacco di panico”.

L’attacco di panico si verifica all’improvviso, come un fulmine a ciel sereno, senza un apparente motivo procurando una serie di *sintomi fisici e cognitivi*. Tra i *sintomi fisici* si presentano: palpitazioni con il cuore che batte all’impazzata, sensazione di soffocamento, dolore al torace, formicolio o torpore, parestesie agli arti (mani o piedi), sudorazione, vampate di calore o brividi di freddo. Tra i *sintomi cognitivi*: pensieri legati alla “*paura di impazzire, di perdere il controllo, di svenire, di morire o di avere un attacco cardiaco*”, vertigini, nausea, vuoto alla testa, senso di sbandamento, sintomi dissociativi (derealizzazione, percepire la realtà alterata e depersonalizzazione, percepire se stessi in modo alterato).

Dal primo attacco di panico, che rimane indelebile nella mente del paziente, si sviluppa una forte ansia anticipatoria all’idea che si possa ripresentare, tanto da indurre la persona a mettere in atto una serie di strategie per prevenirlo: gli *evitamenti* e i *comportamenti protettivi*.

Il problema è che si tratta di strategie disfunzionali che hanno l’effetto immediato di placare l’ansia, ma nel medio e lungo termine l’amplificano perché tendono a diventare così massicce e pervasive da modificare notevolmente le abitudini quotidiane della persona fino a portarla progressivamente ad evitare ogni novità, ogni imprevisto, ogni occasione di vita, causando grave disagio e infelicità.

Per *evitamenti* si intende evitare tutte le situazioni che la persona teme possano far verificare un nuovo attacco di panico (ascensore, centri commer-

ciali, luoghi affollati, cinema, evita di uscire solo, ovvero tutte situazioni in cui la persona sente di non avere una via di uscita e dove non c'è nessuno che può soccorrerla).

Per *comportamenti protettivi*, invece, si intendono tutti quei comportamenti che fanno credere alla persona essere delle “precauzioni valide” per prevenire l'attacco di panico. Ovvero, il paziente affronta la situazione ma, ad esempio, si fa accompagnare sempre da qualcuno, oppure nei luoghi chiusi e affollati si posiziona sempre vicino le porte o le uscite di sicurezza, nella borsa porta con sé caramelle, acqua o farmaci pensando possano servirgli in caso di panico, ecc. I pazienti sono disposti a tutto, pur di evitare di ritrovarsi in quella situazione.

È importante sottolineare ai partecipanti che gli attacchi di panico successivi al primo spesso non sono tanto crisi acute di panico vere e proprie, ma stati d'ansia legati alla paura che si riverifichi un nuovo attacco come quello della “prima volta”; si scatena esattamente il meccanismo della paura della paura, esposta precedentemente, che attiva il circolo vizioso del disturbo da attacchi di panico che sarà esposto nell'incontro successivo.

Per individuare gli evitamenti il terapeuta stimola il gruppo con domande del tipo: “*Vi capita di...*”

- evitare di uscire senza avere le medicine a portata di mano?
- evitare di fare sforzi fisici?
- evitare di andare in palestra mentre prima ci andavate senza problemi?
- evitare di arrabbiarvi molto?
- evitare di avere rapporti sessuali?
- evitare di vedere film che suscitano emozioni forti (film dell'orrore o film molto tristi)?
- evitare di uscire all'aperto quando fa molto caldo o molto freddo?
- evitare di trovarvi in posti dove è difficile raggiungere rapidamente un aiuto medico?
- aprire sempre e necessariamente le finestre nei luoghi chiusi?
- tenere d'occhio le uscite di sicurezza?
- evitare di prendere la macchina da soli o di uscire da soli?

Circolo vizioso del panico

Il terapeuta invita i partecipanti a consultare la Scheda 3 “Circolo vizioso del panico” e spiega il modello del disturbo di panico proposto da Clark (1986).

Questo modello propone che una determinata sequenza di eventi, in una

successione circolare, conduca all'attacco di panico attivando un circolo vizioso che alimenta l'ansia e il panico stesso. I circoli viziosi non sono tipici solo del panico ma si innescano in tutti i disturbi d'ansia, quello che cambia sono gli elementi che ne fanno parte a seconda del tipo di disturbo. Nel modello di Clark, gli attacchi di panico sono il risultato di "interpretazioni catastrofiche" di eventi fisici e mentali, erroneamente considerati segni di un imminente disastro, quale avere un attacco cardiaco, svenire, soffocare o diventare pazzo.

Spesso le persone che soffrono di attacchi di panico hanno una particolare sensibilità all'ansia (*Anxiety Sensitivity*) anche rispetto a sensazioni fisiche slegate ad essa. Anche gli eventi mentali come, ad esempio, una difficoltà di concentrazione possono essere interpretati erroneamente come segnali di catastrofi mentali o sociali come perdere il controllo della propria mente, oppure un semplice brivido di freddo causato da un basso apporto di zucchero, o una sensazione di stanchezza possono essere mal interpretate. Le persone con un'elevata *Anxiety Sensability* spesso interpretano normali cambiamenti fisiologici o normali sensazioni fisiche come fonti di pericolo per la vita.

Il circolo vizioso, che culmina con l'attacco di panico, consiste in una sequenza di pensieri, emozioni e sensazioni con possono iniziare con qualunque sensazione corporea percepita dalla persona che soffre di ansia.

Ogni stimolo interno o esterno, giudicato minaccioso, produce lo stato d'ansia e le relative sensazioni fisiche associate che vengono ulteriormente valutate in modo catastrofico producendo, a catena, un aumento del livello di ansia e quindi un aumento delle sensazioni fisiche intrappolando l'individuo in un circolo vizioso che culmina con l'attacco di panico. Una volta che l'attacco è avvenuto, intervengono tre fattori che mantengono tale situazione:

- attenzione selettiva riguardo le sensazioni corporee;
- comportamenti protettivi;
- evitamenti (Clark, 1998; Salkovskis, 1991; Wells, 1990).

Esercitazioni sull'attenzione selettiva

Per spiegare l'effetto dell'attenzione selettiva il terapeuta fa un'esercitazione esperienziale in gruppo chiedendo ai partecipanti di fissare l'attenzione su una parte del corpo (esempio il piede destro) per 1 minuto, e di osservare tutte le sensazioni che sentono (calore, freddo, pesantezza, sentire la pianta del piede che tocca la scarpa, ecc.). Passato il minuto chiede: "*Cosa sentite?*". E ognuno può raccontare la propria esperienza. Poi continua: "*Fino a 5 minuti fa, prima che vi dicessi di stare attenti al vostro piede, eravate coscienti*

di queste sensazioni?”. Generalmente dicono di “no”, e a questo punto il terapeuta può sottolineare come il prestare maggiore attenzione a fenomeni del proprio corpo comporta un aumento dell’intensità percepita.

Anche i comportamenti protettivi hanno un ruolo di mantenimento dell’ansia perché non consentono alla persona di disconfermare le sue credenze in tema di minaccia e di pericolo: se una persona avverte un leggero capogiro e lo interpreta come segno di un imminente collasso può subito cercare un posto dove sedersi, aggrapparsi a qualcosa o qualcuno, sdraiarsi a terra, contrarre i muscoli delle gambe per evitare di cadere, ecc.

I comportamenti protettivi contribuiscono a mantenere l’attacco di panico in due modi:

- prima di tutto, impediscono la possibilità di una disconferma delle interpretazioni erranee perché inducono il paziente ad attribuire falsamente il mancato avverarsi della conseguenza temuta al loro utilizzo e non, piuttosto, al fatto che l’ansia non causa drammatiche conseguenze fisiche come il collasso;
- in secondo luogo, certi comportamenti protettivi possono peggiorare direttamente i sintomi somatici e cognitivi e, di conseguenza, rendere più probabile l’avverarsi della situazione temuta (Wells, Matthews, 1997).

Anche l’evitamento è un fattore di mantenimento dell’attacco di panico perché, nel caso di situazioni critiche (es. centro commerciale, luoghi affollati), limita la possibilità del soggetto di provare ansia e scoprire che non porta alla catastrofe.

Esposizioni enterocettive

Si possono programmare delle esposizioni enterocettive in seduta insieme a tutto il gruppo. Si tratta di tecniche espositive che mettono il paziente nella condizione di sperimentare sensazioni simili a quelle che possono provare in uno stato d’ansia in modo da testare su se stessi che sono capaci di tollerarla e imparare a capire che quelle sensazioni (palpitazioni, nodo in gola, giramento di testa, ecc.) non sono così pericolose.

Le *esposizioni enterocettive* consentono di esercitarsi nel ricreare alcuni sintomi dell’ansia. Il terapeuta può scegliere, dalla tabella sottostante, una o più sensazioni da evocare e proporle al gruppo.

Tabella 3. Esposizioni enterocettive

Sensazione da evocare	Pensieri disfunzionali	Esposizione enterocettiva
Giramento di testa, vertigini, nausea	<i>“Potrei svenire, potrei vomitare”</i>	Scuotere la testa da una parte all'altra o ruotarla in senso orario o antiorario velocemente per 30 secondi. Da seduti, mettere la testa tra le ginocchia per 30 secondi e alzarla di scatto in modo rapido. In piedi girare su se stessi velocemente con le braccia allargate verso l'esterno per 1 minuto.
Mancanza di respiro	<i>“Potrei morire soffocato”</i>	Iperventilare per un minuto facendo respiri corti. Respirare con una cannuccia per 1 minuto tappandosi il naso.
Stato dissociativo	<i>“Potrei impazzire, perdere il controllo, il contatto con la realtà”</i>	Guardare di continuo una luce fissa per 2 minuti. Fissare di continuo un punto sul muro per 2 minuti. Iperventilare per un minuto facendo respiri corti.
Tachicardia	<i>“Potrei avere un infarto”</i>	Correre sul posto ginocchia alte per 1 minuto. Salire e scendere un gradino o uno step senza mai fermarsi per 2 minuti.

Il terapeuta può scegliere di far fare al gruppo 2 o 3 esposizioni e finita ogni esposizione avvia una discussione di gruppo sollecitando con le seguenti domande:

- cosa avete provato?
- È una sensazione simile a quella che avete provato in uno stato d'ansia?
- quanto ci si avvicina da zero a dieci?
- cosa avete pensato mentre facevate l'esercizio?
- cosa potete dire rispetto alle sensazioni fisiche provate?
- sentite che si possono tollerare?
- vedere che non può succedere nulla di catastrofico?

Strategie efficaci per gestire l'ansia

Il terapeuta invita i partecipanti a consultare la Scheda 4 “Come interrompere il circolo vizioso del panico”. Per guarire dal disturbo da attacchi di panico bisogna:

- smettere di evitare, quindi esporsi in modo graduale a tutte le situazioni temute;
- non mettere più in atto comportamenti protettivi ma imparare a “cavalcare l’onda dell’ansia” tollerando la sensazione in attesa che regredisca da sola ricordando che l’ansia, così come ogni altra emozione, ha un inizio e una fine e siamo programmati per poterle tollerare, pur se a volte molto intense e dolorose. Specificare che se i comportamenti protettivi, inizialmente, possono essere un aiuto a non evitare le situazioni va bene attuarli, ma è importante ricordarsi che gradualmente vanno eliminati del tutto;
- al primo segnale d’ansia applicare la tecnica del respiro lento e/o del rilassamento che spiegheremo a fine incontro;
- smettere di essere attenti ai segnali corporei, distrarsi;
- modificare i pensieri negativi con pensieri funzionali: sentendo il battito accelerato, anziché pensare “*sto per avere un infarto*” provare a mettere in discussione il pensiero pensando ad esempio “*sono agitato, è normale che il battito sia più rapido, è ansia non può succedere nulla*”;
- non appena si è abbassato il livello di ansia riprendere a fare quello che si stava facendo.

Homework

Scheda 5 “Esposizione con ABC sull’ansia e pensiero funzionale”.

Il incontro

Revisione dei compiti

Scheda 5 “Esposizione con ABC sull’ansia e pensiero funzionale”.

Esercitazioni sul respiro

Il terapeuta insegna la *tecnica del respiro lento*, come illustrato nella Scheda 6 “Istruzioni per il respiro lento”, prima facendolo e lasciando che gli altri osservino e poi esercitandosi a farlo in gruppo tutti insieme.

Il primo passo è accorgersi di come si respira: un respiro troppo rapido e troppo profondo attiva l’iperventilazione che, come abbiamo visto, alimenta i sintomi dell’ansia. Quindi il primo obiettivo è regolarizzare il respiro. Questa tecnica va usata immediatamente ai primi segnali di ansia o panico e quando si riconoscono i primi segnali di iperventilazione perché i sintomi spariscono entro 1 minuto o 2 al massimo, l’ansia regredisce evitando l’insorgere dell’attacco di panico. Tanto più si fa pratica nel respiro lento, tanto più si diventa abili nel gestire l’ansia.

Le prime volte che si fa l’esercizio si può utilizzare un orologio per essere sicuri di avere il ritmo giusto perché quando ci si sente in ansia si ha la tendenza a respirare troppo in fretta.

Durante l’esercizio è importante respirare in modo normale, non fare respiri profondi, né forzare la respirazione che deve essere fluida e regolare (chi è vicino non dovrebbe neppure accorgersi che state facendo l’esercizio).

Esercitazioni sul rilassamento muscolare

Il terapeuta insegna ai partecipanti la tecnica del rilassamento muscolare progressivo (Jacobson, 1942) e quella del rilassamento isometrico.

Il rilassamento muscolare può essere *progressivo* o *isometrico*. Il *rilassamento muscolare progressivo* consiste nel rilassare i muscoli uno dopo l’altro ed è utile subito prima di affrontare una situazione ansiogena, mentre il *rilassamento isometrico* è utile per mantenere il rilassamento quando si è in una situazione che genera ansia.

Il terapeuta fa sperimentare ai partecipanti una o tutte e due le forme di rilassamento dando le istruzioni presenti nella Scheda 7 “Rilassamento muscolare progressivo” e nella Scheda 8 “Rilassamento muscolare isometrico”.

Esercitazioni sul rilassamento muscolare progressivo. Dare l’indicazione di sedersi su una sedia comoda, con uno schienale su cui appoggiare la schiena e le spalle. Alcuni preferiscono fare l’esercizio da sdraiati, ma è meglio non sdraiarsi se si ha la tendenza ad addormentarsi, poiché va sottolineato che non si può imparare a rilassarsi se si dorme, poiché il sonno è diverso dal rilassamento, tanto è vero che ci si può svegliare dal sonno anche tesi. Una volta terminato il rilassamento, che dovrebbe durare circa una

decina di minuti, il terapeuta sottolinea ai partecipanti che, se si soffre di un disturbo d'ansia, gli esercizi di rilassamento muscolare progressivo dovrebbero essere fatti almeno una volta al giorno, preferibilmente prima di esporsi a una situazione che genera ansia. Solo successivamente, quando la sintomatologia è regredita, si può applicare solo in caso di situazioni specifiche che generano tensione.

Rilassamento muscolare isometrico. Gli esercizi di rilassamento isometrico possono essere eseguiti anche quando si è in una situazione ansiogena, perché non richiedono movimenti evidenti o cambiamenti di posizione.

Il più comune errore che si fa negli esercizi isometrici è quello di applicare la tensione troppo velocemente oppure con troppa intensità, invece va fatto in modo graduale e lento.

Le diverse forme d'ansia

Il terapeuta termina l'incontro passando rapidamente in rassegna le diverse forme di ansia facendo consultare la Scheda 9 "L'ansia nelle sue diverse forme".

Spiega che i disturbi d'ansia sono una delle forme di malessere più comuni nella popolazione generale e che, spesso, non rispondono bene ai soli trattamenti farmacologici, pertanto è necessario un intervento specifico per disinnescare i circoli viziosi già descritti precedentemente.

Ricordare che a prescindere dal tipo di disturbo d'ansia, i meccanismi di mantenimento e il trattamento sono più o meno gli stessi, quello che cambia è il contenuto della paura.

I disturbi d'ansia possono essere classificati nel seguente modo:

- ansia generalizzata;
- ansia sociale;
- ansia per lo stato di salute (ipocondria);
- fobie specifiche;
- disturbo ossessivo-compulsivo.

Una volta aver letto insieme la Scheda 9, il terapeuta sollecita una discussione per ognuno dei diversi disturbi, mettendo in luce la paura sottostante il disturbo, i comportamenti protettivi e gli evitamenti messi in atto per gestire l'ansia in modo disfunzionale, come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 4. Le varie forme d'ansia

Disturbo	Pensieri disfunzionali	Comportamenti protettivi	Evitamenti
Ansia generalizzata: preoccuparsi per qualsiasi cosa in modo eccessivo e ingiustificato	<p><i>“Non riesco a fare tutto”</i></p> <p><i>“Se non tengo tutto sotto controllo non ce la farò”</i></p> <p><i>“Se rimugino riesco a risolvere i problemi”</i></p> <p><i>“Non riesco a smettere di non pensare mi esaurirò a pensare così tanto”</i></p>	<p>Rimuginare sulle cose.</p> <p>Fare continue liste.</p> <p>Chiedere continue rassicurazioni.</p> <p>Riflettere sulle preoccupazioni.</p> <p>Concentrarsi molto sul lavoro.</p>	<p>Rimandare i compiti e gli impegni.</p> <p>Evitare situazioni che suscitano ansia.</p> <p>Incapacità a rilassarsi.</p> <p>Evitare notizie di sentire o leggere notizie che preoccupano.</p>
Ansia sociale: preoccuparsi del giudizio altrui	<p><i>“Non so cosa dire, la gente penserà che sono noioso”</i></p> <p><i>“Se divento rosso o balbetto penseranno che sono uno stupido”</i></p> <p><i>“Sono agitato quindi gli altri vedranno che sono goffo e impacciato”</i></p>	<p>Ripetere mentalmente prima cosa dire prima di parlare.</p> <p>Tenere troppo saldamente in mano gli oggetti (tazza, penna).</p> <p>Controllare il corpo muovendosi lentamente.</p>	<p>Parlare in pubblico.</p> <p>Mangiare davanti agli altri.</p> <p>Contatto visivo con le persone.</p> <p>Evitare di togliersi la giacca per paura che si veda il sudore dalla camicia.</p>
Ansia per lo stato di salute (ipocondria): preoccuparsi per lo stato di salute	<p><i>“Paura di avere una grave malattia fisica”</i></p> <p><i>“Ho sempre mal di testa potrei avere un tumore al cervello”</i></p> <p><i>“Le extrasistole sono un segnale che mi sta per venire un infarto”</i></p>	<p>Fare eccessive visite mediche.</p> <p>Controllare su internet ogni sintomo.</p> <p>Attenzione selettiva alle sensazioni fisiche.</p> <p>Chiedere continue rassicurazioni.</p> <p>Palpare le parti del corpo.</p> <p>Guardar ogni parte del corpo allo specchio.</p> <p>Misurare spesso la pressione.</p> <p>Misurarsi i battiti cardiaci.</p>	<p>Fare visite mediche.</p> <p>Fare sforzi fisici eccessivi.</p> <p>Evitare notizie in tv o da leggere a contenuto medico.</p> <p>Evitare di nominare le parole riferite alla morte e alla malattia.</p>

<p>Fobie specifiche: paura marcata verso un oggetto o situazione specifica (volare, altezze, animali, iniezione, sangue, api, ecc.)</p>	<p><i>“Se vedo il sangue sverrò”</i> <i>“Se mi avvicino ad un cane mi morderà”</i> <i>“Non ce la faccio a prendere l’aereo, mi verrà un attacco di panico”</i></p>	<p>Farsi accompagnare. Rimuginare. Chiedere rassicurazioni.</p>	<p>Luoghi, situazioni persone, animali che suscitano ansia.</p>
<p>Disturbo ossessivo-compulsivo: presenza di ossessioni (pensieri intrusivi) e compulsioni (azioni o pensieri ripetitivi) con contenuto di diverso tipo: - contaminazione - aggressione - controllo - superstizioso - ordine e simmetria - religiose - sessuali</p>	<p><i>“Ho toccato oggetti infettati mi verrà una malattia... mi devo andare a lavare”</i> <i>“Potrei fare del male a qualcuno”</i> <i>“Potrei essere omosessuale”</i> <i>“Potrei essere un pedofilo”</i> <i>“Potrei dire parole oscene o fare gesti inconsulti”</i> <i>“Sono matto ad avere questi pensieri”</i></p>	<p>Mettere in atto le compulsioni: lavarsi continuamente le mani, farsi la doccia troppo spesso e troppo a lungo, allineare libri e oggetti, controllare il gas, che le porte e le finestre siano chiuse. Chiedere rassicurazioni.</p>	<p>Vedere bambini per paura di essere pedofili. Vedere uomini per paura di essere omosessuale. Luoghi che si teme siano contaminati. Luoghi sacri per paura di dire cose oscene. Coltelli per paura di fare del male a qualcuno.</p>

È importante che il terapeuta sottolinei la differenza tra un disturbo d’ansia, di qualunque tipo tra quelli elencati, e una normale preoccupazione. Tutti noi possiamo essere preoccupati per un sintomo fisico insolito, di fare una brutta figura, ecc.

La differenza tra una normale preoccupazione e l’ansia sta nel fatto che quest’ultima:

- è troppo intensa e ingiustificata rispetto alla situazione;
- è pervasiva;
- crea disagio e sofferenza;
- condiziona le normali abitudini di vita una persona.

Homework

Scheda 6 “Istruzioni per il respiro lento”.

Scheda 7 “Rilassamento muscolare progressivo”.

Scheda 8 “Rilassamento muscolare isometrico”.

Bibliografia

- Andrews G., Creamer M., Crino R. (2004), *Disturbo di panico e agoraphobia. Manuale per chi soffre del disturbo*, Centro Scientifico Editore: Torino.
- Bartlett F.C. (1932), *Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology*: Cambridge University Press: Cambridge.
- Beck A.T. (1976), *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, International University Press: New York; trad. it. *Principi di terapia cognitiva*, Astrolabio: Roma, 1984.
- Beck A.T., Emery C., Greenberg R.L. (1985) *Anxiety Disorders and Phobias: A cognitive perspective*, Basic Books: New York.
- Clark D.M. (1986), A cognitive model of panic, *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark D.M. (1988), A cognitive model of panic attacks, in S. Rachman, J.D. Maser (Eds), *Panic: Psychological Perspectives*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ellis A. (1962), *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Lyle Stuart: New York; trad. it. *Ragione ed Emozione in psicoterapia*, Astrolabio: Roma, 1989.
- Ipsico (2018), *Ansia e disturbi d'ansia: sintomi, cause e cura*, disponibile al sito <https://www.ipsico.it/sintomi-cura/ansia/>.
- Jacobson E. (1942), *Yu must relax: A practical method of reducing the strains of modern living*, McGraw-Hill: Oxford.
- Martelli Venturi I. (2019), *Trattamento dei disturbi emotivi comuni: guida pratica per la conduzione di gruppi*, FrancoAngeli: Milano.
- Salkovskis P.M. (1991), The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account, *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- Saulle D. (2015), *La psicologia cognitiva*, disponibile al sito www.donato-saulle.it/psicologia-cognitiva-psicologo-milano/.
- Wells A. (1990), Panic disorder in association with relaxation-induced anxiety: an attentional training approach to treatment, *Behaviour Therapy*, 21, 273-280.
- Wells A. (1999), *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*, McGraw-Hill: Milano.
- Wells A., Matthews G. (1997), Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*.

9. Modulo V.

I disturbi del tono dell'umore

Più a lungo indugiamo sulle nostre sventure, più grande è il loro potere di farci del male.
Voltaire

Depressione e il “male del secolo”

La depressione rappresenta una delle più frequenti cause di malattia del mondo occidentale, tanto da essere considerata un'emergenza mondiale in continua crescita (World Health Organization, 1998; 1999; 2015).

I dati diffusi dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) riferiti ad un'indagine del 2015 hanno rilevato un'incidenza nella popolazione pari al 4,4%, interessando 322 milioni di persone, vale a dire 5 su 100, collocandola tra le patologie più diffuse al mondo. Risulta essere come la seconda più importante causa di disabilità e di costi sociali a livello mondiale, preceduta solamente dalla cardiopatia ischemica, tanto da essere definita come “il male del secolo”.

La depressione mostra, inoltre, un'elevata prevalenza di comorbidità con malattie internistiche, tanto da complicarne la prognosi.

Per quanto riguarda l'eziopatogenesi della depressione non è stata definita, sino ad oggi, una teoria unitaria, ma appare evidente che diversi fattori biologici, psicologici e ambientali ne influenzano sia l'esordio che il decorso.

Lo studio dell'OMS ha esaminato anche l'incidenza della depressione in base al genere: le donne sono più depresse rispetto agli uomini (5,1% contro 3,6) e quasi la metà degli individui che soffrono di depressione vivono nell'Asia Sud-Orientale e in Occidente. Questi tassi variano anche a seconda dell'età, con un picco tra gli anziani e gli adulti: tra le donne con un'età compresa tra 55 e i 74 anni le cifre superano il 7,5%, per gli uomini si arriva al di sopra del 5,5%. La depressione può colpire anche i bambini e gli adolescenti di età inferiore ai 15 anni, ma con un'incidenza più bassa rispetto agli adulti (Quotidiano Sanità, 2017).

Rispetto al suicidio, nel 2015 si sono suicidate 788 mila persone e, a questa cifra, vanno aggiunti i casi di tutti coloro che hanno tentato il suicidio, ma sono rimasti in vita. Più in generale il suicidio si piazza tra le prime 20 cause

di morte nel mondo, infatti risulta la seconda causa di morte tra i giovani tra i 15 e i 29 anni.

Anche quando non si arriva al suicidio, la presenza di un disturbo depressivo può portare comunque a gravi compromissioni nella vita di chi ne soffre: non riesce più a studiare o lavorare, a interessarsi e mantenere relazioni sociali e affettive, a provare piacere per qualche attività. Infatti, le persone depresse presentano uno stato di salute peggiore, un maggiore rischio di invalidità e di assenza dal lavoro, una compromissione delle prestazioni lavorative, maggiori difficoltà relazionali in famiglia, maggiore incapacità nell'adempiere il proprio ruolo genitoriale e un aumento significativo dell'utilizzo dei servizi nazionali (Rainone, Mancini, 2004).

Il decorso della depressione solitamente è ricorrente e persistente. Dopo il primo episodio di depressione maggiore si stima che c'è un 50% di probabilità che si ripresenti, dopo il secondo episodio il 60% e dopo il terzo il 95% diventando una condizione cronica e invalidante.

I fattori di rischio per le ricadute sono rappresentati dal numero di episodi pregressi, esordio a meno di 40 anni, presenza di un episodio depressivo in adolescenza, gravità dell'episodio più severo, presenza di un disturbo distimico o depressivo minore, eventi stressanti, familiarità e mancanza di supporto sociale.

La depressione è considerata tra le principali patologie che causano intensa disabilità, insieme ai disturbi d'ansia.

A livello globale, si stima che il 3,6% della popolazione soffra di disturbi d'ansia. Come la depressione anche questi sono più diffusi tra le donne rispetto ai maschi, 4,6% contro 2,6%. Non si sono, invece, riscontrate grosse variazioni nelle diverse fasce di età, anche se tra gli anziani l'incidenza appare più bassa. Più in generale, nel mondo, soffrono di disturbi d'ansia 264 milioni di persone, con un aumento, in 10 anni, dal 2005 al 2015, del 14,9%. Dal momento che molti individui soffrono di questi disturbi in associazione alla depressione, le due patologie insieme possono fornire un identikit dei cosiddetti disturbi mentali comuni (Quotidiano Sanità, 2017).

Con la pandemia, si è osservato un incremento considerevole di questi disturbi, soprattutto nella popolazione adolescenziale, tanto che, nella Consensus Conference sulle terapie psicologiche su ansia e depressione del 2022 viene sottolineata l'esigenza di un potenziamento dei servizi di salute mentale nel trattamento di questi disturbi. Tale affermazione è stata recentemente corroborata dai risultati di un'analisi condotta dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica sul rapporto tra fabbisogno assistenziale, espresso dall'utenza in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale, e la capacità assistenziale necessaria per realizzare tutte le azioni previste da raccomandazioni, linee guida, percorsi e protocolli di cura.

Tale analisi, ha mostrato che, nel 2019, prima della pandemia, i Dipartimenti di Salute Mentale, erano in grado di rispondere correttamente a poco più del 55% del fabbisogno assistenziale stimato. In queste condizioni di difficoltà, i servizi di salute mentale danno necessariamente priorità ai disturbi mentali più gravi, come ad esempio la schizofrenia e i disturbi dell'umore con particolari caratteristiche di gravità, come il disturbo bipolare e l'episodio depressivo maggiore con sintomi psicotici. Tuttavia, il carico di sofferenza e di disabilità dei disturbi emotivi comuni è certamente maggiore di quello dei disturbi gravi sia perché anche tra i primi vi sono forme estremamente invalidanti sia perché sono significativamente più diffusi.

A tal proposito, nelle considerazioni conclusive della sopra citata Consensus Conference sulle terapie psicologiche su ansia e depressione viene sottolineata l'importanza e l'urgenza di sollecitare i servizi al potenziamento di psicoterapie evidence-based che attualmente vedono l'approccio cognitivo-comportamentale, il più efficace per i disturbi d'ansia e depressivi ed un incremento della ricerca scientifica in salute mentale.

Trattamento della depressione

Le varie classificazioni internazionali non distinguono tra episodio depressivo unipolare ed episodio depressivo bipolare ma sottolineano una situazione di "continuum" di condizioni psicopatologiche intermedie tra le forme unipolari e bipolari. Durante il trattamento va attentamente considerata la possibilità che insorgano sintomi più o meno gravi di polarità opposta alla depressione, che potranno essere considerati come indicatori di forme bipolari e pertanto trattati differently.

Le linee guida dell'American Psychiatric Association e del Ministero della Salute per il trattamento della depressione prevedono come intervento d'elezione:

- la farmacoterapia con antidepressivi, soprattutto nelle forme depressive moderate e gravi;
- la psicoterapia (in particolare la terapia cognitivo-comportamentale di Beck e la terapia interpersonale di Klerman) soprattutto nelle forme lievi e moderate;
- la terapia elettroconvulsivante, nelle forme gravi (psicosi).

In un articolo di Barzega, Venturello e Bogetto (1999) sull'efficacia della psicoterapia nella cura della depressione, emerge un discreto numero di dati e di pubblicazioni in letteratura a favore della sua efficacia, con pubblicazio-

ne di manuali che descrivono modelli standardizzati di intervento e di tecniche specifiche per il trattamento della depressione.

In particolare, gli studi pubblicati in questo articolo fanno riferimento al manuale per la terapia comportamentale di Wolpe (1969), al manuale per la terapia cognitiva della depressione di Beck (Beck *et al.*, 1979), al manuale sulla terapia interpersonale per la depressione di Klerman (Klerman *et al.*, 1984) e ad alcuni manuali per le psicoterapie dinamiche brevi (Luborsky, 1984; Strupp, Binder, 1984). Tali manuali costituiscono a tutt'oggi il riferimento per la conduzione degli specifici trattamenti.

Il modello cognitivo della depressione di Aaron T. Beck

Il modello cognitivo di Beck nasce dall'esplorazione clinica nelle sedute con i pazienti che lo portarono ad osservare che gli stessi riferivano sempre un flusso di pensieri legati a temi di fallimento, insuccesso, incapacità e autocritica, di cui, almeno inizialmente, non ne erano consapevoli e che scorrevano internamente, in modo automatico, mentre parlavano.

Beck chiamò questo flusso di pensieri *pensieri automatici negativi* (PAN) e li considerò uno dei sintomi principali della depressione. Attraverso la registrazione sistemica dei pensieri automatici dei pazienti, capì che avevano delle caratteristiche comuni:

- innanzitutto si presentavano in modo automatico, involontario e spontaneo con uno “stile telegrafico”;
- erano molto fugaci e transitori e potevano rappresentarsi anche sotto forma di frasi brevi, parole singole o immagini;
- erano specifici e coerenti con l'assetto di personalità del paziente e con lo specifico stato emotivo del momento;
- comportavano una distorsione della realtà “*Nessuno mi ama*”, “*Non ci riuscirò mai*”, “*Sono un fallito*”.

Secondo il modello cognitivo, tutte le persone hanno pensieri automatici, ciò che caratterizza quelli del paziente depresso è il loro contenuto dove il tema predominante è quello di *perdita* e del *fallimento* vissuto e valutato come irreversibile, irreparabile e totale, tanto da rendere l'individuo incapace di una prospettiva esistenziale (Rainone, Mancini, 2009). I pensieri negativi riguardano sia il passato, che il presente e il futuro.

A tal proposito, Beck parla di “triade cognitiva” della depressione (1967, 1971) e, citando le sue parole, riferisce che:

i disturbi della depressione possono essere considerati in chiave di attivazione di una serie di tre modelli cognitivi principali, che costringono l'individuo a vedere se stesso, il proprio mondo e il proprio futuro in maniera idiosincrasica (Beck, 1967, p. 306).

Gli elementi della triade cognitiva sono i seguenti:

- il paziente vede *se stesso come inadeguato e difettoso* in ambito fisico, psicologico o morale. Tende a sentirsi inutile, indesiderabile, a sottovalutarsi e a criticare ogni cosa che fa, crede di essere privo degli attributi necessari per ottenere la felicità o la serenità, legge ogni cosa in modo negativo e autoriferito. Se ad esempio non ottiene qualcosa come si aspettava si considera un incapace, un piccolo ostacolo al raggiungimento di uno scopo può essere visto come una barriera insuperabile, ecc.;
- *interpreta negativamente le sue interazioni con l'ambiente circostante* per cui la valutazione del mondo e delle relazioni sono visti come eccessivamente duri, esigenti, ingiusti e che rendono quindi estremamente difficile o impossibile raggiungere i propri obiettivi. Le proprie interazioni col mondo e con gli altri vengono di conseguenza interpretate in termini di fallimenti, sconfitte, deprivazioni. Tende a considerare i problemi attuali come insolubili e le varie situazioni come insopportabili;
- *ha una visione negativa del futuro*. Il paziente depresso ha la tendenza a prevedere frustrazioni e fallimenti futuri come prolungamento di quelli attuali come condizione immutabile nel tempo, tale per cui prevede che la sua sofferenza continuerà indefinitamente e che in ogni compito specifico che dovrà affrontare andrà incontro sempre al fallimento o a un risultato comunque insoddisfacente. Da qui, la sensazione di demotivazione perché vive come se il fallimento fosse già accaduto.

La triade cognitiva permette di spiegare i sintomi distintivi tipici della depressione.

- *Sintomi affettivi*: tristezza, perdita di gratificazione, perdita di sentimenti e di affetto verso gli altri, perdita della risposta di gioia, angoscia, sensi di colpa, disperazione, senso di impotenza.
- *Sintomi cognitivi*: pensieri automatici negativi, prospettiva cognitiva negativa, bias cognitivi, difficoltà di concentrazione, di attenzione e di memoria.
- *Sintomi motivazionali*: demotivazione, ideazione suicidaria.
- *Sintomi comportamentali*: passività, inattività, rallentamento o agitazione motoria, isolamento sociale, evitamento delle situazioni.

- *Sintomi fisiologici e somatici*: disturbi del sonno, dell'appetito, della sessualità.

Oltre al modello della triade cognitiva, il disturbo depressivo viene generato e mantenuto da una serie di “*distorsioni cognitive*”, ovvero errori sistematici compiuti dai processi di elaborazione dell'informazione. Le distorsioni cognitive individuate da Beck nei pazienti depressi sono le seguenti.

- *Deduzione arbitraria*: la persona giunge a una conclusione da prove inadatte o insufficienti.
- *Astrazione selettiva*: il paziente si concentra su un dettaglio ignorando altri aspetti salienti della situazione, a conferma dei suoi pensieri negativi.
- *Generalizzazione eccessiva*: il paziente trae una conclusione sulla base di uno o pochi eventi isolati e la generalizza a tutte le situazioni.
- *Ingigantire e minimizzare*: la persona riduce o esagera l'importanza degli eventi.
- *Personalizzazione*: la persona tende a porre gli eventi esterni in relazione a sé.
- *Pensiero assolutistico e dicotomico*: il paziente tende a classificare le esperienze in due opposte categorie (pensiero bianco-nero).
- *Tendenza a darsi la colpa*. Difficilmente trova cause esterne, soprattutto per eventi negativi, tale distorsione è strettamente legata alla personalizzazione.

Secondo il modello cognitivo di Beck, i sintomi depressivi sono la manifestazione o il prodotto del funzionamento delle strutture deputate alla costruzione del significato degli eventi, rappresentano il substrato cognitivo, i cui elementi sono strutture denominate “*schemi*” (Beck, 1964; 1967; Beck *et al.*, 1979; Clark *et al.*, 1999).

Gli schemi spiegano la costellazione di atteggiamenti negativi duraturi verso se stessi, il mondo e il proprio futuro, ovvero quell'insieme di modalità ripetitive di strutturare le proprie esperienze che il paziente depresso presenta e che lo rendono vulnerabile al disturbo depressivo.

Citando le parole di Beck:

Gli schemi sono strutture interne relativamente stabili di caratteristiche generiche o peculiari di stimoli, idee o esperienze che vengono immagazzinate e utilizzate per organizzare nuove informazioni dotandole di significato, determinando così il modo in cui i fenomeni vengono percepiti e concettualizzati, cioè costruiti” (Clark, *et al.*, 1999, pp. 79-80).

Un modello cognitivo, secondo Beck, è un insieme integrato e coerente di scopi (obiettivi da realizzare e regole per realizzarli) e rappresentazioni (credenze e convinzioni) che determina lo stato mentale del paziente attraverso operazioni di orientamento, selezione, codificazione, organizzazione, immagazzinamento degli stimoli, reperimento e interpretazione di informazioni all'interno dell'apparato cognitivo. Nella sua visione, quando un modello cognitivo diviene stabile nel tempo diviene uno *schema*.

Nei modelli cognitivi:

- gli *obiettivi* sono ciò che il soggetto desidera (ad es. “*essere amato dagli altri*”);
- le *credenze* sono affermazioni che descrivono il sé, le esperienze e il futuro (ad es. “*non valgo niente*”, “*non migliorerò mai*”) e relazioni fra variabili (ad es. “*se compiaccio gli altri mi tratteranno bene*”);
- le *convinzioni* sono affermazioni che descrivono regole imperative (ad es. “*devo piacere a tutti*”);
- le *regole per realizzare gli obiettivi* sono affermazioni che collegano fra loro gli elementi elencati (ad es. “*se voglio essere amato, dato che non ho niente per cui valga la pena amarmi, devo fare tutto ciò che dicono gli altri*”).

Non è la presenza di questi modelli, plasmata dalle esperienze infantili e adolescenziali, che genera i vissuti depressivi, ma il grado di verità che l'individuo gli attribuisce e il grado di rischio che associa alle conseguenze della loro mancata applicazione.

Più i modelli vengono considerati veritieri e le visioni alternative rischiose, più aumenta la loro influenza sul funzionamento mentale. Molti individui possiedono modelli che li rendono vulnerabili ai disturbi depressivi, ma questi rimangono latenti fino a che non trovano conferme nell'esperienza di vita. Quindi, quando la persona, vulnerabile agli schemi depressogeni (vuoi per fattori biologici che per fattori ambientali), va incontro a esperienze di fallimento e perdita, i modelli depressivi iniziano ad attivarsi e a orientare il funzionamento mentale dell'individuo condizionandone umore, cognizione e comportamento.

I modelli attivi producono sintomi, ma questi di per sé non sono gravi perché l'individuo, pur non modificandoli, mantiene ancora una distanza critica e riesce a valutarli come eccessivi ed esagerati.

Il disadattamento causato dalla presenza dei sintomi aumenta la probabilità nel paziente di andare incontro a esperienze di perdita e fallimenti; e quanto più ne subisce, tanto più i modelli si consolidano e la distanza critica diminuisce.

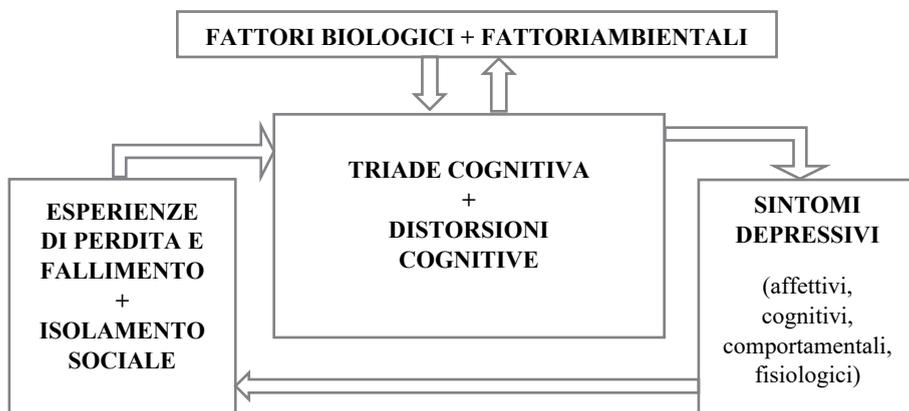
Quando l'attivazione dei modelli della triade depressiva diminuisce drasticamente, il funzionamento dell'individuo e i sintomi peggiorano e diventano molto gravi; i modelli diventano *schemi idiosincratici* e il paziente smette di metterli in discussione vivendoli come "veri" e attribuendogli un valore protettivo. Il consolidamento dei modelli è facilitato anche dalle dinamiche interpersonali. Infatti, gli individui che iniziano a deprimersi tendono ad un graduale isolamento sociale ed interpretano negativamente l'aiuto che proviene dall'ambiente esterno a loro vicino (famiglia, amici): sia che gli altri spronino la tendenza al ritiro incoraggiando l'individuo ad uscire di casa e ad avere contatti sociali; sia che assecondano la volontà al ritiro, il soggetto depresso non vede di buon grado alcun tentativo di aiuto da parte degli altri, anzi, lo interpreta negativamente, aumentando il ritiro e peggiorando la sua condizione depressiva in un circolo vizioso che si autoalimenta..

Una volta che la depressione si è aggravata, la tendenza all'isolamento può diventare vera e propria indifferenza agli stimoli esterni tanto che la persona diviene costantemente assorbita dal flusso ripetitivo delle idee negative generate dagli schemi.

Riassumendo, secondo il modello cognitivo della comprensione e del trattamento della depressione di Beck, i disturbi depressivi sono causati dall'interazione dei fattori sottoelencati (come rappresentato nella Figura 1).

- triade di modelli cognitivi negativi formati nell'infanzia e nell'adolescenza;
- esperienze di perdita e fallimento che attivano i modelli cognitivi latenti;
- distorsioni dei processi cognitivi che facilitano, alimentano e mantengono tale attivazione;
- tendenza all'isolamento e all'inattività che alimenta e mantiene l'attivazione della triade.

Figura 1. Modello cognitivo della depressione di A.T. Beck



Struttura del modulo

Il modulo “I disturbi del tono dell’umore” ha lo scopo di dare informazioni sulla depressione nelle sue diverse forme e fornire strategie utili ed efficaci nella gestione dell’umore. È articolato in due incontri strutturati, come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 1. Struttura e obiettivi del modulo “I disturbi del tono dell’umore”

Incontri	Argomento
I incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Revisione compiti - Psicoeducazione sulla depressione - Errori cognitivi nella depressione - Circolo vizioso della depressione - Strategie efficaci per gestire la depressione - Esercitazione in classe: ABC su temi depressivi - Homework: scheda 3 e 6
II incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Revisione compiti - Disturbo bipolare - Gestione dell’umore - Stile di vita e routine stabili - Igiene del sonno e alimentazione - Il disturbo dell’umore nelle sue diverse forme - Promozione del benessere - Homework: scheda 11
Obiettivi generali del V modulo	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendere la depressione - Comprendere i fattori di mantenimento della depressione - Imparare a gestire in modo efficace la depressione - Comprendere il disturbo bipolare - Promozione del benessere - Gestire in modo efficace l’umore attraverso l’insegnamento di un corretto stile di vita
Allegato online. Schede operative per gli adolescenti modulo V	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda 1 “Cos’è la depressione” - Scheda 2 “Errori di pensiero nella depressione” - Scheda 3 “ABC su episodi di tristezza ed errori cognitivi” - Scheda 4 “Circolo vizioso della depressione” - Scheda 5 “Come interrompere il circolo vizioso della depressione” - Scheda 6 “ABC con pensiero funzionale” - Scheda 7 “Disturbo bipolare” - Scheda 8 “Gestione dell’umore” - Scheda 9 “Il disturbo dell’umore nelle sue diverse forme” - Scheda 10 “Lista di attività che promuovono il benessere” - Scheda 11 “Cosa faccio per perseguire il benessere?”

I incontro

Revisione dei compiti

Scheda 6 “Istruzioni per il respiro lento”.

Scheda 7 “Rilassamento muscolare progressivo”.

Scheda 8 “Rilassamento muscolare isometrico”.

Psicoeducazione sulle emozioni

A partire dal brainstorming sul concetto di depressione, il terapeuta raccoglie tutte le idee a riguardo e invita i partecipanti a dare una definizione di depressione, sollecitandoli anche sulle credenze che hanno rispetto alle cause della depressione e sottolineando il ruolo sia dei fattori ereditari che ambientali. Una volta raccolte le loro idee, il terapeuta inizia a evidenziare i fattori causali sull'insorgenza della depressione e a fornire qualche dato epidemiologico esposto all'inizio del capitolo per sottolineare la diffusione di tale patologia.

Cause della depressione. Tra le cause della depressione bisogna annoverare l'interazione tra i diversi fattori: genetici, ambientali e caratteristiche individuali. Infatti, la depressione, così come molti altri disturbi, è causata da una molteplicità di fattori e per questo si dice che la causa è “multifattoriale”.

Tra i *fattori genetici* troviamo la familiarità. Nei disturbi bipolari la componente genetica è stata riconosciuta come causa importante, mentre più modesta ma comunque influente nei casi di depressione maggiore, dove sembra incidere di più sia l'aspetto ambientale che le caratteristiche di personalità.

Tra i *fattori ambientali* correlati a una maggiore probabilità di sviluppare una depressione maggiore troviamo: condizioni socioeconomiche svantaggiate, povertà, scarsa scolarizzazione, l'essere cresciuti con un genitore depresso e, più in generale, tutti i fattori importanti di stress come aver subito traumi o abusi, lutti e perdite di persone importanti, divorzi e separazioni, disoccupazione, isolamento sociale, mobbing lavorativo, aver subito episodi di bullismo a scuola, essere affetti da malattie gravi o croniche.

Tra i *fattori psicologici legati alle caratteristiche individuali* che possono favorire la depressione vanno considerate tutte le variabili personologiche e la capacità di resilienza soggettiva.

Se è vero infatti che tutte le situazioni stressanti possono portare a depressione è

anche vero che non tutti coloro che vivono situazioni stressanti si ammalano. Tra le vulnerabilità psicologiche troviamo: scarsa autostima e autoefficacia, tendenza all'autocritica, incapacità di soddisfare i propri bisogni e scarsa adattabilità ai cambiamenti di vita [non aver sviluppato buone strategie di gestione emotiva e risoluzione dei problemi] (www.ospedalemarialuigia.it).

Importante sottolineare che anche alcuni passaggi del ciclo di vita possono essere delicati e favorire l'insorgere di episodi depressivi come il passaggio dall'adolescenza all'età adulta, il pensionamento, la nascita di un figlio, i figli che una volta divenuti adulti vanno via di casa, ecc. Difficoltà nel superamento di una fase di vita o di un cambiamento significativo possono favorire lo sviluppo di sintomi depressivi in quelle persone caratterialmente più predisposte.

A questo punto, il terapeuta inizia a dare una spiegazione teorica di cosa è la depressione invitando i partecipanti a consultare la Scheda 1 "Cos'è la depressione".

Sintomi della depressione. La depressione è un disturbo dell'umore estremamente grave e invalidante le cui caratteristiche principali sono l'*umore deflesso* (tristezza profonda), la *mancaza di piacere* e di *motivazione*.

I sintomi della depressione riguardano quattro aree:

- *sintomi affettivi*: tristezza profonda, presente quasi sempre nell'arco della giornata e insensibile a eventuali eventi positivi, perdita di gratificazione, perdita di sentimenti e di affetto verso gli altri, perdita della risposta di gioia, angoscia, sensi di colpa, sensazione di vuoto interiore, disperazione, senso di impotenza, disperazione per se stessi e per il proprio futuro, perdita dell'interesse per le attività quotidiane, ansia e indecisione cronica (Fiorentini, 2019). È importante fare una distinzione tra la tristezza comune legata a eventi di vita negativi e la tristezza patologica che sfocia nella depressione: la prima è un'emozione con una certa durata limitata nel tempo e non modifica fortemente le abitudini di vita di una persona; la depressione, invece, è uno stato profondo di disperazione protratto nel tempo che modifica le abitudini di vita rendendo la persona quasi incapace di provvedere a se stessa tanto da perdere interesse e motivazione verso tutto e tutti e, inoltre, può verificarsi anche in assenza di un evento spiacevole e non modifica l'umore nemmeno la presenza di situazioni piacevoli e giocose;
- *sintomi cognitivi*. I sintomi cognitivi riguardano sia il contenuto dei pensieri, che le funzioni esecutive.

Il contenuto dei pensieri di un paziente con depressione maggiore è contraddistinto da una negatività pervasiva. I pazienti depressi tendono ad avere una scarsa opinione di se stessi (bassa autostima) e delle proprie capacità; inoltre mostrano aspettative e pensieri negativi nei confronti degli altri e delle persone che lo circondano e aspettative negative relative al proprio futuro. In genere il contenuto negativo dei pensieri peggiora con il peggiorare del disturbo depressivo maggiore, fino ad arrivare, in casi molto gravi, alla presenza di ideazioni deliranti (deliri di inguaribilità, di colpa, di rovina ecc.) oppure a ideazioni suicidarie (Fiorentini, 2019).

Chi soffre di depressione tende a essere concentrato su di sé, si isola facilmente e tende a rimanere a letto per molte ore della giornata a rimuginare in modo ripetitivo e circolare. Il rimuginio porta, oltre a un peggioramento del quadro depressivo, a una riduzione dell'attenzione e della concentrazione verso il mondo esterno, producendo difficoltà nella memorizzazione, nel ricordare ciò che si è letto o sentito, fino, nelle forme più gravi, a un rallentamento del flusso del pensiero;

- *sintomi comportamentali*: riduzione delle attività quotidiane, passività, inattività, rallentamento o agitazione motoria, isolamento sociale, evitamento delle situazioni.

La perdita di piacere nel fare qualsiasi cosa (anedonia), la perdita di interesse (apatia) unite alla sensazione di stanchezza cronica portano il soggetto a ridurre gradualmente tutte le attività quotidiane, a ridurre i contatti sociali, chiudendosi così al mondo e alla vita. La riduzione progressiva e costante della attività quotidiana porta a disabilità percepita ("non sono più in grado di fare le mie cose") e reale. Altri aspetti comportamentali tipici della depressione maggiore sono la progressiva scomparsa di azioni volte al proprio benessere e cura personale (www.ospedalemarialuigia.it).

Una caratteristica tipica della depressione è la progressiva trascuratezza nella cura e nell'igiene personale che porta la persona depressa a non lavarsi a sufficienza, truccarsi, pettinarsi, cucinarsi, fare la doccia, ecc.;

- *sintomi fisiologici e somatici*: disturbi del sonno, dell'appetito, della sessualità, stanchezza cronica, dolori diffusi, problemi gastro-intestinali.

Criteri diagnostici della depressione secondo il DSM-5. Per concludere, il terapeuta può anche fare riferimento ai criteri diagnostici della depressione maggiore secondo il DSM-5.

A-La presenza di cinque o più tra i sintomi seguenti per un periodo di almeno due settimane con significativa alterazione del normale funzionamento dell'individuo. Almeno uno dei sintomi deve essere l'umore depresso o la perdita di interesse e piacere nel fare le cose.

- Umore depresso per la maggior parte del giorno, per la maggior parte dei giorni (es. sentirsi triste, vuoto, senza speranza). Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile.
- Diminuzione dell'interesse o del piacere nel fare qualsiasi cosa, per la maggior parte della giornata, per la maggior parte dei giorni.
- Significativa perdita di peso o aumento di peso, perdita o aumento dell'appetito nella quasi totalità dei giorni.
- Agitazione psicomotoria o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno, visibile anche da un occhio esterno [l'alterazione della motricità deve poter essere osservata dagli altri, non è sufficiente la sensazione soggettiva di agitazione o rallentamento].
- Fatica e perdita delle energie per la maggior parte dei giorni.
- Sentimenti di indegnità (non sentirsi all'altezza) o sensi di colpa eccessivi o inappropriati per la maggior parte dei giorni.
- Maggiori difficoltà nel pensare e restare concentrati, oppure patologica indecisione, per la maggior parte dei giorni.
- Ricorrenti pensieri di morte (non solo paura di morire), ricorrenti pensieri suicidari, tentativi di suicidio.

B-I sintomi causano una significativa sofferenza o comunque problematiche nell'area sociale, lavorativa o altre aree o funzioni significative.

C-L'episodio non è collegabile ad effetti psicoattivi di sostanze o farmaci.

D-L'evento depressivo maggiore non è meglio spiegato da altri disturbi mentali [come: disturbo schizoaffettivo, schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o altri specifici o aspecifici disturbi dello spettro psicotico].

E-Non si è mai verificato un episodio di mania o ipomania. Questo criterio non si applica agli episodi di mania o ipomania la cui causa è effetto di sostanze, farmaci o altre condizioni mediche (www.pisatoday.it).

È importante sottolineare di fare diagnosi di depressione maggiore in modo precoce e procedere fin da subito ad una cura adeguata. I disturbi depressivi, infatti, tendono a peggiorare nel corso del tempo rendendo sempre più difficile e lungo il trattamento.

Errori di pensiero nella depressione

Il terapeuta spiega ai partecipanti il concetto di modello cognitivo e triade cognitiva di Beck esposto sopra, facendo particolare riferimento ai pensieri negativi rispetto a se stesso, il mondo e il futuro. Parlando di errori di pensiero, far consultare ai partecipanti la Scheda 2 "Errori di pensiero nella depressione" e spiegare uno ad uno, portando degli esempi, tutti i bias cognitivi comuni nei pazienti depressi:

- *deduzione arbitraria*: la persona giunge a una conclusione da prove inadatte o insufficienti. Il terapeuta può fare l'esempio di una persona depressa che ha sempre svolto il suo lavoro in modo puntuale e preciso. Un giorno compie un piccolo errore inviando una mail a un destinatario sbagliato e il capo glielo fa notare. La persona deduce e pensa da questo unico elemento: *“Non sono più in grado di lavorare, il capo penserà che non sono più adatta per questo lavoro”*;
- *astrazione selettiva*: il paziente si concentra su un dettaglio ignorando altri aspetti salienti della situazione a conferma dei suoi pensieri negativi. Prendendo l'esempio precedente, supponiamo che il capo, nella stessa situazione, abbia detto a questa persona che è stata molto brava in un lavoro che aveva svolto precedentemente e che le avesse assegnato un altro incarico di responsabilità. La persona depressa seleziona solo l'informazione coerente con la sua credenza patogena (*“Non sono più in grado di lavorare”*), tralasciando completamente tutte le informazioni a supporto del contrario;
- *generalizzazione eccessiva*: il paziente trae una conclusione sulla base di uno o pochi eventi isolati e la generalizza a tutte le situazioni. Sempre prendendo l'esempio sopra citato, la persona inizia a generalizzare a tutte le situazioni il senso di fallimento: *“Ho sbagliato a lavoro, non sono più in grado di fare niente nemmeno a casa, non sono una brava persona, un bravo genitore, ecc.”*;
- *ingigantire e minimizzare*: la persona riduce o esagera l'importanza degli eventi. La persona drammatizza le situazioni vedendole insormontabili oppure le minimizza non affrontandole, con il risultato di passivizzarsi rispetto ai problemi, anziché affrontarli;
- *personalizzazione*: la persona tende a porre gli eventi esterni in relazione a sé. Ciò significa che se succede qualcosa si sente sempre preso in causa. Ad esempio, il capo al lavoro in una riunione dice a tutto il personale che ha notato un calo nella produttività, il paziente depresso tenderà a pensare che il messaggio sia rivolto a lei e inizierà subito a disperarsi pensando a tutte le cose che non ha fatto alimentando il senso di colpa e di angoscia;
- *pensiero assolutistico e dicotomico*: il paziente tende a classificare le esperienze in due opposte categorie (pensiero bianco-nero). La persona depressa non riesce a vedere sfumature: o il capo la licenzierà per un errore commesso o penserà che è bravissima; anche gli altri e le situazioni vengono viste da un punto di vista estremo: il lavoro che svolgo è interessantissimo versus è terribile; quella persona è odiosa versus è amorevole, ecc.;
- *tendenza a darsi la colpa*. Difficilmente trova cause esterne, soprattutto per eventi negativi, tale distorsione è strettamente legata alla personalizzazione. Come detto sopra, il paziente depresso tende a sentirsi responsabile in modo eccessivo degli eventi che accadono.

Esercitazioni su episodi personali legati alla depressione

Il terapeuta sollecita i partecipanti a portare esempi di episodi in cui si sono sentiti molto tristi o depressi evidenziando i bias cognitivi connessi alla situazione.

Circolo vizioso della depressione

Il terapeuta invita i partecipanti a consultare la Scheda 4 “Circolo vizioso della depressione” spiegando il modello del disturbo proposto da Beck (1967), che afferma che l’andamento discendente della depressione può essere illustrato come un circolo vizioso, dove le reazioni affettive possono agevolare l’attivazione degli schemi depressogeni: “quanto più negativi sono i pensieri del paziente, tanto peggio si sente; quanto peggio si sente, tanto più negativi sono i suoi pensieri” (Beck, 1967, p. 345).

Il terapeuta può riproporre alla lavagna lo schema della scheda 4 analizzando ogni punto: sulla colonna di sinistra c’è il classico ABC dove una situazione attivante, che, nel caso indicato nella scheda 4 è una sensazione interna (stato di debolezza mentale e fisica) che viene interpretata negativamente con pensieri di fallimento legati al sé, al mondo e al futuro (triade cognitiva). Tali pensieri negativi attivano le emozioni di ansia, colpa e angoscia. Da qui parte il circolo vizioso perché le emozioni negative incrementano i pensieri negativi che, a loro volta, incrementano le sensazioni somatiche ed affettive.

Una volta che si è attivato il circolo vizioso, intervengono quattro fattori che mantengono tale situazione:

- *attenzione selettiva riguardo le sensazioni corporee*. La persona depressa si focalizza sulle sensazioni di stanchezza e fatica;
- *comportamenti protettivi* associati alla situazione. Pur facendo qualche attività, prende delle precauzioni per paura di non farcela: ad esempio può farsi accompagnare ovunque, oppure può percorrere una strada stando al telefono con qualcuno, ecc.;
- *inattività e aumento dello stato di immobilità*. La persona gradualmente smette di svolgere le normali attività di vita quotidiana (lavarsi, cucinarsi, pettinarsi, truccarsi, fare la doccia, ecc.) anche quelle che prima della depressione gli procuravano piacere;
- *evitamento*. La persona può evitare di andare al lavoro, di fare attività fisica per paura di non farcela a causa della stanchezza, può evitare le situazioni sociali e ricreative perché non ne sente il piacere.

Strategie efficaci per gestire la depressione

Il terapeuta fa consultare la Scheda 5 “Come interrompere il circolo vizioso della depressione” e spiega le tecniche efficaci di gestione della depressione.

Tecniche comportamentali. Bisogna gradualmente portare il paziente depresso ad aumentare il livello di attività partendo da piccole cose semplici fino ad aumentare il grado di complessità. Va spiegato che nella depressione *c'è un'alterazione dello stato del desiderio*, ciò significa che la persona depressa non sente il piacere e quindi la spinta a mettersi in attività perché manca quello che viene definito il *piacere anticipatorio*, ovvero quella sensazione di gradevolezza che hanno le persone non depresse e che diventa il motore e la spinta ad intraprendere una certa attività. Questo, però, non significa che la persona depressa non sia in grado di provare alcun piacere mentre svolge l'attività, perché si può attivare il cosiddetto *piacere consumatorio*, ovvero quella sensazione di piacere avvertita durante l'attività e non prima. Questo aspetto è molto importante da spiegare ai partecipanti perché spesso i pazienti, non percependo la sensazione di piacere prima di un'attività, pensano che se l'affronteranno staranno male e non proveranno nulla, se non fatica. Invece, nella maggior parte dei casi, la persona prova piacere solo durante l'attività quindi deve fare lo sforzo di agire, pur non avendone alcuna voglia, e contrastare l'inerzia iniziale per verificare non solo che è in grado di affrontare la situazione ma anche di provare un certo grado di piacere. Questa è l'unica strada per interrompere il circolo vizioso della depressione e iniziare a stare meglio, quindi è essenziale smettere di evitare, il motto è “*mai evitare di evitare di fare le cose!*”. Inoltre bisogna eliminare l'attenzione selettiva rispetto ai sintomi fisici legati soprattutto alla stanchezza e alla mancanza di energie.

Tecniche cognitive. Riprendendo le attività la persona inizia a migliorare sia i sintomi affettivi che somatici e a sviluppare pensieri più realistici del tipo: “*ce la posso fare*”; “*anche se mi sento stanca non vuol dire che non saprò affrontare la giornata*” e a fare memoria di tutte le esperienze positive in cui è riuscita ad affrontare le situazioni e a provare piacere. Con l'allenamento ad osservare i pensieri negativi e a metterli in discussione con pensieri più funzionali e legati alla realtà, la persona depressa inizia gradualmente a modificare le convinzioni negative sulle proprie capacità e sulle possibilità di cambiamento, acquisendo sempre più fiducia in se stessa. È importante, inoltre, allenare la persona ad osservare i bias cognitivi che mette in atto per correggere le distorsioni cognitive.

Tecniche meditative e di mindfulness. Ultimamente, la diffusione di tecniche meditative e in particolare della mindfulness ha riportato dati di efficacia anche nel trattamento della depressione: quindi può essere integrata all'interno del percorso terapeutico, aumentandone l'efficacia. La mindfulness è una forma di meditazione ideata da Jon Kabat-Zin (1990; 2003), che fu il primo a portarla nel contesto psicoterapico. La mindfulness ha l'obiettivo di allenare la mente ad essere consapevole del momento presente in modo intenzionale e non giudicante. Aiuta a sviluppare un atteggiamento ingenuo, "da mente principiante" come se si guardasse ogni cosa per la prima volta nella vita, con fiducia, senza aspettarsi nulla e senza voler cambiare nulla, ma stare e osservare quello che c'è così come appare. È la predisposizione all'accettazione, alla pazienza, all'impegno, al tollerare la sofferenza senza giudicarla o volerla cancellare.

Homework

Scheda 3 "ABC su episodi di tristezza ed errori cognitivi".
Scheda 6 "ABC con pensiero funzionale".

Il incontro

Revisione dei compiti

Scheda 3 "ABC su episodi di tristezza ed errori cognitivi".
Scheda 6 "ABC con pensiero funzionale".

Disturbo bipolare

Il terapeuta invia i partecipanti a consultare la Scheda 7 "Disturbo bipolare" e inizia a fare psicoeducazione sul disturbo bipolare.

Il disturbo bipolare colpisce tra il 2,5 e il 5% della popolazione, si tratta di un disturbo grave e ricorrente che compromette la vita dell'individuo portandolo ad avere problemi in ambito relazionale, affettivo, lavorativo e sociale fino, in casi estremi, ad arrivare a comportamenti suicidari. È un disturbo in cui si alternano fasi dell'umore contrapposte: fasi depressive in cui il soggetto si sente triste, giù di morale ed è "inattivo", alternate a fasi ipomaniacali o maniacali in cui, invece, la persona si sente piena di energia, velocità di pensiero, iperattività. La differenza tra ipomania e mania sta nell'intensità e nella durata dei sintomi che nella mania sono maggiori.

Il disturbo bipolare è un disturbo molto grave ma può essere curato, infatti, la maggior parte delle persone che ne soffrono, anche in forme gravi, può raggiungere un buon livello di stabilizzazione della malattia. È una malattia che è soggetta a recidive, soprattutto nei periodi di stress ma, se trattata adeguatamente e monitorata nel tempo, è compatibile con una vita normale e produttiva.

È indubbio che l'individuazione precoce ne migliori la prognosi, il problema è che, nella maggior parte dei casi, si arriva a fare diagnosi di disturbo bipolare solo dopo molti anni dal manifestarsi della malattia, e questo aggrava l'andamento del disturbo.

L'origine del disturbo bipolare ha una forte componente genetica, nel senso che i geni favoriscono l'orientamento della struttura del cervello che si andrà a completare attraverso l'interazione con l'ambiente circostante. Il "rimodellamento" della struttura cerebrale avviene in modo massiccio nella primissima infanzia e successivamente durante l'adolescenza, pur continuando ad accompagnare in modo più attenuato anche lo sviluppo successivo (Giedd, 2004; Fields, 2005). Pertanto, l'influenza ambientale, l'esperienza educativa e l'acquisizione di capacità psicologiche sono l'altro parametro che influenza la stabilità dell'umore (Alloy *et al.*, 2005). Esperienze positive di apprendimento determinano un miglioramento delle funzioni mentali, quelle negative, invece, come la trascuratezza o l'isolamento, lo danneggiano (Dennenburg, 1981; Greenough, 1977; Malatesta, Izard, 1984) modificando lo sviluppo e il successivo deterioramento di fibre, sinapsi e cellule nervose.

I pazienti con disturbo bipolare sono significativamente più sensibili alle variazioni stagionali, climatiche e metereologiche. Infatti, i periodi di maggiore incidenza delle crisi depressive sono le stagioni intermedie, autunno e primavera, mentre verso la fine dell'estate si riscontrano più frequentemente crisi tipo ipomaniacale e maniacale. Questo è in parte legato all'effetto delle radiazioni luminose sul nostro organismo per cui la luce fa aumentare la produzione di serotonina nel cervello con effetto di miglioramento del tono dell'umore; mentre un calo della serotonina in inverno favorisce anche un calo dell'umore, questo porta le persone nella popolazione generale a essere più raccolte e concentrate sul lavoro in inverno e più propense alla socialità in estate. Questa condizione per un paziente con disturbo bipolare può voler dire depressione tra l'inizio e la fine dell'inverno o in primavera, ed eccitamento durante l'estate.

Anche le variazioni di orario dei pasti, dei turni di lavoro, il jet lag si possono tradurre in una perdita dell'equilibrio dell'umore (Longo *et al.*, 2011).

Importanza del trattamento farmacologico. Il disturbo bipolare è in gran parte l'esito di una disregolazione del sistema limbico (Canbeyli, 2010).

Il sistema limbico è costituito dall'*ippocampo* (così chiamato per la sua forma simile a un cavalluccio marino), che svolge un ruolo importante nella memoria con conseguenze dirette sul mondo affettivo, dall'*amigdala* (con una forma simile ad una mandorla), che è una sorta di sentinella delle emozioni che capta gli stimoli esterni, gli dà un significato emozionale e attiva un immediato comportamento di risposta. Il *talamo* ha la funzione di trasmissione degli stimoli esterni che, una volta registrati, vengono inviati alla corteccia. L'*ipotalamo* è invece la struttura che media molte risposte involontarie del nostro corpo (pressione arteriosa, motilità viscerale, temperatura corporea, frequenza cardiaca, ritmo sonno-veglia, appetito) grazie allo stretto legame con il sistema nervoso autonomo (involontario) e con il sistema endocrino (tramite l'ipofisi).

Nelle condizioni di stress cronico si spiegano le alterazioni dell'umore, le alterazioni endocrine riscontrate nel disturbo bipolare come problemi di tiroide e obesità.

Come spiegano Longo, Tronci e altri autori del libro *Lo spettro Bipolare* (2011), il sistema limbico è in stretto legame con la corteccia cerebrale dove, specie nei lobi prefrontali, vengono valutate ed elaborate le strategie di risposta ottimali che consentono un migliore adattamento all'ambiente.

Il terapeuta, nello spiegare il funzionamento del cervello, può fare il seguente esempio: se si avverte un forte odore di fumo, i *bulbi olfattivi*, presenti nel sistema limbico, potrebbero attivare una reazione di allarme tramite l'amigdala. Tale sensazione verrà confrontata con la memoria di esperienze analoghe precedenti (ed entra in gioco l'ippocampo), ciò attiverà una reazione fisica (tramite l'ipotalamo) con un aumento della frequenza cardiaca e respiratoria, incremento della pressione, aumento del tono muscolare, diversa distribuzione del sangue a favore dei muscoli e cervello, con conseguente aumento della vigilanza. Tutto ciò serve per predisporre il corpo all'azione.

L'attivazione di questo sistema di allerta potrà avere due esiti opposti:

- confermare il pericolo e consentire di individuare in modo utile e rapido una soluzione;
- determinare una condizione di panico senza utilità o persino creare altro danno.

Il comportamento che seguirà l'individuo dipenderà da come la corteccia cerebrale sarà in grado di valutare il pericolo, riuscendo a distinguere, per esempio, tra un incendio e il fumo di una sigaretta e cercando in caso di pericolo reale la strategia migliore per mettersi in salvo.

Se il sistema limbico si attiva troppo intensamente e/o cronicamente non consente una valutazione realistica dell'esperienza, ed è come se la corteccia

prefrontale fosse annebbiata dall'emozione stessa e produrrà soluzioni inutili o dannose per la persona. Naturalmente tanto più la corteccia cerebrale è addestrata a valutazioni positive e realistiche, minore sarà la vulnerabilità da eccessiva attivazione del sistema limbico. Questo sistema di equilibrio, che gli autori chiamano "termostato dell'umore", è il punto debole del disturbo bipolare: in questo sistema risiede gran parte della sua vulnerabilità biologica che si cerca di curare con gli psicofarmaci.

Rispetto alla depressione unipolare, dove il trattamento farmacologico può essere anche secondario ad altri trattamenti, come la psicoterapia, soprattutto nelle forme lievi e medie, nel disturbo bipolare il trattamento farmacologico è prioritario a qualunque altro intervento. Lo scopo degli psicofarmaci è quello di rendere il sistema delle trasmissioni nervose più equilibrato e funzionante, modulando la neurotrasmissione ed evitando l'eccessiva attivazione del sistema limbico che annebbia la corteccia mettendo a rischio la vita stessa. Infatti, l'incendio emotivo può indurre comportamenti gravi e irreversibili come il suicidio, offuscare le capacità logiche fino al delirio, distorcere la percezione fino a produrre fenomeni allucinatori. Questo pericolo è tanto più possibile quanto più si ripetono le crisi nel tempo: a ogni ricaduta le persone che soffrono di disturbo bipolare divengono più vulnerabili allo stress e sempre meno autonome, pertanto è fondamentale assumere una terapia farmacologica.

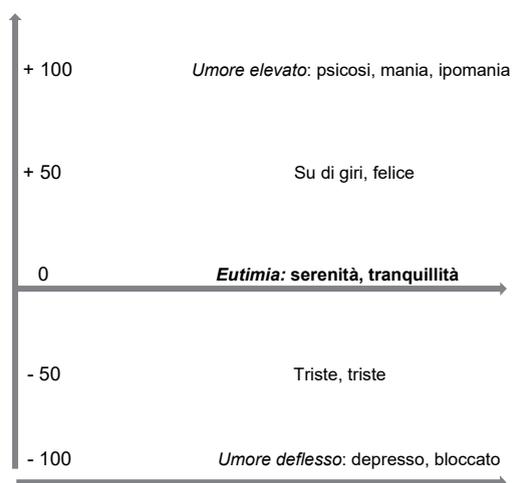
Quali farmaci per il disturbo bipolare? È importante che il terapeuta faccia un breve accenno sul trattamento farmacologico del disturbo bipolare. Nella cura del disturbo bipolare vengono usati i seguenti farmaci:

- *stabilizzatori dell'umore*. I più usati nella prevenzione delle ricadute, hanno un effetto lento per cui non possono essere usati da soli nella fase acuta;
- *antidepressivi*. Vengono utilizzati nella fase depressiva, ma avendo un'azione complessivamente eccitatoria hanno il rischio di indurre ipomania pertanto vanno usati con cautela, sempre associati agli stabilizzatori dell'umore e nel tempo possibilmente ridotti;
- *antipsicotici*. Sono farmaci usati nella cura dei disturbi psicotici dove è alterato il rapporto tra pensieri e realtà. Considerando che il 5% dei pazienti con disturbo bipolare nel corso della malattia può manifestare questi sintomi, vengono a volte utilizzati nella fase acuta, specialmente maniacale, ma hanno anche dimostrato capacità di stabilizzare l'umore nel lungo periodo;
- *ansiolitici*. Le "benzodiazepine" sono farmaci in grado di ridurre l'ansia e hanno un effetto quasi immediato, a differenza degli altri farmaci, ma hanno la contrindicazione di produrre dipendenza per cui si cerca di utiliz-

zarli per tempi brevi. Sono usati anche per ridurre la tensione muscolare e indurre il sonno.

Il terapeuta può rappresentare graficamente alla lavagna il grafico dell'umore come nella figura sottostante e sottolineare l'importanza di tendere a uno stato di *eutimia*, ovvero di equilibrio del tono affettivo, sottolineando che l'eutimia è uno stato d'animo di neutralità e serenità. A differenza dell'apatia, tipica dell'umore deflesso, l'eutimia non consiste in una sensazione di distacco o in una negazione delle passioni, è piuttosto una sorta di tranquilla soddisfazione e di appagamento interiore.

Figura 2. Grafico dell'umore



Gestione dell'umore

Il terapeuta sollecita i partecipanti a consultare la Scheda 8 “Gestione dell'umore”. Si legge insieme punto per punto e si approfondiscono alcuni concetti.

Perché il sonno è così importante? Perché è il termometro del nostro benessere psicofisico. Il terapeuta può approfondire questo aspetto anche con l'ausilio della lavagna rappresentando l'equilibrio nel ciclo sonno-veglia tra produzione di melatonina la sera e produzione di cortisolo nelle ore di veglia come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 2. Ritmo sonno-veglia

	
SONNO	VEGLIA
+ MELATONINA	+ CORTISOLO
	
- CORTISOLO	- MELATONINA
Diminuzione della temperatura corporea	Aumento della temperatura corporea
Diminuzione della pressione arteriosa	Aumento della pressione arteriosa
Diminuzione della frequenza cardiaca	Aumento della frequenza cardiaca
Diminuzione della serotonina	Aumento della serotonina

Il sistema biologico che regola l'alternanza tra il sonno e la veglia, legato alla periodicità quotidiana di luce e buio, è gestito dalle cellule che si trovano nell'ipotalamo che fa parte del sistema limbico.

Anche questo sistema, come il sistema dell'umore, funziona come un termostato che regola il rapporto tra sonno e veglia, in cui alcune cellule si attivano e altre si inibiscono a turno in un ciclo che dura 24 ore. Questa ciclicità, oltre ad avere delle differenze determinate geneticamente, è regolata da diverse variabili.

La *sera* si verifica un aumento della concentrazione di melatonina intorno alle 21.00 con valori elevati fino alle 4.00 del mattino. L'aumento della melatonina fa ridurre la temperatura corporea, la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca, e a questo si associa un calo fisiologico del cortisolo (ormone prodotto dalle ghiandole surrenali detto "ormone dello stress" che ci prepara ad essere reattivi) e del neurotrasmettitore serotonina che favorisce il sonno.

La *mattina*, invece, cambia l'ago della bilancia e si riduce l'ormone della melatonina che dalle 4.00 del mattino attiva la sua riduzione di concentrazione e alle 8.00 è giunta al minimo restando basso fino alle 20.00 di sera; a questo si associa un incremento della serotonina che giunge al suo livello massimo alle 8.00 di mattina, aumento del cortisolo, della temperatura e anche la pressione arteriosa e frequenza cardiaca aumentano.

Un equilibrio ottimale per le nostre necessità di recupero si raggiunge restando svegli 16 ore e dormendo 8 ore. Il momento di avvio del sonno è molto importante così come il numero delle ore dormite: infatti il sonno più ristoratore avviene nelle prime ore della notte (tra le 22.00 e le 4.00 del mattino). Il sonno, una volta attivato, non resta uguale durante tutta la notte ma si susseguono diverse fasi ripetute in cicli della durata di 90 minuti ciascuna. Ogni ciclo presenta 5 fasi: le prime due sono di sonno leggero, altre due di sonno profondo e ristoratore e l'ultima e quinta fase chiamata REM è spesso la fase in cui si presentano i sogni più vividi insieme alla scomparsa completa del tono muscolare e alla comparsa di movimenti oculari rapidi.

Nella prima metà della notte prevalgono le fasi 3 e 4, quindi il sonno profondo, mentre le fasi 2 e REM prevalgono nella seconda metà della notte.

La luce, sia naturale che artificiale, altera la curva fisiologica del sonno, pertanto il sonno andrebbe preparato riducendo stimoli sonori e luminosi a partire dalle 20.00. Si è osservato che migliore è il tempo della preparazione al sonno, maggiore è la quota di sonno profondo che si vive.

Il sonno profondo è importante perché migliora le funzioni esecutive: ordina e rafforza la memoria (Frankland, Bontempi, 2005) realizzando un'integrazione d'informazioni tra l'ippocampo (sistema limbico) e la corteccia cerebrale; questo facilita l'apprendimento e contribuisce all'equilibrio emotivo, stimolando la creatività e la capacità di flessibilità di pensiero. Per contro, la deprivazione di sonno può produrre sintomi psicotici; infatti, dormendo poco e male si manifestano anche alterazioni biologiche a scapito degli ormoni tiroidei e del profilo metabolico.

Il sonno disturbato peggiora la stabilità emotiva e l'instabilità emotiva ha effetti negativi sul sonno; di contro, un sonno ristoratore è fonte di stabilità emotiva che, a sua volta, favorisce il sonno. Detto ciò, appare evidente l'importanza del sonno come fonte ristoratrice nei pazienti con disturbo bipolare.

Il terapeuta, leggendo gli altri punti della Scheda 8 "Gestione dell'umore", aggiunge anche un aspetto importante: quello di evitare qualunque tipo di droga o alcol sottolineandone gli effetti negativi sull'umore. Tutte le droghe e l'alcol hanno l'effetto di modificare lo stato di coscienza, il comportamento, le emozioni, i pensieri, inducendo dipendenza e abuso.

L'alcol nel breve periodo riduce il controllo degli impulsi, aumenta l'aggressività e può portare a manifestazioni psicotiche e mania, nel medio termine produce depressione, ansia e un progressivo deterioramento cognitivo se l'assunzione diventa cronica. La *cocaina* può, da sola, scatenare un episodio psicopatologico con ansia, aggressività, sintomi psicotici, nonché indurre un progressivo deterioramento cognitivo. L'*eroina*, droga euforizzante, può indurre mania e depressione per effetto inibitorio del sistema nervoso centrale e in particolare su centri del respiro che possono indurre la morte per

overdose. Le *anfetamine* sono droghe stimolanti che inducono ansia, irrequietezza e molto di frequente producono scompensi maniacali e psicotici. Gli *allucinogeni* e le *droghe sintetiche* come l'*ecstasy* sono molto pericolose anche se assunte una sola volta e inducono deliri e allucinazioni visive e uditive in chiunque li assume, anche se non ha problemi psicopatologici. La *cannabis* aumenta il rischio di sviluppo di psicosi e deliri rispetto a chi non ne fa uso. L'utilizzo continuativo provoca depressione o "sindrome a-motivazionale" caratterizzata da forte apatia; oppure, al contrario, può portare a sviluppare ansia e panico.

Disturbo dell'umore nelle sue diverse forme

Per concludere i disturbi dell'umore, il terapeuta sollecita i partecipanti a consultare la Scheda 9 "Il disturbo dell'umore nelle sue diverse forme". Rapidamente, leggendo insieme la scheda, il terapeuta passa in rassegna le varie forme di disturbo dell'umore, rimarcando la differenza tra aspetti patologici legati all'umore e le normali variazioni dell'umore.

Promozione del benessere

Per concludere il modulo sulla gestione dell'umore, il terapeuta si sofferma nel dare alcune indicazioni generali sulla necessità di perseguire il benessere a prescindere dai sintomi presentati, perché uno stile di vita sano e corretto aumenta la probabilità di mantenere uno stato psicofisico in equilibrio e ridurre l'impatto dello stress quotidiano.

Come perseguire il benessere? Scrivere alla lavagna i seguenti punti:

- stabilizzare i diversi ambiti: economico, lavorativo, affettivo e sentimentale;
- dormire bene;
- alimentarsi in modo corretto;
- fare attività fisica regolarmente;
- bilanciare lavoro e riposo;
- coltivare interessi;
- evitare alcol e droghe;
- curare le relazioni interpersonali;
- gestire in modo efficace i conflitti interpersonali, imparare a dire di "no" e a fare richieste in modo corretto;

- curare la propria persona nell'aspetto fisico e nella mente;
- accettare i propri limiti;
- correggere i pensieri negativi con pensieri positivi.

Far consultare ai partecipanti la Scheda 10 “Lista di attività che promuovono il benessere” e sollecitare una discussione su quanto i partecipanti si dedicano ad una o più di queste attività, che poi dovranno completare a casa come homework.

Homework

Scheda 10 “Lista di attività che promuovono il benessere”.

Scheda 11 “Cosa faccio per perseguire il benessere”.

Bibliografia

- Alloy L.B., Abramson L.Y., Urosevic S., *et al.* (2005), The Psychosocial context of bipolar disorders: environmental cognitive, and developmental risk factors, *Clinical Psychology Review*, 25, 1008-1027.
- Barzega G., Venturello S., Bogetto F. (1999), Psychotherapy of depression: a critical review of the experimental evidences of its efficacy, *Journal of Psychopathology*.
- Beck A.T. (1964), *Thinking and Deciding*, Cambridge University Press: Cambridge.
- Beck A.T. (1967), *La depressione*, Bollati Boringhieri: Torino, 1978.
- Beck A.T. (1971), Cognition, affect, and psychotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 24: 495-500.
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Press: New York: trad. it. *Terapia Cognitiva della Depressione*, Bollati Boringhieri: Torino, 1987.
- Canbeyli R. (2010), Sensorimotor modulation of mood and depression: An integrative review, *Behavioural Brain Research*, 207, 249-264.
- Clark D.A., Beck A.T., Alford B.A. (1999), *Teoria e Terapia Cognitiva della Depressione*, Issy les Moulineaux France: Masson, 2001.
- Consensus Conference sulle terapie psicologiche su ansia e depressione (2022), Istituto Superiore di Sanità.
- Dennenburg V.H. (1981), Hemispheric laterality in animals and the effects of early experience, *Behavioral and Brain Sciences* 4, 1-49.
- Felds R.D. (2005), Myelination: An Overlooked Mechanism of Synaptic Plasticity?, *The Neuroscientist*, 11, 6, 528-531.
- Fiorentini A. (2019), *Depressione: sintomi, diagnosi e psicoterapia ipnotica*, disponibile al sito <https://www.psicologofiorentini.it/sintomi-depressione/>.
- Frankland P.W., Bontempi B. (2005), The organization of recent and remote memory, *Nature Reviews Neuroscience*, 6, 119-130.

- Giedd J.N. (2004), Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain, *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1021, 77-85.
- Greenough W.T. (1977), *Experimental modification of the developing brain*, in Janis I.L. (a cura di), *Current Trends in Psychology*, William Kaufmann: Los Altos.
- Kabat-Zinn J. (1990), *Vivere momento per momento*, Tea Pratica: Milano.
- Kabat-Zinn J. (2003), Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future, *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsaville B.J., Chevron E.S. (1984), *Interpersonal Psychotherapy of Depression (IPT)*, Basic Books: New York.
- Longo S., Tronci A., Saccomandi F., Carrozzo D. (2011), *Lo "Spettro Bipolare"*, Giovanni Fioriti: Roma.
- Luborsky L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, Basic Books: New York.
- Malatesta C.Z., Izard C.E. (1984), *The ontogenesis of human social signal: from biological imperative to symbol utilization*, in Fox N., Davidson R. (a cura di) *The Psychobiology of Affective Developments*, Erlbaum, Hillsdale NJ.
- Quotidiano Sanità (2017), *Depressione, l'allarme dell'Oms: "In 10 anni aumentata quasi del 20%". Ne soffrono 322 milioni di persone. Nessun paese escluso*, disponibile al sito www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=48198.
- Rainone A., Mancini F. (2004), *Gli approcci cognitivi alla depressione*, FrancoAngeli: Milano.
- Rainone A., Mancini F. (2009), *La depressione*, disponibile al sito <https://apc.it/wp-content/uploads/2009/08/La-depressione.pdf>.
- Strupp H.H., Binder J. (1984), *Psychotherapy in a New Key: A Guide to Time-limited Dynamic Psychotherapy (TLDP)*, Basic Books: New York
- Wolpe J. (1969), *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon.
- World Health Organization (1998), *Well-being in primary healthcare/ The Depcare project*, Copenhagen: WOH Regional Office for Europe.
- World Health Organization (1999), *Press Release: World Health Report 1999 Making a difference*. Geneva: WOH.
- World Health Organization (2015), *World Health Statistics 2015*. Geneva: WOH.

10. Modulo VI. *I disturbi alimentari*

*Allora smisi di scrutarmi nello specchio
per paragonarmi con le donne perfette del cinema
e delle riviste e decisi che ero bella
per il semplice motivo che avevo voglia di esserlo.
Su questo, non ci pensai due volte.*
Isabelle Allende

I disturbi del comportamento alimentare

Le persone che soffrono di disturbi del comportamento alimentare (DCA) mostrano difficoltà nell'aver un rapporto sereno con il cibo e con il proprio corpo, e hanno spesso difficoltà ad accedere al proprio mondo interno (alesitimia) e a comunicare in maniera adeguata i propri bisogni e i propri stati d'animo. Tale difficoltà può essere amplificata dal vivere all'interno di un contesto familiare nel quale esistono molteplici informazioni contraddittorie e confusive riguardo l'alimentazione, la percezione corporea e lo stile di vita. La caratteristica centrale di questi disturbi è un'eccessiva importanza nei riguardi del peso, delle forme corporee e dell'alimentazione tali da compromettere in modo significativo la qualità della vita (www.terzocentro.it).

A livello diagnostico vengono distinte tre categorie principali di disturbi dell'alimentazione: l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa ed il disturbo da alimentazione incontrollata o binge eating disorder (BED) (www.terzocentro.it).

Chi soffre di questo disturbo può passare, nel corso della vita, da un disturbo dell'alimentazione (es. anoressia nervosa) a un altro (es. bulimia nervosa).

Chi soffre di disturbi alimentari mette in atto comportamenti compensativi disfunzionali volti a controllare corpo e peso: vomito auto-indotto, uso improprio di lassativi o di diuretici, controllo continuo del corpo e del cibo ingerito (check) e arriva a sviluppare un'estrema sensibilità a qualsiasi piccola modificazioni della forma corporea.

I DCA colpiscono prevalentemente gli adolescenti o giovani adulti tra i 15 e i 25 anni, anche se sono in aumento i casi con esordio intorno agli 11-12 anni; nel caso specifico del disturbo di alimentazione incontrollata l'insorgenza è più frequente nella prima età adulta. Inoltre, i DCA sono più fre-

quenti nel sesso femminile anche se ad essere in aumento è anche la risposta maschile della vigoressia, ovvero l'ossessione di un fisico prestante.

Eziopatogenesi dei disturbi alimentari

Concorrono diversi fattori (sia fisici, che ambientali e di personalità) nell'insorgenza dei disturbi alimentari. Tra i fattori di rischio abbiamo:

- un *ambiente familiare critico*, soprattutto su temi di peso, alimentazione e forme corporee;
- presenza di un membro della famiglia quasi sempre a dieta, che dà molta importanza agli aspetti legati all'immagine corporea o che presenta un disturbo alimentare;
- *prese in giro* sul peso o le forme corporee;
- *obesità* dei genitori o nella prima infanzia; frequentare ambienti che enfatizzano la magrezza come valore (danza, moda, sport agonistico).

A questi fattori possono aggiungersi anche aspetti della personalità che favoriscono lo sviluppo dei disturbi alimentari. Tra le caratteristiche più comuni troviamo: una bassa autostima e una sfiducia nelle proprie capacità, perfezionismo, alessitimia, impulsività o ossessività.

Anoressia nervosa

L'anoressia nervosa è caratterizzata da una ricerca di magrezza e di perdita di peso eccessive, vissute come un successo anche quando il sottopeso raggiunge livelli pericolosi per lo stato di salute. La persona che soffre di anoressia nervosa è ossessionata dal pensiero del cibo, ha un'intensa paura di ingrassare anche quando è in modo evidente sottopeso, tanto da sviluppare una vera e propria alterazione e distorsione nella percezione e nella valutazione del proprio peso e delle forme corporee. L'esordio avviene quasi sempre in adolescenza, dopo una dieta intrapresa con lo scopo di perdere qualche chilo di troppo. Nelle fasi iniziali, la persona prova una sensazione di euforia per il raggiungimento dell'obiettivo ma, via via che perde peso, si innesca un circolo vizioso che difficilmente la persona che soffre di anoressia riesce ad arrestare volontariamente.

Nonostante sia in evidente sottopeso, la persona continua a percepirsi come "troppo grassa" e inizia a mettere in atto una serie di comportamenti disfunzionali finalizzati alla riduzione del peso. Tra questi comportamenti

troviamo i digiuni prolungati, il vomito auto-indotto, l'uso improprio di lassativi o enteroclistmi o diuretici, la riduzione del numero dei pasti e attività fisica intensa ed eccessiva. Il cibo diventa una vera ossessione, l'unico pensiero ricorrente della giornata. Capita non di rado, infatti, che la persona che soffre di anoressia nervosa ami cucinare per gli altri, parli continuamente di cibo, si informi sulle componenti del cibo, conti le calorie ad ogni pasto, ecc.

Si possono distinguere due forme di anoressia nervosa: l'anoressia restrittiva, in cui sono presenti digiuno e una intensa attività fisica, e l'anoressia con bulimia, in cui sono presenti delle abbuffate (episodi in cui si mangia con la sensazione di avere perso il controllo sul cibo); le crisi bulimiche generalmente si presentano dopo un primo periodo di forte restrizione alimentare. Per una persona con anoressia nervosa, tuttavia, l'abbuffata può essere soggettiva, cioè non è necessaria una assunzione di grandi quantità di cibo, ciò che conta è la sensazione di perdita di controllo, che può avvenire anche mangiando ad esempio un solo biscotto (www.terzocentro.it).

Dopo le abbuffate la persona prova sentimenti di colpa, vergogna e disgusto di sé tanto da mettere in atto meccanismi di compenso che le permettano di arginare gli effetti sul peso come l'utilizzo di lassativi e diuretici, vomito auto-indotto, attività fisica intensa. In alcuni casi, il disturbo può manifestarsi per un breve periodo di tempo (es. qualche mese), in altri può diventare stabile e durare qualche anno; nel 10-20% dei casi tende a cronicizzarsi (www.terzocentro.it).

Le conseguenze dell'anoressia nervosa possono portare a una grave compromissione della qualità della vita in ambito psicologico, sociale e di salute fisica.

Tra gli *effetti psicologici* troviamo:

- modificazione del modo di pensare;
- preoccupazioni nei confronti del cibo, delle forme corporee e dell'alimentazione;
- difficoltà nella concentrazione;
- pensiero rigido e inflessibile;
- difficoltà nel prendere decisioni e procrastinazione;
- sbalzi del tono dell'umore, depressione, senso di colpa, irritabilità;
- aumento dell'ossessività (necessità di prevedibilità, di seguire una routine, di controllare tutto, di tenere le cose in ordine e di accumulare le cose);
- rituali alimentari (tagliare il cibo in piccoli pezzi o in forme geometriche, mangiare lentamente, contare le calorie ad ogni pasto);
- alessitimia;
- somatizzazioni;
- autostima fortemente influenzata dalla forma fisica e dal peso corporeo:

la perdita di peso viene considerata un segno del proprio valore personale e della propria forza, mentre l'aumento di peso viene percepito come un'inaccettabile perdita delle capacità di controllo e la dimostrazione tangibile della propria inadeguatezza.

Alle conseguenze psicologiche si aggiungono anche gli *aspetti sociali* rilevanti tra cui:

- perdita di interessi sociali (evitamento delle situazioni pubbliche in cui bisogna mangiare davanti ad altre persone come cene con amici, feste);
- perdita del desiderio sessuale e conseguente evitamento nel coltivare relazioni affettive;
- isolamento sociale;
- interesse ristretto allo studio, al lavoro, alla produttività e, naturalmente, a praticare un'intensa attività fisica quasi quotidiana fino a diventare anch'essa un'ossessione;
- difficoltà nello studio o nel lavoro a causa della perdita di concentrazione;
- a volte conflittualità in famiglia.

Tra gli effetti della *salute fisica* troviamo complicazioni endocrine, cardiovascolari, gastrointestinali ed ematologiche, nello specifico:

- modificazioni nella struttura e nella funzione del cervello;
- perdita di massa ossea;
- sensazione di freddo;
- disturbi del sonno;
- nausea, vomito, stitichezza;
- debolezza muscolare;
- sensazione di pienezza;
- danneggiamento della fertilità;
- diminuzione del metabolismo basale;
- letargia o eccesso di energia;
- amenorrea.

Bulimia nervosa

La bulimia nervosa è un disturbo alimentare caratterizzato da:

- abbuffate ricorrenti ovvero assunzione di grandi quantità di cibo con sensazione soggettiva di perdita di controllo;

- utilizzo di comportamenti di compenso che seguono le abbuffate finalizzati a prevenire l'aumento di peso (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi e diuretici, eccessivo esercizio fisico, uso di farmaci anoressizzanti, restrizioni alimentari come saltare i pasti);
- persistenti preoccupazioni riguardo l'alimentazione: chi soffre di bulimia pensa insistentemente al cibo ed ha un forte desiderio o compulsione a mangiare;
- persistenti preoccupazioni per il peso e le forme corporee che rappresentano i fattori principali su cui viene basata la propria autostima. Il peso della persona che soffre di bulimia nervosa, a differenza dell'anoressia nervosa che è sempre sottopeso, può essere normale, sottopeso o sovrappeso, e il peso può variare enormemente e oscillare nel tempo.

Per “abbuffata” si intende l'assunzione di una grande quantità di cibo accompagnata dalla sensazione di perdita di controllo. Per “grande quantità di cibo” si intende una dose più abbondante rispetto a quella che verrebbe consumata normalmente da una persona media nella stessa situazione.

Chi si abbuffa, generalmente, non ha un buon rapporto con il cibo e non mangia con tranquillità, ma in modo vorace, ingoiando grandi quantità di cibo di ogni tipo e molto in fretta, senza avere il tempo di percepirne il gusto. Le abbuffate sono vissute in genere con estrema vergogna e disagio; spesso sono associate a momenti di solitudine, di stress, di sensazione psicologica di vuoto o di noia, ed il cibo viene rapidamente ingerito in maniera scomposta, incoerente ed eccessiva. Infatti, chi soffre di questo disturbo si vergogna della propria condotta alimentare e tenta di nascondersela alle altre persone, e l'abbuffata avviene in solitudine (www.terzocentro.it).

È possibile distinguere due forme di bulimia nervosa: bulimia con condotte di eliminazione (dopo l'abbuffata si ricorre all'uso di vomito autoindotto, lassativi o diuretici), e bulimia senza condotte di eliminazione.

Le conseguenze della bulimia nervosa possono avere delle ripercussioni nella qualità della vita in ambito psicologico, sociale e di salute fisica.

Possono presentarsi serie complicazioni mediche poiché l'uso improprio di lassativi o diuretici possono causare gravi alterazioni elettrolitiche, complicanze renali e aritmie. Da un punto di vista psicologico la presenza di un disturbo alimentare ha spesso effetti negativi sull'umore (tristezza, depressione e sensi di colpa) e sulla propria autostima (www.cufrad.it).

Come nell'anoressia, infine, chi soffre di questo disturbo evita le situazioni sociali, soprattutto quando comportano lo stare a tavola con altre persone; inoltre, possono presentarsi difficoltà di concentrazione sul lavoro, frequenti discussioni in famiglia e problemi di coppia, con pesanti conseguenze sull'immagine di sé e sulla autostima (www.terzocentro.it).

Disturbo da alimentazione incontrollata

Il disturbo da alimentazione incontrollata, generalmente noto come *binge eating disorder* (BED), è un disturbo dell'alimentazione la cui caratteristica principale sono i ricorrenti episodi di abbuffate, almeno una volta a settimana per tre mesi. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono delle abbuffate che presentano tre o più di queste caratteristiche:

- mangiare più velocemente del normale;
- mangiare fino a quando ci si sente spiacevolmente sazi;
- mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati;
- mangiare da soli a causa dell'imbarazzo o vergogna per quanto si sta mangiando;
- sentirsi disgustato verso se stesso, depresso o molto in colpa dopo le abbuffate.

Le persone che soffrono di questo disturbo si abbuffano [oppure fanno frequenti pasti o spuntini più o meno consistenti durante tutto il giorno], ma non usano in modo regolare comportamenti di compenso come nella bulimia nervosa. Inoltre, non seguono una dieta e tendono a mangiare in eccesso anche al di fuori delle abbuffate, ciò spiega perché nella maggior parte dei casi sia presente una condizione di sovrappeso o di obesità.

Inoltre, non seguono una dieta e tendono a mangiare in eccesso anche al di fuori delle abbuffate, ciò spiega perché nella maggior parte dei casi sia presente una condizione di sovrappeso o di obesità.

Nella maggior parte dei casi è presente, come negli altri disturbi dell'alimentazione, un'eccessiva importanza attribuita al peso e alle forme corporee, sebbene in un sottogruppo di persone sia presente solo la ricerca del controllo alimentare e l'insoddisfazione corporea sia minore di quella osservata nella bulimia nervosa.

Il disturbo da alimentazione incontrollata influenza la vita della persona che ne soffre sia da un punto di vista fisico che da un punto di vista psicologico e sociale.

Possono esserci delle complicazioni mediche, solitamente secondarie allo stato di obesità (es. ridotta aspettativa di vita, diabete, malattie cardiovascolari, apnee notturne, certi tipi di cancro, dislipidemia, colelitiasi e ipertensione arteriosa). Dal punto di vista psicologico le persone sono spesso depresse o stressate a causa del problema alimentare, e possono presentare isolamento sociale, poiché si vergognano del proprio stile alimentare o per il fatto di essere in condizione di sovrappeso o di obesità (www.terzocentro.it).

Trattamento dei disturbi alimentari

Decidere di curarsi è già un importante traguardo; [infatti], per la maggior parte delle persone con disturbo dell'alimentazione, la consapevolezza di avere un problema è scarsa e la paura di affrontare un cambiamento fortissima. La ricerca continua della magrezza, il mangiare senza controllo, le diete estreme, l'uso del vomito o

dei lassativi, possono essere visti dalla persona che soffre di disturbi dell'alimentazione non tanto come un disturbo, ma piuttosto come una soluzione ai propri problemi.

[...]

Questo è il motivo per cui molte persone affette da disturbi dell'alimentazione (soprattutto nelle fasi iniziali della malattia) non chiedono aiuto o rifiutano addirittura un approccio terapeutico. Molti studi epidemiologici hanno riscontrato che solo una minoranza di soggetti affetti da questi disturbi presenti nella popolazione generale chiede un aiuto terapeutico.

L'approccio più efficace per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è quello multidisciplinare e integrato [che prevede la presenza di diverse figure professionali tra cui lo psichiatra, lo psicologo, lo psicoterapeuta e il nutrizionista] (disturbialimentariveneto.it).

È fondamentale effettuare una precisa valutazione diagnostica al fine di attivare il percorso terapeutico più adatto per il tipo di disturbo presentato che può prevedere diversi trattamenti: sedute di psicoterapia individuale o di gruppo, farmacoterapia, rieducazione alimentare, terapia familiare e nei casi più gravi anche il ricovero. Sono, infatti, disturbi psichiatrici che si trovano spesso in comorbidità con altre manifestazioni psicopatologiche e un'elevata frequenza di complicanze mediche.

Le tappe fondamentali del trattamento nei disturbi dell'alimentazione sono ben riassunte dalle linee guida dell'American Psychiatric Association (2012):

- diagnosticare e trattare le complicanze mediche;
- aumentare la motivazione e la collaborazione al trattamento;
- aumentare il peso corporeo (nell'anoressia);
- ristabilire un'alimentazione adeguata;
- affrontare gli aspetti sintomatologici (dieta, digiuno, vomito, abuso di lassativi, diuretici, iperattività);
- correggere i pensieri e gli atteggiamenti patologici riguardo al cibo e al peso;
- curare i disturbi psichiatrici associati al disturbo dell'alimentazione (depressione, ansia, disturbi di personalità);
- cercare la collaborazione e fornire sostegno ed informazioni ai familiari
- aumentare il livello di autostima;
- prevenire le ricadute (www.disturbialimentariveneto.it).

Il trattamento dei disturbi dell'alimentazione può essere svolto, a seconda delle necessità, in modo più o meno intensivo. È sempre una buona regola iniziare, salvo specifiche controindicazioni, dal trattamento meno intensivo (ossia il trattamento ambulatoriale) perché è il trattamento più efficace e quello che interferisce meno con

la vita sociale della persona. Il trattamento ambulatoriale si può quindi considerare il trattamento di prima scelta: solo nei casi molto acuti o in quelli in cui il trattamento ambulatoriale non ha funzionato dovrà essere preso in considerazione un trattamento più intensivo, come il trattamento semi-residenziale in day-hospital o il trattamento residenziale (www.disturbialimentariveneto.it).

Struttura del modulo

Il modulo “I disturbi alimentari” è articolato in due incontri strutturati, come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 1. Struttura e obiettivi del modulo “I disturbi alimentari”

Incontri	Argomento
I incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Revisione compiti - Brainstorming e psicoeducazione sui disturbi alimentari - Anoressia - Bulimia - Binge eating - Homework: Scheda 5 “ABC sulla percezione corporea” - Consegna dei test finali
II incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Revisione compiti - Mangiare con consapevolezza - Esercitazione “mindfulness eating” - Esercitazione ACT di defusione - Ritiro test finali e consegna/ritiro del questionario di gradimento - Saluti di fine gruppo
Obiettivi generali del IV modulo	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendere i disturbi alimentari - Prendere distanza critica dai propri pensieri e dalle emozioni negative nella percezione del proprio corpo - Sviluppare un atteggiamento amorevole e non giudicante verso se stessi ed il proprio corpo
Allegato online. Schede operative per gli adolescenti modulo IV	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda 1 “I disturbi alimentari” - Scheda 2 “L’anoressia nervosa” - Scheda 3 “La bulimia nervosa” - Scheda 4 “Disturbo da alimentazione incontrollata” - Scheda 5 “ABC sulla percezione corporea” - Scheda 6 “Mangiare con consapevolezza” - Scheda 7 “Defondersi dai pensieri negativi”

I incontro

Revisione dei compiti

Scheda 10 “Lista di attività che promuovono il benessere”.

Scheda 11 “Cosa faccio per perseguire il benessere”.

Psicoeducazione sui disturbi alimentari

Dopo un breve brainstorming sulla definizione di disturbi alimentari, il terapeuta invita i partecipanti a consultare la Scheda 1 “I disturbi alimentari” e ad avviare una discussione.

- i diversi disturbi alimentari: lettura delle Schede 2 “L’anoressia nervosa”, Scheda 3 “La bulimia nervosa” e Scheda 4 “Disturbo da alimentazione incontrollata”;
- conseguenze dei disturbi alimentari sulla salute fisica, psicologica e sociale;
- trattamento dei disturbi alimentari;
- stimolare in aula la riflessione sulla percezione dell’immagine corporea attraverso ABC personali. Chiedere a qualche volontario di riferire situazioni in cui hanno percepito il loro corpo: come lo vedono, cosa provano e cosa pensano in riferimento alla propria immagine corporea.

Esercitazione sull’immagine corporea

Situazione	Pensiero	Emozione	Sensazioni fisiche	Comportamento
Mi sono guardato allo specchio e ho pensato...				

Immaginavo il mio corpo e pensavo...				

Homework

Scheda 5 “ABC sulla percezione corporea”.

Scheda 6 “ABC con pensiero funzionale”.

Consegna dei test di fine gruppo (Retest).

Il incontro

Scheda 5 “ABC sulla percezione corporea”.

Scheda 6 “ABC con pensiero funzionale”.

Ritiro dei testi finali.

Mangiare con consapevolezza

Leggere insieme la Scheda 6 “Mangiare con consapevolezza”.

Mangiare con consapevolezza significa assumere un atteggiamento mindful, ovvero un atteggiamento di apertura e genuina accettazione del momento presente e di tutto quello che viene percepito attraverso sensi, senza dare giudizi o critiche a quello che accade.

Esercitazione in aula della pratica di mindfulness eating

(Portare in seduta dell’uva passa o mirtilli rossi disidratati)

Prima di iniziare la pratica, consegnare a ogni partecipante un mirtillo rosso o un acino di uva passa e proseguire con le seguenti istruzioni:

- chiudete gli occhi per qualche istante, portate le natiche sul bordo della sedia, schiena e testa dritte come se ci fosse un filo che tira verso il soffitto, mani sulle ginocchia e focalizzate l’attenzione sul vostro respiro, così come lo percepite senza forzarlo in alcun modo, connettetevi con il vostro centro (1 minuto);
- aprite gli occhi e ascoltate la mia voce seguendo semplicemente le mie istruzioni durante tutta la pratica; concedetevi tutto il tempo di cui avete bisogno per divenire consapevoli delle vostre percezioni;
- se durante la pratica vi accorgete che la mente comincia a vagare, accogliete il pensiero e poi riportatelo delicatamente al momento presente.

Tabella 2. *Mindfulness eating*

Pratica di mindfulness eating

1. Tenere in mano

Tieni il mirtillo essiccato sul palmo della mano o tra il pollice e l’indice e osservalo attentamente.

Concentrati su di esso come se fossi un marziano e lo vedessi per la prima volta nella tua vita.

2. Vedere

Guardalo attentamente, lasciate che i tuoi occhi ne esplorino ogni parte, esaminando i punti in cui risplende la luce, gli incavi più scuri, le pieghe e le grinze, il colore la forma e qualsiasi asimmetria o caratteristica percepisci.

3. Toccare

Gira il mirtillo tra le dita, chiudi gli occhi e percepisci attraverso il tatto la sua consistenza, senti che rumore produce.

4. Annusare

Porta il mirtillo sotto il naso vicino alle narici e annusalo, percepisci l'odore, l'aroma o la fragranza e nel frattempo osserva se avviene qualcosa di interessante nella tua bocca e nello stomaco.

5. Mettere in bocca

Porta il mirtillo lentamente sulle labbra, poi posalo in bocca sopra la lingua senza masticare ed esplorate per qualche momento osservando tutte le sensazioni che ti suscita: sii consapevole dei pensieri, emozioni e sapori buoni o cattivi che siano, accetta tutto quello che senti senza volerlo modificare.

6. Assaporare

Comincia a masticare lentamente, percepisci ogni sensazione, nota come e dove deve collocarsi per la masticazione. Poi, molto consapevolmente, dal un morso o due e nota che cosa succede subito dopo, facendo esperienza delle eventuali ondate di gusto che emana mentre continui a masticarlo. Senza ancora ingoiarlo, nota le semplici sensazioni generate nella tua bocca, dal gusto alla consistenza del mirtillo come può cambiare nel tempo, momento per momento.

7. Ingoiare

Quando ti senti pronto ingoia il mirtillo e percepiscine il sapore nel passaggio dalla bocca, alla gola allo stomaco osservando pensieri e sensazioni. Chiediti: com'è stato questo assaggio di consapevolezza?

Condivisione dell'esperienza in gruppo.

✍ Esercitazione di defusione

Spiegare il concetto di “defusione” attraverso le parole di Russ Harris:

Rimanere intrappolati nei nostri pensieri e permettere ad essi di dominare il nostro comportamento. Defusione significa separarsi e prendere distanza dai nostri pensieri, lasciarli andare e venire senza rimanere intrappolati in essi (2010).

Defendersi dai propri pensieri significa, quindi, prendere le distanze da essi e non permettere loro di bloccarci o spaventarci.

La nostra mente è costantemente attraversata da numerosi pensieri, in ogni istante. La qualità di questi pensieri tuttavia non è sempre piacevole o

positiva; a volte è neutra mentre molte volte è negativa o spiacevole: possono sopraggiungere pensieri legati a preoccupazioni e previsioni catastrofiche, pensieri di incapacità e senso di inadeguatezza.

Bisogna ricordarsi che è normale essere attraversati da pensieri simili, la mente funziona in questo modo e ciò non costituisce una disfunzione. Tuttavia a volte questi pensieri spiacevoli prendono il sopravvento della nostra mente e influenzano il nostro stato d'animo e il modo in cui agiamo, allontanandoci dai nostri desideri e obiettivi e ingabbiandoci in paure e blocchi psicologici che impediscono di agire in modo costruttivo. I pensieri negativi diventano un problema quando influiscono sulla qualità della vita della persona allontanandola dai propri valori e scopi personali.

La ACT (Acceptance and Commitment Therapy), terapia dell'accettazione e dell'impegno, afferma che occorre imparare a difendersi dai propri pensieri, ricordandosi che i pensieri non sono fatti concreti ma solo modi di interpretare la realtà che possono essere modificati, allontanati, reinterpretati e destituiti di potere, soprattutto quando diventano paralizzanti, bloccando la persona in circoli viziosi che impediscono di vivere una vita degna di essere vissuta.

Imparare a difendersi dai propri pensieri significa imparare a prendere la giusta distanza critica da essi e non dare loro potere di bloccare la mente.

Esistono diverse tecniche di defusione che hanno in comune tre aspetti:

- guardare i pensieri dal di fuori come fa un osservatore esterno anziché vedere la realtà dal punto di vista dei nostri pensieri fondendosi con essi;
- notare che i pensieri sono transitori, vanno e vengono come nuvole nel cielo anziché rimanerci intrappolati dentro;
- lasciare scorrere i pensieri, nel loro fluire di andare e venire senza aggrapparsi ad essi.

Lo scopo di queste tecniche è quello di permettere di vedere la reale natura dei pensieri, ovvero considerarli né più né meno che delle parole o delle immagini e non come dati di realtà, imparando a chiedersi: *a cosa mi serve questo pensiero? Quanto è reale? È utile?*

Lo scopo delle tecniche di defusione non è quello di liberarsi dai pensieri ma di osservarli e lasciarli scorrere via, senza dar loro peso, imparare a scherzarci sopra, ridicolizzarli, nominarli con la voce in falsetto, ecc. soprattutto quando sono pensieri inutili e distruttivi.

Il terapeuta invita i partecipanti a mettersi in posizione e a chiudere gli occhi: *“chiudete gli occhi, portate le natiche sul bordo della sedia, schiena e testa dritte come se ci fosse un filo che tira verso il soffitto, mani sulle ginocchia e seguite la mia voce e le istruzioni che vi darò. Rimanete con gli occhi chiusi durante tutta la pratica”*.

Tabella 3. Defusione

Pratica di defusione

Nota i pensieri che ti passano per la mente in questo istante.

Scegli il pensiero più disturbante e osservalo come fosse una frase scritta su una foglia.

Ora immagina di stare seduto sulla sponda di un ruscello in una giornata di sole primaverile.

Osserva il fiume e l'acqua che scorre.

Sul fiume ci sono molte foglie che la corrente porta via.

Ora posa la foglia con su scritto il pensiero negativo sopra il fiume.

Osserva che scorre via così come scrono i pensieri, vanno e vengono.

Prendi distanza da quel pensiero e ripetiti che è solo un pensiero, una scritta e non ha alcun potere.

Prova a giocare con quel pensiero, ripetilo in falsetto, ironizzaci sopra.

Piano piano apri gli occhi.

Il terapeuta avvia una condivisione sull'esperienza vissuta.

I partecipanti possono visualizzare diverse tecniche di defusione a loro piacimento e immaginare il pensiero come fosse una frase scritta:

- sullo schermo di un computer (frase che cambia carattere, forma, colore, scorrimento);
- su una nuvola nel cielo (la nuvola che scorre e che si fa trasportare da un leggero venticello in una giornata di sole);
- su una foglia che scorre sopra un ruscello;
- su una valigia che si muove lentamente sul nastro trasportatore.

Homework

Scheda 6 “Mangiare con consapevolezza”. Scegliere un pasto durante la giornata ed esercitarsi a casa con una pratica di mindfulness eating ogni giorno

Scheda 7 “Defondersi dai pensieri negativi”. Allenarsi con la pratica di defusione su un pensiero negativo della settimana.

Consegna e ritiro del Questionario di gradimento e ritiro test finali.

Saluti di rito: consegna attestato di partecipazione e pergamena.

Bibliografia

Harris R. (2010), *La trappola della felicità. Come smettere di tormentarsi e iniziare a vivere*, Trento: Erikson.

Protocollo di trattamento per genitori

*I genitori devono essere affidabili, non perfetti
e i figli devono essere felici, non renderci felici.*

Madre Teresa di Calcutta.

11. Modulo I.

Educare alla sicurezza e legame di attaccamento

Quando Emma si arrampicava sui giochi del parco la mamma glielo permetteva quanto voleva, con un sorriso sicuro sul viso, fidandosi del buon senso di Emma. Aveva ragione. Anche se si fosse rotta qualcosa, le ossa guariscono più in fretta della timidezza e della paura.

Lawrence J. Cohen

Teoria dell'attaccamento

L'idea di inserire il modulo sulla teoria dell'attaccamento riflette l'importanza che essa riveste nell'intero arco di vita, considerata come fattore protettivo o, viceversa, di rischio, nel determinare aspetti psicopatologici nella vita di un individuo. Infatti, è dalle prime relazioni con i genitori (o da chi rappresenta per lui un riferimento) che il bambino impara a regolare le emozioni, a costruirsi una teoria della mente, un'idea di come percepisce se stesso e gli altri e a regolare le relazioni interpersonali.

Il primo modulo ha, dunque, l'obiettivo di informare i genitori sulla teoria dell'attaccamento al fine di sviluppare consapevolezza rispetto la propria storia e il proprio modo di funzionare all'interno delle relazioni. Sappiamo, infatti, che alla base della teoria dell'attaccamento vi è il presupposto che i modelli operativi interni infantili influenzano la qualità dei legami futuri.

John Bowlby ha dedicato molti anni alla stesura della trilogia sulla teoria dell'attaccamento (1982, 1983, 1989), diventata una dei capisaldi della psicologia e della psicopatologia. Tale teoria prende spunto dagli studi etologici sull'imprinting e dagli esperimenti di Harlow con i macachi Rhesus.

Secondo la teoria di Lorenz i piccoli di anatrocchio, privati della figura materna naturale, seguivano un essere umano o qualsiasi altro oggetto, nei confronti del quale sviluppavano un forte legame che andava oltre la semplice richiesta di nutrizione, dato che questo tipo di animale si nutre autonomamente di insetti. Harlow, a sua volta, aveva dimostrato come, in una serie di esperimenti, i piccoli di scimmia venivano messi a confronto con una madre fantoccio, fatta di freddo metallo, alla quale era attaccato un biberon e con un'altra madre fantoccio senza biberon, ma coperta di una stoffa morbida, spugnosa e pelosa. Le piccole scimmie mostrarono una chiara preferenza per la madre di stoffa passando fino a diciotto ore al giorno attaccate ad essa, come avrebbero fatto con le loro madri reali (Fiore, 2017).

Queste considerazioni diedero il via allo studio del legame precoce tra madre e bambino e di quanto fosse importante per il piccolo ricevere cure, protezione e amore, ancor più che cibo e nutrizione; Bowlby, infatti, riconobbe che il legame madre-bambino non si basa solo sulla necessità di nutrimento del piccolo, ma soprattutto sul riconoscimento delle emozioni (Fiore, 2017).

Bowlby intuì che l'attaccamento riveste un ruolo centrale nelle relazioni tra gli esseri umani, sostenendo che "è parte integrante del comportamento umano dalla culla alla tomba" (1982). Egli dimostrò come lo sviluppo armonioso della personalità di un individuo dipenda principalmente da un adeguato attaccamento alla figura materna o un suo sostituto.

Bowlby osservò che il bambino mette in atto degli schemi di comportamento identici con la madre e che questa rappresenta una *base sicura* dalla quale può allontanarsi per esplorare il mondo e farvi ritorno per cercare protezione e rassicurazione al momento del bisogno. Quando il bambino percepisce una minaccia dal mondo esterno, cessa l'esplorazione dell'ambiente per raggiungere protezione e sicurezza tra le braccia della madre. Se questa aspettativa viene confermata la maggior parte delle volte, il bambino sperimenterà la sensazione di trovarsi in una relazione sicura e si costruirà delle rappresentazioni mentali positive legate alla relazione. Bowlby chiama queste rappresentazioni "modelli operativi interni", ovvero rappresentazioni di sé e dell'altro che gli permettono di prevedere il comportamento altrui e costruirsi un'idea di se stesso. Il bambino si costruirà un'idea di sé come sicuro e dell'altro come disponibile e affettuoso se le sue richieste verranno soddisfatte; viceversa, svilupperà un senso di insicurezza sia verso se stesso che verso l'altro se questo si mostrerà poco disponibile, inaffidabile o discontinuo nelle cure. Dunque, se un bambino ha avuto delle esperienze precoci con una figura materna responsiva e sensibile si costruisce un modello mentale di sé come di persona degna di essere confortata e avrà una rappresentazione interna degli altri come di persone pronte ad aiutarlo e confortarlo e, una volta diventato adulto, sarà in grado di stabilire buone relazioni basate sulla reciprocità. Viceversa, se il bambino ha fatto esperienze di risposte imprevedibili alle sue richieste di affetto, svilupperà un modello mentale del sé come di persona vulnerabile che non può contare sull'aiuto dell'altro e, da adulto, cercherà di controllare gli altri con espressione esagerata delle proprie emozioni, adottando strategie ambivalenti. Infine, se un bambino ha fatto esperienze di rifiuto dei propri bisogni affettivi, si formerà una rappresentazione mentale del sé come di persona non degna d'essere amata e considererà gli altri come ostili, persone da cui non è possibile aspettarsi nulla e, da adulto, svilupperà un forte controllo sulle emozioni, si fiderà solo di se stesso e non chiederà mai aiuto.

Stili di attaccamento

Se a Bowlby è da attribuire il merito di aver delineato le fondamenta della teoria dell'attaccamento, alla Ainsworth e ai suoi collaboratori va riconosciuto quello di aver reso misurabile questo costrutto attraverso la Strange Situation Procedure (Muzi, 2018).

La SSP è una procedura osservativa standardizzata di laboratorio costruita per esaminare l'equilibrio tra comportamenti di attaccamento e di esplorazione, in condizioni di bassa e alta tensione emotiva, nei bambini da 1 a 3 anni. La procedura, della durata di 20 minuti, è costituita da 8 episodi ognuno della durata di 3 minuti e consiste nell'osservare le reazioni del bambino di fronte a un estraneo, dapprima in presenza della madre, poi lasciato solo con l'estraneo, infine durante il ricongiungimento con la madre (Ainsworth, Witting, 1969; Ainsworth *et al.*, 1978).

Secondo Ainsworth e colleghi, l'assenza del genitore e la presenza di una persona estranea hanno l'effetto di generare nel bambino sentimenti di ansia che, a loro volta, inibiscono i comportamenti di tipo esplorativo, attivando invece il sistema comportamentale di attaccamento (Muzi, 2018).

Attraverso questa procedura sono stati individuati tre stili principali di comportamenti di attaccamento: *sicuro*, *insicuro/ambivalente*, *insicuro/evitante* a cui, successivamente, è stato aggiunto un quarto definito *insicuro/disorganizzato* che verranno analizzati nel dettaglio nella struttura del modulo, (II incontro).

Un bambino riceve un attaccamento sicuro quando sente la figura di riferimento come fonte di protezione, sicurezza, conforto, affetto e amore; sviluppa, invece, un attaccamento insicuro quando nel rapporto con la figura di attaccamento prevalgono instabilità, eccessiva prudenza, eccessiva dipendenza, paura dell'abbandono.

La teoria dell'attaccamento, inserita nell'ottica sistemica, etologica ed evoluzionista, propone un nuovo modello psicopatologico in grado di dare indicazioni generali su come la personalità di un individuo cominci ad organizzarsi fin dai primi anni di vita. fornisce un valido supporto per lo studio di fenomeni legati a storie infantili di gravi abusi e trascuratezza, correlate con lo sviluppo di un ampio spettro di disturbi di personalità, sintomi dissociativi, disturbi d'ansia, depressione e abuso di sostanze alcoliche e stupefacenti (Bowlby, 1988; Fiore, 2017).

Concetto di svincolo dalla famiglia

Che cosa si intende per “svincolo dalla famiglia di origine”?

Svincolarsi dalla famiglia di origine per una vita propria comporta il completamento del processo di individuazione, che [inizia sin dalla nascita e] vede il suo culmine durante la fase adolescenziale, con il progressivo spostamento degli investimenti affettivi dalla famiglia verso l'esterno e la crescente differenziazione del ragazzo da questa con la costruzione di un proprio progetto di vita (www.psicologia-benessere.it).

[È il] passaggio fisiologico dalla famiglia al mondo esterno, l'apertura del soggetto a realtà ed investimenti affettivi nuovi che rendono possibile la differenziazione e la definizione di una propria identità. Solitamente si tratta di un processo che si attua nella adolescenza, durante la “fase del trampolino” [Walsh, 1993] quando il soggetto insieme alla famiglia riesce a negoziare bisogni di crescente autonomia con il mantenimento dei legami significativi (Chirivì *et al.*, 2022).

Quindi la separazione è una “impresa evolutiva congiunta” che vede coinvolti genitori e figli (Scabini, 1995). Senz'altro è un cambiamento che fa paura perché rompe un equilibrio preesistente che dava una sicurezza di stabilità; ma, come afferma L. Onnis (2004), il tempo sospeso, o comunque blocchi nella crescita ed evoluzione del sistema, rendono gli individui prigionieri di una “trama affettiva che invidia, trattiene. Lega e sospende, in un tempo che sembra fermo”.

Il compito dei genitori è da un lato favorire lo svincolo del figlio adolescente e dall'altro rassicurarlo che, qualora avesse bisogno loro ci saranno, fungendo così da base sicura. Infatti il ragazzo è combattuto tra il bisogno di dipendenza dai genitori e quello di autonomia, sperimentandosi in contesti e ruoli differenti (Perini, 2023).

Allo stesso tempo i genitori passano da una lunga fase di accudimento verso i figli a una fase dove li devono mollare e lasciare andare. In alcuni casi possono vivere la “sindrome del nido vuoto”,

un'espressione coniata da psicologi e sociologi americani negli anni '70 che indica quello stato di tristezza e abbandono che molti genitori, soprattutto la madre, soffrono nel momento in cui i figli vanno via di casa imponendo una decisiva modificazione del nucleo familiare e dell'assetto generazionale. La gioia dell'essere testimoni della realizzazione dell'indipendenza dei propri figli non esclude, infatti, vissuti di perdita e di abbandono venendo a modificarsi quell'assetto che fino ad allora consentiva quel ruolo di accudimento genitoriale su cui tanta parte dell'identità dei genitori si fonda (psycheatwork.com).

D'altra parte i genitori tornano a essere in due e a formare nuovamente una coppia in anni prossimi all'essere persone anziane, per cui necessitano di una nuova riorganizzazione di vita. Mentre il figlio è chiamato a realizzare un

progetto professionale ed affettivo autonomo e stabile, assumendosi nuove responsabilità; dal canto loro i genitori devono autorizzare e sostenere questa assunzione di piene responsabilità adulte. Scabini parla di “protezione flessibile” e “spinta emancipativa” dei genitori [come funzione genitoriale efficace nel facilitare questo percorso]. Più si protrae questa fase adolescenziale più sarà minata l’autostima del giovane che fatica nel trovare e definire una sua identità (Perini, 2023).

Se le dinamiche all’interno della famiglia e la sua riorganizzazione nel tempo si adattano in modo armonico alla progressiva crescita del figlio e ai suoi bisogni di autonomia, il processo di separazione-individuazione potrà completarsi con successo fino a culminare in un adeguato svincolo.

Se un bambino ha ricevuto un attaccamento sicuro, con molta probabilità i genitori saranno capaci anche di sostenerlo nel processo di separazione e individuazione che lo porterà a un sano svincolo dalla famiglia di origine.

Spesso accade che la famiglia blocchi o ostacoli questo processo e, anziché favorirlo, può ritardare o impedire la progressiva individuazione e autonomia del figlio mostrando difficoltà nella separazione. Quando questo avviene, non di rado il giovane può sviluppare una serie di sintomi psicologici e mostrare difficoltà nelle relazioni all’esterno della famiglia. E anche se il ragazzo riesce ad andare fisicamente via di casa, a livello emotivo resta effettivamente dipendente dai genitori.

Struttura del modulo

Il modulo “Educare alla sicurezza e legame di attaccamento” ha lo scopo di fornire informazioni sulla teoria dell’attaccamento al fine di aumentare la funzione riflessiva rispetto al proprio funzionamento in relazione alle esperienze passate e alla propria storia personale.

Il modulo è articolato in due incontri strutturati, come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 1. Struttura del modulo “Educare alla sicurezza e legame di attaccamento”

Incontri	Argomento
I incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Presentazione dei partecipanti - Programma, obiettivi e regole del gruppo - Come si forma la sicurezza nell’infanzia - Teoria dell’attaccamento - Stili di attaccamento - Attaccamento sicuro - Attaccamento ansioso/ambivalente

	<ul style="list-style-type: none"> - Attaccamento evitante - Attaccamento disorganizzato - Homework: scheda 7
Il incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Esercitazione: riflettere sulla propria storia di attaccamento - Autonomia e svincolo dalla famiglia di origine - Genitori come modello positivo
Obiettivi generali del I modulo	<ul style="list-style-type: none"> - Far riflettere i genitori sulla propria storia personale e in relazione al loro essere genitori - Comprendere le dinamiche relazionali vissute nell'infanzia con i propri genitori - Aumentare la funzione riflessiva rispetto al proprio funzionamento in relazione alle esperienze passate
Allegato online. Schede operative per genitori modulo I	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda 1 "Elementi chiave nel legame di attaccamento e base sicura" - Scheda 2 "Stili di attaccamento" - Scheda 3 "Attaccamento sicuro" - Scheda 4 "Attaccamento ansioso/ambivalente" - Scheda 5 "Attaccamento evitante" - Scheda 6 "Attaccamento disorganizzato" - Scheda 7 "Il mio stile di attaccamento" - Scheda 8 "Svincolo dalla famiglia" - Scheda 9 "Come è stato separarsi dalla famiglia di origine" - Scheda 10 "Genitore come modello positivo" - Scheda 11 "Punizioni fisiche e verbali: sono davvero educative?"

I incontro

Al primo incontro si presentano i partecipanti e vengono consegnate le seguenti schede presente nell'allegato online:

- programma del trattamento;
- obiettivi del trattamento e regole del gruppo;
- le schede operative che del primo modulo che si andrà ad affrontare.

Le schede operative per ciascun modulo vengono consegnate di volta in volta sempre all'inizio del nuovo modulo.

Il terapeuta inizia poi a presentarsi e sollecita ogni partecipante a una breve presentazione (nome, motivo per cui partecipa al gruppo e aspettative).

Alla fine del primo incontro vengono consegnati, come homework, i seguenti test:

- test di valutazione sintomatologica: ASI, BDI, SCL-90 R;
- scala sul benessere familiare.

Come si forma la sicurezza nell'infanzia: teoria dell'attaccamento

Partire dal brainstorming. Una volta raccolte le informazioni su quello che i partecipanti intendono per “sicurezza nell'infanzia”, il terapeuta inizia a spiegare, in termini molto semplici, la teoria dell'attaccamento.

La teoria dell'attaccamento risulta la principale cornice teorica di riferimento per comprendere in che modo le esperienze passate del bambino, così come quelle dei genitori, abbiano un peso fondamentale nello sviluppo della personalità di ognuno.

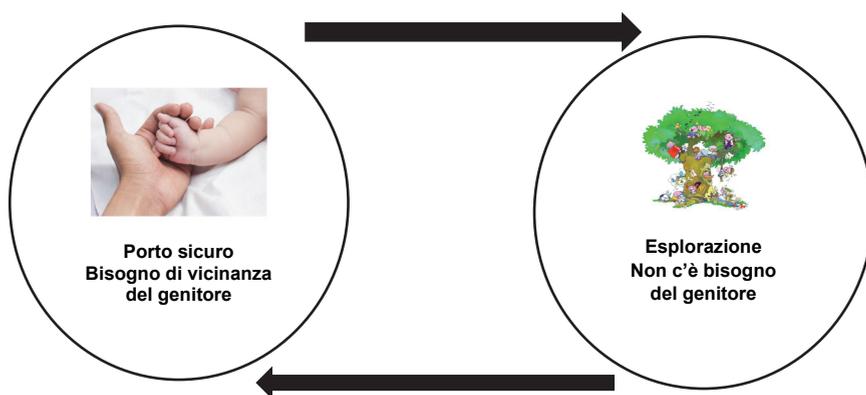
L'attaccamento è una predisposizione innata del piccolo a cercare la vicinanza protettiva della figura di riferimento percepita come “più forte e più saggia” (solitamente la madre) quando si trova in condizioni di pericolo, vulnerabilità, confusione, ansia e angosci. A riguardo il terapeuta può fare riferimento agli studi di etologia da cui nasce la teoria dell'attaccamento come descritti sopra nella parte teorica (esperimento di Harlow).

Si tratta del bisogno di essere amati, desiderati, voluti, nutriti d'amore, accettati per quello che si è; ed è questo che rende unico, specifico e fondamentale il legame tra genitori e figli.

Il sistema dell'attaccamento è un sistema omeostatico: la *vicinanza* alla madre (come porto sicuro) e l'*esplorazione* dell'ambiente sono i due poli complementari di questo processo (La Torre, 2009).

Il terapeuta può rappresentare alla lavagna questo schema:

Figura 1. Sistemi complementari: attaccamento ed esplorazione



Il bambino fa continuamente lo stesso giro più e più volte nella quotidianità: si allontana dal genitore, che è il porto sicuro, per andare ad esplorare l'ambiente. Non appena percepisce un pericolo torna indietro per trovare conforto e rassicurazione tra le braccia del genitore. Se in questo processo il genitore si mostra come porto sicuro, sia nel lasciarlo libero di esplorare, sia nel consolarlo sulle sue richieste di vicinanza quando ritorna, il bambino svilupperà un senso di sicurezza. Capita non di rado che i genitori blocchino questo processo: alcuni faticano a lasciare libero il bambino rispetto l'esplorazione, altri, invece, si sentono in difficoltà quando il bambino si mostra bisogno di conforto, e altri ancora mostrano difficoltà sia nel dare autonomia al figlio che nel dare conforto.

Il sistema di attaccamento e il sistema esplorativo sono due sistemi complementari, nel mezzo c'è il sistema di accudimento che dovrebbe rappresentare il porto sicuro da cui allontanarsi e ricongiungersi.

Il sistema di attaccamento si attiva nel bambino quando si sente vulnerabile, fragile, intimorito e richiede le cure nei confronti del genitore. A sua volta il genitore dovrebbe attivare il sistema di accudimento per fornire conforto e protezione (il porto sicuro). Una volta che ha rassicurato il bambino, lo sollecita nell'autonomia e il bambino disattiva il sistema dell'attaccamento per attivare il sistema esplorativo che gli consente di esplorare l'ambiente esterno in tranquillità fino a che non si sentirà nuovamente vulnerabile e ricercherà conforto.

Sistema di attaccamento

Il bambino si sente vulnerabile e richiede protezione



Sistema di accudimento

Il genitore fornisce cure e supporto

Quando è il genitore a sentirsi vulnerabile, o nel lasciare il bambino esplorare oppure nella sua richiesta di cure, difficilmente sarà pronto ad attivare il sistema di accudimento, piuttosto, sentendosi in difficoltà, attiverà il suo stesso sistema di attaccamento. A questo punto non sarà più un porto sicuro per il bambino perché è il genitore a sentirsi in pericolo, teso o a disagio. Questa modalità, se protratta in ogni situazione, produce l'accudimento invertito: il figlio si prende cura del genitore.

I due sistemi complementari (attaccamento e accudimento) interagiscono tra loro in modo continuo.

Il terapeuta può fare un esempio: immaginiamo il bambino al parco giochi che si allontana dal genitore per andare sullo scivolo. Un genitore che blocca l'esplorazione, non appena vede che tentenna a salire le scale, potrebbe intervenire dicendogli: "*scendi, è pericoloso*", quindi attiverà il suo sistema di attaccamento (è spaventato che il bambino possa farsi male) e non gli con-

sentirà l'autonomia di esplorare. Viceversa, un genitore che si sente maggiormente a disagio con le richieste di protezione e vicinanza del figlio, lascerà che il bambino vada sullo scivolo da solo, accettando anche il rischio che possa inciampare o farsi male e se dovesse accadere, nel momento in cui il bambino cercasse vicinanza e conforto andando da lui piangendo, potrebbe arrabbiarsi e dire *“te l'avevo detto, sei il solito”*, oppure minimizzare l'accaduto senza dare conforto. Un genitore sicuro che, invece attiva l'accudimento, lascia che il figlio esplori il parco giochi e vada sullo scivolo e al momento di richiesta di conforto da parte del bambino lo saprà accogliere con affetto, amore e prontezza.

Il terapeuta sollecita i partecipanti a consultare la Scheda 1 “Elementi chiave nel legame di attaccamento e base sicura” chiedendo a un volontario di leggere ad alta voce. Successivamente invita a una riflessione sul significato del termine “accudire” sollevando la domanda: *“Cosa significa per una madre o per un padre essere accudenti?”*. Sembra una domanda banale ma in realtà c'è molta confusione perché spesso si tende a confondere l'accudimento con il controllo, l'iperprotettività o il dispensare valori materiali ai figli. Raccolte tutte le idee, il terapeuta passa a spiegare i modelli operativi interni (MOI).

Rappresentazioni sé/altro

A partire dalle prime interazioni con i genitori e con l'ambiente, il bambino si costruisce, nel tempo, delle rappresentazioni di se stesso e delle figure di accudimento, chiamati da Bowlby modelli operativi interni (MOI), che si costruiscono attraverso le aspettative sulla regolarità degli eventi ricevute dalla figura di accudimento.

Tali modelli permettono la creazione di una mappa interna del suo mondo relazionale in grado di guidare la percezione e l'interpretazione degli eventi (www.emdr-terapia-roma.it). Una volta costruiti, i MOI tendono a:

- essere relativamente stabili nel tempo;
- autopertuarsi;
- essere utilizzati in maniera automatica e non consapevole;
- organizzare il comportamento, ricreando attivamente esperienze congruenti con la propria storia personale.

Un genitore *responsivo*, capace di non deludere le aspettative del bambino (di vicinanza ed esplorazione autonoma) presenta queste caratteristiche:

- è sensibile e percepisce i segnali del bambino;
- è capace di interpretarli in modo corretto;

- reagisce ai segnali del bambino prontamente e in modo appropriato;
- è in grado di riparare gli errori interattivi e relazionali;
- è disponibile a livello affettivo;
- risponde in maniera costante e coerente ai bisogni fisiologici di protezione e conforto del bambino.

Lo scopo di un accudimento responsivo e sicuro è rappresentato dal crescere un bambino libero e curioso di esplorare il mondo:

- i bambini sicuri sono più concentrati sull'esplorazione di nuovi stimoli;
- i due principali aspetti di uno stile sicuro sono rappresentati dalla libertà di esplorare e dalla libertà di chiedere e accettare aiuto;
- un accudimento responsivo rappresenta un'importante fattore protettivo, mentre un accudimento non responsivo rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologia.

Se il genitore sarà sensibile ai bisogni del bambino attivando il sistema di accudimento nei momenti di difficoltà permetterà la creazione di un legame di attaccamento sicuro e favorirà nel bambino lo sviluppo di modelli operativi interni positivi del tipo:

- sono degno di essere amato;
- mi posso fidare dell'altro;
- mi posso affidare alla relazione.

Tali modelli influenzeranno il modo in cui la persona vedrà il mondo anche in età adulta. Pertanto, se ha avuto un attaccamento sicuro svilupperà un'idea di se stesso come persona sicura e amabile e un'idea dell'altro come amorevole e disponibile e, attraverso queste rappresentazioni, sceglierà di circondarsi, da adulto, di persone che confermeranno tale aspettativa. Viceversa, se una persona ha ricevuto un attaccamento insicuro svilupperà un'idea di se stesso come insicuro e non amabile e un'idea dell'altro come indisponibile, incoerente, assente, ecc., e con molta probabilità, quando diventerà un giovane adulto, sceglierà persone di riferimento che confermeranno tali aspettative.

Stili di attaccamento

Il terapeuta, a partire dalla premessa teorica esposta all'inizio del capitolo, comincia con il fare psicoeducazione sugli stili di attaccamento e invita i partecipanti a consultare insieme, leggendole una alla volta, la Scheda 2 “Sti-

li di attaccamento”, la Scheda 3 “Attaccamento sicuro”, la Scheda 4 “Attaccamento ansioso/ambivalente”, la Scheda 5 “Attaccamento evitante” e la Scheda 6 “Attaccamento disorganizzato”.

Per meglio comprendere i diversi stili di attaccamento, il terapeuta presenta delle vignette tipiche di interazione tra madre e bambino in situazioni specifiche che rendono vulnerabile il bambino (durante la notte il bambino fa un brutto sogno; al parco il bambino si sbuccia un ginocchio; inserimento al nido/separazione dal genitore) per vedere le diverse reazioni dei genitori di fronte alle difficoltà.

Attaccamento sicuro. Si tratta di bambini che appaiono tranquilli nell’esplorazione dell’ambiente e manifestano uno stato di tensione durante la separazione dalla madre ma che sono in grado di consolarsi e abbassare la preoccupazione non appena si ricongiungono con lei e la percepiscono come figura accogliente e protettiva, tanto da tornare ad esplorare nuovamente l’ambiente, sicuri di ricevere conforto quando ne sentiranno il bisogno.

I bambini che crescono sentendosi molto amati e soddisfatti nei propri bisogni dai propri genitori imparano a rispettare sia i bisogni di dipendenza e rassicurazione che quelli di crescita e autonomia; pertanto, diventeranno degli adulti sicuri di sé, capaci di vivere l’affettività in modo equilibrato perché hanno acquisito quella fiducia di base che è il presupposto per stabilire buoni rapporti interpersonali. Una persona con attaccamento sicuro è consapevole dei propri bisogni e ha la capacità di mediare tra le proprie esigenze e quelle degli altri.

Attaccamento ansioso/ambivalente. Si tratta di bambini che manifestano un marcato attaccamento nei confronti del genitore, nel senso che tendono ad essere maggiormente centrati sulla relazione con l’adulto piuttosto che sull’esplorazione dell’ambiente circostante. Tendenzialmente, i bambini manifestano fin da subito una minore capacità di esplorare l’ambiente in modo autonomo, un notevole disagio durante la separazione con la madre e, dopo la separazione, anche la sua presenza non sembra sufficiente a consolarli, come se non fosse in grado di ristabilire il loro senso di sicurezza e di placare le richieste di ulteriore attaccamento e bisogno di conforto.

Accanto alla tendenza a non consolarsi, questi bambini manifestano comportamenti ambivalenti nei riguardi della figura di accudimento nel senso che alternano o mescolano insieme richieste di vicinanza e contatto, a comportamenti marcatamente resistenti o di estrema passività, come se la separazione dal genitore determinasse un’insicurezza accompagnata da rabbia o da senso di impotenza.

Più in generale dunque, nei bambini ambivalenti, non è bene bilanciato

l'equilibrio tra esplorazione e attaccamento, essendo questo ricercato con più frequenza e intensità.

I bambini con attaccamento ambivalente sono cresciuti con la sensazione di non essere stati abbastanza amati poiché i genitori hanno assunto un comportamento incostante e incoerente mostrandosi a volte affettuosi e presenti, altre volte freddi e distratti per cui hanno imparato ad attirare la loro attenzione esasperando le emozioni con capricci, pianti e crisi di collera. Questa difficoltà a modulare le emozioni e ad amplificare quelle negative permane anche in età adulta pertanto affronteranno le relazioni con aspettative eccessive e con un bisogno continuo di conferme e paura di essere abbandonate o tradite. Si mostreranno incapaci di fidarsi dell'altro al punto da metterlo costantemente alla prova per verificare il suo amore e la sua fedeltà, ma per quante conferme possano ricevere non riescono mai a sentirsi al sicuro.

Attaccamento evitante. Sono bambini che appaiono particolarmente autonomi e indipendenti, maggiormente centrati sull'esplorazione dell'ambiente e sui giocattoli che sulla presenza dell'adulto di riferimento.

Nelle separazioni, solitamente mostrano minori segni di disagio e di ricerca nei confronti del genitore e, nei momenti di ricongiungimento, sembrano ignorare o dare poco rilievo al ritorno dell'adulto, salutandolo distratamente oppure mostrandosi assorti e intenti nelle proprie attività di gioco. Sono bambini che tendono a minimizzare le proprie reazioni affettive, in particolare dopo le separazioni, mostrandosi indaffarati e coinvolti nel gioco.

In senso più generale, nei bambini con attaccamento insicuro evitante il bilanciamento tra esplorazione dell'ambiente e attaccamento nei confronti del genitore è spostato in favore della prima: il loro comportamento enfatizza gli aspetti di indipendenza, autonomia e autosufficienza affettiva nei confronti della figura di riferimento. Il genitore, infatti, non rappresenta una vera e propria base sicura e per questo tendono a non fare riferimento a lui quando si sentono spaventati e a disagio, così come accade nelle situazioni di breve separazione, e a non manifestare chiaramente e apertamente i desideri di vicinanza, contatto e rassicurazione.

La caratteristica distintiva di questi bambini è data dal fatto che tendono a inibire la manifestazione dei propri bisogni psicologici di confronto e protezione rispetto alla figura di attaccamento, enfatizzando uno stile relazionale di autonomia e indipendenza. Questi bambini diventano degli adulti molto autonomi, indipendenti, con molti interessi, che iperinvestono sull'ambiente circostante piuttosto che sulle relazioni perché fanno fatica a stare in un rapporto molto intimo poiché percepito come una limitazione alla propria libertà e alla realizzazione personale.

Attaccamento disorganizzato. Il bambino con attaccamento insicuro disorganizzato ha un comportamento apparentemente simile a quello dei bambini sicuri, evitanti o ambivalenti, ma in alcuni momenti sembra privo di una strategia coerente nella relazione con il genitore. Tale incoerenza si può manifestare con momenti di disorganizzazione del comportamento, in cui sono presenti comportamenti tra loro contraddittori, per esempio può avvicinarsi alla madre appena la vede e poi bloccarsi e andare via, o momenti di disorientamento in cui non sembra del tutto consapevole rispetto a quello che succede intorno a lui. L'aspetto rilevante è che i comportamenti disorganizzati o disorientati si verificano solamente quando il genitore è presente e, soprattutto, nei momenti di riunione dopo la separazione.

Il comportamento di questi bambini è di generale confusione legata ad una profonda incapacità di organizzare efficacemente la situazione oltre ad una grave incapacità a orientare il comportamento stesso e l'affettività, manifestando atteggiamenti visibilmente impauriti e rigidi sia a livello corporeo che dell'espressione del volto.

Si tratta di un modello di attaccamento più grave, ma più raro, e strettamente correlato a situazioni di traumatiche di grave sofferenza emotiva vissuta nell'infanzia in cui sono stati trascurati, maltrattati, abbandonati o abusati e i genitori non hanno rappresentato una base sicura, bensì un pericolo per la sua sopravvivenza. Questi bambini diventeranno degli adulti con serie difficoltà a legarsi a qualcuno, assumeranno un comportamento imprevedibile, con sbalzi d'umore, aggressività che può facilmente comparire con la vicinanza emotiva e che rende difficile costruire un legame stabile.

Una volta passati in rassegna tutti gli stili di attaccamento si stimola una riflessione di gruppo sulla propria storia personale provando a ipotizzare lo stile di attaccamento di ognuno, ricevuto nell'infanzia.

Homework

Scheda 7 "Il mio stile di attaccamento".

Test di valutazione sintomatologica: ASI, BDI, SCL-90 R.

Scala sul benessere familiare.

Il incontro

Revisione dei compiti

Scheda 7 "Il mio stile di attaccamento".

Ogni partecipante dovrà leggere la scheda e riflettere sulla propria storia di

attaccamento: il terapeuta sollecita i genitori facendo domande sia relative alla loro infanzia nel ruolo di figli che nel ruolo attuale di genitore, ponendo l'enfasi sulle modalità di gestione delle emozioni e del comportamento, nonché sulla regolazione dei rapporti interpersonali, soprattutto nelle situazioni di conflitto.

Autonomia e svincolo dalla famiglia di origine

Compresa l'importanza dello stile di attaccamento ricevuto nel determinare il funzionamento generale di una persona, il terapeuta fa una breve introduzione teorica sull'importanza del concetto di svincolo dalla famiglia di origine e invita un volontario a leggere la Scheda 8 "Svincolo dalla famiglia".

Esercitazione sullo svincolo dalla famiglia

Il terapeuta invita i partecipanti a compilare la Scheda 9 "Come è stato separarsi dalla famiglia di origine". Dopo aver dato 10 minuti di tempo per compilare la scheda, invita qualche volontario a leggere le proprie riflessioni e sollecita una discussione di gruppo sul concetto di svincolo e individuazione di sé.

Homework

Scheda 10 "Genitore come modello positivo".

Scheda 11 "Punizioni fisiche e verbali: sono davvero educative?".

Bibliografia

- Ainsworth M.D.S. *et al.* (1978), *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*, Erlbaum Associates: Hillsdale, NJ.
- Ainsworth M.D.S., Witting B.A. (1969), *Attachment and exploratory behavior of one-year olds in a Strange Situation*, in Foss B.M. (a cura di), *Determinants of infant behavior*, Methen: London.
- Bowlby J. (1982), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Cortina: Milano.
- Bowlby J. (1983), *Attaccamento e perdita. La perdita della madre*, Bollati Boringhieri: Torino.
- Bowlby J. (1988), Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo, *Rivista di Psichiatria*, 2.

- Bowlby J. (1989), *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Cortina: Milano.
- Chirivì C., Di Teodoro O., Fabriani R., et al. (2022), *Prendere e/o lasciare. Riflessioni sul processo di svincolo*, disponibile al sito www.lanottestellata.com/wp-content/uploads/2022/04/4a-2022_1_LA-PROPOSTA_Prendere-e-o-lasciare_AAVV.pdf.
- Fiore F. (2017), *John Bowlby e la teoria dell'attaccamento – Introduzione alla Psicologia*, disponibile al sito <https://www.stateofmind.it/2017/07/john-bowlby-attaccamento/>.
- La Torre L. (2009), *L'attaccamento del bambino*, disponibile al sito <https://lavinialatorre.it/2009/02/09/lattaccamento-del-bambino/>.
- Muzi M. (2018), *Psicologia dello sviluppo*, disponibile al sito <https://docenti.unimc.it/morena.muzi/teaching/2018/18557/files/slide-tda-e-sviluppo-affettivo>.
- Onnis L. (2004), *Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società*, FrancoAngeli: Milano.
- Perini M. (2023), *Adolescenza autonomia e individuazione: lo svincolo nel ciclo vitale della famiglia*, disponibile al sito www.centropandora.com/adolescenza-autonomia-e-individuazione-lo-svincolo-nel-ciclo-vitale-della-famiglia/.
- Scabini E. (1995), *Psicologia sociale della famiglia*, Bollati Boringhieri: Torino.
- Walsh F. (a cura di) (1993), *Ciclo vitale e dinamiche familiari*, FrancoAngeli: Milano.

12. Modulo II.

Le emozioni e le loro funzioni

*Le emozioni inesprese non moriranno mai.
Sono sepolte vive e usciranno più avanti
in un modo peggiore.*
Sigmund Freud

Teoria evolucionistica e universalità delle emozioni

La teoria evolucionistica considera le emozioni come processi adattivi che permettono di valutare il pericolo o una minaccia, di attivare un comportamento, di comunicare con gli altri membri della propria specie e di adattarsi all'ambiente nel modo migliore possibile (Barkow *et al.*, 1992; Nesse, 2000). Fu Darwin il primo a studiare le espressioni facciali collegate alle emozioni e ad osservare che, nelle persone, anche di differenti classi sociali si potevano notare delle espressioni del volto universali. Anche lo studio trans-culturale di Paul Ekman (1993) dimostrò la generalità della percezione di alcune emozioni e della mimica facciale, tanto da far pensare all'esistenza di emozioni elementari di tipo universale.

La paura, ad esempio, è un'emozione universale e produce una reazione adattiva di fronte a un pericolo: un animale, di fronte a un attacco può fuggire, "immobilizzarsi" o lottare, ciò gli fa emettere stimoli vocali e assumere espressioni facciali per comunicare con i propri simili e allertarli sulla presenza di un pericolo. Le emozioni negative sono utili alla sopravvivenza perché segnalano la presenza di una minaccia e preparano all'azione.

Gli etologi hanno notato che le espressioni facciali, lo sguardo, la postura e la gestualità comunicano la presenza di una determinata emozione e vengono emesse secondo *pattern* apparentemente universali, sia quando si vuole manifestare uno stato di appagamento, sia in presenza di una minaccia (Eibl-Eibesfeldt, 1975; www.infermieristicaeccc.org).

Le emozioni coinvolgono i processi fisiologici e mentali, ci informano sui nostri bisogni e ci dirigono verso obiettivi differenti a seconda del tipo di emozione che proviamo.

Secondo Damasio (2005) le emozioni sono dei "marcatori somatici" che ci indicano ciò che vogliamo fare e ci aiutano a relazionarci con gli altri,

grazie alla “teoria della mente”, socialmente condivisa (Leahy *et al.*, 2013). Chi, ad esempio, è affetto da sindrome di Asperger o da autismo non riesce ad avere una lettura accurata della mente delle altre persone per cui quando interagisce con gli altri, assume dei comportamenti impacciati o impropri (Baron-Cohen *et al.*, 2009). Persone che presentano difficoltà nel riconoscere e identificare le emozioni e collegarle agli eventi vengono definite “alessitimiche” e possono presentare diverse problematiche quali: abuso di sostanze, disturbi alimentari, disturbo d’ansia generalizzato, disturbo narcisistico di personalità e altro (Taylor, 1984; Carcione, Semerari, 2017).

Neurobiologia delle emozioni

Dal punto di vista neurobiologico, le emozioni sono delle risposte a eventi personali di una certa intensità caratterizzati da vissuti soggettivi e da modificazioni biologiche. L’insieme di queste reazioni è connessa all’attivazione di strutture del sistema nervoso che fanno capo a una rete di strutture corticali e sottocorticali definite “sistema limbico”. Esistono delle strutture predisposte anche a regolare le risposte emotive e il comportamento che ne deriva.

La struttura nervosa che rappresenta la base neurologica per eccellenza degli stati emotivi è l’amigdala. È molto complessa ed è costituita da diversi nuclei interconnessi tra di loro; da essa partono tante vie di connessione con l’ipotalamo e con il tronco celebrale importanti per l’innesco di reazioni motorie vegetative ed endocrine correlate all’emozione. L’ipotalamo attiva il sistema nervoso autonomo delle sue due componenti simpatica e parasimpatica che determinano una cascata di reazioni come le modificazioni del battito cardiaco, della pressione, della salivazione, del ritmo del respiro ecc. (Valentino, 2017).

La corteccia prefrontale presenta connessioni bidirezionali con l’amigdala: l’amigdala, dopo aver integrato l’informazione sensoriale mnestica, informa la corteccia prefrontale circa l’attuale stato emotivo e la corteccia prefrontale modula il grado di attivazione dell’amigdala. Le risposte emozionali possono essere modulate anche attraverso processi cognitivi detti “reappraisal” grazie alla capacità delle regioni prefrontali di influenzare la reattività dell’amigdala e dunque di regolare le emozioni. Oatley e Johnson-Laird (1987) sostengono che, nel corso dell’evoluzione il sistema di attivazione, stereotipato e indifferenziato, è stato affiancato da un meccanismo di risposta più evoluto e flessibile, squisitamente cognitivo che richiede, però, tempi di elaborazione più lunghi.

Nel campo delle neuroscienze sono stati fatti numerosi progressi nello studio delle emozioni e della regolazione emotiva. Ochsner e Gross (2007),

basandosi sui dati presenti in letteratura, hanno proposto un modello teorico dei sistemi neurali implicati nella regolazione delle emozioni che integra sia gli aspetti “dal basso verso l’alto” che quelli “dall’alto verso il basso”.

Nel modello di regolazione delle emozioni che procede dal “basso verso l’alto” le emozioni sono considerate delle reazioni a determinati stimoli ambientali che, in base alla loro peculiarità, determinano una specifica risposta negli esseri umani: questa concezione prende il nome di “emozione come percezione delle proprietà dello stimolo” (Ochsner, Gross, 2007). Le ricerche su soggetti non umani hanno dimostrato come l’apprendimento sia dovuto all’attività dell’amigdala, mentre l’estinzione sembra attivare la corteccia mediale e orbito-frontale (LeDoux, 2000; Ochsner, Gross, 2007; Quirk, Gehlert, 2003).

Nei modelli di regolazione delle emozioni “dall’alto verso il basso” si ipotizza, invece, che le emozioni siano il risultato di un’elaborazione cognitiva: in base alla valutazione della pericolosità o della gradevolezza degli stimoli ambientali (in termini di bisogni, obiettivi e motivazioni personali), si discriminerebbero quelli da avvicinare, da evitare o da selezionare attentivamente (Ochsner, Gross, 2007). Gli esseri umani si caratterizzano per l’utilizzo del linguaggio, del pensiero razionale, dell’elaborazione relazionale, della memoria e di strategie coscienti per la regolazione delle emozioni. Indagini basate sul *neuroimaging* e studi sulle lesioni cerebrali negli esseri umani hanno messo in luce come il “circuito” della regolazione delle emozioni può essere composto da una serie di regioni cerebrali interconnesse, che includono amigdala, ippocampo, insula e corteccia cingolata anteriore, oltre alle regioni dorso-laterale e ventrale della corteccia prefrontale. Si è ipotizzato che negli esseri umani l’attività pre-frontale sia fondamentale per la regolazione delle emozioni e che, in particolare, questa sia implicata nell’elaborazione dall’alto verso il basso (Davidson, 2000).

Il modello di Ochsner e Gross (2007) postula che siano coinvolti entrambi i tipi di elaborazione: quando un essere umano vive un evento avverso si scatena una reazione “dal basso verso l’alto” che può anche prevedere l’attivazione dei sistemi di valutazione (inclusa l’attività della amigdala, del nucleo *accumbens* e dell’*insula*) che comunicano con la corteccia e l’ipotalamo per generare risposte comportamentali (Ochsner, Gross, 2007; Ochsner, Feldman Barret, 2001).

Emozioni e cognizioni: quale l’ordine di causalità?

Una delle questioni più annose riguarda la causalità: sono le cognizioni a causare le emozioni o viceversa?

Zajonc (1980) ipotizzava che il timore nei confronti di stimoli nuovi o minacciosi avvenisse quasi automaticamente, senza una reale presa di coscienza, e che la valutazione cognitiva sopraggiungesse solo in un secondo momento, successivamente alla risposta emozionale. Lazarus, per contro, sosteneva che fosse la valutazione di una situazione (ovvero, la cognizione) a provocare la comparsa dell'emozione, e che la prima avesse un primato temporale sulla seconda (Lazarus, 1982; Lazarus, Folkman, 1984). Come spesso accade nei dibattiti dicotomici, entrambe le posizioni hanno una certa validità. A riprova della supremazia delle emozioni sulle cognizioni, una considerevole mole di ricerche ha evidenziato come alcuni stimoli (ad esempio quelli nuovi e minacciosi) eludano inizialmente la sezione corticale del cervello e vengano elaborati in modo quasi istantaneo dall'amigdala, al di fuori della coscienza. Tale elaborazione inconscia della paura influenza l'apprendimento, la memoria, l'attenzione, la percezione, l'inibizione e la regolazione delle emozioni (LeDoux, 1996, 2003; Phelps, LeDoux, 2005)

Ad esempio, una persona che cammina per strada e all'improvviso si spaventa, balza all'indietro e successivamente si dice "Mi sembrava di aver visto un serpente!", prende coscienza della natura dello stimolo solo dopo la reazione emotiva. A complicare ulteriormente il quadro c'è la palese inefficacia del sistema cognitivo nel catalogare in maniera adeguata gli eventi interni. Se lo considerassimo un registro di quanto accade dentro di noi, vedremmo che vi sono innumerevoli dati empirici a riprova della sua imprecisione; spesso, infatti, non siamo consapevoli di ciò che ha influenzato i nostri processi emotivi o cognitivi (Gray, 2004).

Secondo Lazarus (1991), invece, Zajonc avrebbe confuso l'elaborazione cognitiva con quella cosciente: è infatti possibile compiere una valutazione cognitiva senza esserne coscienti, per cui anche le valutazioni possono essere immediate e inconsapevoli. Da questo punto di vista si può ipotizzare che l'amigdala "valuti" gli stimoli in termini di intensità, novità, cambiamento e incombenza e che, in ogni caso, ne colga tutte le dimensioni "rilevanti". Il modello che postula il predominio dell'emozione, inoltre, non chiarisce come sia possibile distinguere le emozioni stesse, nonostante esse si caratterizzino per processi fisiologici simili. Se è vero che paura, gelosia, rabbia e altre emozioni sono riconducibili a processi fisiologici di *arousal* simili, il vissuto emozionale soggettivo dipende dalla valutazione della minaccia e dal contesto in cui si verifica l'esperienza: posso essere terrorizzato da un serpente, geloso delle attenzioni che la mia ragazza rivolge a un altro uomo, arrabbiato per essere imbottigliato nel traffico o attivato se corro più velocemente sul tapis roulant. Anche se le sensazioni fisiologiche sottostanti possono essere simili, la valutazione cognitiva e il contesto mi aiutano a definire l'emozione che sto provando.

Forgas ha proposto un modello di "infusione" dell'emozione, secondo cui l'*arousal* emozionale influenzerebbe l'elaborazione cognitiva, specialmente quando vengono attivate euristiche (scorciatoie) o elaborazioni di vasta portata (1995, 2000): spesso, infatti, le persone valutano la potenziale pericolosità di un'alternativa in base all'emozione che stanno sperimentando in un dato momento (Kunreuther *et al.*, 2002). Arntz, Rauner e van den Hout (1995) hanno proposto che i soggetti fobici si servano di questa "euristica emotiva" per la valutazione del rischio, secondo un ragionamento del tipo: "Se mi sento in ansia, dev'esserci una fonte di pericolo" (Leahy *et al.*, 2013).

Le ricerche di Forgas e colleghi dimostrano come l'induzione di un'emozione si ripercuota sul giudizio, sulla presa di decisione, sulla percezione, sull'attenzione e sulla memoria (che sono tutti processi cognitivi; Forgas, Bower, 1987), così come sull'attribuzione e sui processi esplicativi (Forgas, Locke, 2005).

In merito al rapporto tra emozioni e cognizioni, Bower ha ipotizzato che le emozioni, i pensieri, le sensazioni e le tendenze comportamentali siano associate tra loro in una rete neurale: nel momento in cui si attiva un processo, quindi, se ne innescano conseguentemente degli altri. Affinché si attivino i processi fisiologici e i contenuti cognitivi potenzialmente interconnessi in questa rete, secondo il modello neurale, è necessaria l'induzione di una determinata emozione (Bower, 1981; Bower, Forgas, 2000).

Sia il modello di infusione dell'emozione proposto da Forgas, che quello delle reti neurali proposto da Bower prevedono che sia l'*arousal* emozionale ad attivare specifici *bias* cognitivi e che questi, a loro volta, provochino ulteriore disregolazione emotiva. Di conseguenza, limitare l'*arousal* emozionale e modificare i *bias* cognitivi indotti dalle emozioni stesse potrebbe facilitare la regolazione emozionale.

Dalla psicologia cognitiva sappiamo che le disposizioni affettivo-emozionali influenzano i processi cognitivi in diversi modi, tutti, comunque, capaci di rafforzare le assunzioni che sostengono lo stato intenzionale alla base di quello specifico assetto affettivo.

In un articolo di Mancini e Gangemi (2004) viene affrontato il tema del ragionamento emozionale alla base del mantenimento della patologia. Secondo Caprara e Cervone (2000) in tutte le persone, lo stato affettivo presenta 5 caratteristiche:

- aumenta la disponibilità di immagini, pensieri e ricordi congrui con lo stato d'animo pregresso (priming effect), anche se lo stato d'animo dipende da eventi appartenenti ad un dominio completamente diverso. Ad esempio, l'induzione di umore negativo attraverso l'ascolto di una musica triste implica che si presentino facilmente pensieri ed immagini cupi;
- influenza le strategie cognitive di elaborazione delle informazioni. Ad esempio, se ci si sente minacciati, allora le informazioni vengono elaborate in maniera più sistematica;
- motiva le persone a regolare la propria esperienza consapevole, vale a dire a cambiare i contenuti mentali;
- centra l'attenzione su se stessi;
- ma soprattutto, funziona come fonte di informazione, che diventa particolarmente autorevole nelle persone che provano cronicamente quello stato affettivo.

Proprio in merito a questo ultimo punto, *ex consequentia reasoning*, *emotional reasoning*, *affect-as-information* (Arntz *et al.*, 1995; Clore, 1992; Engelhard *et al.*, 2001, 2002, 2003; Gasper, Clore, 1988; Schwarz, Clore, 1988; 1996; Scott, Cervone, 2002) sono tutti termini utilizzati per descrivere uno stesso meccanismo psicologico, secondo cui gli esseri umani tendono a utilizzare il proprio stato affettivo, più che le evidenze oggettive, quale informazione saliente per esprimere valutazioni e giudizi sul mondo.

[...]

Questo meccanismo differisce dal ben più noto *priming effect*, poiché in questo ultimo caso l'influenza delle emozioni sui processi cognitivi è indiretta: l'emozione attiva solo la rete di conoscenze ad essa direttamente connesse, ma sono queste conoscenze che influenzano la modalità di processamento di contenuti cognitivi non correlati con l'emozione di partenza.

Nel caso dell'*affect-as-information*, invece, l'influenza dell'emozioni sulle valutazioni espresse dai soggetti sarebbe più diretta: nell'esprimere, ad esempio, giudizi, i soggetti possono semplicemente chiedersi come si sentono rispetto all'evento da valutare (Schwarz, Clore, 1983; 1988). Gli stati affettivo-emozionali funzionano dunque come informazione che orienta direttamente le valutazioni espresse su eventi e argomenti non relativi in alcun modo con l'emozione esperita.

Di grande interesse sono gli esperimenti condotti in tale ambito da diversi gruppi di studio (Arntz *et al.*, 1995; Clore, 1992; Engelhard *et al.*, 2001, 2002, 2003; Gasper, Clore, 1998; Schwarz, Clore, 1988; 1996; Scott, Cervone, 2002), con differenti gruppi di soggetti (clinici, normali, adulti, bambini). Tutte queste ricerche hanno evidenziato come le disposizioni affettivo-emozionali influenzino effettivamente, sebbene indirettamente, alcuni processi cognitivi di base, alimentando in tal modo circoli viziosi responsabili del rafforzamento delle credenze alla base dello stesso stato affettivo (Mancini, Gangemi, 2004).

Quanto esposto non esaurisce il dibattito su predominio nel rapporto tra emozione e cognizione; la risposta definitiva potrebbe anche dipendere dal valore semantico attribuito ai termini “valutazione”, “consapevolezza” ed “elaborazione cognitiva”. In ogni caso, son presenti molti dati a favore dell'interdipendenza tra emozioni e cognizioni e della loro mutua influenza in un ciclo di feedback (Leahy *et al.*, 2013).

Struttura del modulo

Il modulo “Le emozioni e le loro funzioni” ha lo scopo di fornire informazioni sulla natura e lo scopo di ogni emozione al fine di aumentare la consapevolezza emotiva.

Il modulo è articolato in tre incontri strutturati, come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 1. Struttura e obiettivi del modulo “Le emozioni e le loro funzioni”

Incontri	Argomento
I incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducazione sulle emozioni - L’ABC delle emozioni - Esercitazione su ABC - Homework: scheda 2, scheda 3
II incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Revisione compiti - Esercitazione su ABC personali e relazionali - Introduzione alla ristrutturazione cognitiva - Sostituzione del pensiero da disfunzionale a funzionale - Analisi del comportamento: ABC funzionale”
Obiettivi generali del II modulo	<ul style="list-style-type: none"> - Imparare a discriminare le diverse emozioni - Comprendere il collegamento tra pensieri, emozioni e comportamento - Aumentare la consapevolezza emotiva - Utilizzare strategie di coping funzionali
Allegato online. Schede operative per genitori modulo II	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda 1 “Le emozioni” - Scheda 2 “L’ABC delle emozioni” - Scheda 3 “L’ABC del genitore” - Scheda 4 “L’ABC con pensiero funzionale” - Scheda 5 “Analisi del comportamento: l’ABC funzionale”

I incontro

Revisione dei compiti

Scheda 10 “Genitore come modello positivo”.

Scheda 11 “Punizioni fisiche e verbali: sono davvero educative?”.

Psicoeducazione sulle emozioni

Dopo un breve brainstorming sulla definizione di emozione, il terapeuta sollecita i partecipanti a consultare la Scheda 1 “Le emozioni” e passa in rassegna le emozioni principali, definendone scopi e funzioni.

Paura. La paura è un’emozione legata alla percezione di un pericolo, pertanto nel corpo avvengono delle modificazioni fisiologiche che preparano l’organismo alla fuga: tensione e contrazione muscolare, respiro corto, tachicardia, pressione e temperatura del corpo elevate, sensazione di irrealtà, tre-

mori, ecc. A questo si associano dei pensieri di minaccia imminente e sensazione di allarme.

I pensieri legati all'ansia possono essere del tipo: *“non ce la farò mai a fare niente da sola da sola”*, *“potrei avere un infarto, un tumore o una malattia”*, *“non faccio in tempo a finire il lavoro quindi non mi daranno la promozione”*, *“mi sto per sentire male, se continuo così impazzisco”*, e simili.

La differenza tra ansia e paura sta sulla percezione temporale, l'ansia è l'anticipazione di un presunto pericolo, la paura segnala che il pericolo è reale ed imminente.

La paura o l'ansia posso variare di intensità, per cui si può sperimentare una lieve preoccupazione fino ad arrivare al terrore e panico.

Tristezza. La tristezza è l'emozione che indica all'organismo che lo scopo perseguito è fallito e il meccanismo che si innesca è tale da bloccare l'azione. La tristezza è l'emozione che ci istruisce a “lasciar perdere”, non fa perseverare, ci permette di accettare le sconfitte e le perdite. È legata a sensazioni di perdita, malinconia, infelicità, umore depresso, malumore, sentirsi giù di morale, nostalgia; e si accompagna a due aspetti fisiologici: riduzione dell'energia da parte dell'organismo (abulia, astenia, mancanza di forze) e pensieri tristi: *“non mi va di fare niente”*, *“sto pensando di uccidermi”*, *“la vita non vale niente”*, *“mi sento sempre a terra”*, *“non ho fiducia, non riuscirò a combinare nulla”*, e simili.

La tristezza può andare da una lieve sensazione di dispiacere fino ad arrivare alla depressione.

Rabbia. La rabbia è l'emozione che ci informa che c'è un ostacolo al raggiungimento di uno scopo con una spiacevole sensazione di danneggiamento di sé o delle proprie mete, o ci indica che stiamo subendo un'ingiustizia. La rabbia ha la funzione di mettere l'organismo nella condizione di difendersi dagli attacchi esterni, quindi predispone l'individuo a colpire, eliminare e distruggere l'ostacolo. Le reazioni fisiologiche associate alla rabbia sono quelle che preparano all'attacco e alla difesa: contrazione muscolare, calore.

La rabbia può essere più o meno intensa andando da un lieve fastidio fino a sensazioni di ira, collera, furia, indignazione, aggressività, irritazione, insofferenza, avversione, odio.

I pensieri legati alla rabbia possono essere: *“non è giusto che sia capitato a me”*, *“non me lo merito, è tutta colpa sua”*, *“si è comportato malissimo come si è permesso di criticarmi”* e simili.

Gioia. La gioia ci indica che lo scopo è stato perseguito o siamo prossimi a perseguirlo. È l'emozione legata a sensazioni di benessere, pace, serenità,

piacevolezza, contentezza, fino all'euforia, al piacere, all'entusiasmo, all'esaltazione, al sentirsi su, "stare a mille", "sentirsi alla grande". Ci segnala che quello che stiamo facendo ci fa stare bene pertanto è un invito a proseguire.

Disgusto. Il disgusto è la percezione della sgradevolezza verso sostanze, oggetti, animali o persone. Istruisce l'organismo al distacco, all'allontanamento e all'evitare l'interazione. Sensazioni di nausea, avversione, ripugnanza, schifo, ribrezzo; è legata a pensieri del tipo "*non lo posso vedere*", "*mi fa vomitare*", "*non lo sopporto*", ecc.

Colpa. La colpa è l'emozione che ci fa assumere la responsabilità di aver causato un danno a qualcuno o qualcosa e/o di aver trasgredito a norme o imperativi morali in cui si crede.

I pensieri sono del tipo "*è stata colpa mia*", "*è come se l'avessi rovinato io*", "*ho sbagliato*", "*gli ho chiesto scusa*", ecc. Ci si può sentire in colpa per diversi motivi: perché si è trasgredito effettivamente nei confronti di qualcuno o qualcosa "*sono stato uno stupido a dargli uno schiaffo*", "*sono stata poco prudente e ho rotto il vestito che mi avevano prestato*"; oppure ci si può sentire in colpa perché non si è fatto nulla ma si è solo pensato ad una certa cosa "*vorrei tanto tradire mio marito*", "*sono attratta da un criminale*", "*vorrei non andare in chiesa*", "*vorrei che lui si sentisse male*", ecc. Ci si può sentire in colpa anche quando si hanno dei pensieri che sembrano danneggiare non una persona fisica ma un giudice superiore depositario di norme e valori (Esempio Dio), oppure quando si è scampati ad un evento spiacevole, si è sopravvissuti ad una strage ma il nostro vicino è stato, invece, vittima dell'evento dannoso; in questo caso ci si sente in colpa perché si pensa "*Perché è toccato a lui e non a me?*". Questo tipo di colpa si chiama appunto colpa del sopravvissuto.

Lo scopo principale del senso di colpa è quello di riparare il danno e ricercare la punizione per garantire l'equità tra gli esseri umani.

Vergogna. La vergogna è l'emozione che ci segnala il timore o il dispiacere che si sia compromesso lo scopo della buona immagine o dell'autostima. Convinzione che gli altri abbiano notato una trasgressione a una norma sociale. La vergogna è un importante indicatore di "come ci sentiamo" nei confronti degli altri, è un importante regolatore del nostro comportamento. Molto spesso è proprio per evitare di provare vergogna che si fa o non si fa qualcosa. La manifestazione tipica della vergogna è il rossore che svolge una funzione comunicativa ben precisa: comunica agli altri che si è sensibili al giudizio e che si condividono gli stessi valori, è un segnale di "pacificazione"

volto a comunicare la rinuncia al controllo dell'altro e l'abbandono al suo potere. Anche la postura ha lo stesso scopo: capo chino, sguardo verso il basso volto a evitare lo sguardo degli altri. È accompagnata da sensazioni di disagio nelle relazioni, sensazione di incapacità a modificare lo stato della relazione che è percepito come spiacevole. Timidezza, pudore, riserbo, impaccio, intoppo, titubanza, disagio.

Legata a temi di pensiero tipo “*volevo sprofondare*”, “*mi sentivo tutti gli occhi addosso*”, ecc. La funzione principale della vergogna è quella di mantenere una buona immagine agli occhi degli altri.

L'ABC delle emozioni

La tecnica dell'ABC (precedentemente esposta nella prima parte del libro) ha lo scopo di aumentare la consapevolezza attraverso l'osservazione del nesso causale tra eventi, pensieri, emozioni e reazione comportamentale.

Attraverso l'ausilio della lavagna il terapeuta spiega l'ABC, come rappresentato nell'esempio sottostante:

Tabella 2. Esempi di ABC

Situazione <i>Dove sono?</i> <i>Con chi sono?</i> <i>Cosa sto facendo?</i>	Pensiero <i>Cosa penso?</i>	Emozione <i>Cosa provo?</i>	Sensazioni fisiche <i>Dove lo sento nel corpo?</i>	Comportamento <i>Cosa ho fatto?</i>
Lucia è al parco e vede un cane	<i>Ecco ora mi morde</i>	Ansia	Tachicardia Respiro corto	Scappa
Luca è al parco e vede un cane	<i>Che carino</i>	Tenerezza	Rilassato	Lo accarezza

Si sollecitano i partecipanti a osservare come l'emozione e il comportamento che ne consegue cambiano a seconda dell'interpretazione soggettiva della situazione, interpretazione che è condizionata dalla propria storia personale e da proprie credenze apprese nel corso del tempo.

Per comprendere l'ABC bisogna fare lo sforzo di chiedersi:

- “*In che situazione mi trovo?*”. Per “situazione” si intende il contesto, ovvero dove sono, con chi e cosa sto facendo;
- “*Quali pensieri mi passano per la testa?*”. Si spiega cos'è un pensiero automatico, ovvero un pensiero veloce, rapido e telegrafico che raggiunge

la nostra mente senza il nostro controllo, non si trova a un livello inconscio né a un livello chiaramente cosciente, pertanto, per poterlo osservare, dobbiamo sforzarci di chiederci *“cosa mi è passato per la testa in quel preciso momento?”*. I pensieri possono presentarsi anche sotto forma di un’immagine;

- *“Cosa provo? Quale emozione sto sperimentando? Quanto è intensa da 0 a 10?”*;
- *“Quali sensazioni fisiche o sintomi provo?”*;
- *“Cosa ho fatto concretamente? Come ho reagito?”*.

Come si può osservare nell’esempio precedente, Lucia e Luca si trovano nella stessa situazione ma lei scappa mentre lui lo accarezza. Questa differente reazione dipende esclusivamente dalla diversa esperienza che hanno fatto queste due persone in tema di cani: Lucia potrebbe essere stata morsa da un cane, potrebbe aver assistito a una scena analoga, oppure nel suo ambiente familiare ha sempre sentito parlare male dei cani, ecc. Al contrario, Luca potrebbe aver avuto cani o aver fatto esperienze positive.

A questo punto si stimola il gruppo a riflettere sulla differenza tra ansia e paura reale e ansia immaginaria: *“secondo voi in quale situazione sia Luca che Lucia sarebbero dovuti scappare? In quale situazione tutti avrebbero provato paura e sarebbero scappati?”*.

Il gruppo dovrebbe arrivare a ipotizzare una situazione simile: il cane è solo, sciolto, e si dirige verso di me ringhiando e, a 5 centimetri dalla mia caviglia, spalanca la bocca come per mordermi. È evidente che in questa situazione tutte le persone proverebbero paura e scapperebbero per spirito di sopravvivenza. Si prosegue spiegando che fintanto che si tratta di evitare cani, questo potrebbe non comportare grossi problemi, il fatto è che molto spesso le persone iniziano a evitare tante situazioni (come per esempio non prendere più la macchina, non uscire più da soli, non prendere i mezzi di trasporto, andare al cinema e simili) che compromettono fortemente l’autonomia della persona danneggiandone l’autostima e il senso di autoefficacia personale. Tale compromissione non è, però, legata a un pericolo reale ma a un’ansia anticipatoria completamente slegata dalla realtà.

Si stimola il gruppo a fare una distinzione tra pensieri e realtà, facendo accenno anche alla creazione delle *credenze*, ovvero idee che ci creiamo su noi stessi o sul mondo a partire dall’esperienza soggettiva e dalla cultura di appartenenza.

Alcuni esempi di credenze possono essere:

- nella vita bisogna essere forti;
- non ci si può far vedere deboli altrimenti gli altri se ne approfittano;

- bisogna sempre dire la verità;
- ci si può fidare delle persone;
- bisogna essere diffidenti con le persone fino a che non si conoscono bene.

Le credenze influenzano i pensieri, quindi il modo in cui interpretiamo gli eventi, dunque condizionano le emozioni e i comportamenti.

Passata in rassegna la presentazione di come funziona la nostra mente raffigurandola con lo schema ABC, si passa facendo un esempio tipico di ABC di una persona che soffre di attacco di panico. Il terapeuta presenterà alla lavagna questo esempio.

Tabella 3. Esempio di ABC tipico di un paziente che soffre di disturbo da attacchi di panico

Situazione <i>Dove sono? Con chi sono? Cosa sto facendo?</i>	Pensiero <i>Cosa penso?</i>	Emozione <i>Cosa provo?</i>	Sensazioni fisiche <i>Dove lo sento nel corpo?</i>	Comportamento <i>Cosa ho fatto?</i>
Sono al centro commerciale e avverto una sensazione di giramento di testa	<i>Ecco sto per svenire</i>	Ansia	Tachicardia Nodo in gola Testa confusa Brividi di freddo	Ho preso acqua e zucchero e sono corsa al pronto soccorso

Il terapeuta spiega che la paura di svenire è legata solamente a una sensazione e non a un pericolo reale perché, generalmente, chi soffre di attacchi di panico è molto sensibile ai cambiamenti fisiologici e osserva con attenzione selettiva qualunque segnale fisico interpretandolo come segnale di una minaccia imminente. La spiegazione del disturbo di panico si rimanda al modulo dei disturbi d'ansia, in questa sede quello che interessa al terapeuta è far allenare i partecipanti a fare gli ABC su qualunque emozione per sensibilizzarli a comprendere il nesso tra situazioni, pensieri, emozioni e comportamento.

Esercitazioni su ABC personali

Ad ogni partecipante viene chiesto di riportare prima un episodio personale e poi uno relazionale di conflitto o disaccordo con il figlio e di provare a strutturarli secondo lo schema ABC nell'esempio seguente:

Tabella 4. Esempio di ABC del genitore in conflitto con il figlio

Situazione <i>Dove sono? Con chi sono? Cosa sto facendo?</i>	Pensiero automatico del genitore <i>Cosa penso?</i>	Emozione (0-10) <i>Cosa provo?</i>	Sensazioni fisiche <i>Dove lo sento nel corpo?</i>	Comportamento <i>Cosa ho fatto?</i>
La mamma torna a casa e vede il figlio sbragato sul letto con il tablet che non ha riordinato la sua stanza	È il solito ingrato, non ha rispetto di niente	Rabbia 10	Calore, tensione muscolare	La mamma gli urla che è un ingrato e gli sfilta il tablet dalle mani. Il figlio alza ancora di più la voce, esce dalla stanza sbattendo la porta.

Segnati alla lavagna gli ABC dei partecipanti, il terapeuta stimola una riflessione sul pensiero egocentrico, sottolineando come, spesso, nelle situazioni relazionali, il soggetto ha la tendenza a percepire l'azione dell'altra persona come fosse qualcosa di diretto contro di sé, e non come un'azione slegata e appartenente esclusivamente all'altro. Questi pensieri, spesso ricorrenti, portano a distorsioni cognitive che incrementano i conflitti familiari. Nell'esempio sopra citato, la mamma, se prende distanza critica dai propri pensieri, può mettere in discussione il proprio pensiero automatico e gestire in modo diverso tutta la situazione, come nell'esempio sottostante.

Tabella 5. Esempio di ABC del genitore con pensiero funzionale

Situazione <i>Dove sono? Con chi sono? Cosa sto facendo?</i>	Pensiero automatico del genitore <i>Cosa penso?</i>	Emozione e sensazioni fisiche (0-10) <i>Cosa provo?</i>	Pensiero funzionale <i>Dove lo sento nel corpo?</i>	Comportamento <i>Cosa ho fatto?</i>
La mamma torna a casa e vede il figlio sbragato sul letto con il tablet che non ha riordinato la sua stanza	È il solito ingrato, non ha rispetto di niente	Rabbia 10 Calore Tensione muscolare	Non lo fa per mancarmi di rispetto, avrà preferito fare altro, è un adolescente	La madre si avvicina con calma e dice al figlio: "che hai fatto nel pomeriggio? Vedo che non hai ancora riordinato la stanza? La cena è pronta tra mezz'ora sistemala prima di venire a cena, non vorrei toglierti il tablet per un giorno come quando eri piccolo, voglio darti fiducia, sei grande e responsabile della tua stanza.

Il terapeuta rimanda all'incontro successivo il concetto di ristrutturazione cognitiva con il pensiero funzionale e termina la seduta ricordando ai partecipanti le funzioni delle emozioni:

- *ci danno informazioni.* Ci segnalano che qualcosa sta accadendo, se per esempio siamo in un vicolo buio e solitario la paura ci comunica che è meglio accelerare il passo per scampare qualunque pericolo, se ci sentiamo rilassati mentre facciamo una passeggiata in montagna con un'amica, la serenità ci segnala che dobbiamo farlo più spesso perché ci fa stare bene. Però è importante sottolineare che le emozioni non sono fatti reali perché questo può causare problemi: *“ho paura quindi c'è un pericolo”*, oppure *“Lo amo quindi è la persona giusta per me”*. L'emozione non è la prova che i fatti corrispondono a quello che sentiamo, ma prima di prendere qualsiasi decisione dobbiamo fare quello che Marsha Linehan chiama *“il controllo ai fatti”*, ovvero verificare se ad esempio la sensazione di paura che proviamo corrisponde ad un pericolo reale oppure è solo nella nostra testa. Se, ad esempio, proviamo paura mentre prendiamo l'ascensore perché temiamo di avere un attacco di panico quella paura non è giustificata da una minaccia reale ma da un'idea di pericolo che ci siamo costruita sulla base di credenze personali;
- *comunicano con gli altri e li influenzano.* Le espressioni facciali, lo sguardo, la postura del corpo, il tono della voce dicono molto di come ci sentiamo e di cosa stiamo provando e in modo consapevole o inconsapevole comunicano e influenzano il modo in cui le persone ci rispondono, se per esempio avete il viso triste, qualcuno si avvicinerà per chiedere se va tutto bene e potrà offrire supporto. Il linguaggio del corpo fa capire al nostro interlocutore se può avvicinarsi, oppure indietreggiare, allontanarsi, offrire aiuto;
- *ci motivano e ci preparano all'azione.* Alcune emozioni generano un impulso ad agire che spesso è biologicamente innato. Quando, per esempio, mentre attraversiamo la strada vediamo una macchina arrivare a tutta velocità ci viene naturale scappare più in fretta possibile per evitare di essere investiti. Le emozioni fanno risparmiare tempo preparandoci ad agire in situazioni importanti perché non stiamo a chiederci: *“cosa dovrei fare?”*.

Homework

Scheda 2 “L'ABC delle emozioni”.

Scheda 3 “L'ABC del genitore”.

Il incontro

Revisione dei compiti

Scheda 2 “L’ABC delle emozioni”.

Scheda 3 “L’ABC del genitore”.

Esercitazioni su ABC personali

Considerando che la tecnica dell’ABC sembra molto facile ma occorre un grande allenamento per diventare pratici, il terapeuta fa esercitare, ulteriormente, i partecipanti a portare episodi personali e relazionali di difficoltà vissuti in famiglia e con i figli, in cui hanno vissuto un’emozione molto intensa. A partire da questi episodi inizia a stimolare una riflessione sulla veridicità dei pensieri e sulla possibilità di una loro messa in discussione. Il terapeuta deve mettere in evidenza che il pensiero, cosa più difficile da individuare, deve essere congruo con l’emozione (se ad esempio l’emozione è la rabbia il pensiero deve contenere temi di ingiustizia; se è ansia o paura temi di pericolo; se tristezza temi di fallimento e così via), inoltre può sottolineare che una stessa situazione può sollecitare anche più di un’emozione e allora è fondamentale capire quale tra queste è più intensa e rilevante. Se comunque sono presenti più emozioni, vuol dire che sono presenti anche più pensieri congrui con quell’emozione, pertanto bisogna individuarli. Spesso i pazienti confondono la rabbia con la tristezza oppure le riconoscono entrambe ma sentono più elevata la rabbia quando, invece, l’emozione prevalente risulta essere la tristezza. Facendo un esempio, una paziente può riferire di sentirsi arrabbiata perché l’amica non le ha chiesto di uscire, poi riferisce un pensiero del tipo “*non mi considera, non gli interessa niente di me*”. Il pensiero riferito è di fallimento, quindi dovrebbe presupporre un’emozione di tristezza e non di rabbia perché l’ingiustizia non è presente. La rabbia è un’emozione attivante perché i parametri fisiologici (pressione, ritmo cardiaco, ecc.) sono elevati e la persona si sente più forte e reattiva, mentre la tristezza è l’esatto opposto, perché fa sentire fiacchi, privi di energia, soli, ecc. Questo è il motivo per cui, spesso, le persone trasformano il dolore della tristezza in rabbia anche quando non dovrebbe essere così, per consentire una giusta gestione dell’emozione. Anche la cultura ci mette del suo scoraggiando le emozioni negative, infatti, sin da quando siamo piccoli, non di rado sentiamo citare frasi del tipo “*non devi piangere*” “*non devi essere triste*”. Gran parte delle persone si sente a disagio quando vede qualcuno soffrire perché sperimenta un senso di impotenza quando vorrebbe fare qualcosa per far cessare il prima possibile quel dolore. In realtà bisognerebbe insegnare le emozioni a partire dalla

scuola dell'infanzia e far capire che ogni emozione ha diritto di essere vissuta in modo naturale e di poter essere espressa mentre l'altro non può negarla o cambiare lo stato delle cose, ma può, semplicemente, essere in ascolto mostrando vicinanza e comprensione, cosa più preziosa che può fare.

Il terapeuta può citare l'esempio di un lutto non elaborato. Una persona che subisce un lutto attraversa varie fasi (sensazione di irrealtà, rabbia, rassegnazione e accettazione). Persone che non si concedono di sperimentare il dolore connesso alla perdita di una persona cara possono rimanere bloccate in una delle fasi, per esempio fermarsi alla prima (fase di irrealtà) o alla seconda (fase di rabbia), impedendo, così, il naturale processo di elaborazione del lutto. Questo non significa che hanno superato il dolore della perdita, piuttosto non si sono concesse di soffrire al momento giusto e può capitare che lo scotto lo paghino molto forte, anche a distanza di molti anni, attraverso lo sviluppo di sintomi somatici, ansia o depressione.

Quando si spiega l'ABC ai pazienti spesso capita di sentirli sorpresi di non riuscire a identificare bene le emozioni, pertanto è fondamentale che il terapeuta gli insegni a discriminarle l'una dall'altra, a provarle così come vengono e a capirne il significato perché solo così è possibile gestirle nel modo appropriato e migliorare la qualità della propria vita.

Ricordare che le emozioni ci forniscono informazioni preziose: ci dicono cosa ci piace e cosa non ci piace, pertanto saperle riconoscere ci orienta nel comportamento scegliendo la strada migliore.

Introduzione alla ristrutturazione cognitiva

La ristrutturazione cognitiva è l'intervento terapeutico che mette in discussione le convinzioni del paziente. Una volta che i partecipanti iniziano ad essere più consapevoli del legame esistente tra le emozioni, i pensieri e il comportamento, il terapeuta, a partire dagli episodi riportati dai partecipanti, può sollecitare una riflessione sulle diverse modalità di pensiero e interpretazione delle situazioni riferite, pensando a delle ipotesi alternative alle credenze di base (State of Mind, 2022).

Poi può riprendere l'esempio del paziente con attacchi di panico che, ogni volta che sente una sensazione di debolezza alle gambe, pensa *“ecco sto per svenire”*. Sollecita il gruppo a mettere in discussione questo pensiero, chiedendo: *“secondo voi come potrebbe essere interpretato il sintomo delle gambe deboli? “Cosa potrebbe pensare questa persona di meno minaccioso?”*.

Il terapeuta può fare l'esempio seguente: se la persona in questione pensasse *“Non è nulla, si tratta solo di una sensazione fisica innocua dovuta alla stanchezza di questi giorni”*, questo pensiero la farebbe sentire più tranquilla

e modificherebbe anche la sua reazione avendo come conseguenza una diminuzione dei sintomi e una sensazione di maggiore benessere che la porterebbe a proseguire la sua passeggiata al centro commerciale.

A questo punto il terapeuta presenta una nuova scheda ABC, come quella sottostante, invita i partecipanti a riprendere gli esempi fatti in precedenza, sforzandosi di pensare a un pensiero alternativo a quello negativo che avevano riportato.

Tabella 6. L'ABC con pensiero funzionale

Situazione	Pensiero	Emozione e sensazioni fisiche	Pensiero funzionale	Comportamento
Sono al centro commerciale e avverto una sensazione di giramento di testa	Ecco sto per svenire	Ansia	Non è nulla di grave, sono solo un po' stanca, passerà	Continuo a fare gli acquisti al centro commerciale

È importante sottolineare ai partecipanti che la messa in discussione dei pensieri non è legata a quanto realmente si crede che i pensieri siano veri, piuttosto l'obiettivo è quello che la persona impari a ragionare in modo più flessibile, ponendosi dei dubbi e sforzandosi di pensare a diverse possibilità nell'interpretare un dato evento.

Successivamente, il terapeuta sollecita i partecipanti a riportare situazioni relazionali di disaccordo o conflitto familiare con il figlio adolescente, invitando i genitori a osservare emozioni, pensiero e comportamento messo in atto per gestire la situazione e a riflettere sulle conseguenze del comportamento emesso, come nell'esempio seguente.

Tabella 7. L'ABC del genitore

Situazione	Pensiero automatico del genitore	Emozione (0-10)	Reazione del genitore	Conseguenze sulla relazione
Il figlio torna a casa mezzora dopo l'orario concordato senza avvisare	Non ci si può fidare è il solito ritardatario non uscirà tutta la settimana	Rabbia 10	Aprire la porta e con tono aggressivo dice immediatamente al figlio: non ti meriti niente non sai rispettare gli accordi, non esci tutta la settimana	Il figlio inizia ad urlare provando a dare spiegazioni ma il padre arrabbiato non lo ascolta nemmeno e lui si chiude in camera

Il terapeuta fa osservare ai partecipanti che molto spesso, negli episodi relazionali il pensiero automatico diventa egocentrico ed autoriferito, come in questo caso in cui il padre “legge” il comportamento del figlio come una mancanza di rispetto nei suoi confronti (dinamica molto comune tra genitori e figli). Provare a prendere distanza critica da questo pensiero, mettendolo in discussione con pensieri più plausibili (l’adolescente desidera stare con i suoi amici, era nel più bello di un momento con la fidanzata, gli è sfuggito l’orario, ecc.) consente al padre di avere una gestione diversa della situazione con conseguenze positive sia per se stesso (non si arrabbia eccessivamente) che sulla relazione (con molta probabilità il figliola volta successiva farà più attenzione all’orario e avviserà in caso di ritardo) come nell’esempio seguente:

Tabella 8. L’ABC del genitore con pensiero funzionale

Situazione	Pensiero automatico del genitore	Emozione (0-10)	Pensiero funzionale	Comportamento	Conseguenze sulla relazione
Il figlio torna a casa mezzora dopo l’orario concordato senza avvisare	Non ci si può fidare è il solito ritardatario non uscirà tutta la settimana	Rabbia 10	Avrà avuto un contrattempo, oppure si stava divertendo con la fidanzata e non ha potuto avvisare	Come rientra a casa il padre con calma chiede al figlio: “cosa è successo? Perché hai fatto tardi? Il figlio si giustifica dicendo che aveva il cellulare scarico e ha tardato perché l’autobus non passava	Padre e figlio non nutrono rabbia ne rancore, la relazione è preservata e pre-dispone l’adolescente ad essere più responsabile

Esercitazione sulla gestione delle emozioni

Una volta affrontate le emozioni e i pensieri, il terapeuta passa in rassegna gli ABC riportati dai partecipanti durante l’incontro e solleva una discussione di gruppo per capire se l’emozione riportata è stata ben gestita oppure no. A questo punto si presentano le strategie di coping disfunzionali che spesso vengono messe in atto per evitare di entrare in contatto con un’emozione dolorosa:

- *evitamento delle situazioni:* la persona evita di prendere i mezzi pubblici, l’ascensore, di andare al centro commerciale o in altri luoghi affollati, di prendere la macchina o fare tragitti lunghi o in autostrada, ecc.;
- *comportamenti guidati dall’emozione:* prendere e scappare da una situa-

zione perché in preda all'ansia (una cena tra amici, al cinema, tornare indietro con la macchina a metà tragitto, ecc.), comportamenti aggressivi, urlare, entrare in conflitto, discutere, mettere il muso, ecc.;

- *evitamento cognitivo*: distrarsi, evitare di pensare ai problemi;
- *comportamenti protettivi*: uscire solo se accompagnati, portare sempre con sé i farmaci, fare i tragitti in macchina al telefono con qualcuno, chiedere continue rassicurazioni, cercare informazioni su internet, ecc.

Analisi del comportamento: l'ABC funzionale

L'analisi funzionale è una metodologia elettiva per l'assessment comportamentale utilizzata principalmente nei disturbi dell'autoregolazione e del comportamento.

L'analisi funzionale del comportamento può essere adottata in qualsiasi contesto di vita quotidiana e, se ritenuto opportuno e utile, anche con tutti i comportamenti osservabili, nel momento in cui si vogliono rilevare le variabili ambientali che li preannunciano e li mantengono. Questo elemento applicativo si fonda sulla visione comportamentale, che sottolinea come i comportamenti si verificano sempre all'interno di un *contesto*, caratterizzato da una sequenza di *eventi antecedenti* e *conseguenti* che li precedono e seguono, per assolvere specifiche *funzioni* (Corradori, Sangiorgi, 2017).

Quasi tutti i comportamenti possono essere descritti attraverso funzioni: richiesta di attenzione, motivazione, richiesta di oggetti e/o attività preferite, richieste sociali, fuga da un compito e/o da una situazione, ricerca di stimolazione sensoriale. Generalmente le persone hanno un pattern ricorrente di comportamenti che utilizzano in una data situazione per ottenere qualcosa perché hanno appreso dalle esperienze precedenti che emettendo quel determinato comportamento ottenevano ciò che desideravano: anche i “comportamenti problema” sono la strategia migliore che la persona ha escogitato per raggiungere i propri scopi. Va ricordato, però, che uno stesso obiettivo può essere perseguito con strategie e comportamento differenti e che comportamenti diversi possono essere impiegati per ottenere uno stesso scopo.

L'analisi funzionale serve proprio a definire il comportamento e le situazioni che si possono modificare con un diverso intervento educativo agendo sugli stimoli ambientali che tendono a far produrre e mantenere un determinato comportamento (coachfamiliare.it).

L'essere consapevole che la probabilità che un comportamento si manifesti dipende dalla presenza di determinate variabili contestuali colloca l'osservatore in una posizione di responsabilità rispetto all'oggetto di osservazione.

[...]

Sapere che i comportamenti non avvengono casualmente ma per uno o più motivi ci consente di assumere un ruolo attivo, efficace e individualizzato in fase di valutazione e intervento (Corradori, Sangiorgi, 2017).

Gli obiettivi dell'analisi funzionale sono:

- osservare e scegliere il comportamento che si vuole modificare;
- comprendere la struttura e la funzione di un dato comportamento;
- definire gli stimoli ambientali che tendono a far produrre quel comportamento;
- definire quali stimoli ambientali che tendono a rinforzare e a mantenere alcuni tipi di comportamento per poterli modificare.

L'analisi funzionale ha come fine quello di insegnare alla persona delle alternative funzionali per il raggiungimento dello stesso scopo. L'analisi funzionale osserva e studia la relazione esistente tra:

- eventi antecedenti (A): ciò che avviene immediatamente prima del comportamento;
- comportamento osservabile (B): ciò che la persona ha fatto o detto;
- conseguenze (C): ciò che avviene immediatamente dopo il comportamento.

Il terapeuta riporta alla lavagna l'esempio seguente, poi sollecita il gruppo con episodi personali

Tabella 9. L'ABC funzionale

Antecedenti (A)	Comportamento (B)	Conseguenze
È domenica, Luca è in camera sua ad ascoltare la musica, il papà lo rimprovera che deve studiare perché poi devono uscire per pranzo.	Luca continua a non fare i compiti e ignora il padre.	Il padre si arrabbia e gli toglie le cuffie dalle orecchie minacciandolo di fare i compiti. Luca inizia a urlare, si chiude a chiave in camera e non fa i compiti. La conseguenza è che non esco più per pranzo e rimangono tutta la giornata arrabbiati.

L'analisi funzionale serve dunque ad osservare e comprendere in maniera oggettiva i comportamenti per poter poi programmare in maniera efficace degli interventi atti a modificare tali comportamenti o sostituirli con comportamenti desiderati che tendono al raggiungimento dello stesso scopo (Carta, 2021).

Riprendendo l'esempio precedente il terapeuta sollecita i partecipanti a pensare a come sia possibile cambiare antecedenti e conseguenti per aumentare le probabilità che Luca faccia i compiti e che tutta la famiglia non si rovini la domenica.

Tabella 10. L'ABC funzionale alternativo

Antecedenti (A)	Comportamento (B)	Conseguenze
<p>È domenica, Luca è in camera sua ad ascoltare la musica, il papà entra in camera, si siede vicino lui e gli chiede cosa stia ascoltando. Poi gli ricorda che devono andare a pranzo fuori e lo sollecita nel fare i compiti</p>	<p>Luca dice al papà che ascolterà musica per altri 10 minuti e che dopo farà i compiti</p>	<p>Il padre esce dalla stanza, e con tono fermo ma affettuoso gli ricorda l'orario per uscire: <i>“mi raccomando Luca regolati con l'orario perché alle 12,30 dobbiamo uscire”</i>.</p> <p>La conseguenza è che con molta più probabilità Luca farà i compiti, si autoregolerà perché il padre gli ha dato fiducia, andranno fuori a pranzo e si godranno la domenica.</p>

I comportamenti problema spesso sono molte invalidanti per le famiglie e vengono rinforzati più o meno consapevolmente come nell'esempio precedente. L'analisi funzionale consente di riflettere su questi aspetti e al fine di far cessare il comportamento inappropriato.

Il terapeuta stimola la riflessione sulle conseguenze a breve e lungo termine delle strategie di coping. Questa riflessione pone le basi per l'inizio del modulo successivo sulla difficoltà nella regolazione emotiva.

Homework

Scheda 4 “L'ABC con pensiero funzionale”.

Scheda 5 “Analisi del comportamento: l'ABC funzionale”.

Bibliografia

Arntz A., Raurer, M, van den Hout M. (1995), “If I feel anxious, there must be danger”: ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders, *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 917-925.

- Barkow J.H., Cosmides L., Tooby J. (Eds) (1992), *The adapted mind: evolutionary psychology and the generation of culture*, Oxford University Press: New York.
- Baron-Cohen S., Scott F.J., Allison C., et al. (2009), Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population studies, *British Journal of Psychiatry*, 194(6), 500-509.
- Bower G.H. (1981), Mood and Memory, *American Psychologist*, 36 (2), 129-148.
- Bower G.H., Forgas J.P. (2000), *Affect, memory, and social cognition*, in E. Eich, J.F. Kihlstrom, G.H. Bower, J.P. Forgas, P.M. Niedenthal (Eds), *Cognition and Emotion*, Oxford University Press: New York.
- Caprara G.V., Cervone D. (2000), *Personality: Determinants, dynamics, and potentials*, Cambridge University Press: New York.
- Carcione A., Semerari A. (2017) *Il narcisismo e i suoi disturbi. La terapia Metacognitiva Interpersonale*, Eclipsi: Firenze.
- Carta E.A. (2021), *Analisi funzionale: cos'è e a cosa serve?*, disponibile al sito <https://coachfamiliare.it/analisi-funzionale-cosa-e-a-cosa-serve/>.
- Clore G.L. (1992), *Cognitive phenomenology: Feelings and the construction of judgment*, in L.L. Martin, A. Tesser (a cura di), *The construction of social judgments*, Hillsdale: NJ, Erlbaum.
- Corradori G., Sangiorgi A. (2017), *L'analisi funzionale del comportamento. Principi, metodi e tecniche*, Erickson: Trento.
- Damasio A. (2005), *Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*, Penguin: New York.
- Davidson R.J. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55, 1196-1214.
- Eibl-Eibesfeldt I. (1975), *Ethology, the biology of behavior*, Holt, Rinehart, Winston: New York.
- Ekman P. (1993), Facial expression and emotion, *American Psychologist*, 48, 384-392.
- Engelhard I.M., Macklin M., McNally R.J. et al. (2003), Emotion and intrusion-based reasoning in Vietnam veterans with and without chronic posttraumatic stress disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 39(11), 1339-1348.
- Engelhard I.M., van den Hout M.A., Arntz A. (2001), Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss, *General Hospital Psychiatry*, 23(2), 62-66.
- Engelhard I.M., van den Hout M.A., Arntz A. et al. (2002), A longitudinal study of "intrusion-based reasoning" and posttraumatic stress disorder after exposure to a train disaster, *Behaviour Research and Therapy*, 40(12), 1415-1424.
- Forgas J.P. (1995), Mood and judgment: The affect infusion model (AIM), *Psychological Bulletin*, 117 (1), 39-66.
- Forgas J.P. (2000), *Feeling is believing? The role of processing strategies in mediating affective influences on beliefs*, in N.H. Frijda, A.S.R. Manstead, S. Bem (Eds), *Emotions and belief: How feeling influence thoughts*, Cambridge University Press: New York.
- Forgas J.P., Bower G.H. (1987), Moog effect on person-perception judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (1), 53-60.
- Forgas J.P., Locke J. (2005). Affective influence on causal inferences: The effects

- of mood on attributions for positive and negative interpersonal episodes. *Cognition and Emotion*, 19 (7), 1071-1081.
- Gasper K., Clore G.L. (1998), The Persistent Use of Negative Affect by Anxious Individuals to Estimate Risk, *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 5, 1350-1363.
- Gray J.A. (2004). *Consciousness: Creeping up on the hard problem*, Oxford University Press: Oxford.
- Kunrether H., Slovic P., Gowda R., Fox J.C. (Eds) (2002), *The affect heuristic: implications for understanding and managing risk-induced stigma. Judgements, decisions, and public policy*. Cambridge University Press: New York.
- Lazarus R.S. (1982), Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37 (9), 1019-1024.
- Lazarus R.S. (1991), Cognition and motivation in emotion, *American Psychologist*, 46 (4), 352-367.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*: Springer: New York.
- Leahy R.L., Tirch D., Napolitano A.A. (2013), *La regolazione delle emozioni in psicoterapia*, Eclipsi: Firenze.
- LeDoux J. E. (1996), *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. Simon & Schuster: New York.
- LeDoux J.E. (2000), Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155-184.
- LeDoux J.E. (2003), The emotional brain, fear, and the amygdala. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 23 (4-5), 727-738.
- Mancini F., Gangemi A. (2004), Il ragionamento emozionale come fattore di mantenimento della patologia. *Sistemi Intelligenti*, 2, 237-254.
- Nesse R.M. (2000), Is depression an adaptation?, *Archives of General Psychiatry*, 57, 14-20.
- Oatley K., Johnson-Laird P.N. (1987), Toward a cognitive theory of emotion, *Cognition and Emotion*, 1, 29-50.
- Ochsner K.N., Feldman Barret L. (2001), *A multiprocess perspective on the neuroscience of emotion*, in T.J. Mayne, G.A. Bonanno (Eds), *Emotion: current issues and future directions*, Guilford Press: New York.
- Ochsner K.N., Gross J.J. (2007), *The neural architecture of emotion regulation*, in Gross J.J. (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, Guilford Press: New York.
- Phelps E., LeDoux J.E. (2005), Contributions of the amygdala to emotion processing: From animal models to human behavior. *Neuron*, 48 (2), 175-187.
- Quirk G.J., Gehlert D.R. (2003), *Inhibition of the amygdala: key to pathological states?*, in P. Shinnick_Gallagher, A. Pitkanen (Eds), *The amygdala in brain function: Basic and clinical approaches*, New York Academy of Sciences: New York.
- Schwarz N., Clore G.L. (1988), *How do I feel about it? (the informative function of affective states*, in K. Fiedler, J. Forgas (a cura di), *Affect, Cognition and Social Behaviour: New evidence and integrative attempts*, Toronto: Hogrefe.
- Schwarz N., Clore G.L. (1996), *Feelings and phenomenal experiences*, in E.T.

- Higgins, A.W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles*. Guilford Press: New York.
- Scott W.D., Cervone D. (2002), The impact of negative affect on performance standards: evidence for an affect-as-information mechanism, *Cognitive Therapy and Research*, 26(1), 19-37.
- State of Mind (2022), *Disputing*, disponibile al sito www.stateofmind.it/disputing/.
- Taylor G.J. (1984), Alexithymia: concept measurement, and implications for treatment, *The American Journal of Psychiatry*, 141, 725-732.
- Valentino V. (2017), *Neurobiologia delle emozioni: le strutture neurali implicate nella regolazione emotiva*, State of Mind, disponibile al sito <https://www.stateofmind.it/2017/12/neurobiologia-emozioni>.

13. Modulo III.

La regolazione emotiva e la gestione delle crisi in famiglia

*Non dimentichiamo che le piccole emozioni
sono i grandi capitani della nostra vita
e che obbediamo a loro senza saperlo.*
Vincent Van Gogh

Regolazione e disregolazione delle emozioni

L'interesse nei confronti del ruolo dell'elaborazione e della regolazione delle emozioni si è sviluppata molto negli ultimi anni. I clinici, da tempo, hanno compreso come una delle esperienze più problematiche riportate dai pazienti sia la sensazione di sentirsi sopraffatti dalle emozioni e di gestirle con strategie di *coping* maladattive che possono andare dall'abuso di alcol o sostanze, abbuffate compulsive, vomito autoindotto, dipendenza da internet, sessualità promiscua, autolesionismo, ecc. Queste strategie non sono altro che tentativi di gestire, in modo disfunzionale, un'attivazione emotiva vissuta come incontrollabile e insopportabile. L'effetto di queste modalità è immediato nel disattivare momentaneamente l'*arousal* neurovegetativo attivata dall'emozione, il problema è che il sollievo nel breve termine produce danni alla persona che adotta tali modalità nel medio e nel lungo termine. Se ad esempio un uomo che è stato lasciato dalla sua fidanzata, per non sopportare il dolore della perdita (reazione sana e reattiva alla separazione), inizia ad abusare di droghe per ottenere un sollievo momentaneo, nel lungo periodo cadrà sempre di più in uno stato di sofferenza e con molta probabilità svilupperà sintomi quali depressione, ansia, inizierà a rimuginare sulle proprie emozioni, e ad avere difficoltà nelle relazioni con gli altri.

Le ricerche sulla regolazione delle risposte emotive (Linehan, 1993) hanno dimostrato che il controllo delle emozioni richiede la capacità, da parte del soggetto, di attuare due strategie differenti e in qualche modo opposte l'una all'altra:

- deve innanzitutto esprimere e riconoscere le emozioni di base, fondate sull'attivazione del sistema neurofisiologico, espressivo-comportamentale e sensitivo;

- e, in un secondo momento, deve imparare a limitare l'intensità degli stimoli emotivamente rilevanti, tali da riattivare o stimolare emozioni negative, e a inibire risposte emozionali secondarie disfunzionali. Ciò significa che se una persona prova un'emozione eccessivamente intensa, deve essere capace di controllare, o eventualmente inibire la conseguente attivazione di immagini, pensieri, giudizi, aspettative e comportamenti congrui con l'emozione stessa.

La disregolazione emotiva è la difficoltà, o l'incapacità, di gestire o elaborare in modo efficace un'emozione, e può manifestarsi con una loro eccessiva intensificazione o con una disattivazione. L'intensificazione si ha quando l'attivazione di un'emozione viene vissuta dal soggetto come indesiderata, intrusiva, fuori dal controllo e travolgente. Si tratta di emozioni intense che provocano panico, terrore, angoscia, vuoto, con una sensazione di sopraffazione tanto da sentire di non riuscire a tollerarle.

La disattivazione dell'emozione è l'altra faccia della medaglia della disregolazione emotiva e si manifesta con esperienze dissociative come la depersonalizzazione, derealizzazione o scissione o di appiattimento affettivo nel corso di esperienze che normalmente dovrebbero comportare un'attivazione emotiva (Leahy *et al.*, 2013).

La disattivazione delle emozioni può essere considerata come una reazione atipica ma normale di fronte a esperienze traumatiche vissute come troppo minacciose all'incolumità fisica e psicologica, ma quando il distacco emozionale è eccessivo non consente il normale processo di elaborazione e costituisce una strategia di *coping* disadattiva basata sull'evitamento.

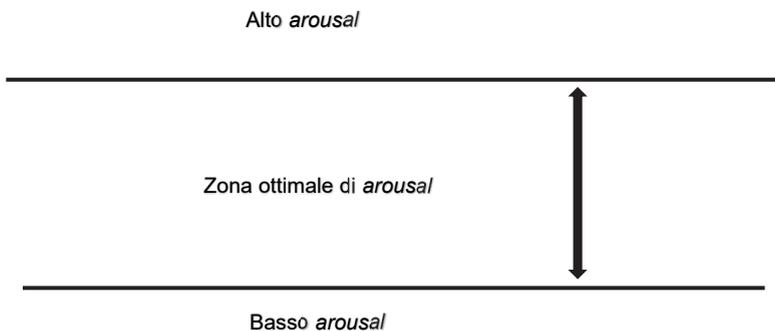
La regolazione delle emozioni include qualsiasi strategia di *coping* (adattiva o maladattiva) utilizzata per gestire emozioni troppo intense. Può essere pensata come un processo omeostatico che modera l'intensità delle emozioni per mantenerle entro un livello gestibile (Leahy *et al.*, 2013).

A tal proposito Daniel Siegel ha sviluppato il concetto di "finestra di tolleranza" (Figura 1) che è strettamente legato alla disregolazione emotiva e di grande rilevanza nel trattamento dei pazienti difficili. Siegel (2013) afferma che molte forme di malessere mentale possono essere considerate come il risultato di disregolazione emotiva, ovvero stati mentali ed emotivi che si possono manifestare con esplosioni di emozioni molto intense come rabbia, tristezza o terrore che superano i limiti della "finestra di tolleranza" e travolgono la capacità di pensiero razionale, di flessibilità di risposta e di autoriflessione. La persona ha la sensazione di perdita totale di controllo e le sue attività interne e abilità interpersonali sono momentaneamente compromesse.

Siegel definisce la “finestra di tolleranza” come

quel range all’interno del quale le diverse intensità di attivazione emotiva e fisiologica possono essere integrate senza interrompere la funzionalità del nostro sistema [come rappresentato nella figura sottostante]. Quando le persone sono all’interno della loro finestra di tolleranza le informazioni che provengono dal mondo interno e dall’ambiente esterno possono essere integrate, in un fluire ininterrotto di informazioni percettive che vengono assimilate e associate ai dati emotivi e cognitivi, fino a costruire un significato alle esperienze (Cinotti, 2014).

Figura 1. Finestra di tolleranza Siegel (2013)



La linea sinusoidale che si osserva tra le due linee orizzontali segnalate dalle due frecce rappresenta il tono di attivazione neuro-fisiologica con le sue normali fluttuazioni. Nel corso della giornata, il nostro stato di *arousal* si muove a tratti verso l’alto (tendendo allo stato di *iper-arousal*) e a tratti verso il basso (*ipo-arousal*), contestualmente a situazioni percepite più o meno “attivanti” o più o meno “calmanti”.

Fluttuare all’interno della finestra di tolleranza è totalmente normale, fino al punto in cui per varie ragioni il tono di *arousal* non superi verso l’altro o verso il basso i confini della finestra di tolleranza: in quel momento inizia il senso di “disregolazione”, percepito soggettivamente come un senso di essere “fuori controllo” (troppo agitati/ansiosi/attivati) o al contrario troppo “scarichi” o apatici (lo stato di *ipo-arousal*) e accompagnato da uno stato di profondo malessere soggettivo psichico, da cui si tenta di fuoriuscire.

Secondo questa rappresentazione del malessere psichico, indotto da una disregolazione del tono di attivazione neuro-fisiologica, il problema consiste nell’incapacità di trovare strategie di regolazione emotiva che consentano all’individuo di rientrare all’interno della finestra di tolleranza quando ci si trova al di fuori, sia in termini di *iper* o di *ipo-arousal* (State of Mind, 2023).

La trasformazione o la modulazione delle esperienze emotive interne, ottenuta attraverso il controllo inibitorio delle conseguenti reazioni comporta-

mentali, rappresenta uno dei principi fondamentali alla base delle tecniche comportamentiste dell'esposizione. Il paziente, esponendosi in modo graduale alle situazioni temute, a lungo andare imparerà a tollerare la sofferenza, a ridurre lo stress e la vulnerabilità emotiva, a sperimentare emozioni positive. La modificazione dello stato emotivo si può ottenere anche attraverso il controllo delle reazioni fisiologiche alle emozioni, ed è il principio base delle tecniche di rilassamento (compresa la desensibilizzazione), di alcune terapie farmacologiche e delle tecniche di respirazione nel trattamento degli attacchi di panico. Il controllo dell'attivazione fisiologica associata agli stati emotivi implica la capacità dell'individuo non solo di moderare le intense risposte fisiologiche associate all'emozione e quindi di "calmarsi" in presa ad esempio a un attacco di panico o di rabbia fuori controllo, ma anche di incrementare il basso *arousal* conseguente ad emozioni di segno opposto come la tristezza o la depressione, quindi la capacità di "tirarsi su". Questo richiede, in generale, la capacità di forzare la propria attività anche quando la persona sente di non potercela fare, proprio come avviene nella programmazione di attività specifiche, che rappresenta una delle principali tecniche di terapia cognitiva per la depressione.

Il controllo dell'attenzione rappresenta uno dei principali sistemi per regolare le emozioni. L'importanza di questo meccanismo è stata sottolineata da diversi autori (Derryberry, Rothbart, 1984). Spostare l'attenzione su stimoli ambientali piacevoli, concentrandosi prevalentemente su di essi, può contribuire all'attivazione o al mantenimento di stati emotivi positivi, mentre anche una semplice deviazione dell'attenzione da stimoli ambientali spiacevoli può determinare un'attenuazione degli effetti negativi. Di conseguenza, chi è capace di esercitare un buon controllo sulla direzionalità e sulla focalizzazione delle proprie facoltà attentive, sarà anche in grado di regolare più facilmente le proprie emozioni (Posner *et al.*, 1984).

È ragionevole pensare che l'incapacità di distrarre la propria attenzione dagli stimoli emotivi negativi sia una componente importante della difettosa regolazione delle emozioni.

Teoria biosociale nella terapia dialettico-comportamentale

La terapia dialettico-comportamentale o Dialectical Behavior Therapy (DBT) è un trattamento cognitivo-comportamentale, sviluppato da Marsha M. Linehan, negli anni '90 in USA, ampiamente riconosciuto e diffuso grazie alle prove di efficacia condotte negli ultimi 20 anni, che la collocano tra i trattamenti principali del disturbo borderline di personalità. Inizialmente ideato per i pazienti suicidari o autolesivi cronici, è stato in seguito adattato

alle popolazioni cliniche con problemi di disregolazione emotiva ed impulsività.

La DBT nasce dal dilemma di come impostare una terapia basata su una sintesi dialettica tra il cambiamento delle emozioni dolorose, percepite dai pazienti come intollerabili e l'accettazione delle stesse, nel momento in cui non sono modificabili nel breve termine. Ne consegue un modello complesso che integra diversi approcci: terapie psicodinamiche, centrate sul cliente, gestaltiche, strategiche, tecniche cognitive e comportamentali, mindfulness.

Tra i concetti più importanti elaborati dalla Linehan Marsha (1993) e legati alla disregolazione emotiva c'è quello della la teoria biosociale secondo cui i comportamenti problematici dei soggetti emotivamente disregolati derivano da una combinazione di fattori biologici e ambientali: la *vulnerabilità biologica* e un *ambiente sociale invalidante* (ambiente inadatto ad insegnare strategie efficaci di regolazione emotiva, sostituito da un apprendimento inadeguato e disfunzionale) da qui il termine "biosociale".

Per "vulnerabilità emotiva" si intende una predisposizione innata ad avere un'elevata sensibilità agli stimoli emotivi, elevata reattività emotiva anche di fronte a stimoli neutri e un lento ritorno all'emozione di base. Le persone con una vulnerabilità biologica iniziale alle emozioni non sviluppano una disregolazione emotiva se non esposte ripetutamente ad un ambiente invalidante.

L'"ambiente invalidante" è caratterizzato da un ambiente sociale (rappresentato dai genitori, dagli insegnanti, dai coetanei o altri membri della famiglia che entrano ripetutamente in contatto con la persona) che tende a negare le emozioni dell'altro sminuendole, ignorandole, punendole o criticandole. Un ambiente invalidante alla comunicazione delle proprie esperienze interne tende a dare risposte estreme, inappropriate e imprevedibili. Attraverso parole o azioni, l'invalidazione comunica che gli stati d'animo, le azioni, le emozioni e i pensieri di una persona non hanno senso, sono manipolativi, inutili, sciocchi o eccessivi, non degni di interesse o rispetto.

Un ambiente invalidante non tollera le espressioni di disagio e sofferenza espresse dal soggetto per cui tende a minimizzarle e semplificarle come a dire "non è nulla puoi risolverlo da solo"; soltanto le manifestazioni estreme ed eclatanti o i problemi eccezionalmente gravi riescono a sollecitare una risposta di sostegno e di aiuto da parte degli altri. Questo non può che favorire la tendenza da parte del soggetto allo sviluppo di risposte di tipo estremo. Un bambino che cresce in una famiglia invalidante dove le risposte ambientali sono contraddittorie e incoerenti vivrà continue oscillazioni tra il polo dell'inibizione emotiva e quello dell'eccessiva intensità emotiva.

Un approccio transazionale al rapporto individuo-ambiente consente di comprendere come un sistema inizialmente costituito da un bambino con una lieve vulnerabilità emotiva e da una famiglia dallo stile tendenzialmente

invalidante possa, nel corso del tempo, evolvere verso un'ingravescente condizione di reciproca ipersensibilità, vulnerabilità e invalidazione tra il soggetto e il suo ambiente.

Infatti, l'ambiente invalidante può rinforzare le crescenti manifestazioni di sofferenza espresse dal soggetto aumentandone l'escalation. Supponiamo, ad esempio, che un ragazzo di 15 anni, cresciuto in una famiglia invalidante, torni a casa con 30 minuti di ritardo dall'orario stabilito dai genitori e borbottando si chiuda in camera perché triste e deluso perché fidanzata lo ha appena lasciato. Il padre invalidante, senza nemmeno chiedere il motivo del ritardo, inizia a urlare rimproverandolo. Il ragazzo vulnerabile, e appena ferito dall'accaduto, non sentendosi capito, reagisce in modo estremo alzando la voce e rispondendo male al padre. Questo, a sua volta, aumenta la reazione rabbiosa da parte del padre, che alimenta la rabbia del figlio fino a un'escalation che potrebbe degenerare. In questo caso l'alta emotività espressa viene alimentata da entrambi.

La natura transazionale della teoria biosociale implica che le persone possono sviluppare modelli di disregolazione attraverso vie diverse: un individuo con estrema vulnerabilità emotiva può sviluppare modelli di disregolazione in una famiglia con un livello "normale" di invalidazione e può anche suscitare inavvertitamente invalidazione da parte dell'ambiente che lo circonda. Oppure, un ambiente altamente invalidante potrebbe interagire con una persona con un basso livello di vulnerabilità emotiva generando una persistente disregolazione emotiva.

A tal proposito, nel lavoro clinico, oltre che a lavorare con il paziente vulnerabile e disregolato per fornirgli strategie efficaci di gestione emotiva e controllo del comportamento, è molto importante lavorare anche sul contesto ambientale al fine di aiutarlo ad essere validante per il paziente per ridurne la vulnerabilità e interrompere circoli viziosi dannosi per l'intero nucleo familiare.

Struttura del modulo

Il modulo "La regolazione emotiva e la gestione delle crisi in famiglia" prende spunto dalla terapia dialettico-comportamentale sviluppata da Marsha Linehan facendo particolare riferimento al concetto di regolazione emotiva e alla teoria biosociale che prende in considerazione l'interazione continua tra vulnerabilità biologica e ambiente nel condizionare la risposta emotiva. L'obiettivo di questo modulo è quello di mettere in evidenza i comportamenti disfunzionali che possono essere agiti d'impulso in preda a un'emozione intensa e insegnare modi più adattivi per tollerare la sofferenza e gestire in

modo appropriato le crisi emotive al fine di ridurre la sofferenza e i conflitti familiari.

Il modulo “La regolazione emotiva e la gestione delle crisi in famiglia” è articolato in due incontri strutturati come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 1. Struttura e obiettivi del modulo “La regolazione emotiva e la gestione delle crisi in famiglia”

Incontri	Argomento
I incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducazione sulla regolazione emotiva - Strategie di coping maladaptive - Vulnerabilità emotiva - Teoria biosociale - Ambiente invalidante - Disregolazione emotiva - Validazione emotiva - Homework: scheda 2 e 5
II incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Strategie educative che promuovono l'autoregolazione - Il ruolo del rinforzo - Prospettive della Mente - Gestire i conflitti attraverso la validazione - Comportamenti adolescenziali tipici vs preoccupanti - Superare le crisi emotive - Strategie efficaci per tollerare e gestire la sofferenza - Homework: allenarsi a gestire i conflitti familiari attraverso le tecniche apprese nel modulo: utilizzo della validazione emotiva, rinforzo, ignorare i comportamenti lievemente problematici, gestione della crisi, ABC del genitore e ABC funzionale
Obiettivi generali del III modulo	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendere il significato della regolazione delle emozioni - Imparare a gestire gli impulsi - Comprendere le conseguenze a breve e lungo termine di un comportamento - Imparare a gestire le emozioni in modo efficace - Imparare a prendere decisioni in modo saggio
Allegato online. Schede operative per genitori modulo III	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda 1 “Strategie disfunzionali per gestire un’emozione” - Scheda 2 “L’ABC e il comportamento disfunzionale” - Scheda 3 “Teoria biosociale” - Scheda 4 “La validazione emotiva” - Scheda 5 “Validazione e invalidazione emotiva” - Scheda 6 “Prospettive delle menti” - Scheda 7 “Comportamenti adolescenziali tipici vs preoccupanti” - Scheda 8 “Strategie per gestire le crisi emotive” - Scheda 9 “Strategie efficaci per tollerare e gestire la sofferenza”

I incontro

Revisione dei compiti

Scheda 4 “L’ABC con pensiero funzionale”.

Scheda 5 “Analisi del comportamento: l’ABC funzionale”.

Psicoeducazione sulla regolazione delle emozioni

Il terapeuta inizia la seduta stimolando una riflessione di gruppo sul concetto di regolazione e disregolazione emotiva, riportando alla lavagna le idee riferite dai partecipanti. Successivamente, dedica una prima parte alla psicoeducazione su questo concetto facendo riferimento alla “*finestra di tolleranza*” di Daniel Siegel, esposta all’inizio del capitolo.

Sollecita i partecipanti a riferire episodi di conflitto familiare in cui i genitori sono usciti dalla finestra di tolleranza, stimolando una riflessione se sono state usate delle modalità adattive o disadattive di gestione delle emozioni e del comportamento.

Il terapeuta apre una piccola parentesi sul ruolo del genitore come potente regolatore emotivo per il figlio a partire dai primi anni di vita riferendo l’esperimento del precipizio visivo sottoesposto.

Genitore: primo e più importante “regolatore emotivo del bambino”

Esperimento del precipizio visivo

Uno dei compiti più difficili per un bambino piccolo è riuscire a gestire gli stati fisici e le emozioni, a controllare e regolare il proprio comportamento. Lo sviluppo di un adeguato livello di autoregolazione è fondamentale per creare le basi per lo sviluppo di un’ampia varietà di funzioni. Infatti, la capacità di autoregolazione consente di affrontare adeguatamente compiti sociali e cognitivi, di adattarsi positivamente ai cambiamenti e di fronteggiare con padronanza le difficoltà.

Sebbene questo tipo di abilità continui a svilupparsi fino all’età adulta, è nei primi anni di vita che avvengono cambiamenti particolarmente importanti ed è il genitore ad avere un ruolo fondamentale affinché i processi regolatori possano svilupparsi e maturare in modo adeguato, favorendo il passaggio dalla regolazione emotiva diadica all’autoregolazione.

Già a due mesi i bambini sono in grado di discriminare le espressioni facciali prodotte dagli adulti e di attribuirgli uno stato emotivo, sono capaci di imitare le espressioni dell’adulto e, soprattutto, di regolare la propria risposta emotiva sulla base degli indici espressivi forniti dal genitore (www.igeacps.it). Infatti, tali competenze, per potersi sviluppare in maniera compiuta ed equilibrata, necessitano della presenza di un genitore sensibile e responsivo quindi capace di: interpretare i segnali del bambino in maniera corretta e reagire ai suoi bisogni in modo adeguato, modulare prima di tutto le proprie reazioni emotive, avere un atteggiamento fermo ma anche disponibile a livello affettivo, favorire la curiosità

e l'esplorazione del bambino verso l'ambiente esterno per il raggiungimento di una piena autonomia.

Diverse ricerche dimostrano come il bambino, già a 3-4 mesi, si dimostri estremamente sensibile alle modificazioni dell'espressività materna, modificando a sua volta le proprie modalità comunicative. Uno dei primi esperimenti ideati per dimostrare come il bambino regoli il proprio comportamento in base alle reazioni del genitore è l'esperimento del "precipizio visivo", nel quale un bambino in grado di gattonare viene messo su un pavimento di plexiglas con sotto un dislivello chiaramente visibile, mentre la madre guarda il bambino dal lato opposto del "precipizio". Per una parte dell'esperimento si chiede alla madre di mostrare un'espressione ansiosa e preoccupata, nell'altra, invece, le si chiede di rimanere allegra e sicura. I risultati mostrano che i bambini guardano sistematicamente la madre prima di decidere se attraversare carponi il plexiglas per raggiungerla e la loro decisione è collegata direttamente all'espressione emotiva mostrata dalla madre. Quando i bambini vedono il volto della madre preoccupato limitano o bloccano l'esplorazione rimanendo immobili o indietreggiando, mentre quando il volto della madre è allegro e rassicurante esplorano l'ambiente attraversando il plexiglas per raggiungerla.

Appare evidente che il genitore rappresenti il primo e più importante "regolatore emotivo del bambino", quindi è di fondamentale importanza che si senta sicuro e capace di regolare le proprie emozioni in modo adeguato. Ogni genitore si porta dietro il bagaglio della propria storia personale e questa può influenzare le proprie risposte emotive ed il proprio comportamento nei riguardi del figlio. I genitori che interpretano i segnali del figlio in base ai loro "stati interni" generano confusione nel bambino che avrà difficoltà a differenziare tra quello che prova lui veramente e quello che "gli dicono di provare" e, una volta diventato adulto, questo si tradurrà in difficoltà nel gestire le proprie emozioni, i confini tra sé e gli altri e le relazioni interpersonali.

Strategie di coping maladattive

A questo punto il terapeuta fa un brainstorming per capire che idea hanno i partecipanti di cosa significhi gestire in modo disfunzionale un'emozione, elencando tutti i comportamenti maladattivi che gli esseri umani possono mettere in atto in preda ad un'emozione intensa. Poi invita i partecipanti a consultare la Scheda 1 "Strategie disfunzionali per gestire un'emozione".

Si chiede ai partecipanti se gli sia mai capitato di usare strategie simili per affrontare la sofferenza sottolineando che hanno un effetto immediato di alleviare la sofferenza ma che, nel medio e lungo termine, peggiorano il problema originario e creano dei nuovi problemi, pertanto si fa riflettere il gruppo sulle conseguenze negative di tali scelte.

A questo punto il terapeuta può soffermarsi tra la stretta relazione tra emozioni e comportamento, sollecitando il gruppo a riferire quale azione segue in preda ad alcune emozioni specifiche, come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 2. Emozione e azione impulsiva

Emozione	Azione impulsiva
In preda alla tristezza si può...	Rimanere a letto, fare uso di droga o alcol
In preda al senso di vuoto si può...	Farsi male come tagliarsi, abbuffarsi di cibo, condotte autolesive, fare uso di alcol o droghe
In preda alla rabbia si può...	Diventare aggressivi verso le persone, urlare, lanciare oggetti, lasciare lavoro o relazioni importanti, guida spericolata, essere litigiosi
In preda alla paura si può...	Evitare di uscire, andare al lavoro, evitare tutto quello che si teme
In preda alla vergogna si può...	Evitare persone, attività, feste, situazioni ricreative o formali importanti
In preda all'eccitazione si può...	Parlare a sproposito, spendere soldi, giocare d'azzardo, sessualità promiscua
In preda all'amore si può...	Lasciarsi andare a comportamenti sessuali non protetti, andare a vivere insieme dopo pochi mesi di conoscenza

Alcuni di questi comportamenti vanno bene se usati con moderazione (esercizio fisico, dormire, lavorare, comprarsi qualcosa che piace, bere caffè, del vino in compagnia, ecc.), altri, invece, sono sempre dannosi. Spesso le persone, dopo aver messo in atto dei comportamenti impulsivi dicono che non sono riusciti a controllarsi tanto era forte l'emozione: *“Non ho saputo resistere, l'ho fatto ancora non riesco a controllarmi!”*. Infatti, l'impulso è la tendenza ad agire in modo rapido e immediato senza pianificare il proprio comportamento e senza valutarne le conseguenze. Solo dopo, a mente fredda, le persone si rendono conto per quello che hanno fatto e spesso si sentono anche in colpa o indegne, per poi, però, ricaderci alla prossima crisi.

Disregolazione emotiva

Il terapeuta elenca le conseguenze della disregolazione emotiva:

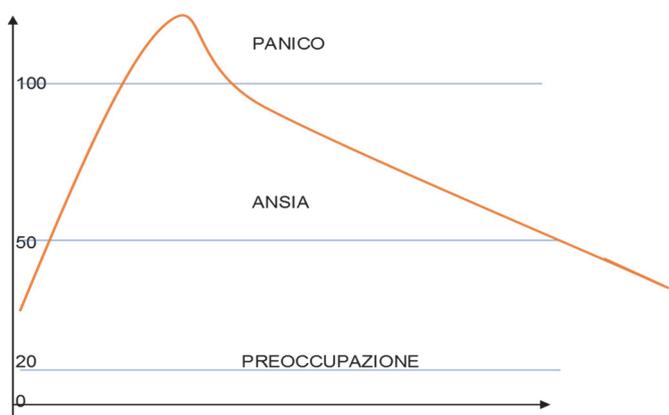
- bassa autostima ed instabilità nel senso di sé;
- problemi nelle relazioni (caotiche ed instabili);
- paura dell'abbandono, sentimenti di solitudine;
- comportamento impulsivo;
- ansia, rabbia, disforia e disregolazione;
- autogiudizio continuo;
- problemi nel pensiero;
- problemi nel problem solving;

- comportamento impulsivo;
- sensazione di ottundimento/annebbiamento;
- dissociazione, ideazione paranoide.

Vulnerabilità emotiva

Il terapeuta spiega cosa sia la vulnerabilità emotiva dicendo che ci sono delle persone che, più di altre, nascono con una vulnerabilità emotiva, ciò significa che sentono le emozioni a un “volume” più intenso rispetto alla media, sono più sensibili anche di fronte a stimoli neutri e ci mettono più tempo a tornare a uno stato emotivo di base. Il terapeuta può rappresentare alla lavagna la curva sottostante della vulnerabilità emotiva portando ad esempio l’emozione dell’ansia.

Figura 2. Vulnerabilità emotiva (adattamento da Rathus, Miller, 2016)



Vulnerabilità biologica alle emozioni:

- *le emozioni si sentono a un volume più alto.* Ci sono persone che hanno una sensibilità emotiva diversa rispetto ad altre; una mole di ricerche suggerisce che le persone fortemente emotive hanno connessioni cerebrali diverse, è come se avessero un’ustione sul braccio e come soffia un po’ di vento sentono immediatamente il dolore, mentre una persona vicino non si accorge nemmeno della corrente d’aria che passa. Si può chiedere ai partecipanti come si sentono rispetto alla vulnerabilità e di fare degli

esempi. Può iniziare il terapeuta dicendo che c'è chi è più sensibile alla luce o agli odori, oppure chi allergico come arriva un po' di polline a primavera e a chi non da affatto fastidio. Va spiegato che la vulnerabilità emotiva non è un problema di per sé, ma può anche essere un punto di forza perché è anche ciò che rende creativo un individuo e lo spinge ad appassionarsi ai propri interessi, a portare avanti progetti, trascinare le persone verso obiettivi comuni. Non è un caso che persone vulnerabili diventino anche grandi leader e portino avanti grandi progetti. La cosa importante è saper canalizzare in modo costruttivo la vulnerabilità, in modo tale da diventare capaci di controllare le proprie emozioni e non il contrario, ovvero lasciare che le emozioni controllino il comportamento condizionandone la vita in senso negativo;

- *reattività emotiva*. La risposta emotiva è forte e immediata anche di fronte a stimoli neutri. Oltre ad essere sensibili, le persone vulnerabili percepiscono le emozioni in modo più intenso e potente rispetto alla media: ciò significa che la persona non vulnerabile può sentirsi un po' triste o lievemente infastidita rispetto a certi stimoli, mentre la persona vulnerabile si sente profondamente triste o fortemente irritata o furiosa anche di fronte a sollecitazioni minime;
- *lento ritorno all'emozione di base*. È difficile calmarsi e tornare a sentirsi come prima. Se l'emozione provata è così intensa non passerà nel giro di pochi minuti, come capita alle persone meno vulnerabili, ma potrà volerci molto più tempo, anche ore o giorni. Per fare una metafora è come se le persone vulnerabili avessero sempre un fuocherello acceso dentro di sé, e non appena arrivano dall'esterno degli stimoli anche lievemente fastidiosi, quei nuovi ciocchetti di legna non faranno altro che alimentare il fuoco.

La vulnerabilità emotiva *rende più difficile regolare emozioni e comportamento*.

Teoria biosociale

Riprendendo il concetto di vulnerabilità biologica, il terapeuta sollecita il gruppo a consultare la Scheda 3 “Teoria biosociale” e fa riflettere sull'importanza dell'interazione esistente tra vulnerabilità biologica e ambiente circostante: si spiega che a partire da una base innata rispetto la reattività alle emozioni, l'ambiente esterno con cui, il bambino prima, l'adolescente e l'adulto dopo, interagisce ha un effetto potentissimo nel ridurre o amplificare tale vulnerabilità.

Il funzionamento individuale e quello sociale sono in continua interazio-

ne: l'individuo influenza l'ambiente e viceversa. La presenza di una persona con una vulnerabilità biologica alle emozioni rappresenta un fattore di stress per la famiglia, ma anche un ambiente familiare in cui si ricorre spesso a comunicazioni aggressive e invalidanti, rappresenta un fattore di stress per la persona vulnerabile. Nel tempo, se una persona è costantemente esposta a un ambiente invalidante con molta probabilità svilupperà un'incapacità a gestire le emozioni in modo efficace e quindi avrà problemi di disregolazione emotiva, ovvero una marcata impulsività che non permette di riflettere prima di agire.

Supponiamo che una persona sia cresciuta in una famiglia invalidante, con alta emotività espressa, ovvero qualunque manifestazione emotiva esprimeva veniva vissuta dai familiari come fonte di pericolo e preoccupazione oppure con fastidio e rabbia: immaginiamo liti frequenti con eccessi di collera fino ad arrivare a violenza fisica e verbale, oppure se c'era un momento in cui la persona manifestava un bisogno di vicinanza perché si sentiva sola, triste e vulnerabile e la famiglia reagiva a questo o minimizzando il problema e dicendo per esempio *“passerà non è nulla”* oppure esasperandolo *“cosa ti succede, perché piangi, non devi stare male va tutto bene”*. Come può essersi sentita la persona in questione? Chi riceve costantemente comunicazioni di questo tipo si sente incompreso e gli arriva un messaggio sottile che è quello di comunicare che le emozioni non si possono esprimere perché sono fonte di disagio.

Un ambiente invalidante comunica attraverso parole o azioni, che gli stati d'animo, le azioni, le emozioni e i pensieri che una persona sperimenta non hanno senso, sono manipolativi, inutili, sciocchi o eccessivi, quindi non degni di interesse o rispetto.

Ambiente invalidante

Il terapeuta sottolinea i punti sottostanti come conseguenza all'essere esposti a un "ambiente invalidante":

- delegittima le esperienze, soprattutto private, di una persona (emozioni, bisogni, desideri, pensieri, convinzioni, sensazioni);
- svaluta le esperienze soprattutto quando sono molto diverse da quelle degli altri;
- non accetta né apprezza le differenze;
- cerca di cambiare o controllare;
- ignora o non presta attenzione;
- è critico o giudicante;
- non trasmette accettazione e accudimento anche quando esistono;
- ostacola la risoluzione, la gestione ed il fronteggiamento dei problemi.

Validazione emotiva

Il terapeuta spiega il concetto di “validazione emotiva” e sollecita alla lettura della Scheda 4 “La validazione emotiva”. Validare significa comunicare all’altra persona che le sue emozioni, i suoi pensieri e il suo comportamento hanno un senso e che siamo in grado di comprenderla.

Validare è importante perché:

- migliora i rapporti interpersonali;
- riduce l’intensità dei conflitti;
- riduce l’intensità delle emozioni, rendendo la persona con cui stiamo parlando più calma e più ricettiva a quello che vogliamo comunicargli.

Quando validiamo, la persona si sente capita, ascoltata, non giudicata, percepisce che abbiamo a cuore il rapporto e capisce che possiamo anche non approvare il comportamento ma quantomeno approvare quello che prova senza entrare in conflitto.

È importante sottolineare che la validazione non è accettazione. Validare non significa che ci piace o che approviamo ciò che l’altro sta facendo o dicendo ma significa semplicemente capire le motivazioni che spingono l’altro ad agire o a pensare in un determinato modo.

È importante validare ciò che è valido, non quello che non lo è; si può validare sempre uno stato d’animo senza validarne il comportamento ad esso associato. Ad esempio, se un ragazzo torna a casa disperato perché ha preso un brutto voto a scuola e il genitore sa perfettamente che non ha aperto libro, non validerà il suo comportamento ma potrà validare l’emozione che sta provando il figlio e potrà dirgli: “*Capisco come ti senti, non è piacevole prendere un brutto voto e mi dispiace molto per te ma non avevi studiato, dagli errori si impara e sono certo che la prossima volta ti metterai sotto per recuperare!*”. Oppure se una ragazza ha commesso un gesto autolesivo e si è tagliata in preda a un forte dolore dopo la fine di una storia si potrebbe validare dicendo: “*capisco perfettamente come ti sei potuta sentire, è terribile sentirsi rifiutati e abbandonati e immagino che se sei arrivata a farti così del male era l’unica cosa che al momento ti dava sollievo ma possono esserci altri modi di gestire questa grande sofferenza, dei modi che ti proteggano e che non ti facciano del male, sono certa che prima o poi li troverai*”. È evidente che ha messo in atto un comportamento disadattivo ma se gli diciamo “*cosa hai fatto, non dovevi, è terribile, non si può morire per la fine di una relazione, è pieno di ragazzi, morto un papa se ne fa un altro*”, sicuramente peggioreremmo il suo stato d’animo perché non si sentirebbe né sostenuta né compresa nel suo malessere.

Non bisogna dimenticare mai che in ogni comunicazione il primo passo utile è sempre quello di validare emozioni e pensieri.

Esercitazioni su episodi di invalidazione

Il terapeuta invita i partecipanti a riferire episodi di disaccordo familiare e sceglie alcune coppie per simulare la situazione ponendo attenzione alla comunicazione invalidante.

Homework

Scheda 2 “L’ABC e il comportamento disfunzionale”.
Scheda 5 “Validazione e invalidazione emotiva”.

Il incontro

Revisione dei compiti

Scheda 2 “L’ABC e il comportamento disfunzionale”.
Scheda 5 “Validazione e invalidazione emotiva”.

Scelte educative che favoriscono l’autoregolazione

- Creare un ambiente prevedibile.
- Fornire poche regole, chiare e semplici, quando possibile dire di “sì” piuttosto che fare il braccio di ferro.
- Parlare con calma e mai in preda a una crisi emotiva.
- In preda a una crisi rimandare a dopo la conversazione (anche il giorno dopo).
- Capovolgere l’ago della bilancia: usare gratificazioni quando vostro figlio si comporta bene e ignorare i comportamenti lievemente problematici.
- Fare attenzione a non rinforzare i comportamenti provocatori prestandogli attenzione.
- Ignorare le provocazioni.
- Non alzare la voce e usare una comunicazione assertiva: no minacce, no violenza verbale e fisica.
- Astenersi dai giudizi e dalle critiche.

- Sottolineare i comportamenti problematici senza minare l'autostima (piuttosto che dire “*sei il solito disordinato*” si può sottolineare il comportamento “*la stanza è tutta in disordine*”).
- Validare le emozioni e i pensieri espressi da vostro figlio/a.

Il ruolo del rinforzo

Il rinforzo è un'azione compiuta a seguito di un comportamento emesso da un altro soggetto che aumenta la probabilità che quel comportamento si verifichi con più *frequenza*, più *forza* e più *intensità*.

Spesso, in modo inconsapevole, vengono rinforzati dei comportamenti negativi e provocatori: se ad esempio il figlio chiede di uscire e gli era stato detto di no e dopo tante lamentele inizia a urlare e gli viene concesso, il genitore sta rinforzando il comportamento inappropriato: il ragazzo impara che per ottenere quello che vuole basta lamentarsi e urlare. Spesso, in alcune famiglie, queste situazioni sono all'ordine del giorno e rischiano di degenerare creando un'escalation di aggressività che innesca veri e propri circoli viziosi. Se, invece, un genitore, vuole ottenere la remissione di un comportamento inadeguato, deve imparare a ignorare il figlio quando lo emette, a meno che non sia un comportamento pericoloso per sé o per gli altri per cui va necessariamente bloccato e contenuto. Ma, in linea generale, un comportamento si estingue solo se ignorato.

Il rinforzo può essere di diversi tipi che vanno dall'artificiale e tangibile al naturale e astratto:

- *consumatorio* (caramella, dolce preferito, etc.), molto usato con i bambini piccoli;
- *simbolico* (token economy, stelline, smile, qualsiasi oggetto usato come simbolo per essere poi scambiato con un premio o privilegio con funzione di rinforzo), molto usato nell'infanzia;
- *dinamico* (gita, parco, sport, festa, etc.), più usato in adolescenza;
- *sociale* (lodi, complimenti, gratificazioni), il rinforzo più potente per tutte le fasce di età.

Il rinforzo per funzionare deve:

- essere emesso immediatamente dopo l'emissione del comportamento che voglio aumentare;
- essere gradito a chi lo riceve;
- variare nel tempo.

Esercitazione sul ruolo del rinforzo

Si avvia una discussione di gruppo sollecitando i genitori a riportare situazioni di disaccordo familiare in cui hanno, inconsapevolmente, rinforzato comportamenti problematici, sottolineando il ruolo del rinforzo e dell'estinzione come riportato nello schema sottostante.

Rinforzo ed estinzione di un comportamento

Se voglio ottenere l'estinzione di un comportamento problematico lo devo ignorare; viceversa se voglio aumentare la probabilità che si verifichi un comportamento positivo lo devo rinforzare.

Prospettive della mente

Il terapeuta invita i partecipanti a consultare la Scheda 6 “Prospettive della mente”.

In ognuno di noi convivono tre stati della mente (emotiva, razionale e saggia) ed è importante riuscire a trovare il giusto equilibrio, ma non è affatto facile o immediato. Le decisioni migliori vengono prese con la mente saggia, quella mente intuitiva capace di coniugare gli aspetti emotivi con quelli razionali.

La *mente saggia* è lo stato della mente che integra la mente logica con la mente impulsiva e trova il giusto equilibrio tra questi opposti. La mente saggia è priva di conflitti: è un'intuizione che non ha bisogno di ragionamento e che non si fa dominare dalle emozioni, ci permette di cogliere la realtà e di adattarci ad essa con flessibilità, semplicemente “*è la sensazione giusta, sappiamo che dobbiamo agire così, lo sentiamo dentro di noi*”. Non è soltanto una combinazione di emozione e ragione, ma una sorta di condizione superiore in cui riusciamo a prendere le migliori decisioni, quelle di cui non ci pentiremo e che ci porteranno a stare bene.

L'obiettivo cui devono tendere gli esseri umani, per fare scelte corrette, è quello di allenare la mente a dialogare integrando gli aspetti razionali con quelli emotivi senza che una mente prenda il sopravvento sull'altra.

A questo punto si può sollevare una discussione portando degli esempi come il seguente: può capitare che una persona senta forte il desiderio di prendersi un cane, ma poi valuta che non ha un parco vicino casa per portarlo fuori, che esce di casa la mattina presto e torna la sera, non ha nessuno che può portarlo fuori a fare i bisogni quindi, suo malgrado, rinuncia a questa possibilità e valuta eventualmente di farsi un gattino, che da certi punti di vista è meno impegnativo.

La mente impulsiva dell'adolescente

La mente dell'adolescente è estremamente impulsiva. I cambiamenti che avvengono a livello cerebrale nei primi anni dell'adolescenza predispongono alla comparsa di quattro caratteristiche mentali:

- la ricerca di novità e una maggiore spinta alla ricerca di gratificazione;
- il coinvolgimento sociale, l'intensificarsi dei legami tra pari;
- maggiore intensità emotiva;
- esplorazione creativa.

Come ci ricorda Siegel (2015), le modificazioni cerebrali che avvengono a questa età comportano sia dei rischi che delle opportunità: il modo in cui i giovani in viaggio, e i genitori li accompagnano nelle acque dell'adolescenza, può contribuire a dirigere la nave verso lidi pericolosi oppure verso entusiasmanti avventure; la decisione su quale direzione prendere spetta sia ai giovani sia ai genitori ma sono soprattutto i genitori che devono fare lo sforzo maggiore di sintonizzarsi emotivamente con il figlio e predisporre al dialogo e all'ascolto, pur impartendo con fermezza poche regole e definendo confini chiari sempre con amore e affetto.

Gestione di comportamenti problematici

Innanzitutto bisogna distinguere tra *comportamenti "accettabili"* lievemente problematici (che vanno ignorati) e *comportamenti "non accettabili"* gravemente problematici (che vanno interrotti) e adottare delle conseguenze diverse a seconda del tipo di comportamento emesso dall'adolescente.

A tal proposito si invitano i genitori a leggere la Scheda 7 "Comportamenti adolescenziali tipici v preoccupanti" e la Scheda 8 "Strategie per gestire le crisi emotive" e si sollecitano a portare esempi di disaccordo familiare facendo leva sulla differenza tra una buona gestione delle crisi e una gestione disfunzionale.

Ruolo del genitore è disinnescare il corto circuito emotivo aspettando che i parametri fisiologici (*arousal* neurovegetativo) tornino a uno stato di normalità (finestra di tolleranza).

Quando l'emotività si sarà abbassata, e la corteccia prefrontale avrà ripreso a funzionare, l'adolescente sarà più ricettivo e in grado di riflettere, e sarà, quindi, possibile ristabilire una comunicazione con lui, parlargli di comportamenti appropriati e inappropriati e delle possibili conseguenze. In questa fase è sempre bene mantenere un atteggiamento calmo e amorevole: in

una condizione di sicurezza relazionale, il cervello è maggiormente ricettivo nei confronti dell'apprendimento e l'altro è più predisposto a interiorizzare meglio gli insegnamenti che gli vengono dati.

Strategie efficaci per tollerare e gestire la sofferenza

Si invitano i partecipanti a consultare la Scheda 9 “Strategie efficaci per tollerare e gestire la sofferenza” e si legga insieme ogni punto. Si spiega che per imparare a gestire in modo efficace la sofferenza bisogna che una persona impari a:

- fermarsi prima di agire, contare fino a 10 e bloccare qualsiasi azione verrebbe naturale mettere in atto perché quando l'emozione è troppo intensa si rischia di utilizzare una strategia di coping disfunzionale;
- ridurre l'attivazione neurovegetativa attraverso: la respirazione, l'attività fisica (camminare veloci, flessioni sul posto), acqua fredda o ghiaccio sui polsi e sulle tempie oppure se riesce farsi una doccia fredda, la distrazione.

Una volta abbassato l'*arousal* neurovegetativo, la mente sarà più lucida per compilare un ABC e riflettere sull'accaduto, per cui sarà possibile e necessario chiedersi: “*Cosa provo e cosa sto pensando in questo momento? Perché mi sento così? Cosa è successo?*”.

- Accettare che si può soffrire e che certe cose non le possiamo cambiare. La sofferenza fa parte della vita (lutti, malattie piccoli o grandi fallimenti): ostinarci a cambiare ciò che è successo, e che non può essere modificato, rischia di far sprecare tante energie inutili che potrebbero essere canalizzate in altro modo. Bisogna imparare, quando necessario, a stare con il dolore, capire che le emozioni come vengono finiscono perché non sono eterne e che siamo in grado di gestirle.
- Praticare un'attività piacevole anche contro voglia: bagno caldo, sport, lettura, cucinare il proprio cibo preferito, ecc. Non deve aspettare che compaia il desiderio ma si deve sforzare di fare quello che generalmente, fuori da quel momento critico, faceva stare bene la persona.
- Incrementare le attività che promuovono il benessere, eliminando ciò che fa stare male, quindi programmare la vita nel medio e nel lungo termine tenendo conto che il benessere psicologico è dato da: bilanciare doveri e piaceri, condurre una vita regolare senza abusi, regolarizzare sonno e alimentazione, coltivare relazioni sociali, praticare attività appaganti.

Homework

Il terapeuta invita i partecipanti ad allenarsi a gestire i conflitti familiari in modo efficace attraverso le tecniche apprese nel modulo: utilizzo della validazione emotiva, rinforzo, ignorare i comportamenti lievemente problematici, gestione della crisi, ABC del genitore e ABC funzionale.

Bibliografia

- Cinotti N. (2014), *Lavorare con le emozioni*, disponibile al sito <https://www.nicolet-tacinotti.net/wp-content/uploads/2015/04/Lavorare-con-le-emozioni.pdf>.
- Derryberry D., Rothbart M.K. (1984), *Emotion, attention, and temperament*, in Izard C.E., Kagan J., Zajonc R.B. (a cura di), *Emotions, Cognition, and Behavior*, Cambridge University Press: Cambridge.
- Leahy R.L., Tirsch D., Napolitano A.A. (2013), *La regolazione delle emozioni in psicoterapia*, Eclipsi: Firenze.
- Linehan M. (1993), *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Cortina.
- Posner M.I., Walker J.A., Friedrich F.J., Rafal R.D. (1984), Effects of parietal lobe injury on covert orienting of visual attention, *Journal of Neuroscience*, 4, 1863-1874.
- Rathus J.R., Miller A.L. (2016), *Manuale DBT per adolescenti*, Cortina: Milano.
- Siegel D.J. (2013), *Il terapeuta consapevole. Guida per il terapeuta al Mindsight e all'Integrazione neurale*, Istituto di Scienze Cognitive Editore: Sassari.
- Siegel D.J. (2015), *La mente adolescente*, Cortina: Milano.

14. Modulo IV.

I disturbi d'ansia, i disturbi del tono dell'umore e i disturbi alimentari

*Più a lungo indugiamo sulle nostre sventure, più
grande è il loro potere di farci del male.*
Voltaire

L'ansia secondo la teoria cognitiva

Questo modulo è dedicato ai disturbi d'ansia e ha come riferimento teorico principale la teoria di Beck e gli approcci cognitivi ai disturbi d'ansia.

La premessa alla base delle teorie cognitive e della psicologia cognitivista inerenti i disturbi emozionali è che una disfunzione deriva dall'interpretazione personale dei singoli eventi. I comportamenti e l'emergere dei sintomi connessi a tali interpretazioni personali contribuiscono inoltre al mantenimento del problema emozionale stesso (Saulle, 2015; Wells, 1999).

Ellis (1962) sostiene che “i pensieri irrazionali” siano la fonte dei problemi emotivi e le sue conseguenze comportamentali. I pensieri irrazionali sono *imperativi, comandi e presupposti* che conducono a elaborazioni illogiche e a disturbi della sfera emozionale.

La teoria cognitiva dei disturbi emozionali di Beck (1976) afferma che l'ansia si accompagna a vere e proprie distorsioni del pensiero. Un processo disfunzionale che si manifesta a livello superficiale come un flusso di pensieri automatici negativi nell'esperienza cosciente del paziente. Le disposizioni nell'elaborazione cognitiva e i pensieri automatici negativi riflettono le convinzioni e le assunzioni immagazzinate nella memoria dell'individuo. Tali convinzioni e assunzioni sono rappresentazioni relativamente stabili della conoscenza, immagazzinata nel sistema di memoria, chiamate “schemi” (Bartlett, 1932). Una volta attivati, gli schemi influenzano il processo di elaborazione dell'informazione, modellano le interpretazioni delle esperienze e condizionano il comportamento (Martelli Venturi, 2019).

Secondo Beck nel disturbo d'ansia,

nel disturbo d'ansia, il difetto di elaborazione dell'informazione causa della vulnerabilità e della persistenza dell'ansia stessa, può essere visto da un lato come una preoccupazione o "fissazione" relativa al concetto di pericolo, dall'altro come una sottovalutazione delle capacità individuali di farvi fronte. La tematica del pericolo si estrinseca nel contenuto degli schemi ansiosi (assunzioni e convinzioni) e nel contenuto dei pensieri automatici negativi (Beck *et al.*, 1985; www.psicofi.it).

La sovrastima del pericolo e la sottostima delle capacità di fronteggiarlo attivano lo "schema di pericolo" presente nei disturbi d'ansia. La realtà esterna viene vissuta come estremamente pericolosa e il sé come estremamente vulnerabile (Beck *et al.*, 1985, p. 192).

Quando viene attivata la valutazione del pericolo, si crea un circolo vizioso che rinforza la manifestazione dell'ansia: i sintomi ansiosi diventano fonte di minaccia perché vengono interpretati come segnali di un grave e imminente disturbo fisico o psicologico e condizionano il comportamento della persona. Questo aumenta il senso di vulnerabilità e viene rinforzata l'iniziale reazione ansiosa e la valutazione del pericolo.

Le caratteristiche comuni nei disturbi d'ansia sono:

- l'attivarsi di circoli viziosi tra sistema cognitivo, sintomi e comportamento;
- valutazioni disfunzionali;
- errori cognitivi di pensiero (pensieri negativi di minaccia);
- attivazione di strategie disfunzionali: evitamento (Clark, 1988; Salkovskis, 1991; Wells, 1990) comportamenti protettivi (ad esempio chiedere continue rassicurazioni, uscire ma sempre accompagnati da qualcuno, ecc.) e attenzione selettiva alle sensazioni corporee.

Tali strategie impediscono di disconfermare le valutazioni disfunzionali e gli errori di pensiero condizionando la vita della persona nel suo quotidiano e creano intenso malessere.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale può essere considerata il trattamento psicologico d'elezione per i disturbi d'ansia, dimostrata valida ed efficace dal punto di vista scientifico da una considerevole e consolidata mole di ricerche empiriche (evidence-based medicine) di carattere internazionale, tanto da essere inserita nelle linee guida dell'APA, American Psychiatric Association come trattamento di prima scelta (Tabella 2, cap. 3, prima parte).

Il trattamento dei disturbi d'ansia prevede:

- una parte dedicata alla *psicoeducazione* (definizione di cosa è l'ansia, ridefinire ogni sintomo allo scopo di sottolinearne l'innocuità, smontare luoghi comuni sulla pericolosità di alcune sensazioni come ad esempio

l'iperventilazione); spiegare lo sviluppo del disturbo d'ansia come forma di risposta allo stress; spiegare la funzione di mantenimento svolta dalle condotte di evitamento, dai comportamenti protettivi, dall'attenzione selettiva, dalle sensazioni corporee dall'ansia anticipatoria che creano dei circoli viziosi che alimentano lo stato d'ansia;

- una parte dedicata alla *ristrutturazione cognitiva* (attraverso la tecnica dell'ABC si individuano schemi e credenze e si aiuta il paziente a sottoporle a un rigoroso esame di realtà al fine di correggere le conclusioni illogiche sostituendole con pensieri e credenze funzionali e più realistici);
- una parte dedicata al *controllo della respirazione* (spiegazione del processo di iperventilazione con le sue conseguenze somatiche, insegnamento di tecniche di respirazione diaframmatica);
- una parte dedicata all'insegnamento di *tecniche di rilassamento* come il rilassamento muscolare progressivo (Jacobson, 1942);
- una parte è dedicata alle *tecniche di esposizione*. Si tratta di tecniche che mettono il paziente nella condizione di esporsi a ciò che gli crea ansia in modo tale da imparare a tollerare l'emozione "cavalcare l'onda dell'ansia" per imparare una nuova forma di apprendimento. Il paziente imparerà non solo che la situazione non è pericolosa, ma anche che è in grado di tollerarla. Queste tecniche consistono nella: *visualizzazione*, che si può fare in seduta e consiste nell'indurre il paziente a immaginare le esperienze ansio-gene sollecitando il richiamo di rappresentazioni visive, emozioni e associazioni. oppure *esposizioni enterocettive*, sempre da fare in seduta con il paziente che consentono di ricreare alcuni sintomi dell'ansia (correre sul posto velocemente per 1 minuto per indurre tachicardia, respirare da una cannuccia tappandosi il naso per un minuto per ricreare la sensazione di mancanza d'aria, ecc.). In ultimo c'è l'*esposizione graduale in vivo* che consiste nel programmare con il paziente una serie di situazioni cui deve esporsi ordinate in modo gerarchico: si parte da quella meno ansiogena fino a raggiungere livelli più elevati di ansia. La gerarchia degli stimoli consente un approccio graduale, il consolidamento delle competenze acquisite e la generalizzazione ad altri contesti, nonché un aumento della fiducia nel paziente rispetto la capacità di gestire autonomamente le situazioni temute;
- l'ultima parte del trattamento si basa *sulla prevenzione delle ricadute*.

Depressione e il “male del secolo”

La depressione rappresenta una delle più frequenti cause di malattia del mondo occidentale, tanto da essere considerata un'emergenza mondiale in continua crescita (World Health Organization, 1998; 1999; 2015).

I dati diffusi dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) riferiti ad un'indagine del 2015 hanno rilevato un'incidenza nella popolazione pari al 4,4%, interessando 322 milioni di persone, vale a dire 5 su 100, collocandola tra le patologie più diffuse al mondo. Risulta essere come la seconda più importante causa di disabilità e di costi sociali a livello mondiale, preceduta solamente dalla cardiopatia ischemica, tanto da essere definita come “il male del secolo”.

La depressione mostra, inoltre, un'elevata prevalenza di comorbidità con malattie internistiche, tanto da complicarne la prognosi.

Per quanto riguarda l'eziopatogenesi della depressione non è stata definita, sino ad oggi, una teoria unitaria, ma appare evidente che diversi fattori biologici, psicologici e ambientali ne influenzano sia l'esordio che il decorso.

Lo studio dell'OMS ha esaminato anche l'incidenza della depressione in base al genere: le donne sono più depresse rispetto agli uomini (5,1% contro 3,6) e quasi la metà degli individui che soffrono di depressione vivono nell'Asia Sud-Orientale e in Occidente. Questi tassi variano anche a seconda dell'età, con un picco tra gli anziani e gli adulti: tra le donne con un'età compresa tra 55 e i 74 anni le cifre superano il 7,5%, per gli uomini si arriva al di sopra del 5,5%. La depressione può colpire anche i bambini e gli adolescenti di età inferiore ai 15 anni, ma con un'incidenza più bassa rispetto agli adulti (Quotidiano Sanità, 2017).

Rispetto al suicidio, nel 2015 si sono suicidate 788 mila persone e, a questa cifra, vanno aggiunti i casi di tutti coloro che hanno tentato il suicidio, ma sono rimasti in vita. Più in generale il suicidio si piazza tra le prime 20 cause di morte nel mondo, infatti risulta la seconda causa di morte tra i giovani tra i 15 e i 29 anni.

Anche quando non si arriva al suicidio, la presenza di un disturbo depressivo può portare comunque a gravi compromissioni nella vita di chi ne soffre: non riesce più a studiare o lavorare, a interessarsi e mantenere relazioni sociali e affettive, a provare piacere per qualche attività.

Infatti, le persone depresse presentano uno stato di salute peggiore, un maggiore rischio di invalidità e di assenza dal lavoro, una compromissione delle prestazioni lavorative, maggiori difficoltà relazionali in famiglia, maggiore incapacità nell'adempiere il proprio ruolo genitoriale e un aumento significativo dell'utilizzo dei servizi nazionali (Rainone, Mancini, 2004).

Il decorso della depressione solitamente è ricorrente e persistente. Dopo il primo episodio di depressione maggiore si stima che c'è un 50% di probabilità che si ripresenti, dopo il secondo episodio il 60% e dopo il terzo il 95% diventando una condizione cronica e invalidante.

I fattori di rischio per le ricadute sono rappresentati dal numero di episodi progressivi, esordio a meno di 40 anni, presenza di un episodio depressivo in

adolescenza, gravità dell'episodio più severo, presenza di un disturbo distimico o depressivo minore, eventi stressanti, familiarità e mancanza di supporto sociale.

La depressione è considerata tra le principali patologie che causano intensa disabilità, insieme ai disturbi d'ansia.

A livello globale, si stima che il 3,6% della popolazione soffra di disturbi d'ansia. Come la depressione anche questi sono più diffusi tra le donne rispetto ai maschi, 4,6% contro 2,6%. Non si sono, invece, riscontrate grosse variazioni nelle diverse fasce di età, anche se tra gli anziani l'incidenza appare più bassa. Più in generale, nel mondo, soffrono di disturbi d'ansia 264 milioni di persone, con un aumento, in 10 anni, dal 2005 al 2015, del 14,9%. Dal momento che molti individui soffrono di questi disturbi in associazione alla depressione, le due patologie insieme possono fornire un identikit dei cosiddetti disturbi mentali comuni (Quotidiano Sanità, 2017).

Con la pandemia, si è osservato un incremento considerevole di questi disturbi, soprattutto nella popolazione adolescenziale, tanto che, nella Consensus Conference sulle terapie psicologiche su ansia e depressione (2022) viene sottolineata l'esigenza di un potenziamento dei servizi di salute mentale nel trattamento di questi disturbi. Tale affermazione è stata recentemente corroborata dai risultati di un'analisi condotta dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica sul rapporto tra fabbisogno assistenziale, espresso dall'utenza in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale, e la capacità assistenziale necessaria per realizzare tutte le azioni previste da raccomandazioni, linee guida, percorsi e protocolli di cura. Tale analisi ha mostrato che, nel 2019, prima della pandemia, i Dipartimenti di salute mentale erano in grado di rispondere correttamente a poco più del 55% del fabbisogno assistenziale stimato. In queste condizioni di difficoltà, i servizi di salute mentale danno necessariamente priorità ai disturbi mentali più gravi, come ad esempio la schizofrenia e i disturbi dell'umore con particolari caratteristiche di gravità, come il disturbo bipolare e l'episodio depressivo maggiore con sintomi psicotici. Tuttavia, il carico di sofferenza e di disabilità dei disturbi emotivi comuni è certamente maggiore di quello dei disturbi gravi sia perché anche tra i primi vi sono forme estremamente invalidanti, sia perché sono significativamente più diffusi.

A tal proposito, nelle considerazioni conclusive della sopra citata Consensus Conference sulle terapie psicologiche su ansia e depressione, viene sottolineata l'importanza e l'urgenza di sollecitare i servizi al potenziamento di psicoterapie evidence-based che attualmente vedono l'approccio cognitivo-comportamentale come il più efficace per i disturbi d'ansia e depressivi e un incremento della ricerca scientifica in salute mentale.

Trattamento della depressione

Le varie classificazioni internazionali non distinguono tra episodio depressivo unipolare ed episodio depressivo bipolare ma sottolineano una situazione di “continuum” di condizioni psicopatologiche intermedie tra le forme unipolari e bipolari. Durante il trattamento va attentamente considerata la possibilità che insorgano sintomi più o meno gravi di polarità opposta alla depressione, che potranno essere considerati come indicatori di forme bipolari e pertanto trattati differientemente.

Le linee guida dell’American Psychiatric Association e del Ministero della Salute per il trattamento della depressione prevedono come intervento d’elezione:

- la farmacoterapia con antidepressivi, soprattutto nelle forme depressive moderate e gravi;
- la psicoterapia (in particolare la terapia cognitivo-comportamentale di Beck e la terapia interpersonale di Klerman) soprattutto nelle forme lievi e moderate;
- la terapia elettroconvulsivante, nelle forme gravi (psicosi).

In un articolo di Barzega, Venturello e Bogetto (1999) sull’efficacia della psicoterapia nella cura della depressione, emerge un discreto numero di dati e di pubblicazioni in letteratura a favore della sua efficacia, con pubblicazione di manuali che descrivono modelli standardizzati di intervento e di tecniche specifiche per il trattamento della depressione.

In particolare, gli studi pubblicati in questo articolo fanno riferimento al manuale per la terapia comportamentale di Wolpe (1969), al manuale per la terapia cognitiva della depressione di Beck (Beck *et al.*, 1979), al manuale sulla terapia interpersonale per la depressione di Klerman (Klerman *et al.*, 1984) e ad alcuni manuali per le psicoterapie dinamiche brevi (Luborsky, 1984; Strupp, Binder, 1984). Tali manuali costituiscono a tutt’oggi il riferimento per la conduzione degli specifici trattamenti.

Il modello cognitivo della depressione di Aaron T. Beck

Il modello cognitivo di Beck nasce dall’esplorazione clinica nelle sedute con i pazienti che lo portarono ad osservare che gli stessi riferivano sempre un flusso di pensieri legati a temi di fallimento, insuccesso, incapacità e autocritica, di cui, almeno inizialmente, non ne erano consapevoli e che scorrevano internamente, in modo automatico, mentre parlavano.

Beck chiamò questo flusso di pensieri *pensieri automatici negativi* (PAN) e li considerò uno dei sintomi principali della depressione. Attraverso la registrazione sistemica dei pensieri automatici dei pazienti, capì che avevano delle caratteristiche comuni:

- innanzitutto si presentavano in modo automatico, involontario e spontaneo con uno “stile telegrafico”;
- erano molto fugaci e transitori e potevano rappresentarsi anche sotto forma di frasi brevi, parole singole o immagini;
- erano specifici e coerenti con l’assetto di personalità del paziente e con lo specifico stato emotivo del momento;
- comportavano una distorsione della realtà “*Nessuno mi ama*”, “*Non ci riuscirò mai*”, “*Sono un fallito*”.

Secondo il modello cognitivo, tutte le persone hanno pensieri automatici, ciò che caratterizza quelli del paziente depresso è il loro contenuto dove il tema predominante è quello di *perdita* e del *fallimento* vissuto e valutato come irreversibile, irreparabile e totale, tanto da rendere l’individuo incapace di una prospettiva esistenziale (Rainone, Mancini, 2009). I pensieri negativi riguardano sia il passato, che il presente e il futuro.

A tal proposito, Beck parla di “triade cognitiva” della depressione (1967, 1971) e, citando le sue parole, riferisce che:

i disturbi della depressione possono essere considerati in chiave di attivazione di una serie di tre modelli cognitivi principali, che costringono l’individuo a vedere se stesso, il proprio mondo e il proprio futuro in maniera idiosincrasica (Beck, 1967, p. 306).

Gli elementi della triade cognitiva sono i seguenti:

- il paziente vede *se stesso come inadeguato e difettoso* in ambito fisico, psicologico o morale. Tende a sentirsi inutile, indesiderabile, a sottovalutarsi e a criticare ogni cosa che fa, crede di essere privo degli attributi necessari per ottenere la felicità o la serenità, legge ogni cosa in modo negativo e autoriferito. Se ad esempio non ottiene qualcosa come si aspettava si considera un incapace, un piccolo ostacolo al raggiungimento di uno scopo può essere visto come una barriera insuperabile, ecc.;
- *interpreta negativamente le sue interazioni con l’ambiente circostante* per cui la valutazione del mondo e delle relazioni sono visti come eccessivamente duri, esigenti, ingiusti e che rendono quindi estremamente difficile o impossibile raggiungere i propri obiettivi. Le proprie interazioni

col mondo e con gli altri vengono di conseguenza interpretate in termini di fallimenti, sconfitte, deprivazioni. Tende a considerare i problemi attuali come insolubili e le varie situazioni come insopportabili;

- *ha una visione negativa del futuro.* Il paziente depresso ha la tendenza a prevedere frustrazioni e fallimenti futuri come prolungamento di quelli attuali come condizione immutabile nel tempo, tale per cui prevede che la sua sofferenza continuerà indefinitamente e che in ogni compito specifico che dovrà affrontare andrà incontro sempre al fallimento o ad un risultato comunque insoddisfacente. Da qui, la sensazione di demotivazione perché vive come se il fallimento fosse già accaduto.

La triade cognitiva permette di spiegare i sintomi distintivi tipici della depressione.

- *Sintomi affettivi:* tristezza, perdita di gratificazione, perdita di sentimenti e di affetto verso gli altri, perdita della risposta di gioia, angoscia, sensi di colpa, disperazione, senso di impotenza.
- *Sintomi cognitivi:* pensieri automatici negativi, prospettiva cognitiva negativa, bias cognitivi, difficoltà di concentrazione, di attenzione e di memoria.
- *Sintomi motivazionali:* demotivazione, ideazione suicidaria.
- *Sintomi comportamentali:* passività, inattività, rallentamento o agitazione motoria, isolamento sociale, evitamento delle situazioni.
- *Sintomi fisiologici e somatici:* disturbi del sonno, dell'appetito, della sessualità.

Oltre al modello della triade cognitiva, il disturbo depressivo viene generato e mantenuto da una serie di “*distorsioni cognitive*”, ovvero errori sistematici compiuti dai processi di elaborazione dell'informazione. Le distorsioni cognitive individuate da Beck nei pazienti depressi sono le seguenti.

- *Deduzione arbitraria:* la persona giunge a una conclusione da prove inadatte o insufficienti.
- *Astrazione selettiva:* il paziente si concentra su un dettaglio ignorando altri aspetti salienti della situazione, a conferma dei suoi pensieri negativi.
- *Generalizzazione eccessiva:* il paziente trae una conclusione sulla base di uno o pochi eventi isolati e la generalizza a tutte le situazioni.
- *Ingigantire e minimizzare:* la persona riduce o esagera l'importanza degli eventi.
- *Personalizzazione:* la persona tende a porre gli eventi esterni in relazione a sé.
- *Pensiero assolutistico e dicotomico:* il paziente tende a classificare le esperienze in due opposte categorie (pensiero bianco-nero).

- *Tendenza a darsi la colpa.* Difficilmente trova cause esterne, soprattutto per eventi negativi, tale distorsione è strettamente legata alla personalizzazione.

Secondo il modello cognitivo di Beck, i sintomi depressivi sono la manifestazione o il prodotto del funzionamento delle strutture deputate alla costruzione del significato degli eventi, rappresentano il substrato cognitivo, i cui elementi sono strutture denominate “schemi” (Beck, 1964; 1967; Beck *et al.*, 1979; Clark *et al.*, 1999).

Gli schemi spiegano la costellazione di atteggiamenti negativi duraturi verso se stessi, il mondo e il proprio futuro, ovvero quell’insieme di modalità ripetitive di strutturare le proprie esperienze che il paziente depresso presenta e che lo rendono vulnerabile al disturbo depressivo.

Citando le parole di Beck:

Gli schemi sono strutture interne relativamente stabili di caratteristiche generiche o peculiari di stimoli, idee o esperienze che vengono immagazzinate e utilizzate per organizzare nuove informazioni dotandole di significato, determinando così il modo in cui i fenomeni vengono percepiti e concettualizzati, cioè costruiti (Clark *et al.*, 1999, pp. 79-80).

Un modello cognitivo, secondo Beck, è un insieme integrato e coerente di scopi (obiettivi da realizzare e regole per realizzarli) e rappresentazioni (credenze e convinzioni) che determina lo stato mentale del paziente attraverso operazioni di orientamento, selezione, codificazione, organizzazione, immagazzinamento degli stimoli, reperimento e interpretazione di informazioni all’interno dell’apparato cognitivo. Nella sua visione, quando un modello cognitivo diviene stabile nel tempo, diviene uno schema.

Nei modelli cognitivi:

- gli *obiettivi* sono ciò che il soggetto desidera (ad es. “*essere amato dagli altri*”);
- le *credenze* sono affermazioni che descrivono il sé, le esperienze e il futuro (ad es. “*non valgo niente*”, “*non migliorerò mai*”) e relazioni fra variabili (ad es. “*se compiaccio gli altri mi tratteranno bene*”);
- le *convinzioni* sono affermazioni che descrivono regole imperative (ad es. “*devo piacere a tutti*”);
- le *regole* per realizzare gli obiettivi sono affermazioni che collegano fra loro gli elementi elencati (ad es. “*se voglio essere amato, dato che non ho niente per cui valga la pena amarmi, devo fare tutto ciò che dicono gli altri*”).

Non è la presenza di questi modelli, plasmata dalle esperienze infantili e adolescenziali, che genera i vissuti depressivi, ma il grado di verità che l'individuo gli attribuisce e il grado di rischio che associa alle conseguenze della loro mancata applicazione.

Più i modelli vengono considerati veritieri e le visioni alternative rischiose, più aumenta la loro influenza sul funzionamento mentale. Molti individui possiedono modelli che li rendono vulnerabili ai disturbi depressivi, ma questi rimangono latenti fino a che non trovano conferme nell'esperienza di vita. Quindi, quando la persona, vulnerabile agli schemi depressogeni (vuoi per fattori biologici che per fattori ambientali), va incontro a esperienze di fallimento e perdita, i modelli depressivi iniziano ad attivarsi e a orientare il funzionamento mentale dell'individuo condizionandone umore, cognizione e comportamento.

I modelli attivi producono sintomi, ma questi di per sé non sono gravi perché l'individuo, pur non modificandoli, mantiene ancora una distanza critica e riesce a valutarli come eccessivi ed esagerati.

Il disadattamento causato dalla presenza dei sintomi aumenta la probabilità nel paziente di andare incontro a esperienze di perdita e fallimenti; e quanto più ne subisce, tanto più i modelli si consolidano e la distanza critica diminuisce.

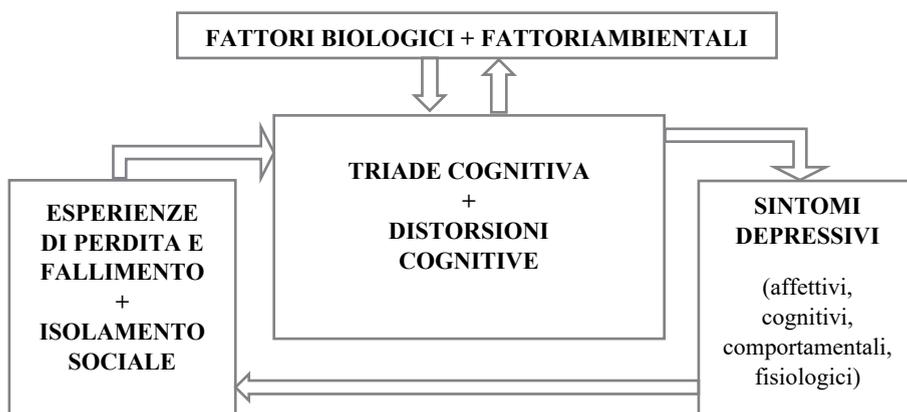
Quando l'attivazione dei modelli della triade depressiva diminuisce drasticamente il funzionamento dell'individuo e i sintomi peggiorano e diventano molto gravi; i modelli diventano *schemi idiosincratici* e il paziente smette di metterli in discussione vivendoli come "veri" e attribuendogli un valore protettivo. Il consolidamento dei modelli è facilitato anche dalle dinamiche interpersonali. Infatti, spesso, gli individui che iniziano a deprimersi tendono ad un graduale isolamento sociale ed interpretano negativamente l'aiuto che proviene dall'ambiente esterno a loro vicino (famiglia, amici): sia che gli altri spronino la tendenza al ritiro incoraggiando l'individuo ad uscire di casa e ad avere contatti sociali; sia che assecondano la volontà al ritiro, il soggetto depresso non vede di buon grado alcun tentativo di aiuto da parte degli altri, anzi, lo interpreta negativamente, aumentando il ritiro e peggiorando la sua condizione depressiva in un circolo vizioso che si autoalimenta.

Una volta che la depressione si è aggravata, la tendenza all'isolamento può diventare vera e propria indifferenza agli stimoli esterni tanto che la persona diviene costantemente assorbita dal flusso ripetitivo delle idee negative generate dagli schemi.

Riassumendo, secondo il modello cognitivo della comprensione e del trattamento della depressione di Beck, i disturbi depressivi sono causati dall'interazione dei fattori sottoelencati (come rappresentato nella Figura 1).

- *Triade di modelli cognitivi negativi* formati nell'infanzia e nell'adolescenza.
- *Esperienze di perdita e fallimento* che attivano i modelli cognitivi latenti.
- *Distorsioni dei processi cognitivi* che facilitano, alimentano e mantengono tale attivazione.
- *Tendenza all'isolamento e all'inattività* che alimenta e mantiene l'attivazione della triade.

Figura 1. Modello cognitivo della depressione di A.T. Beck



I disturbi alimentari

Chi soffre di disturbi del comportamento alimentare presenta le seguenti caratteristiche:

- difficoltà ad avere un rapporto sereno con il cibo e con il proprio corpo;
- difficoltà ad accedere al proprio mondo interno e a comunicare in maniera adeguata i propri bisogni e i propri stati d'animo;
- distorsione nella percezione della propria immagine corporea;
- eccessiva importanza nei riguardi del peso, delle forme corporee e dell'alimentazione che diventano un pensiero fisso e ossessivo che interferisce in modo significativo sulla qualità della vita;
- mette in atto comportamenti compensativi disfunzionali volti a controllare corpo e peso: vomito auto-indotto, uso improprio di lassativi o di diuretici, controllo continuo del corpo e del cibo ingerito (check).

Cause dei disturbi alimentari

Concorrono diversi fattori sia fisici, che ambientali e di personalità nell'insorgenza dei disturbi alimentari. Tra i **fattori di rischio** abbiamo:

- un *ambiente familiare critico*, soprattutto su temi di peso, alimentazione e forme corporee;
- presenza di un membro della famiglia quasi sempre a dieta, che dà molta importanza agli aspetti legati all'immagine corporea o che presenta un disturbo alimentare;
- *prese in giro* sul peso o le forme corporee;
- *obesità* dei genitori o nella prima infanzia; frequentare ambienti che enfatizzano la magrezza come valore (danza, moda, sport agonistico).

A questi fattori possono aggiungersi anche aspetti della personalità che favoriscono lo sviluppo dei disturbi alimentari. Tra le caratteristiche più comuni troviamo: una bassa autostima e una sfiducia nelle proprie capacità, perfezionismo, alessitimia, impulsività o ossessività.

A livello diagnostico vengono distinte tre categorie principali di disturbi dell'alimentazione [anche se può capitare che chi soffre di questo disturbo passi, nel corso della vita, da un disturbo dell'alimentazione ad un altro]: l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa ed il disturbo da alimentazione incontrollata o binge eating disorder (BED) (www.terzocentro.it).

Anoressia nervosa. L'anoressia nervosa presenta le seguenti caratteristiche:

- ricerca di magrezza e di perdita di peso eccessive, vissute come un successo anche quando il sottopeso raggiunge livelli pericolosi per lo stato di salute;
- ossessione dal pensiero del cibo e intensa paura di ingrassare;
- distorsione nella percezione e nella valutazione del proprio peso e delle forme corporee;
- messa in atto di comportamenti di compenso disfunzionali finalizzati alla riduzione del peso: digiuni prolungati, il vomito auto-indotto, l'uso improprio di lassativi o enteroclistmi o diuretici, la riduzione del numero dei pasti e attività fisica intensa ed eccessiva.

Inoltre,

Si possono distinguere due forme di anoressia nervosa: l'anoressia restrittiva, in cui sono presenti digiuno e una intensa attività fisica, e l'anoressia con bulimia, in

cui sono presenti delle abbuffate (episodi in cui si mangia con la sensazione di avere perso il controllo sul cibo); le crisi bulimiche generalmente si presentano dopo un primo periodo di forte restrizione alimentare. Per una persona con anoressia nervosa, tuttavia, l'abbuffata può essere soggettiva, cioè non è necessaria una assunzione di grandi quantità di cibo, ciò che conta è la sensazione di perdita di controllo, che può avvenire anche mangiando ad esempio un solo biscotto (www.terzocentro.it).

Nell'anoressia nervosa, a differenza della bulimia, l'abbuffata può consistere anche nel mangiare solo un cibo "proibito" come un biscotto.

Nel caso in cui siano presenti le abbuffate, la persona può provare subito dopo sentimenti di colpa, vergogna e disgusto di sé.

Bulimia nervosa. La bulimia nervosa è un disturbo alimentare caratterizzato da:

- abbuffate ricorrenti ovvero assunzione di grandi quantità di cibo con sensazione soggettiva di perdita di controllo;
- vissuti di vergogna e disagio, spesso sono associati a momenti di solitudine, stress, vuoto o di noia;
- utilizzo di comportamenti di compenso disfunzionali finalizzati alla riduzione del peso: digiuni prolungati, il vomito auto-indotto, l'uso improprio di lassativi o enteroclistmi o diuretici, uso di farmaci anoressizzanti, riduzione del numero dei pasti e attività fisica intensa ed eccessiva;
- persistenti preoccupazioni riguardo l'alimentazione: chi soffre di bulimia pensa insistentemente al cibo e ha un forte desiderio o compulsione a mangiare; mangia in modo vorace, ingoiando grandi quantità di cibo di ogni tipo e molto in fretta, senza avere il tempo di percepirne il gusto;
- persistenti preoccupazioni per il peso e le forme corporee che rappresentano i fattori principali su cui viene basata la propria autostima. Il peso della persona che soffre di bulimia nervosa, a differenza dell'anoressia nervosa che è sempre sottopeso, può essere normale, sottopeso o sovrappeso, ed il peso può variare enormemente ed oscillare nel tempo;
- bulimia con condotte di eliminazione (dopo l'abbuffata si ricorre all'uso di vomito auto-indotto, lassativi o diuretici), e bulimia senza condotte di eliminazione.

Disturbo da alimentazione incontrollata. Il disturbo da alimentazione incontrollata è un disturbo alimentare caratterizzato da persone che hanno:

- episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata: frequenti abbuffate o spuntini più o meno consistenti durante tutto il giorno;

- non seguono una dieta mangiare in eccesso e in modo vorace senza sentire il gusto del cibo;
- provano una sensazione di vergogna per il fatto di non riuscire a controllare la propria alimentazione;
- non utilizzano in modo regolare meccanismi di compenso;
- un peso che è generalmente superiore alla media (sovrappeso o obesità).

Struttura del modulo

Il modulo “I disturbi d’ansia, i disturbi del tono dell’umore e i disturbi alimentari” ha lo scopo di fornire informazioni sulla natura delle maggiori cause di sofferenza emotiva nella popolazione generale riconducibile ai disturbi della sfera ansioso-depressiva e di fornire strategie efficaci nella gestione di questi disturbi. Inoltre verrà dedicato del tempo a sensibilizzare i genitori sui disturbi alimentari molto frequenti in adolescenza.

Il modulo è completo di molte informazioni ed esercitazioni pratiche e va esaurito nei due incontri da 2 ore ciascuno, pertanto conviene selezionare gli argomenti sulla base delle problematiche più rilevanti presentate dal gruppo.

Il modulo è articolato in due incontri strutturati, come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 1. Struttura e obiettivi del modulo “I disturbi d’ansia, i disturbi del tono dell’umore e i disturbi alimentari”

Incontri	Argomento
I incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducazione sull’ansia - Attacco di panico e circolo vizioso - Strategie efficaci per gestire l’ansia - Esercitazione sul rilassamento muscolare progressivo e isometrico - Esercitazione sul respiro - Psicoeducazione sulla depressione - Circolo vizioso della depressione - Strategie efficaci per gestire la depressione - Homework: scheda 3, scheda 8, scheda 12, scheda 15
II incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Disturbo bipolare - Gestione dell’umore - Stile di vita e routine stabili - Igiene del sonno e alimentazione - Il disturbo dell’umore nelle sue diverse forme - Promozione del benessere - Psicoeducazione sui disturbi alimentari - Anoressia - Bulimia

	<ul style="list-style-type: none"> - Binge eating - Mangiare con consapevolezza - Esercitazione “mindfulness eating” - Esercitazione ACT di defusione - Homework scheda 19, 20, 25, 26
<p>Obiettivi generali del IV modulo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendere la natura dell’ansia nelle sue diverse forme - Acquisire informazioni sul disturbo da attacchi di panico - Imparare strategie efficaci di gestione dell’ansia - Comprendere la depressione e i fattori di mantenimento - Imparare a gestire in modo efficace la depressione - Comprendere il disturbo bipolare - Promozione del benessere - Gestire in modo efficace l’umore attraverso l’insegnamento di un corretto stile di vita - Comprendere i disturbi alimentari - Prendere distanza critica dai propri pensieri e dalle emozioni negative nella percezione del proprio corpo - Sviluppare un atteggiamento amorevole e non giudicante verso se stessi ed il proprio corpo
<p>Allegato online. Schede operative per genitori modulo IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda 1 “Cos’è l’ansia” - Scheda 2 “Sintomi dell’attacco di panico” - Scheda 3 “Istruzioni per il respiro lento” - Scheda 4 “Circolo vizioso del panico” - Scheda 5 “Come interrompere il circolo vizioso del panico” - Scheda 6 “Rilassamento muscolare progressivo” - Scheda 7 “Rilassamento muscolare isometrico” - Scheda 8 “Esposizione con ABC sull’ansia e pensiero funzionale” - Scheda 9 “L’ansia nelle sue diverse forme” - Scheda 10 “Cos’è la depressione” - Scheda 11: “Errori di pensiero nella depressione” - Scheda 12: “ABC su episodi di tristezza ed errori cognitivi” - Scheda 13 “Circolo vizioso della depressione” - Scheda 14 “Come interrompere il circolo vizioso della depressione” - Scheda 15 “ABC con pensiero funzionale” - Scheda 16 “Disturbo bipolare” - Scheda 17 “Gestione dell’umore” - Scheda 18 “Il disturbo dell’umore nelle sue diverse forme” - Scheda 19 “Lista di attività che promuovono il benessere” - Scheda 20 “Cosa faccio per perseguire il benessere?” - Scheda 21 “I disturbi alimentari” - Scheda 22 “L’anoressia nervosa” - Scheda 23 “La bulimia nervosa” - Scheda 24 “Disturbo da alimentazione incontrollata” - Scheda 25 “Mangiare con consapevolezza” - Scheda 26 “Defondersi dai pensieri negativi”

I incontro

Revisione dei compiti

Il terapeuta invita i partecipanti a riferire situazioni di conflitto familiare riportando la modalità con cui sono state gestite e come andrebbero gestite in modo efficace applicando le strategie apprese:

- utilizzo della validazione emotiva;
- rinforzo;
- ignorare i comportamenti lievemente problematici;
- gestione della crisi;
- ABC del genitore e ABC funzionale.

Psicoeducazione sull'ansia

Il terapeuta invita i partecipanti a dare una definizione di ansia e paura e si raccolgono tutte le idee a riguardo scrivendole alla lavagna. Dopo il brainstorming il terapeuta fornisce una spiegazione teorica di cosa è l'ansia invitando i partecipanti a consultare la Scheda 1 "Cos'è l'ansia".

L'ansia è

un termine largamente usato per indicare un complesso di reazioni cognitive, comportamentali e fisiologiche che si manifestano in seguito alla percezione di uno stimolo ritenuto minaccioso e nei cui confronti non ci riteniamo sufficientemente capaci di reagire. L'ansia di per sé, tuttavia, non è un fenomeno anormale. Si tratta di un'emozione di base, che comporta uno stato di attivazione dell'organismo quando una situazione viene percepita soggettivamente come pericolosa (Ipsico, 2018).

Quando una persona si trova in situazioni stressanti o minacciose, scatta automaticamente una risposta fisiologica [attacco-fuga] che da molte migliaia di anni fa parte del corredo biologico degli esseri umani. È una risposta primitiva che prepara il corpo a difendersi dalla fonte di paura mediante un intenso sforzo fisico. Questa reazione spiega perché molti riferiscono che in situazioni stressanti da una parte hanno voglia di scappare e dall'altra si sentono più ricchi di energia. Una volta terminato lo sforzo fisico di fuga o attacco, le reazioni fisiologiche scompaiono rapidamente. Quando però lo sforzo fisico non ha luogo, i cambiamenti fisiologici possono durare più a lungo, essere molto disturbanti e suscitare molta ansia che, a sua volta, porta ad una maggiore attivazione della risposta di attacco o fuga. La terapia mira ad interrompere questo circolo vizioso (www.psicologavasto.it).

L'ansia si presenta sotto forma di diversi sintomi:

- *cognitivi*: senso di vuoto mentale, pensieri di un crescente allarme, induzione di immagini, ricordi e pensieri negativi legati al tema del pericolo (“*Sto per svenire, impazzire, morire, perdere il controllo*”);
- *fisiologici*: tensione muscolare, tremori, palpitazioni, sudorazione, aumento della frequenza cardiaca, vertigini, nausea, formicolii, sintomi dissociativi (derealizzazione e depersonalizzazione), parestesie agli arti (mani, piedi), oppressione al petto, nodo in gola, mancanza di respiro;
- *comportamentali*: evitare tutte le situazioni che creano ansia; avere l'attenzione selettiva a tutte le sensazioni corporee, infatti anche cambiamenti fisiologici innocui vengono interpretati come segnali di pericolo. Ad esempio, una persona può avvertire un battito cardiaco accelerato e interpretarlo come un segnale di imminente attacco cardiaco; utilizzare comportamenti protettivi, ovvero affrontare le situazioni temute con la cosiddetta “coperta di linus” (farsi sempre accompagnare da qualcuno in qualsiasi luogo, sedersi vicino alle uscite di sicurezza nei luoghi chiusi, chiedere continue assicurazioni, ecc.).

Il terapeuta spiega ai partecipanti come, in presa all'ansia, è possibile interpretare in modo non corretto alcuni dei sintomi più comuni.

- *palpitazioni*. Occorre, per quanto possibile, distinguere diverse condizioni riferibili alle palpitazioni: il cardiopalmo, la tachicardia e l'aritmia. Quest'ultima, ad esempio, si verifica spesso con battiti irregolari anche nelle persone sane, durante le loro attività quotidiane ed è più probabile che si presenti quando la persona è in uno stato d'ansia. Tra l'altro può essere indotta anche da una serie di agenti esterni come la nicotina, la caffeina, l'alcol e lo squilibrio elettrolitico. Spesso l'interpretazione data a tale sintomo fisico durante uno stato ansioso è legata all'idea di avere un infarto. Questo anche se alla base vi è un'aumentata eccitabilità elettrofisiologica del muscolo cardiaco che non ha conseguenze negative dal punto di vista medico;
- *mancanza di respiro*. La sensazione di mancanza di respiro è molto frequente nei disturbi d'ansia e deriva dalla protratta e ripetuta respirazione toracica (pettorale). Infatti, una risposta fisica allo stress è la relativa dominanza della respirazione toracica su quella addominale che porta però all'affaticamento dei muscoli intercostali che, sforzandosi, producono spasmi che causano disagio e dolori pettorali inducendo la sensazione di mancanza di respiro [o “vuoto d'aria” come spesso dicono i pazienti]. Se non si riesce a capire che queste sensazioni sono indotte dalla respirazione toracica, allora sembreranno improvvise, spaventose, portando la persona ad allarmarsi ulteriormente;
- *dolore toracico*. È un sintomo fisico che può presentarsi durante periodi di ansia in assenza di un disturbo cardiaco. Può quindi derivare da fonti diverse come la

respirazione toracica e i disturbi gastrointestinali (es. reflusso esofageo o spasmi esofagei). Quando la persona interpreta in modo catastrofico le cause benigne del dolore è possibile che lo stato ansioso aumenti portando anche al panico;

- *tremori e sudorazione*. I primi sono movimenti involontari, oscillatori e ritmici di una o più parti del corpo, causati dalla contrazione alternata di movimenti muscolari opposti. La sudorazione invece aiuta a controllare la temperatura corporea, che si innalza quando vi sono stati ansiosi. Infatti, lo stress stimola il sistema nervoso simpatico con aumento dei livelli di adrenalina e noradrenalina che stimolano un aumento del metabolismo, incrementando così la produzione del calore e la conseguente sudorazione utile all'abbassamento della temperatura corporea. Nuovamente, maggiore è l'attenzione e la catastrofizzazione rispetto a tali sintomi fisici maggiore sarà la probabilità che questi aumentino di intensità;
- *vertigini*. Sono il prodotto dell'illusione del movimento di sé o dell'ambiente. Consistono in sensazioni di confusione o di giramenti, di capogiri o di stordimenti. Quando le informazioni provenienti dal sistema dell'equilibrio (sistema visivo, somatosensoriale e vestibolare) entrano in conflitto si verificano le vertigini. I problemi dell'equilibrio e i sintomi fisici associati (instabilità, ansia, sudore freddo, palpitazioni) possono verificarsi anche in seguito ad ansia, iperventilazione e reazioni comuni allo stress come stringere la mascella e i denti. Ovviamente l'intensità delle vertigini può aumentare se viene data maggiore attenzione a queste sensazioni [e ci si preoccupa];
- *nausea o disturbi addominali*. Lo stomaco si contrae e si rilassa in modo regolare e costante. Quando questo ritmo è disturbato si presenta la nausea. Diversi fattori possono portare a questa sensazione fisica come l'ingestione di certi cibi, i disturbi vestibolari, l'ipotensione posturale o anche stimoli precedentemente neutri. La funzione dell'alimentazione e della digestione sono le prime a bloccarsi durante uno stato di allerta, ma se la persona interpreta erroneamente la nausea come un segno dell'imminente vomito è più probabile che l'ansia aumenti e porti al panico. Ma, fortunatamente, che la nausea porti al vomito accade raramente, è più probabile che le persone sovrastimino questa eventualità;
- *sintomi dissociativi*. La depersonalizzazione (sensazione di irrealtà) o la deperonalizzazione (sentirsi distaccati da se stessi) sono esperienze che possono essere indotte da stanchezza, privazione del sonno, meditazione, rilassamento o l'uso di sostanze, alcol e benzodiazepine. Vi sono, inoltre, altre cause più sottili legate a brevi periodi di privazione sensoriale o riduzione di input sensoriali, come ad esempio fissare 3 minuti un punto su un muro. L'aspetto curioso è che, anche qui, il circolo vizioso si instaura in base all'interpretazione data a questi sintomi fisici. Quando si sperimenta depersonalizzazione o derealizzazione (esperienza che un terzo della popolazione ha sperimentato) più una persona si spaventa, più respira, più si carica di ossigeno (eliminando anidride carbonica) più aumenta la sensazione di depersonalizzazione o derealizzazione (Ipsico, 2018).

Il ruolo dell'iperventilazione

È importante che il terapeuta spieghi il meccanismo dell'iperventilazione. L'iperventilazione è un eccesso di respirazione.

Come spiegano Andrews *et al.* (2004), ogni volta che una persona inspira, l'ossigeno entra nei polmoni dove si lega all'emoglobina, una molecola dei globuli rossi del sangue. L'emoglobina porta l'ossigeno in tutto il corpo e lo rilascia alle cellule, che lo usano per avere energia e producono un "gas di scarico", l'anidride carbonica (in simboli chimici da O₂ a CO₂). L'anidride carbonica passa nel sangue e viene trasportata ai polmoni per essere eliminata con l'aria espirata.

Che cosa fa staccare l'ossigeno dall'emoglobina in modo che passi nelle cellule? La risposta è che l'ossigeno si libera dall'emoglobina solo in presenza di anidride carbonica. Quindi, se è fondamentale respirare ossigeno, è importante anche che non manchi nel sangue l'anidride carbonica. Il corpo lavora meglio quando ossigeno e anidride carbonica sono in equilibrio.

L'iperventilazione, cioè il respirare con una frequenza e/o con una profondità eccessive rispetto ai bisogni dell'organismo in quel momento, porta ad avere troppo ossigeno e troppo poca anidride carbonica, poiché con l'espirazione viene eliminata troppa anidride carbonica. Una delle conseguenze di questo è il restringimento di alcuni vasi sanguigni, in particolare di quelli che portano il sangue a certe aree del cervello e l'aumento del legame dell'emoglobina con l'ossigeno. Di conseguenza, con l'iperventilazione arriva sì più ossigeno nei polmoni, ma ne arriva meno ad alcune aree del cervello e del corpo, dove passa meno sangue e si libera meno ossigeno da cui ne derivano i seguenti sintomi:

- senso di mancanza d'aria;
- senso di testa leggera;
- senso di stordimento;
- senso di irrealtà e di stranezza del proprio corpo;
- senso di irrealtà delle cose circostanti;
- senso di confusione;
- tachicardia, cuore che batte più velocemente;
- sensazione di spilli o di formicolio alle mani, ai piedi e al viso;
- rigidità muscolare;
- mani sudate;
- bocca o gola secca.

Uno dei sintomi più temuti tra quelli causati dall'iperventilazione è la sensazione di mancanza d'aria. Questa sensazione può portare a cercare di

respirare ancora più profondamente o velocemente, il che, come abbiamo detto, porta a iperventilazione e peggiora i sintomi. Se l'iperventilazione dura a lungo, si possono verificare i seguenti sintomi:

- vertigini;
- nausea;
- sensazione di fatica a respirare;
- sensazione di costrizione, di peso o di dolore al torace;
- paralisi muscolari;
- aumento dell'apprensione e del senso di allarme, fino al terrore che qualcosa di terribile stia per accadere, per esempio un attacco di cuore, una emorragia cerebrale o persino la morte.

Chi iperventila consuma più energia di quanta ne abbia bisogno, il che può portare anche a sentirsi accaldati o arrossati e a sudare molto.

A questo punto è importante sottolineare la differenza tra **paura** e **ansia**. La paura è associata a uno stimolo reale e imminente di minaccia, l'ansia è *anticipatoria*, ovvero si attiva presumendo l'arrivo di un pericolo. Entrambe sono funzionali alla sopravvivenza, la paura ci consente di fuggire immediatamente di fronte a un pericolo, l'ansia ci predispone a individuare minacce future e a evitarle, pertanto una giusta dose di ansia è sana. Il problema nasce quando è troppo intensa e generata in assenza di un pericolo che è solo immaginato o presunto, tanto da rendere la vita difficile.

A questo punto il terapeuta stimola una discussione di gruppo con riflessioni del tipo: *“Abbiamo detto che quando emerge uno stato ansioso molto elevato, il corpo secerne adrenalina che causa un aumento del battito cardiaco e il corpo lavora più velocemente, questo serve per preparare la persona a gestire le situazioni di pericolo, ed è un modo evolutivo legato alla sopravvivenza della specie. Se l'adrenalina danneggiasse il cuore, come avrebbe potuto l'uomo sopravvivere fino ad oggi? Quindi è bene ricordarsi che l'accelerazione del battito cardiaco dovuta agli stati d'ansia non causa attacchi di cuore, che le vertigini e i sintomi dissociativi non causano svenimento ma deve esserci qualcosa di patologico o congenito, perché questo accada. Respirare è un'azione automatica controllata dal cervello, che funziona indipendentemente da ciò che una persona pensa o fa, infatti i controlli cerebrali funzionano anche quando si cerca di smettere di respirare”*.

Il terapeuta continua spiegando che chi soffre di ansia soffre della *paura della paura*: i sintomi fisici dell'ansia spesso spaventano le persone generando dei veri e propri circoli viziosi. Il problema nasce perché la persona ansiosa interpreta in modo catastrofico i segnali fisiologici del corpo e attiva inconsapevolmente il sistema primitivo di attacco-fuga per cui il corpo

reagisce prontamente preparandosi ad affrontare un pericolo e ha bisogno della massima energia muscolare a disposizione per poter scappare o attaccare in modo più efficace possibile, scongiurando il pericolo e garantendosi la sopravvivenza.

L'ansia, quindi, non è solo un limite o un disturbo, ma costituisce un'importante risorsa. È infatti una condizione fisiologica efficace in molti momenti della vita per proteggerci dai rischi, mantenere lo stato di allerta e migliorare le prestazioni (per esempio quando dobbiamo affrontare un esame o un compito impegnativo).

Il problema nasce quando il pericolo non è reale ma è presente solo nella testa della persona che soffre di ansia.

Quando l'attivazione del sistema di ansia è eccessiva, ingiustificata o sproporzionata rispetto alle situazioni, però, siamo di fronte a un disturbo d'ansia, che può complicare notevolmente la vita di una persona e renderla incapace di affrontare anche le più comuni situazioni (Ipsico, 2018).

Per comprendere il senso di minaccia percepita e la sensazione di sentirsi incapaci di fronteggiarla, Beck, Emery e Greenberg (1985) hanno ideato la cosiddetta "equazione dell'ansia" che il terapeuta può rappresentare alla lavagna.

Tabella 2. Equazione dell'ansia

$$\frac{(\text{Probabilità percepita della Minaccia}) \times (\text{Gravità o Costo percepiti della Minaccia})}{(\text{Capacità percepita di fronteggiare il pericolo}) \times (\text{capacità percepita di "salvataggio"})}$$

Attacchi di panico

Il terapeuta spiega che cosa è un attacco di panico, sempre in modo interattivo, sollecitando i partecipanti a darne una definizione e poi sollecita i partecipanti a consultare la Scheda 2 "Sintomi dell'attacco di panico".

L'attacco di panico si verifica all'improvviso, come un fulmine a ciel sereno, senza un apparente motivo procurando una serie di *sintomi fisici* e *cognitivi*. Tra i *sintomi fisici* si presentano: palpitazioni con il cuore che batte all'impazzata, sensazione di soffocamento, dolore al torace, formicolio o torpore, parestesie agli arti (mani o piedi), sudorazione, vampate di calore o

brividi di freddo. Tra i *sintomi cognitivi*: pensieri legati alla “*paura di impazzire, di perdere il controllo, di svenire, di morire o di avere un attacco cardiaco*”, vertigini, nausea, vuoto alla testa, senso di sbandamento, sintomi dissociativi (derealizzazione, percepire la realtà alterata e depersonalizzazione, percepire se stessi in modo alterato).

Dal primo attacco di panico, che rimane indelebile nella mente del paziente, si sviluppa una forte ansia anticipatoria all’idea che si possa ripresentare, tanto da indurre la persona a mettere in atto una serie di strategie per prevenirlo: gli *evitamenti* e i *comportamenti protettivi*.

Il problema è che si tratta di strategie disfunzionali che hanno l’effetto immediato di placare l’ansia, ma nel medio e lungo termine l’amplificano perché tendono a diventare così massicce e pervasive da modificare notevolmente le abitudini quotidiane della persona fino a portarla progressivamente ad evitare ogni novità, ogni imprevisto, ogni occasione di vita, causando grave disagio e infelicità.

Per *evitamenti* si intende evitare tutte le situazioni che la persona teme possano far verificare un nuovo attacco di panico (ascensore, centri commerciali, luoghi affollati, cinema, evita di uscire solo, ovvero tutte situazioni in cui la persona sente di non avere una via di uscita e dove non c’è nessuno che può soccorrerla).

Per *comportamenti protettivi*, invece, si intendono tutti quei comportamenti che fanno credere alla persona essere delle “precauzioni valide” per prevenire l’attacco di panico. Ovvero, il paziente affronta la situazione ma, ad esempio, si fa accompagnare sempre da qualcuno, oppure nei luoghi chiusi e affollati si posiziona sempre vicino le porte o le uscite di sicurezza, nella borsa porta con sé caramelle, acqua o farmaci pensando possano servirgli in caso di panico, ecc. I pazienti sono disposti a tutto, pur di evitare di ritrovarsi in quella situazione.

È importante sottolineare ai partecipanti che gli attacchi di panico successivi al primo spesso non sono tanto crisi acute di panico vere e proprie, ma stati d’ansia legati alla paura che si riverifichi un nuovo attacco come quello della “prima volta”; si scatena esattamente il meccanismo della paura della paura, esposta precedentemente, che attiva il circolo vizioso del disturbo da attacchi di panico che sarà esposto nell’incontro successivo.

Per individuare gli evitamenti, il terapeuta stimola il gruppo con domande del tipo: *Vi capita di... ”*

- evitare di uscire senza avere le medicine a portata di mano?
- evitare di fare sforzi fisici?
- evitare di andare in palestra mentre prima ci andavate senza problemi?
- evitare di arrabbiarvi molto?

- evitare di avere rapporti sessuali?
- evitare di vedere film che suscitano emozioni forti (film dell'orrore o film molto tristi)?
- evitare di uscire all'aperto quando fa molto caldo o molto freddo?
- evitare di trovarti in posti dove è difficile raggiungere rapidamente un aiuto medico?
- aprire sempre e necessariamente le finestre nei luoghi chiusi?
- tenere d'occhio le uscite di sicurezza?
- evitare di prendere la macchina da soli o di uscire da soli?

Esercitazione sul respiro lento

Si insegna ai partecipanti la tecnica del respiro lento.

Il primo passo è accorgersi di come si respira: un respiro troppo rapido e troppo profondo attiva l'iperventilazione che, come abbiamo visto, alimenta i sintomi dell'ansia. Quindi il primo obiettivo è regolarizzare il respiro.

Il terapeuta insegna la *tecnica del respiro lento*, come illustrato nella Scheda 3 “Istruzioni per il respiro lento”, prima facendolo e lasciando che gli altri osservino e poi esercitandosi a farlo in gruppo tutti insieme. Spiega che questa tecnica va usata immediatamente ai primi segnali di ansia o panico e quando si riconoscono i primi segnali di iperventilazione perché i sintomi spariscono entro un minuto o due al massimo, l'ansia regredisce evitando l'insorgere dell'attacco di panico. Tanto più si fa pratica nel respiro lento, tanto più si diventa abili nel gestire l'ansia.

Le prime volte che si fa l'esercizio, si può utilizzare un orologio per essere sicuri di avere il ritmo giusto, perché quando ci si sente in ansia si ha la tendenza a respirare troppo in fretta.

Durante l'esercizio è importante respirare in modo normale, non fare respiri profondi, né forzare la respirazione che deve essere fluida e regolare (chi è vicino non dovrebbe neppure accorgersi che state facendo l'esercizio).

Circolo vizioso del panico

Il terapeuta invita i partecipanti a consultare la Scheda 4 “Circolo vizioso del panico” e spiega il modello del disturbo di panico proposto da Clark (1986).

Questo modello propone che una determinata sequenza di eventi, in una successione circolare, conduca all'attacco di panico attivando un circolo vizioso che alimenta l'ansia e il panico stesso. I circoli viziosi non sono tipici solo del panico ma si innescano in tutti i disturbi d'ansia, quello che cambia

sono gli elementi che ne fanno parte a seconda del tipo di disturbo. Nel modello di Clark, gli attacchi di panico sono il risultato di “interpretazioni catastrofiche” di eventi fisici e mentali, erroneamente considerati segni di un imminente disastro, quale avere un attacco cardiaco, svenire, soffocare o diventare pazzo.

Spesso le persone che soffrono di attacchi di panico hanno una particolare sensibilità all’ansia (*Anxiety Sensitivity*) anche rispetto a sensazioni fisiche slegate ad essa. Anche gli eventi mentali come, ad esempio, una difficoltà di concentrazione possono essere interpretati erroneamente come segnali di catastrofi mentali o sociali come perdere il controllo della propria mente, oppure un semplice brivido di freddo causato da un basso apporto di zucchero, o una sensazione di stanchezza possono essere mal interpretate. Le persone con un’elevata *Anxiety Sensability* spesso interpretano normali cambiamenti fisiologici o normali sensazioni fisiche come fonti di pericolo per la vita.

Il circolo vizioso, che culmina con l’attacco di panico, consiste in una sequenza di pensieri, emozioni e sensazioni con possono iniziare con qualunque sensazione corporea percepita dalla persona che soffre di ansia.

Ogni stimolo interno o esterno, giudicato minaccioso, produce lo stato d’ansia e le relative sensazioni fisiche associate che vengono ulteriormente valutate in modo catastrofico producendo, a catena, un aumento del livello di ansia e quindi un aumento delle sensazioni fisiche intrappolando l’individuo in un circolo vizioso che culmina con l’attacco di panico. Una volta che l’attacco è avvenuto, intervengono tre fattori che mantengono tale situazione:

- attenzione selettiva riguardo le sensazioni corporee;
- comportamenti protettivi;
- evitamenti (Clark, 1988; Salkovskis, 1991; Wells, 1990).

Esercitazione sull’attenzione selettiva

Per spiegare l’effetto dell’attenzione selettiva il terapeuta fa un’esercitazione esperienziale in gruppo chiedendo ai partecipanti di fissare l’attenzione su una parte del corpo (esempio il piede destro) per 1 minuto, e di osservare tutte le sensazioni che sentono (calore, freddo, pesantezza, sentire la pianta del piede che tocca la scarpa, ecc.). Passato il minuto chiede: “*Cosa sentite?*”. E ognuno può raccontare la propria esperienza. Poi continua: “*Fino a 5 minuti fa, prima che vi dicessi di stare attenti al vostro piede, eravate coscienti di queste sensazioni?*”. Generalmente dicono di “no”, e a questo punto il terapeuta può sottolineare come il prestare maggiore attenzione a fenomeni del proprio corpo comporta un aumento dell’intensità percepita.

Anche i comportamenti protettivi hanno un ruolo di mantenimento dell'ansia perché non consentono alla persona di disconfermare le sue credenze in tema di minaccia e di pericolo: se una persona avverte un leggero capogiro e lo interpreta come segno di un imminente collasso può subito cercare un posto dove sedersi, aggrapparsi a qualcosa o qualcuno, sdraiarsi a terra, contrarre i muscoli delle gambe per evitare di cadere, ecc.

I comportamenti protettivi contribuiscono a mantenere l'attacco di panico in due modi:

- prima di tutto, impediscono la possibilità di una disconferma delle interpretazioni erranee perché inducono il paziente ad attribuire falsamente il mancato avverarsi della conseguenza temuta al loro utilizzo e non, piuttosto, al fatto che l'ansia non causa drammatiche conseguenze fisiche come il collasso;
- in secondo luogo, certi comportamenti protettivi possono peggiorare direttamente i sintomi somatici e cognitivi e, di conseguenza, rendere più probabile l'avverarsi della situazione temuta (Wells, Matthews, 1997).

Anche l'evitamento è un fattore di mantenimento dell'attacco di panico perché, nel caso di situazioni critiche (es. centro commerciale, luoghi affollati), limita la possibilità del soggetto di provare ansia e scoprire che non porta alla catastrofe.

Strategie efficaci per gestire l'ansia

Il terapeuta invita i partecipanti a consultare la Scheda 5 “Come interrompere il circolo vizioso del panico”. Sottolineare che per guarire dal disturbo da attacchi di panico bisogna:

- smettere di evitare, quindi esporsi in modo graduale a tutte le situazioni temute;
- non mettere più in atto comportamenti protettivi ma imparare a “cavalcare l'onda dell'ansia” tollerando la sensazione in attesa che regredisca da sola ricordando che l'ansia, così come ogni altra emozione, ha un inizio e una fine e siamo programmati per poterle tollerare, pur se a volte molto intense e dolorose. Specificare che se i comportamenti protettivi, inizialmente, possono essere un aiuto a non evitare le situazioni va bene attuarli, ma è importante ricordarsi che gradualmente vanno eliminati del tutto;
- al primo segnale d'ansia applicare la tecnica del respiro lento e/o del rilassamento che spiegheremo a fine incontro;

- smettere di essere attenti ai segnali corporei, distrarsi;
- modificare i pensieri negativi con pensieri funzionali: sentendo il battito accelerato, anziché pensare “*sto per avere un infarto*” provare a mettere in discussione il pensiero pensando ad esempio “*sono agitato, è normale che il battito sia più rapido, è ansia non può succedere nulla*”;
- non appena si è abbassato il livello di ansia riprendere a fare quello che si stava facendo.

Esposizioni enterocettive

Si possono programmare delle esposizioni enterocettive in seduta insieme a tutto il gruppo. Si tratta di tecniche espositive che mettono il paziente nella condizione di sperimentare sensazioni simili a quelle che possono provare in uno stato d’ansia in modo da testare su se stessi che sono capaci di tollerarla e imparare a capire che quelle sensazioni (palpitazioni, nodo in gola, giramento di testa, ecc.) non sono così pericolose.

Le *esposizioni enterocettive* consentono di esercitarsi nel ricreare alcuni sintomi dell’ansia. Il terapeuta può scegliere, dalla tabella sottostante, una o più sensazioni da evocare e proporle al gruppo.

Tabella 3. Esposizioni enterocettive

Sensazione da evocare	Pensieri disfunzionali	Esposizione enterocettiva
Giramento di testa, vertigini, nausea	<i>“Potrei svenire, potrei vomitare”</i>	Scuotere la testa da una parte all’altra o ruotarla in senso orario o antiorario velocemente per 30 secondi. Da seduti, mettere la testa tra le ginocchia per 30 secondi e alzarla di scatto in modo rapido. In piedi girare su se stessi velocemente con le braccia allargate verso l’esterno per 1 minuto.
Mancanza di respiro	<i>“Potrei morire soffocato”</i>	Iperventilare per un minuto facendo respiri corti. Respirare con una cannucchia per 1 minuto tappandosi il naso.

Stato dissociativo	<i>“Potrei impazzire, perdere il controllo, il contatto con la realtà”</i>	Guardare di continuo una luce fissa per 2 minuti. Fissare di continuo un punto sul muro per 2 minuti. Iperventilare per un minuto facendo respiri corti.
Tachicardia	<i>“Potrei avere un infarto”</i>	Correre sul posto ginocchia alte per 1 minuto. Salire e scendere un gradino o uno step senza mai fermarsi per 2 minuti.

Il terapeuta può scegliere di far fare al gruppo 2 o 3 esposizioni e finita ogni esposizione avvia una discussione di gruppo sollecitando con le seguenti domande:

- cosa avete provato?
- è una sensazione simile a quella che avete provato in uno stato d'ansia?
- quanto ci si avvicina da zero a dieci?
- cosa avete pensato mentre facevate l'esercizio?
- cosa potete dire rispetto alle sensazioni fisiche provate?
- sentite che si possono tollerare?
- vedere che non può succedere nulla di catastrofico?

Esercitazione sul rilassamento muscolare

Il terapeuta insegna ai partecipanti la tecnica del rilassamento muscolare progressivo (Jacobson, 1942) e quella del rilassamento isometrico.

Il rilassamento muscolare può essere *progressivo* o *isometrico*. Il *rilassamento muscolare progressivo* consiste nel rilassare i muscoli uno dopo l'altro ed è utile subito prima di affrontare una situazione ansiogena, mentre il *rilassamento isometrico* è utile per mantenere il rilassamento quando si è in una situazione che genera ansia.

Il terapeuta fa sperimentare ai partecipanti una o tutte e due le forme di rilassamento dando le istruzioni presenti nella Scheda 6 “Rilassamento muscolare progressivo” e nella Scheda 7 “Rilassamento muscolare isometrico”.

Rilassamento muscolare progressivo. Dare l'indicazione di sedersi su una sedia comoda, con uno schienale su cui appoggiare la schiena e le spalle. Alcuni preferiscono fare l'esercizio da sdraiati, ma è meglio non sdraiarsi se si ha la tendenza ad addormentarsi, poiché va sottolineato che non si può imparare a rilassarsi se si dorme, poiché il sonno è diverso dal rilassamento,

tanto è vero che ci si può svegliare dal sonno anche tesi. Una volta terminato il rilassamento, che dovrebbe durare circa una decina di minuti, il terapeuta sottolinea ai partecipanti che, se si soffre di un disturbo d'ansia, gli esercizi di rilassamento muscolare progressivo dovrebbero essere fatti almeno una volta al giorno, preferibilmente prima di esporsi a una situazione che genera ansia. Solo successivamente, quando la sintomatologia è regredita, si può applicare solo in caso di situazioni specifiche che generano tensione.

Rilassamento muscolare isometrico. Gli esercizi di rilassamento isometrico possono essere eseguiti anche quando si è in una situazione ansiogena, perché non richiedono movimenti evidenti o cambiamenti di posizione.

Il più comune errore che si fa negli esercizi isometrici è quello di applicare la tensione troppo velocemente oppure con troppa intensità, invece va fatto in modo graduale e lento.

Le diverse forme d'ansia

Il terapeuta passa, rapidamente, in rassegna le diverse forme di ansia facendo consultare la Scheda 9 “L'ansia nelle sue diverse forme”.

Spiega che i disturbi d'ansia sono una delle forme di malessere più comuni nella popolazione generale e che, spesso, non rispondono bene ai soli trattamenti farmacologici, pertanto è necessario un intervento specifico per disinnescare i circoli viziosi già descritti precedentemente.

Ricordare che a prescindere dal tipo di disturbo d'ansia, i meccanismi di mantenimento e il trattamento sono più o meno gli stessi, quello che cambia è il contenuto della paura.

I disturbi d'ansia possono essere classificati nel seguente modo:

- ansia generalizzata;
- ansia sociale;
- ansia per lo stato di salute (ipocondria);
- fobie specifiche;
- disturbo ossessivo-compulsivo.

Una volta aver letto insieme la Scheda 9, il terapeuta sollecita una discussione per ognuno dei diversi disturbi, mettendo in luce la paura sottostante il disturbo, i comportamenti protettivi e gli evitamenti messi in atto per gestire l'ansia in modo disfunzionale, come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 4. Le varie forme d'ansia

Disturbo	Pensieri disfunzionali	Comportamenti protettivi	Evitamenti
<p>Ansia generalizzata: preoccuparsi per qualsiasi cosa in modo eccessivo e ingiustificato</p>	<p><i>“Non riesco a fare tutto”</i> <i>“Se non tengo tutto sotto controllo non ce la farò”</i> <i>“Se non penso continuamente alle cose mi dimenticherò di farle”</i> <i>“Se rimuginio riesco a risolvere i problemi”</i> <i>“Non riesco a smettere di non pensare mi esaurirò a pensare così tanto”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rimuginare sulle cose - Fare continue liste - Chiedere continue rassicurazioni - Riflettere sulle preoccupazioni - Concentrarsi molto sul lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> - Rimandare i compiti e gli impegni - Evitare situazioni che suscitano ansia - Incapacità a rilassarsi - Evitare notizie di sentire o leggere notizie che preoccupano
<p>Ansia sociale: preoccuparsi del giudizio altrui</p>	<p><i>“Non so cosa dire, la gente penserà che sono noioso”</i> <i>“Se divento rosso o balbetto penseranno che sono uno stupido”</i> <i>“Sono agitato quindi gli altri vedranno che sono goffo e impacciato”</i> <i>Se sudo penseranno che non sono normale”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ripetere mentalmente prima cosa dire prima di parlare - Tenere troppo saldamente in mano gli oggetti (tazza, penna) - Controllare il corpo muovendosi lentamente 	<ul style="list-style-type: none"> - Parlare in pubblico - Mangiare davanti agli altri - Contatto visivo con le persone - Evitare di togliersi la giacca per paura che si veda il sudore dalla camicia
<p>Ansia per lo stato di salute (ex ipocondria) Preoccuparsi per lo stato di salute</p>	<p><i>“Paura di avere una grave malattia fisica”</i> <i>“Ho sempre mal di testa potrei avere un tumore al cervello”</i> <i>“Le extrasistole sono un segnale che mi sta per venire un infarto”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fare eccessive visite mediche - Controllare su internet ogni sintomo - Attenzione selettiva alle sensazioni fisiche - Chiedere continue rassicurazioni - Palpare le parti del corpo - Guardar ogni parte del corpo allo specchio - Misurare spesso la pressione - Misurarsi i battiti cardiaci 	<ul style="list-style-type: none"> - Fare visite mediche - Fare sforzi fisici eccessivi - Evitare notizie in tv o da leggere a contenuto medico - Evitare di nominare le parole riferite alla morte e alla malattia

Fobie specifiche: paura marcata verso un oggetto o situazione specifica (volare, altezze, animali, iniezione, sangue, api, ecc.)	<i>“Se vedo il sangue sverrò”</i> <i>“Se mi avvicino ad un cane mi morderà”</i> <i>“Non ce la faccio a prendere l’aereo, mi verrà un attacco di panico”</i>	- Farsi accompagnare - Rimuginare - Chiedere rassicurazioni	- Luoghi, situazioni persone, animali che suscitano ansia
Disturbo ossessivo-compulsivo: presenza di ossessioni (pensieri intrusivi) e compulsioni (azioni o pensieri ripetitivi) con contenuto di diverso tipo: - contaminazione - aggressione - controllo - superstizioso - ordine e simmetria - religiose - sessuali	<i>“Ho toccato oggetti infettati mi verrà una malattia...mi devo andare a lavare”</i> <i>“Potrei fare del male a qualcuno”</i> <i>“Potrei essere omosessuale”</i> <i>“Potrei essere un pedofilo”</i> <i>“Potrei dire parole oscene o fare gesti inconsulti”</i> <i>“Sono matto ad avere questi pensieri”</i>	- Mettere in atto le compulsioni: lavarsi continuamente le mani, farsi la doccia troppo spesso e troppo a lungo, allineare libri e oggetti, controllare il gas, che le porte e le finestre siano chiuse - Chiedere rassicurazioni	- Vedere bambini per paura di essere pedofili - Vedere uomini per paura di essere omosessuale - Luoghi che si teme siano contaminati - Luoghi sacri per paura di dire cose oscene - Coltelli per paura di fare del male a qualcuno

È importante che il terapeuta sottolinei la differenza tra un disturbo d’ansia, di qualunque tipo tra quelli elencati, e una normale preoccupazione. Tutti noi possiamo essere preoccupati per un sintomo fisico insolito, di fare una brutta figura, ecc.

La differenza tra una normale preoccupazione e l’ansia sta nel fatto che quest’ultima:

- è troppo intensa e ingiustificata rispetto alla situazione;
- è pervasiva;
- crea disagio e sofferenza;
- condiziona le normali abitudini di vita una persona.

Psicoeducazione sulla depressione

Il terapeuta inizia con un brainstorming e invita i partecipanti a dare una definizione di depressione.

Cause della depressione. Una volta raccolte le loro idee, inizia a evidenziare i fattori causali sull'insorgenza della depressione e a fornire qualche dato epidemiologico esposto all'inizio del capitolo per sottolineare la diffusione di tale patologia. Tra le cause della depressione bisogna annoverare l'interazione tra i diversi fattori: genetici, ambientali e caratteristiche individuali. Infatti, la depressione, così come molti altri disturbi, è causata da una molteplicità di fattori e per questo si dice che la causa è "multifattoriale".

Tra i *fattori genetici* troviamo la familiarità. Nei disturbi bipolari la componente genetica è stata riconosciuta come causa importante, mentre più modesta ma comunque influente nei casi di depressione maggiore, dove sembra incidere di più sia l'aspetto ambientale che le caratteristiche di personalità.

Tra i *fattori ambientali* correlati a una maggiore probabilità di sviluppare una depressione maggiore troviamo: condizioni socioeconomiche svantaggiate, povertà, scarsa scolarizzazione, l'essere cresciuti con un genitore depresso e, più in generale, tutti i fattori importanti di stress come aver subito traumi o abusi, lutti e perdite di persone importanti, divorzi e separazioni, disoccupazione, isolamento sociale, mobbing lavorativo, aver subito episodi di bullismo a scuola, essere affetti da malattie gravi o croniche.

Tra i *fattori psicologici legati alle caratteristiche individuali* che possono favorire la depressione vanno considerate tutte le variabili personologiche e la capacità di resilienza soggettiva.

Se è vero infatti che tutte le situazioni stressanti possono portare a depressione è anche vero che non tutti coloro che vivono situazioni stressanti si ammalano. Tra le vulnerabilità psicologiche troviamo: scarsa autostima e autoefficacia, tendenza all'autocritica, incapacità di soddisfare i propri bisogni e scarsa adattabilità ai cambiamenti di vita [non aver sviluppato buone strategie di gestione emotiva e risoluzione dei problemi] (www.ospedalemarialuigia.it).

Importante sottolineare che anche alcuni passaggi del ciclo di vita possono essere delicati e favorire l'insorgere di episodi depressivi come il passaggio dall'adolescenza all'età adulta, il pensionamento, la nascita di un figlio, i figli che una volta divenuti adulti vanno via di casa, ecc. Difficoltà nel superamento di una fase di vita o di un cambiamento significativo possono favorire lo sviluppo di sintomi depressivi in quelle persone caratterialmente più predisposte.

A questo punto il terapeuta inizia a dare una spiegazione teorica di cosa è la depressione invitando i partecipanti a consultare la Scheda 9 "L'ansia nella sue diverse forme".

Sintomi della depressione. La depressione è un disturbo dell'umore estremamente grave e invalidante le cui caratteristiche principali sono l'u-

more deflesso (tristezza profonda), la *mancaanza di piacere* e di *motivazione*. I sintomi della depressione riguardano quattro aree:

- *sintomi affettivi*: tristezza profonda, presente quasi sempre nell'arco della giornata e insensibile a eventuali eventi positivi, perdita di gratificazione, perdita di sentimenti e di affetto verso gli altri, perdita della risposta di gioia, angoscia, sensi di colpa, sensazione di vuoto interiore, disperazione, senso di impotenza, disperazione per se stessi e per il proprio futuro, perdita dell'interesse per le attività quotidiane, ansia e indecisione cronica (Fiorentini, 2019). È importante fare una distinzione tra la tristezza comune legata a eventi di vita negativi e la tristezza patologica che sfocia nella depressione: la prima è un'emozione con una certa durata limitata nel tempo e non modifica fortemente le abitudini di vita di una persona; la depressione, invece, è uno stato profondo di disperazione protratto nel tempo che modifica le abitudini di vita rendendo la persona quasi incapace di provvedere a se stessa tanto da perdere interesse e motivazione verso tutto e tutti e, inoltre, può verificarsi anche in assenza di un evento spiacevole e non modifica l'umore nemmeno la presenza di situazioni piacevoli e gioiose;
- *sintomi cognitivi*. I sintomi cognitivi riguardano sia il contenuto dei pensieri, che le funzioni esecutive.

Il contenuto dei pensieri di un paziente con depressione maggiore è contraddistinto da una negatività pervasiva. I pazienti depressi tendono ad avere una scarsa opinione di se stessi (bassa autostima) e delle proprie capacità; inoltre mostrano aspettative e pensieri negativi nei confronti degli altri e delle persone che lo circondano e aspettative negative relative al proprio futuro. In genere il contenuto negativo dei pensieri peggiora con il peggiorare del disturbo depressivo maggiore, fino ad arrivare, in casi molto gravi, alla presenza di ideazioni deliranti (deliri di inguaribilità, di colpa, di rovina ecc.) oppure a ideazioni suicidarie (Fiorentini, 2019).

Chi soffre di depressione tende a essere concentrato su di sé, si isola facilmente e tende a rimanere a letto per molte ore della giornata a rimuginare in modo ripetitivo e circolare. Il rimuginio porta, oltre a un peggioramento del quadro depressivo, a una riduzione dell'attenzione e della concentrazione verso il mondo esterno, producendo difficoltà nella memorizzazione, nel ricordare ciò che si è letto o sentito, fino, nelle forme più gravi, a un rallentamento del flusso del pensiero;

- *sintomi comportamentali*: riduzione delle attività quotidiane, passività, inattività, rallentamento o agitazione motoria, isolamento sociale, evitamento delle situazioni.

La perdita di piacere nel fare qualsiasi cosa (anedonia), la perdita di interesse (apatia) unite alla sensazione di stanchezza cronica portano il soggetto a ridurre gradualmente tutte le attività quotidiane, a ridurre i contatti sociali, chiudendosi così al mondo e alla vita. La riduzione progressiva e costante della attività quotidiana porta a disabilità percepita (“non sono più in grado di fare le mie cose”) e reale. Altri aspetti comportamentali tipici della depressione maggiore sono la progressiva scomparsa di azioni volte al proprio benessere e cura personale (www.ospedalemarialuigia.it).

Una caratteristica tipica della depressione è la progressiva trascuratezza nella cura e nell’igiene personale che porta la persona depressa a non lavarsi a sufficienza, truccarsi, pettinarsi, cucinarsi, fare la doccia, ecc.;

- *sintomi fisiologici e somatici*: disturbi del sonno, dell’appetito, della sessualità, stanchezza cronica, dolori diffusi, problemi gastro-intestinali.

Criteri diagnostici della depressione secondo il DSM-5. Per concludere, il terapeuta può anche fare riferimento ai criteri diagnostici della depressione maggiore secondo il DSM-5.

A-La presenza di cinque o più tra i sintomi seguenti per un periodo di almeno due settimane con significativa alterazione del normale funzionamento dell’individuo. Almeno uno dei sintomi deve essere l’umore depresso o la perdita di interesse e piacere nel fare le cose.

- Umore depresso per la maggior parte del giorno, per la maggior parte dei giorni (es. sentirsi triste, vuoto, senza speranza). Nei bambini e negli adolescenti l’umore può essere irritabile.
- Diminuzione dell’interesse o del piacere nel fare qualsiasi cosa, per la maggior parte della giornata, per la maggior parte dei giorni.
- Significativa perdita di peso o aumento di peso, perdita o aumento dell’appetito nella quasi totalità dei giorni.
- Agitazione psicomotoria o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno, visibile anche da un occhio esterno [l’alterazione della motricità deve poter essere osservata dagli altri, non è sufficiente la sensazione soggettiva di agitazione o rallentamento].
- Fatica e perdita delle energie per la maggior parte dei giorni.
- Sentimenti di indegnità (non sentirsi all’altezza) o sensi di colpa eccessivi o inappropriati per la maggior parte dei giorni.
- Maggior difficoltà nel pensare e restare concentrati, oppure patologica indecisione, per la maggior parte dei giorni.
- Ricorrenti pensieri di morte (non solo paura di morire), ricorrenti pensieri suicidari, tentativi di suicidio.

B-I sintomi causano una significativa sofferenza o comunque problematiche nell'area sociale, lavorativa o altre aree o funzioni significative.

C-L episodio non è collegabile ad effetti psicoattivi di sostanze o farmaci.

D-L evento depressivo maggiore non è meglio spiegato da altri disturbi mentali [come: disturbo schizoaffettivo, schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o altri specifici o aspecifici disturbi dello spettro psicotico].

E-Non si è mai verificato un episodio di mania o ipomania. Questo criterio non si applica agli episodi di mania o ipomania la cui causa è effetto di sostanze, farmaci o altre condizioni mediche (www.pisatoday.it).

È importante sottolineare di fare diagnosi di depressione maggiore in modo precoce e procedere fin da subito ad una cura adeguata. I disturbi depressivi, infatti, tendono a peggiorare nel corso del tempo rendendo sempre più difficile e lungo il trattamento.

Errori di pensiero nella depressione

Il terapeuta spiega ai partecipanti il concetto di modello cognitivo e triade cognitiva di Beck esposto sopra, facendo particolare riferimento ai pensieri negativi rispetto a se stesso, il mondo e il futuro. Parlando di errori di pensiero, fare consultare ai partecipanti la Scheda 11 “Errori di pensiero nella depressione” e spiegare uno ad uno, portando degli esempi, tutti i bias cognitivi comuni nei pazienti depressi:

- *deduzione arbitraria*: la persona giunge a una conclusione da prove inadatte o insufficienti. Il terapeuta può fare l'esempio di una persona depressa che ha sempre svolto il suo lavoro in modo puntuale e preciso. Un giorno compie un piccolo errore inviando una mail a un destinatario sbagliato e il capo glielo fa notare. La persona deduce e pensa da questo unico elemento: “*Non sono più in grado di lavorare, il capo penserà che non sono più adatta per questo lavoro*”;
- *astrazione selettiva*: il paziente si concentra su un dettaglio ignorando altri aspetti salienti della situazione a conferma dei suoi pensieri negativi. Prendendo l'esempio precedente, supponiamo che il capo, nella stessa situazione, abbia detto a questa persona che è stata molto brava in un lavoro che aveva svolto precedentemente e che le avesse assegnato un altro incarico di responsabilità. La persona depressa seleziona solo l'informazione coerente con la sua credenza patogena (“*Non sono più in grado di lavorare*”), tralasciando completamente tutte le informazioni a supporto del contrario;
- *generalizzazione eccessiva*: il paziente trae una conclusione sulla base di

uno o pochi eventi isolati e la generalizza a tutte le situazioni. Sempre prendendo l'esempio sopra citato, la persona inizia a generalizzare a tutte le situazioni il senso di fallimento: *“Ho sbagliato a lavoro, non sono più in grado di fare niente nemmeno a casa, non sono una brava persona, un bravo genitore, ecc.”*;

- *ingigantire e minimizzare*: la persona riduce o esagera l'importanza degli eventi. La persona drammatizza le situazioni vedendole insormontabili oppure le minimizza non affrontandole, con il risultato di passivizzarsi rispetto ai problemi, anziché affrontarli;
- *personalizzazione*: la persona tende a porre gli eventi esterni in relazione a sé. Ciò significa che se succede qualcosa si sente sempre preso in causa. Ad esempio, il capo al lavoro in una riunione dice a tutto il personale che ha notato un calo nella produttività, il paziente depresso tenderà a pensare che il messaggio sia rivolto a lei e inizierà subito a disperarsi pensando a tutte le cose che non ha fatto alimentando il senso di colpa e di angoscia;
- *pensiero assolutistico e dicotomico*: il paziente tende a classificare le esperienze in due opposte categorie (pensiero bianco-nero). La persona depressa non riesce a vedere sfumature: o il capo la licenzierà per un errore commesso o penserà che è bravissima; anche gli altri e le situazioni vengono viste da un punto di vista estremo: il lavoro che svolgo è interessantissimo versus è terribile; quella persona è odiosa versus è amorevole, ecc.;
- *tendenza a darsi la colpa*. Difficilmente trova cause esterne, soprattutto per eventi negativi, tale distorsione è strettamente legata alla personalizzazione. Come detto sopra, il paziente depresso tende a sentirsi responsabile in modo eccessivo degli eventi che accadono.

Circolo vizioso della depressione

Il terapeuta invita i partecipanti a consultare la Scheda 13 “Circolo vizioso della depressione” spiegando il modello del disturbo proposto da Beck (1967), il quale afferma che l'andamento discendente della depressione può essere illustrato come un circolo vizioso, dove le reazioni affettive possono agevolare l'attivazione degli schemi depressogeni: “quanto più negativi sono i pensieri del paziente, tanto peggio si sente; quanto peggio si sente, tanto più negativi sono i suoi pensieri” (Beck, 1967, p. 345).

Il terapeuta può riproporre alla lavagna lo schema della scheda 12 analizzando gradualmente ogni punto: sulla colonna di sinistra c'è il classico ABC dove una situazione attivante che, nel caso indicato nella scheda 4 è una sensazione interna (stato di debolezza mentale e fisica) che viene interpretata negativamente con pensieri di fallimento legati al sé, al mondo e al futuro

(triade cognitiva). Tali pensieri negativi attivano le emozioni di ansia, colpa e angoscia. Da qui parte il circolo vizioso perché le emozioni negative incrementano i pensieri negativi che, a loro volta, incrementano le sensazioni somatiche ed affettive.

Una volta che si è attivato il circolo vizioso, intervengono quattro fattori che mantengono tale situazione:

- *attenzione selettiva riguardo le sensazioni corporee*. La persona depressa si focalizza sulle sensazioni di stanchezza e fatica;
- *comportamenti protettivi* associati alla situazione. Pur facendo qualche attività, prende delle precauzioni per paura di non farcela: ad esempio può farsi accompagnare ovunque, oppure percorrere una strada stando al telefono, ecc.;
- *inattività e aumento dello stato di immobilità*. La persona gradualmente smette di svolgere le normali attività di vita quotidiana (lavarsi, cucinarsi, pettinarsi, truccarsi, fare la doccia, ecc.) anche quelle che prima della depressione gli procuravano piacere;
- *evitamento*. La persona può evitare di andare al lavoro, di fare attività fisica per paura di non farcela a causa della stanchezza, può evitare le situazioni sociali e ricreative perché non ne sente il piacere.

Strategie efficaci per gestire la depressione

Il terapeuta fa consultare la Scheda 14 “Come interrompere il circolo vizioso della depressione” e spiega le tecniche efficaci di gestione della depressione.

Tecniche comportamentali. Bisogna gradualmente portare il paziente depresso ad aumentare il livello di attività partendo da piccole cose semplici fino ad aumentare il grado di complessità. Va spiegato che nella depressione c'è un'alterazione dello stato del desiderio, ciò significa che la persona depressa non sente il piacere e quindi la spinta a mettersi in attività perché manca quello che viene definito il *piacere anticipatorio*, ovvero quella sensazione di gradevolezza che hanno le persone non depresse e che diventa il motore e la spinta ad intraprendere una certa attività. Questo, però, non significa che la persona depressa non sia in grado di provare alcun piacere mentre svolge l'attività, perché si può attivare il cosiddetto *piacere consumatorio*, ovvero quella sensazione di piacere avvertita durante l'attività e non prima. Questo aspetto è molto importante da spiegare ai partecipanti perché spesso i pazienti, non percependo la sensazione di piacere prima di un'attività, pensano che se l'affronteranno staranno male e non proveranno nulla,

se non fatica. Invece, nella maggior parte dei casi, la persona prova piacere solo durante l'attività quindi deve fare lo sforzo di agire, pur non avendone alcuna voglia, e contrastare l'inerzia iniziale per verificare non solo che è in grado di affrontare la situazione ma anche di provare un certo grado di piacere. Questa è l'unica strada per interrompere il circolo vizioso della depressione e iniziare a stare meglio, quindi è essenziale smettere di evitare, il motto è "*mai evitare di evitare di fare le cose!*". Inoltre bisogna eliminare l'attenzione selettiva rispetto ai sintomi fisici legati soprattutto alla stanchezza e alla mancanza di energie.

Tecniche cognitive. Riprendendo le attività la persona inizia a migliorare sia i sintomi affettivi che somatici e a sviluppare pensieri più realistici del tipo: "*ce la posso fare*"; "*anche se mi sento stanca non vuol dire che non saprò affrontare la giornata*" e a fare memoria di tutte le esperienze positive in cui è riuscita ad affrontare le situazioni e a provare piacere. Con l'allenamento ad osservare i pensieri negativi e a metterli in discussione con pensieri più funzionali e legati alla realtà, la persona depressa inizia gradualmente a modificare le convinzioni negative sulle proprie capacità e sulle possibilità di cambiamento, acquisendo sempre più fiducia in se stessa. È importante, inoltre, allenare la persona ad osservare i bias cognitivi che mette in atto per correggere le distorsioni cognitive.

Tecniche meditative e di mindfulness. Ultimamente, la diffusione di tecniche meditative e in particolare della mindfulness ha riportato dati di efficacia anche nel trattamento della depressione: quindi può essere integrata all'interno del percorso terapeutico, aumentandone l'efficacia. La mindfulness è una forma di meditazione ideata da Jon Kabat-Zin (1990; 2003), che fu il primo a portarla nel contesto psicoterapico. La mindfulness ha l'obiettivo di allenare la mente ad essere consapevole del momento presente in modo intenzionale e non giudicante. Aiuta a sviluppare un atteggiamento ingenuo, "da mente principiante" come se si guardasse ogni cosa per la prima volta nella vita, con fiducia, senza aspettarsi nulla e senza voler cambiare nulla, ma stare e osservare quello che c'è così come appare. È la predisposizione all'accettazione, alla pazienza, all'impegno, al tollerare la sofferenza senza giudicarla o volerla cancellare.

Esercitazione con ABC e pensiero funzionale su pensieri depressivi

Il terapeuta sollecita i partecipanti a portare esempi di episodi in cui si sono sentiti molto tristi o depressi evidenziando i bias cognitivi connessi alla situazione e provare a sostituire i pensieri disfunzionali con pensieri funzionali come nella scheda Scheda 15 “ABC con pensiero funzionale” e nell’esempio seguente.

Sensazione di stanchezza. Pensiero negativo: “*Non ce la farò mai ad affrontare la giornata al lavoro, meglio se rimango a casa*”. Pensiero funzionale: “*È stanchezza, sarà faticoso alzarmi dal letto ma poi andrà meglio, ce la posso fare*”.

Homework

Scheda 3 “Istruzioni per il respiro lento”.

Scheda 8 “Esposizione con ABC sull’ansia e pensiero funzionale”.

Scheda 12 “ABC su episodi di tristezza ed errori cognitivi”.

Scheda 15 “ABC con pensiero funzionale”.

Il incontro

Revisione dei compiti

Scheda 3 “Istruzioni per il respiro lento”.

Scheda 8 “Esposizione con ABC sull’ansia e pensiero funzionale”.

Scheda 12 “ABC su episodi di tristezza ed errori cognitivi”.

Scheda 15 “ABC con pensiero funzionale”.

Disturbo bipolare

Il terapeuta invia i partecipanti a consultare la Scheda 16 “Disturbo bipolare” e inizia a fare psicoeducazione sul disturbo bipolare.

Il disturbo bipolare colpisce tra il 2,5 e il 5% della popolazione, si tratta di un disturbo grave e ricorrente che compromette la vita dell’individuo portandolo ad avere problemi in ambito relazionale, affettivo, lavorativo e sociale fino, in casi estremi, ad arrivare a comportamenti suicidari. È un distur-

bo in cui si alternano fasi dell'umore contrapposte: fasi depressive in cui il soggetto si sente triste, giù di morale ed è "inattivo", alternate a fasi ipomaniacali o maniacali in cui, invece, la persona si sente piena di energia, velocità di pensiero, iperattività. La differenza tra ipomania e mania sta nell'intensità e nella durata dei sintomi che nella mania sono maggiori.

Il disturbo bipolare è un disturbo molto grave ma può essere curato, infatti, la maggior parte delle persone che ne soffrono, anche in forme gravi, può raggiungere un buon livello di stabilizzazione della malattia. È una malattia che è soggetta a recidive, soprattutto nei periodi di stress ma, se trattata adeguatamente e monitorata nel tempo, è compatibile con una vita normale e produttiva.

È indubbio che l'individuazione precoce ne migliori la prognosi, il problema è che, nella maggior parte dei casi, si arriva a fare diagnosi di disturbo bipolare solo dopo molti anni dal manifestarsi della malattia, e questo aggrava l'andamento del disturbo.

L'origine del disturbo bipolare ha una forte componente genetica, nel senso che i geni favoriscono l'orientamento della struttura del cervello che si andrà a completare attraverso l'interazione con l'ambiente circostante. Il "rimodellamento" della struttura cerebrale avviene in modo massiccio nella primissima infanzia e successivamente durante l'adolescenza, pur continuando ad accompagnare in modo più attenuato anche lo sviluppo successivo (Giedd, 2004; Fields, 2005). Pertanto, l'influenza ambientale, l'esperienza educativa e l'acquisizione di capacità psicologiche sono l'altro parametro che influenza la stabilità dell'umore (Alloy *et al.*, 2005). Esperienze positive di apprendimento determinano un miglioramento delle funzioni mentali, quelle negative, invece, come la trascuratezza o l'isolamento, lo danneggiano (Dennenburg, 1981; Greenough, 1977; Malatesta, Izard, 1984) modificando lo sviluppo e il successivo deterioramento di fibre, sinapsi e cellule nervose.

I pazienti con disturbo bipolare sono significativamente più sensibili alle variazioni stagionali, climatiche e metereologiche. Infatti, i periodi di maggiore incidenza delle crisi depressive sono le stagioni intermedie, autunno e primavera, mentre verso la fine dell'estate si riscontrano più frequentemente crisi tipo ipomaniacale e maniacale. Questo è in parte legato all'effetto delle radiazioni luminose sul nostro organismo per cui la luce fa aumentare la produzione di serotonina nel cervello con effetto di miglioramento del tono dell'umore; mentre un calo della serotonina in inverno favorisce anche un calo dell'umore, questo porta le persone nella popolazione generale a essere più raccolte e concentrate sul lavoro in inverno e più propense alla socialità in estate. Questa condizione per un paziente con disturbo bipolare può voler dire depressione tra l'inizio e la fine dell'inverno o in primavera, ed eccitamento durante l'estate.

Anche le variazioni di orario dei pasti, dei turni di lavoro, il jet lag si possono tradurre in una perdita dell'equilibrio dell'umore (Longo *et al.*, 2011).

Importanza del trattamento farmacologico. Il disturbo bipolare è in gran parte l'esito di una disregolazione del sistema limbico (Canbeyli, 2010). Il sistema limbico è costituito dall'*ippocampo* (così chiamato per la sua forma simile ad un cavalluccio marino), che svolge un ruolo importante nella memoria con conseguenze dirette sul mondo affettivo, dall'*amigdala* (con una forma simile ad una mandorla), che è una sorta di sentinella delle emozioni che capta gli stimoli esterni, gli dà un significato emozionale e attiva un immediato comportamento di risposta. Il *talamo* ha la funzione di trasmissione degli stimoli esterni che, una volta registrati, vengono inviati alla corteccia. L'*ipotalamo* è invece la struttura che media molte risposte involontarie del nostro corpo (pressione arteriosa, motilità viscerale, temperatura corporea, frequenza cardiaca, ritmo sonno-veglia, appetito) grazie allo stretto legame con il sistema nervoso autonomo (involontario) e con il sistema endocrino (tramite l'ipofisi).

Nelle condizioni di stress cronico si spiegano le alterazioni dell'umore, le alterazioni endocrine riscontrate nel disturbo bipolare come problemi di tiroide e obesità.

Come spiegano Longo, Tronci e altri autori del libro *Lo spettro Bipolare* (2011), il sistema limbico è in stretto legame con la corteccia cerebrale dove, specie nei lobi prefrontali, vengono valutate ed elaborate le strategie di risposta ottimali che consentono un migliore adattamento all'ambiente.

Il terapeuta, nello spiegare il funzionamento del cervello, può fare il seguente esempio: se si avverte un forte odore di fumo, i *bulbi olfattivi*, presenti nel sistema limbico, potrebbero attivare una reazione di allarme tramite l'amigdala. Tale sensazione verrà confrontata con la memoria di esperienze analoghe precedenti (ed entra in gioco l'ippocampo), ciò attiverà una reazione fisica (tramite l'ipotalamo) con un aumento della frequenza cardiaca e respiratoria, incremento della pressione, aumento del tono muscolare, diversa distribuzione del sangue a favore dei muscoli e cervello, con conseguente aumento della vigilanza. Tutto ciò serve per predisporre il corpo all'azione.

L'attivazione di questo sistema di allerta potrà avere due esiti opposti:

- confermare il pericolo e consentire di individuare in modo utile e rapido una soluzione;
- determinare una condizione di panico senza utilità o persino creare altro danno.

Il comportamento che seguirà l'individuo dipenderà da come la corteccia cerebrale sarà in grado di valutare il pericolo, riuscendo a distinguere, per

esempio, tra un incendio e il fumo di una sigaretta e cercando in caso di pericolo reale la strategia migliore per mettersi in salvo.

Se il sistema limbico si attiva troppo intensamente e/o cronicamente non consente una valutazione realistica dell'esperienza, ed è come se la corteccia prefrontale fosse annebbiata dall'emozione stessa e produrrà soluzioni inutili o dannose per la persona. Naturalmente tanto più la corteccia cerebrale è addestrata a valutazioni positive e realistiche, minore sarà la vulnerabilità da eccessiva attivazione del sistema limbico. Questo sistema di equilibrio, che gli autori chiamano "termostato dell'umore", è il punto debole del disturbo bipolare: in questo sistema risiede gran parte della sua vulnerabilità biologica che si cerca di curare con gli psicofarmaci.

Rispetto alla depressione unipolare, dove il trattamento farmacologico può essere anche secondario ad altri trattamenti, come la psicoterapia, soprattutto nelle forme lievi e medie, nel disturbo bipolare il trattamento farmacologico è prioritario a qualunque altro intervento. Lo scopo degli psicofarmaci è quello di rendere il sistema delle trasmissioni nervose più equilibrato e funzionante, modulando la neurotrasmissione ed evitando l'eccessiva attivazione del sistema limbico che annebbia la corteccia mettendo a rischio la vita stessa. Infatti, l'incendio emotivo può indurre comportamenti gravi e irreversibili come il suicidio, offuscare le capacità logiche fino al delirio, distorcere la percezione fino a produrre fenomeni allucinatori. Questo pericolo è tanto più possibile quanto più si ripetono le crisi nel tempo: a ogni ricaduta le persone che soffrono di disturbo bipolare divengono più vulnerabili allo stress e sempre meno autonome, pertanto è fondamentale assumere una terapia farmacologica.

Quali farmaci per il disturbo bipolare? È importante che il terapeuta faccia un breve accenno sul trattamento farmacologico del disturbo bipolare.

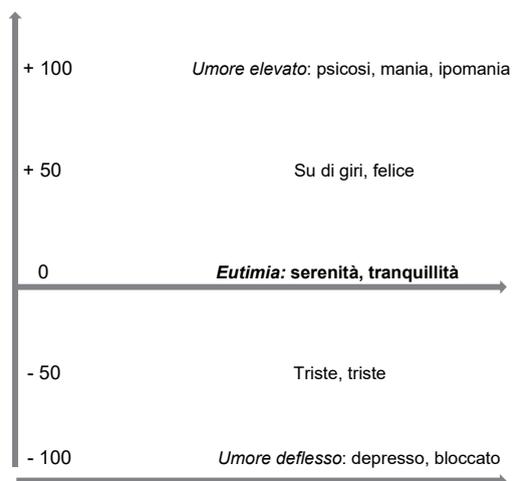
Nella cura del disturbo bipolare vengono usati i seguenti farmaci:

- *stabilizzatori dell'umore*. I più usati nella prevenzione delle ricadute, hanno un effetto lento per cui non possono essere usati da soli nella fase acuta;
- *antidepressivi*. Vengono utilizzati nella fase depressiva, ma avendo un'azione complessivamente eccitatoria hanno il rischio di indurre ipomania pertanto vanno usati con cautela, sempre associati agli stabilizzatori dell'umore e nel tempo possibilmente ridotti;
- *antipsicotici*. Sono farmaci usati nella cura dei disturbi psicotici dove è alterato il rapporto tra pensieri e realtà. Considerando che il 5% dei pazienti con disturbo bipolare nel corso della malattia può manifestare questi sintomi, vengono a volte utilizzati nella fase acuta, specialmente maniacale, ma hanno anche dimostrato capacità di stabilizzare l'umore nel lungo periodo;

- *ansiolitici*. Le “benzodiazepine” sono farmaci in grado di ridurre l’ansia e hanno un effetto quasi immediato, a differenza degli altri farmaci, ma hanno la contrindicazione di produrre dipendenza per cui si cerca di utilizzarli per tempi brevi. Sono usati anche per ridurre la tensione muscolare e indurre il sonno.

Il terapeuta può rappresentare graficamente alla lavagna il grafico dell’umore come nella figura sottostante e sottolineare l’importanza di tendere a uno stato di *eutimia*, ovvero di equilibrio del tono affettivo, sottolineando che l’eutimia è uno stato d’animo di neutralità e serenità. A differenza dell’apatia, tipica dell’umore deflesso, l’eutimia non consiste in una sensazione di distacco o in una negazione delle passioni, è piuttosto una sorta di tranquilla soddisfazione e di appagamento interiore.

Figura 2. Grafico dell’umore



Gestione dell’umore

Il terapeuta sollecita i partecipanti a consultare la Scheda 17 “Gestione dell’umore”. Si legge insieme punto per punto e si approfondiscono alcuni concetti.

Perché il sonno è così importante? Perché è il termometro del nostro benessere psicofisico. Il terapeuta può approfondire questo aspetto anche con l’ausilio della lavagna rappresentando l’equilibrio nel ciclo sonno-veglia tra

produzione di melatonina la sera e produzione di cortisolo nelle ore di veglia come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 5. Ritmo sonno-veglia

	
SONNO	VEGLIA
+ MELATONINA	+ CORTISOLO
	
- CORTISOLO	- MELATONINA
Diminuzione della temperatura corporea	Aumento della temperatura corporea
Diminuzione della pressione arteriosa	Aumento della pressione arteriosa
Diminuzione della frequenza cardiaca	Aumento della frequenza cardiaca
Diminuzione della serotonina	Aumento della serotonina

Il sistema biologico che regola l'alternanza tra il sonno e la veglia, legato alla periodicità quotidiana di luce e buio, è gestito dalle cellule che si trovano nell'ipotalamo che fa parte del sistema limbico.

Anche questo sistema, come il sistema dell'umore, funziona come un termostato che regola il rapporto tra sonno e veglia, in cui alcune cellule si attivano e altre si inibiscono a turno in un ciclo che dura 24 ore. Questa ciclicità, oltre ad avere delle differenze determinate geneticamente, è regolata da diverse variabili.

La *sera* si verifica un aumento della concentrazione di melatonina intorno alle 21.00 con valori elevati fino alle 4.00 del mattino. L'aumento della melatonina fa ridurre la temperatura corporea, la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca, e a questo si associa un calo fisiologico del cortisolo (ormone prodotto dalle ghiandole surrenali detto "ormone dello stress" che ci prepara ad essere reattivi) e del neurotrasmettitore serotonina che favorisce il sonno.

La *mattina*, invece, cambia l'ago della bilancia e si riduce l'ormone della melatonina che dalle 4.00 del mattino attiva la sua riduzione di concentrazione e alle 8.00 è giunta al minimo restando basso fino alle 20.00 di sera; a

questo si associa un incremento della serotonina che giunge al suo livello massimo alle 8.00 di mattina, aumento del cortisolo, della temperatura e anche la pressione arteriosa e frequenza cardiaca aumentano.

Un equilibrio ottimale per le nostre necessità di recupero si raggiunge restando svegli 16 ore e dormendo 8 ore. Il momento di avvio del sonno è molto importante così come il numero delle ore dormite: infatti il sonno più ristoratore avviene nelle prime ore della notte (tra le 22.00 e le 4.00 del mattino). Il sonno, una volta attivato, non resta uguale durante tutta la notte ma si susseguono diverse fasi ripetute in cicli della durata di 90 minuti ciascuna. Ogni ciclo presenta 5 fasi: le prime due sono di sonno leggero, altre due di sonno profondo e ristoratore e l'ultima e quinta fase chiamata REM è spesso la fase in cui si presentano i sogni più vividi insieme alla scomparsa completa del tono muscolare e alla comparsa di movimenti oculari rapidi.

Nella prima metà della notte prevalgono le fasi 3 e 4, quindi il sonno profondo, mentre le fasi 2 e REM prevalgono nella seconda metà della notte.

La luce, sia naturale che artificiale, altera la curva fisiologica del sonno, pertanto il sonno andrebbe preparato riducendo stimoli sonori e luminosi a partire dalle 20.00. Si è osservato che migliore è il tempo della preparazione al sonno, maggiore è la quota di sonno profondo che si vive.

Il sonno profondo è importante perché migliora le funzioni esecutive: ordina e rafforza la memoria (Frankland, Bontempi, 2005) realizzando un'integrazione d'informazioni tra l'ippocampo (sistema limbico) e la corteccia cerebrale; questo facilita l'apprendimento e contribuisce all'equilibrio emotivo, stimolando la creatività e la capacità di flessibilità di pensiero. Per contro, la deprivazione di sonno può produrre sintomi psicotici; infatti, dormendo poco e male si manifestano anche alterazioni biologiche a scapito degli ormoni tiroidei e del profilo metabolico.

Il sonno disturbato peggiora la stabilità emotiva e l'instabilità emotiva ha effetti negativi sul sonno; di contro, un sonno ristoratore è fonte di stabilità emotiva che, a sua volta, favorisce il sonno. Detto ciò, appare evidente l'importanza del sonno come fonte ristoratrice nei pazienti con disturbo bipolare.

Il terapeuta, leggendo gli altri punti della Scheda 17 "Gestione dell'umore", aggiunge anche un aspetto importante: quello di evitare qualunque tipo di droga o alcol sottolineandone gli effetti negativi sull'umore.

Tutte le droghe e l'alcol hanno l'effetto di modificare lo stato di coscienza, il comportamento, le emozioni, i pensieri, inducendo dipendenza e abuso.

L'alcol nel breve periodo riduce il controllo degli impulsi, aumenta l'aggressività e può portare a manifestazioni psicotiche e mania, nel medio termine produce depressione, ansia e un progressivo deterioramento cognitivo se l'assunzione diventa cronica. La *cocaina* può, da sola, scatenare un episodio psicopatologico con ansia, aggressività, sintomi psicotici, nonché indurre

un progressivo deterioramento cognitivo. L'*eroina*, droga euforizzante, può indurre mania e depressione per effetto inibitorio del sistema nervoso centrale e in particolare su centri del respiro che possono indurre la morte per overdose. Le *anfetamine* sono droghe stimolanti che inducono ansia, irrequietezza e molto di frequente producono scompensi maniacali e psicotici. Gli *allucinogeni* e le *droghe sintetiche* come l'*ecstasy* sono molto pericolose anche se assunte una sola volta e inducono deliri e allucinazioni visive e uditive in chiunque li assume, anche se non ha problemi psicopatologici. La *cannabis* aumenta il rischio di sviluppo di psicosi e deliri rispetto a chi non ne fa uso. L'utilizzo continuativo provoca depressione o "sindrome a-motivazionale" caratterizzata da forte apatia; oppure, al contrario, può portare a sviluppare ansia e panico.

Il disturbo dell'umore nelle sue diverse forme

Per concludere i disturbi dell'umore, il terapeuta sollecita i partecipanti a consultare la Scheda 18 "Il disturbo dell'umore nelle sue diverse forme". Rapidamente, leggendo insieme la scheda, il terapeuta passa in rassegna le varie forme di disturbo dell'umore, rimarcando la differenza tra aspetti patologici legati all'umore e le normali variazioni dell'umore.

Promozione del benessere

Il terapeuta termina la parte psicoeducativa sui disturbi dell'umore soffermandosi sull'importanza di perseguire il benessere psichico e fisico a prescindere dalla presenza o meno di un disturbo dell'umore, sottolineando che uno stile di vita sano e corretto aumenta la probabilità di mantenere uno stato psicofisico in equilibrio e ridurre l'impatto dello stress quotidiano.

Come si fa a perseguire il benessere? Scrivere alla lavagna i seguenti punti:

- stabilizzare i diversi ambiti: economico, lavorativo, affettivo e sentimentale;
- dormire bene;
- alimentarsi in modo corretto;
- fare attività fisica regolarmente;
- bilanciare lavoro e riposo;
- coltivare interessi;

- evitare alcol e droghe;
- curare le relazioni interpersonali;
- gestire in modo efficace i conflitti interpersonali, imparare a dire di no e a fare richieste in modo corretto;
- curare la propria persona nell'aspetto fisico e nella mente;
- accettare i propri limiti;
- correggere i pensieri negativi con pensieri positivi.

Esercitazione sulle attività che promuovono il benessere

Far consultare ai partecipanti la Scheda 19 “Lista di attività che promuovono il benessere” indicando con una crocetta a quali attività si dedicano e a quali vorrebbero incrementarne.

Psicoeducazione sui disturbi alimentari

Il terapeuta invia ai partecipanti a dare una definizione di disturbi alimentari scrivendo tutte le idee dei partecipanti alla lavagna.

- Il terapeuta invita i partecipanti a consultare la Scheda 21 “I disturbi alimentari”.
- I diversi disturbi alimentari: lettura delle Schede 22 “L’anoressia nervosa”, Scheda 23 “La bulimia nervosa” e Scheda 24 “Disturbo da alimentazione incontrollata”.
- Conseguenze dei disturbi alimentari sulla salute fisica, psicologica e sociale.
- Trattamento dei disturbi alimentari.

Esercitazione sull'immagine corporea

Stimolare in aula la riflessione sulla percezione dell'immagine corporea attraverso ABC personali. Chiedere a qualche volontario di riferire situazioni in cui hanno percepito il loro corpo: come lo vedono, cosa provano e cosa pensano in riferimento alla propria immagine corporea.

Situazione	Pensiero	Emozione	Sensazioni fisiche	Comportamento
Mi sono guardato allo specchio e ho pensato... <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> Immaginavo il mio corpo e pensavo...				

Mangiare con consapevolezza

Leggere insieme la Scheda 25 “Mangiare con consapevolezza”.

Mangiare con consapevolezza significa assumere un atteggiamento mindful, ovvero un atteggiamento di apertura e genuina accettazione del momento presente e di tutto quello che viene percepito attraverso sensi, senza dare giudizi o critiche a quello che accade.

Esercitazione pratica di mindfulness eating

(Portare in seduta dell’uva passa o mirtilli rossi disidratati)

Prima di iniziare la pratica, consegnare a ogni partecipante un mirtillo rosso o un acino di uva passa e proseguire con le seguenti istruzioni:

- chiudete gli occhi per qualche istante, portate le natiche sul bordo della sedia, schiena e testa dritte come se ci fosse un filo che tira verso il soffitto, mani sulle ginocchia e focalizzate l’attenzione sul vostro respiro, così come lo percepite senza forzarlo in alcun modo, connettetevi con il vostro centro (1 minuto);
- aprite gli occhi e ascoltate la mia voce seguendo semplicemente le mie istruzioni durante tutta la pratica; concedetevi tutto il tempo di cui avete bisogno per divenire consapevoli delle vostre percezioni;
- se durante la pratica vi accorgete che la mente comincia a vagare, accogliete il pensiero e poi riportatelo delicatamente al momento presente.

Tabella 6. Mindfulness eating

Pratica di mindfulness eating

1. Tenere in mano

Tieni il mirtillo essiccato sul palmo della mano o tra il pollice e l'indice e osservalo attentamente.

Concentrati su di esso come se fossi un marziano e lo vedessi per la prima volta nella tua vita.

2. Vedere

Guardalo attentamente, lasciate che i tuoi occhi ne esplorino ogni parte, esaminando i punti in cui risplende la luce, gli incavi più scuri, le pieghe e le grinze, il colore la forma e qualsiasi asimmetria o caratteristica percepisci.

3. Toccare

Gira il mirtillo tra le dita, chiudi gli occhi e percepisci attraverso il tatto la sua consistenza, senti che rumore produce.

4. Annusare

Porta il mirtillo sotto il naso vicino alle narici e annusalo, percepisci l'odore, l'aroma o la fragranza e nel frattempo osserva se avviene qualcosa di interessante nella tua bocca e nello stomaco.

5. Mettere in bocca

Porta il mirtillo lentamente sulle labbra, poi posalo in bocca sopra la lingua senza masticare ed esplorate per qualche momento osservando tutte le sensazioni che ti suscita: sii consapevole dei pensieri, emozioni e sapori buoni o cattivi che siano, accetta tutto quello che senti senza volerlo modificare.

6. Assaporare

Comincia a masticare lentamente, percepisci ogni sensazione, nota come e dove deve collocarsi per la masticazione. Poi, molto consapevolmente, dal un morso o due e nota che cosa succede subito dopo, facendo esperienza delle eventuali ondate di gusto che emana mentre continui a masticarlo. Senza ancora ingoiarlo, nota le semplici sensazioni generate nella tua bocca, dal gusto alla consistenza del mirtillo come può cambiare nel tempo, momento per momento.

7. Ingoiare

Quando ti senti pronto ingoia il mirtillo e percepiscine il sapore nel passaggio dalla bocca, alla gola allo stomaco osservando pensieri e sensazioni. Chiediti: com'è stato questo assaggio di consapevolezza?

Condivisione dell'esperienza in gruppo.

Esercitazione di defusione

Spiegare il concetto di “defusione” attraverso le parole di Russ Harris:

Rimanere intrappolati nei nostri pensieri e permettere ad essi di dominare il nostro comportamento. Defusione significa separarsi e prendere distanza dai nostri pensieri, lasciarli andare e venire senza rimanere intrappolati in essi (2010).

Defendersi dai propri pensieri significa, quindi, prendere le distanze da essi e non permettere loro di bloccarci o spaventarci.

La nostra mente è costantemente attraversata da numerosi pensieri, in ogni istante. La qualità di questi pensieri tuttavia non è sempre piacevole o positiva; a volte è neutra mentre molte volte è negativa o spiacevole: possono sopraggiungere pensieri legati a preoccupazioni e previsioni catastrofiche, pensieri di incapacità e senso di inadeguatezza.

Bisogna ricordarsi che è normale essere attraversati da pensieri simili, la mente funziona in questo modo e ciò non costituisce una disfunzione. Tuttavia a volte questi pensieri spiacevoli prendono il sopravvento della nostra mente e influenzano il nostro stato d'animo e il modo in cui agiamo, allontanandoci dai nostri desideri e obiettivi e ingabbiandoci in paure e blocchi psicologici che impediscono di agire in modo costruttivo. I pensieri negativi diventano un problema quando influiscono sulla qualità della vita della persona allontanandola dai propri valori e scopi personali.

La ACT (Acceptance and Commitment Therapy), terapia dell'accettazione e dell'impegno, afferma che occorre imparare a difendersi dai propri pensieri, ricordandosi che i pensieri non sono fatti concreti ma solo modi di interpretare la realtà che possono essere modificati, allontanati, reinterpretati e destituiti di potere, soprattutto quando diventano paralizzanti, bloccando la persona in circoli viziosi che impediscono di vivere una vita degna di essere vissuta.

Imparare a difendersi dai propri pensieri significa imparare a prendere la giusta distanza critica da essi e non dare loro potere di bloccare la mente.

Esistono diverse tecniche di defusione che hanno in comune tre aspetti:

- guardare i pensieri dal di fuori come fa un osservatore esterno anziché vedere la realtà dal punto di vista dei nostri pensieri fondendosi con essi;
- notare che i pensieri sono transitori, vanno e vengono come nuvole nel cielo anziché rimanerci intrappolati dentro;
- lasciare scorrere i pensieri, nel loro fluire di andare e venire senza aggrapparsi ad essi.

Lo scopo di queste tecniche è quello di permettere di vedere la reale natura dei pensieri, ovvero considerarli né più né meno che delle parole o delle immagini e non come dati di realtà, imparando a chiedersi: *a cosa mi serve questo pensiero? Quanto è reale? È utile?*

Lo scopo delle tecniche di defusione non è quello di liberarsi dai pensieri ma di osservarli e lasciarli scorrere via, senza dar loro peso, imparare a scherzarci sopra, ridicolizzarli, nominarli con la voce in falsetto, ecc. soprattutto quando sono pensieri inutili e distruttivi.

Il terapeuta invita i partecipanti a mettersi in posizione e a chiudere gli occhi: *“chiudete gli occhi, portate le natiche sul bordo della sedia, schiena e testa dritte come se ci fosse un filo che tira verso il soffitto, mani sulle ginocchia e seguite la mia voce e le istruzioni che vi darò. Rimanete con gli occhi chiusi durante tutta la pratica”*.

Tabella 7. Defusione

Pratica di defusione

Nota i pensieri che ti passano per la mente in questo istante.

Scegli il pensiero più disturbante e osservalo come fosse una frase scritta su una foglia.

Ora immagina di stare seduto sulla sponda di un ruscello in una giornata di sole primaverile.

Osserva il fiume e l'acqua che scorre.

Sul fiume ci sono molte foglie che la corrente porta via.

Ora posa la foglia con su scritto il pensiero negativo sopra il fiume.

Osserva che scorre via così come scorrono i pensieri, vanno e vengono.

Prendi distanza da quel pensiero e ripetiti che è solo un pensiero, una scritta e non ha alcun potere.

Prova a giocare con quel pensiero, ripetilo in falsetto, ironizzaci sopra.

Piano piano apri gli occhi.

Il terapeuta avvia una condivisione sull'esperienza vissuta.

I partecipanti possono visualizzare diverse tecniche di defusione a loro piacimento e immaginare il pensiero come fosse una frase scritta:

- sullo schermo di un computer (frase che cambia carattere, forma, colore, scorrimento);
- su una nuvola nel cielo (la nuvola che scorre e che si fa trasportare da un leggero venticello in una giornata di sole);
- su una foglia che scorre sopra un ruscello;
- su una valigia che si muove lentamente sul nastro trasportatore.

Homework

Scheda 19 “Lista di attività che promuovono il benessere”.

Scheda 20 “Cosa faccio per perseguire il benessere”.

Scheda 25 “Mangiare con consapevolezza”. Scegliere un pasto durante la giornata ed esercitarsi a casa con una pratica di mindfulness eating ogni giorno.

Scheda 26 “Defondersi dai pensieri negativi”. Allenarsi con la pratica di defusione su un pensiero negativo della settimana.

Bibliografia

- Alloy L.B., Abramson L.Y., Urosevic S., *et al.* (2005), The Psychosocial context of bipolar disorders: environmental cognitive, and developmental risk factors, *Clinical Psychology Review*, 25, 1008-1027.
- Andrews G., Creamer M., Crino R. (2004), *Disturbo di panico e agoraphobia. Manuale per chi soffre del disturbo*. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Bartlett F.C. (1932), *Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology*, Cambridge University Press: Cambridge.
- Barzega G., Venturello S., Bogetto F. (1999), Psychotherapy of depression: a critical review of the experimental evidences of its efficacy, *Journal of Psychopathology*.
- Beck A.T. (1964), *Thinking and Deciding*, Cambridge University Press: Cambridge.
- Beck A.T. (1967), *La depressione*, Bollati Boringhieri: Torino, 1978.
- Beck A.T. (1971), Cognition, affect, and psychotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 24: 495-500.
- Beck A.T. (1976), *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, International University Press: New York; trad. it. *Principi di terapia cognitiva*, Astrolabio: Roma, 1984.
- Beck A.T., Emery C., Greenberg R.L. (1985), *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive perspective*, Basic Books: New York.
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. (1979), *Terapia Cognitiva della Depressione*, Bollati Boringhieri: Torino, 1987.
- Canbeyli R. (2010), Sensorimotor modulation of mood and depression: An integrative review, *Behavioural Brain Research*, 207, 249-264.
- Clark D.A., Beck A.T., Alford B.A. (1999), *Teoria e Terapia Cognitiva della Depressione*, Masson: Issy les Moulineaux France, 2001.
- Clark D.M. (1986), A cognitive model of panic, *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark D.M. (1988), A cognitive model of panic attacks, in S. Rachman, J.D. Maser (Eds), *Panic: Psychological Perspectives*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dennenburg V.H. (1981), Hemispheric laterality in animals and the effects of early experience, *Behavioral and Brain Sciences* 4, 1-49.
- Ellis A. (1962), *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Lyle Stuart: New York; trad. it. *Ragione ed Emozione in psicoterapia*, Astrolabio: Roma, 1989.

- Fields R.D. (2005), Myelination: An Overlooked Mechanism of Synaptic Plasticity?, *The Neuroscientist*, 11, 6, 528-531.
- Fiorentini A. (2019), *Depressione: sintomi, diagnosi e psicoterapia ipnotica*, disponibile al sito <https://www.psicologofiorentini.it/sintomi-depressione/>.
- Frankland P.W., Bontempi B. (2005), The organization of recent and remote memory, *Nature Reviews Neuroscience*, 6, 119-130.
- Giedd J.N. (2004), Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain, *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1021, 77-85.
- Greenough W.T. (1977), *Experimental modification of the developing brain*, in Janis I.L. (a cura di), *Current Trends in Psychology*. William Kaufmann, Los Altos.
- Harris R. (2010), *La trappola della felicità. Come smettere di tormentarsi e iniziare a vivere*, Erikson: Trento.
- Ipsico (2018), *Ansia e disturbi d'ansia: sintomi, cause e cura*, disponibile al sito <https://www.ipsico.it/sintomi-cura/ansia/>.
- Jacobson E. (1942), *Yu must relax: A practical method of reducing the strains of modern living*, McGraw-Hill: Oxford.
- Kabat-Zinn J. (1990), *Vivere momento per momento*, Tea Pratica: Milano.
- Kabat-Zinn J. (2003), Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future, *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsaville B.J., Chevron E.S. (1984), *Interpersonal Psychotherapy of Depression (IPT)*, Basic Books: New York.
- Longo S., Tronci A., Saccomandi F., Carrozzo D. (2011), *Lo "Spettro Bipolare"*, Giovanni Fioriti: Roma.
- Luborsky L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, Basic Books: New York.
- Malatesta C.Z., Izard C.E. (1984), *The ontogenesis of human social signal: from biological imperative to symbol utilization*, in Fox N., Davidson R. (a cura di) *The Psychobiology of Affective Developments*, Erlbaum: Hillsdale N.J.
- Martelli Venturi I. (2019), *Trattamento dei disturbi emotivi comuni: guida pratica per la conduzione di gruppi*, FrancoAngeli: Milano.
- Quotidiano Sanità (2017), *Depressione, l'allarme dell'Oms: "In 10 anni aumentata quasi del 20%". Ne soffrono 322 milioni di persone. Nessun paese escluso*, disponibile al sito www.quotidianosanita.it/.
- Rainone A., Mancini F. (2004), *Gli approcci cognitivi alla depressione*, FrancoAngeli: Milano.
- Rainone A., Mancini F. (2009), *La depressione*, disponibile al sito <https://apc.it/wp-content/uploads/2009/08/La-depressione.pdf>.
- Salkovskis P.M. (1991), The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account, *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- Saulle D. (2015), *La psicologia cognitiva*, disponibile al sito www.donato-saulle.it/psicologia-cognitiva-psicologo-milano/.
- Strupp H.H., Binder J. (1984), *Psychotherapy in a New Key: A Guide to Time-limited Dynamic Psychotherapy (TLDP)*. Basic Books: New York.
- Wells A. (1990), Panic disorder in association with relaxation-induced anxiety: an attentional training approach to treatment, *Behaviour Therapy*, 21, 273-280.

- Wells A. (1999), *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*, McGraw-Hill: Milano.
- Wells A., Matthews G. (1997), Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*.
- Wolpe J. (1969), *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon.
- World Health Organization (1998), *Well-being in primary healthcare/ The Depcare project*, Copenhagen: WOH Regional Office for Europe.
- World Health Organization (1999), *Press Release: World Health Report 1999 Making a difference*. Geneva: WOH.
- World Health Organization (2015), *World Health Statistics 2015*. Geneva: WOH.

15. Modulo V.

Lo stile genitoriale efficace e le abilità comunicative

*Se genitori e adolescenti imparano a comprendersi
anche nel dolore e nella rabbia
possono trasformare i conflitti in un'occasione per
crescere insieme.*

Ilaria Martelli Venturi

Le competenze sociali

Saper comunicare in modo efficace rappresenta un fattore protettivo nell'avere e nel mantenere buone relazioni interpersonali; d'altro canto, stare in equilibrio con gli altri rappresenta un punto cardine nella ricerca del benessere (Franck *et al.*, 2000).

Come affermava Liotti (1994), gli altri hanno un ruolo costante sia nella vita pratica che in quella immaginativa e spesso forniscono delle informazioni di ritorno importanti per l'individuo.

Le capacità comunicative e le abilità sociali sono fortemente influenzate dalla cultura di appartenenza e dall'ambiente familiare in cui si cresce, ma possono essere apprese nel corso di nuove esperienze e nuovi insegnamenti, dunque è possibile "allenarle" per migliorarle e migliorare le relazioni.

La letteratura scientifica degli ultimi 20 anni si è molto concentrata sulle seguenti domande e ha fornito contributi interessanti che spaziano dalle neuroscienze alla psicologia sociale [...]; per prima cosa cerchiamo di definire cosa sono le competenze sociali.

[Le competenze sociali] sono quell'insieme di capacità di natura psicologica, relazionale e comunicativa, che svolgono un ruolo fondamentale nella corretta interpretazione ed uso, da un punto di vista cognitivo e affettivo, delle norme di interazione sociale. Le competenze sociali si reggono e si sviluppano a partire da una dimensione chiamata cognizione sociale.

Possiamo definire tale dimensione come: "Quell'abilità di costruire rappresentazioni della relazione fra se stessi e gli altri e di usare queste rappresentazioni per realizzare comportamenti finalizzati e adattati al contesto" (Adolphs, 2003).

La cognizione sociale non è un'abilità unica ma è formata da diverse componenti (Green *et al.*, 2005):

- **riconoscimento delle emozioni attraverso il canale non verbale:** Abilità di inferire informazioni emotive da espressioni vocali o facciali. Il canale non verbale

comprende la gestualità, la postura corporea, la comunicazione visiva, il tono della voce e l'espressione del viso, queste risultano determinanti per lo stabilirsi di un rapporto di intimità tra le persone; il volto rappresenta l'area del corpo più importante sul piano espressivo e comunicativo, produce segnali importanti nella comunicazione. La mimica facciale è fondamentale per informarci sullo stato emotivo di un individuo, le emozioni possono chiaramente influire sul comportamento e sull'espressività nella comunicazione. Acquisire la consapevolezza dei nostri canali non verbali consente di gestire meglio tali abilità nelle relazioni interpersonali [...];

- **teoria della mente:** è la capacità di intuire o comprendere gli stati mentali propri e altrui, i pensieri, le credenze, i ragionamenti, le inferenze, le emozioni, le intenzioni e i bisogni sulla base dell'osservazione del comportamento e del contesto e dell'inferenza di significato. Questa capacità permette di prevedere e dare significato al comportamento delle persone nei diversi contesti (Camaioni, 1995);
- **stile attributivo:** è quella tendenza caratteristica di ciascun individuo nello spiegare gli eventi della propria vita. Il processo di attribuzione avviene quando un individuo osserva un evento e poi, sulla base delle informazioni che sono in suo possesso e di altri fattori individuali e motivazionali, attribuisce quell'evento a una particolare causa. [...] [Lo stile attributivo è condizionato molto dall'ambiente sociale e familiare in cui si è vissuto: ci sono persone che hanno uno *stile attributivo esterno*, ovvero attribuiscono la causa degli eventi molto più facilmente a condizioni esterne a se come alla fortuna o alla sfortuna o agli altri ("*sono andato bene all'esame perché sono stato fortunato*", "*sono andato male perché il professore mi ha fatto domande difficili*"), e altre uno *stile attributivo interno*, ovvero attribuiscono la causa degli eventi a se stessi ("*sono andato bene all'esame perché ho studiato molto*" "*ho fatto un errore perché non mi sono impegnato abbastanza*"). Lo stile attributivo influenza le reazioni dell'individuo all'evento stesso];
- **percezione sociale:** capacità di cogliere il significato sociale di un comportamento in un determinato contesto. Si riferisce alla modalità con cui ogni individuo crea impressioni e formula giudizi sugli altri facendo anche delle inferenze. La formazione di un'impressione è un processo attraverso il quale si organizzano le informazioni relative ad un individuo in una struttura coerente di conoscenze, è una rappresentazione cognitiva, cioè un insieme coerente di conoscenze accumulate nella memoria. La percezione sociale e le impressioni dirigono gli atteggiamenti, guidano l'azione e il comportamento sociale degli individui (Andronico, 2022).

È possibile incrementare la competenza sociale attraverso training sulle abilità interpersonali. Il principio su cui si basano tali insegnamenti è quello dell'apprendimento sociale di Bandura (1977) il quale prevede che, attraverso l'insegnamento di abilità sociali corrette, si possa aumentare la propria autoefficacia (Bandura, 1997), ovvero la capacità di sentirsi capaci ed efficaci nei diversi contesti. Tale apprendimento è veicolato da diverse pro-

cedure: *modeling, role-playing, feed-back, generalizzazione e problem-solving* (Emrich, 2004).

Competenze cognitive ed emotive per un buon adattamento sociale

Per un buon adattamento sociale sono necessarie competenze cognitive ed emotive che consentono di avere una modalità comunicativa adeguata. Tali competenze includono capacità di:

- accettare le critiche in modo costruttivo;
- *prendere decisioni*, quindi saper rinunciare a qualcosa per scegliere e tollerare il rischio di commettere eventuali errori e possibili conseguenze negative della decisione presa. Il processo decisionale è legato alle capacità di *problem-solving*, che permette di scegliere e mettere in atto la soluzione ritenuta più efficace in relazione alla situazione;
- *affermare le proprie idee*, valori e principi;
- *sapersi opporre in modo chiaro e diretto* alle opinioni degli altri quando non si è d'accordo;
- *fare e accettare richieste*, quindi saper chiedere e saper offrire;
- *saper fare complimenti* valorizzando gli aspetti positivi degli altri;
- *saper accettare i complimenti*, esprimendo in questo modo rispetto verso se stessi e capacità di autovalutazione;
- *saper fare critiche* o appunti in modo costruttivo;
- *decentramento*: comprendere correttamente il punto di vista dell'altro (pensieri, sentimenti, emozioni), assumendo un punto di vista diverso dal proprio;
- *ascolto*: astenersi da pregiudizi e giudizi ma mettersi nella condizione di ascoltare tutto ciò che l'altro ha da dire con atteggiamento curioso e attento;
- *riconoscere e discriminare le emozioni* proprie e altrui, in modo corretto, consente di avere una buona dose di empatia che rende i rapporti interpersonali più autentici;
- *saper comunicare i propri sentimenti e le proprie emozioni*, sia positive che negative, aumenta la confidenza nelle relazioni. Chiaramente è una capacità che va adattata al tipo di contesto e relazione;
- *condurre una conversazione* in modo chiaro, sincero e pertinente all'argomento. A questo si aggiunge la capacità di saper iniziare una conversazione anche con persone sconosciute, saperla sostenere trovando argomenti di comune interesse, saper rispettare i "turni" nella conversazione, saper improvvisare ed essere spontanei;
- utilizzare il linguaggio non verbale in modo coerente ai sentimenti espressi;

- utilizzare il linguaggio verbale esprimendosi in prima persona “io”, anziché “tu” che facilita i giudizi impersonali. Ad esempio: “mi sento arrabbiato perché mi hai promesso di venire e non lo hai fatto” piuttosto che “mi fai arrabbiare perché non mantieni le promesse”;
- *assumere un atteggiamento cooperativo*: comportamento pro-sociale finalizzato al raggiungimento di uno scopo comune e condiviso con altre persone.

L’assertività

“Essere assertivi” significa saper affermare se stessi nel rispetto delle opinioni degli altri, saper comunicare autenticamente le proprie idee e saper chiedere secondo i propri bisogni. In poche parole, significa saper chiedere ciò che si desidera, saper rifiutare ciò che non si vuole e saper esprimere opinioni, idee sia positive che negative agli altri.

Andrew Salter (1949), da molti considerato il fondatore degli studi sull’assertività, riteneva che su questa capacità si fondasse la realizzazione personale e la soddisfazione interpersonale degli individui (Carlotta, 2018).

Egli ha ipotizzato che molti problemi psichici hanno origine proprio dalla mancanza di assertività e che questa, a sua volta, è il risultato di un apprendimento inadeguato dovuto all’ambiente sfavorevole in cui una persona ha vissuto, che ha scoraggiato ed inibito i comportamenti assertivi. In linea con questa teoria, Salter inserì tra le sue pratiche terapeutiche degli interventi volti a favorire l’assertività, sostenendo che se il problema nasceva da un apprendimento “sbagliato”, poteva essere corretto da una nuova forma di apprendimento (Martelli Venturi, 2019).

Negli anni successivi, l’esempio di Salter fu seguito da altri terapeuti, con la conseguente proliferazione di trattamenti per potenziare l’assertività. Tra i contributi più interessanti troviamo quelli relativi alla componente cognitiva di questa abilità. L’assertività, infatti, non è fatta soltanto di comportamenti, ma anche di pensieri e atteggiamenti. Gli autori cognitivisti, in particolare, sottolinearono come le differenze tra persone assertive e non dipendessero innanzitutto dalle convinzioni che avevano su loro stesse e dalle previsioni che ne derivavano.

L’idea che accomuna le diverse teorie cognitive è che la scarsa assertività non dipenda (soltanto) da una mancanza di abilità, ma dal modo in cui le persone pensano. Per esempio, in risposta a una richiesta irragionevole, una valutazione che facilita un comportamento assertivo potrebbe essere “*Non sembra esserci una sola buona ragione per cui dovrei dire di sì*”. Al contrario, affermazioni come “*Mi ver-*

gognerei se rifiutassi” o *“Potrei non piacergli/le se non dico di sì”* possono ostacolare l’assertività (Jakubowski, Lange, 1978; Carlotta, 2018).

Pertanto, per aumentare l’atteggiamento assertivo non basta semplicemente adottare un certo tipo di comportamento, ma è altrettanto importante intervenire su come percepiamo noi stessi e gli altri.

Un aspetto importante dell’assertività, per esempio, è il rispetto verso se stessi e la difesa dei propri diritti. Non si può agire in modo assertivo, infatti, senza riconoscersi dei diritti basilari che nessuno può violare. Non sto parlando soltanto di diritti fondamentali come quello alla vita, alla libertà di espressione, all’educazione, ecc. Fanno parte dei nostri diritti anche quello di esprimere i propri sentimenti, di sbagliare, o di cambiare idea. Sentirsi liberi di reclamare i propri diritti, d’altronde, non implica però la libertà di calpestare quelli degli altri. È questa la differenza che passa tra il comportamento assertivo e quello aggressivo (Carlotta, 2018).

Stili genitoriali

Per *“stile genitoriale”* si intende la modalità educativa e accudente con cui i genitori si rapportano ai propri figli svolgendo le funzioni genitoriali (affettiva, protettiva, regolativa, empatica). Lo stile genitoriale orienta la costruzione della relazione con i figli e ne influenza lo sviluppo, è influenzato dalle caratteristiche del bambino e del genitore, dalle credenze e dai modelli socioculturali di riferimento.

Ogni stile genitoriale può essere letto attraverso due variabili:

- **controllo:** le richieste che i genitori fanno ai figli per integrarli nella famiglia e nella società, sollecitando comportamenti maturi, esercitando controllo e supervisione;
- **supporto:** azioni finalizzate a favorire l’individualità, l’autoregolazione, l’affermazione di sé attraverso la vicinanza affettiva (sostegno e calore) e disponibilità a soddisfare le richieste del figlio (Belloi, 2023).

Tra i modelli più noti che descrivono gli stili genitoriali vi è quello proposto da Diana Baumrind negli anni ’70. Questo modello delinea quattro diversi stili genitoriali:

- autoritario;
- permissivo;
- trascurante/rifiutante;
- autorevole.

Lo stile autoritario

Lo stile autoritario prevede un elevato controllo ed una scarsa accettazione del bambino [o basso supporto].

Il genitore che adotta questo stile: pretende l'obbedienza e non dà spiegazioni sulle proprie decisioni (regole [rigide e] assolute), è inflessibile e distaccato, usa intimidazioni e punizioni come unica forma di controllo, raramente loda o apprezza, esprime valutazioni e giudizi, esige rispetto per la tradizione e il duro lavoro, non accetta il figlio per quello che è e pertanto tenta di plasmarlo a seconda di un suo ideale, scoraggia il dialogo ed una comunicazione a due vie.

Il figlio che subisce uno stile autoritario potrebbe tendere al ritiro sociale, a stati ansiosi, alla frustrazione, ad una bassa autostima; potrebbe avere un comportamento estremamente ubbidiente e diligente, ma poco affettuoso e spontaneo. Le femmine solitamente sviluppano atteggiamenti di dipendenza e dimostrano poca motivazione rispetto agli obiettivi. I maschi possono manifestare tendenze aggressive e provocatorie nei confronti dell'altro, dando origine a problemi di condotta e sociali (Pianella, 2018).

Lo stile permissivo

Lo stile permissivo è caratterizzato da un'elevata accettazione ed uno scarso controllo (accentuato permissivismo).

Il genitore che adotta questo stile è centrato sul bambino, è affettuoso e lo accetta per quello che è, non lo guida nelle sue scelte e non si sente responsabile di correggerle, non è severo e non pretende nulla dal figlio, si dimostra poco coerente sulla disciplina fornendo poche regole o talvolta nessuna, non punisce, consulta il bambino sulle decisioni da prendere e soddisfa ogni suo desiderio anche se privo di senso [l'assenza di regole genera confusione nel figlio].

Un figlio che respira un clima educativo estremamente permissivo potrebbe presentarsi come un bambino positivo e vitale nell'umore, ma immaturo e carente nell'autocontrollo, nella responsabilità sociale e nella fiducia in se stesso; potrebbe considerare il genitore privo di interesse nei suoi confronti e pertanto sentirsi privo di sostegno nei momenti difficili; può, inoltre, manifestare comportamenti aggressivi per suscitare una risposta di fermezza contenitiva da parte dell'adulto (Pianella, 2018).

Lo stile trascurante/rifutante

Lo stile caratterizzato da una scarsa accettazione ed uno scarso controllo viene definito trascurante/rifutante.

Un genitore dallo stile trascurante denota un totale disimpegno nella relazione educativa: non controlla i figli, non chiede loro nulla, fornisce pochi strumenti di

comprensione del mondo e delle regole, non sostiene né dà affetto, non sente responsabilità educative, si preoccupa esclusivamente delle proprie attività, evita la comunicazione a due vie e non tiene conto delle opinioni e dei sentimenti del bambino.

In questo caso, un figlio potrebbe essere a rischio di comportamenti devianti: scarso controllo su impulsi ed emozioni, assunzione di droghe e carente interesse per la scuola (tendenza a fare assenze ingiustificate o ad isolarsi, avere difficoltà di concentrazione) (Pianella, 2018).

Lo stile autorevole

Un'elevata accettazione ed un elevato controllo definiscono, infine, lo stile autorevole.

Un genitore "autorevole" [valorizza l'indipendenza, giustifica le richieste utilizzando metodi disciplinari non punitivi] ha un'idea chiara del tipo di disciplina (regole), controlla i figli e richiede risultati, rispetta i desideri del bambino, favorisce gli scambi verbali, sollecita le opinioni e i sentimenti del figlio (reciprocità), manifesta affetto e calore, si aspetta che il figlio si comporti intellettualmente e socialmente a livelli coerenti con la sua età e le sue capacità, dà spiegazioni per le decisioni che assume, si pone all'interno di una relazione asimmetrica, mostra i suoi sentimenti in modo autentico, si interroga circa i messaggi veicolati da taluni comportamenti, accetta incondizionatamente il figlio, ma non sempre approva i suoi comportamenti, ascolta il figlio con empatia valorizzando le sue parole, i suoi sentimenti, le sue esperienze e senza sostituirsi a lui, manifesta stima e fiducia verso sé e verso il figlio, sa essere assertivo.

Il figlio, in tal caso, potrebbe dimostrarsi competente, interessato, indipendente, assertivo, propositivo, amichevole con i coetanei, cooperativo con i genitori, motivato nei confronti dei risultati da raggiungere; potrebbe avere più possibilità di sviluppare un senso critico, una buona autostima, un senso di sicurezza e buone capacità di adattamento.

Lo stile autorevole è pertanto correlato ad esiti sociali più adattivi, e inoltre pone l'accento sull'importanza di dare dei limiti, attraverso le regole, al bambino. I limiti possono rappresentare delle restrizioni e mandare il bambino su tutte le furie, ma sono anche dei "cancelli" che proteggono e fanno sentire al sicuro. I limiti aiutano a sviluppare le proprie risorse e a tollerare la frustrazione. Il genitore che, con le migliori intenzioni, cerca di risparmiare al figlio qualsiasi sofferenza, potrebbe privarlo dell'opportunità di sviluppare degli strumenti per far fronte alle difficoltà. È importante, infatti, che i bambini abbiano una visione realistica di quello che possono/riescono e non possono/non riescono fare. La frustrazione stimola il bambino a fare uso delle proprie risorse, purché naturalmente il "no" sia ragionevole e non generi disperazione.

Il sentirsi dire di "no" da parte di genitori autorevoli permette al figlio di sentire il limite senza aver paura che il rapporto venga pregiudicato. La capacità del genitore di dire di "no" insegnerà al figlio il coraggio di dire di "no" a sua volta, a richieste che considerano sbagliate, inopportune, scorrette, generando in lui una capacità di auto protezione (Pianella, 2018).

Struttura del modulo

Il modulo “Lo stile genitoriale efficace e le abilità comunicative” ha lo scopo di far riflettere i genitori sul proprio stile educativo e sviluppare abilità comunicative efficaci al fine di migliorare i rapporti interpersonali soprattutto nella relazione con i figli: avere buone abilità sociali è, in generale, un fattore protettivo per il benessere psicologico.

Il modulo è articolato in due incontri strutturati, come rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella 1. Struttura e obiettivi del modulo “Lo stile genitoriale efficace e le abilità comunicative”

Incontri	Argomento
I incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducazione sulla comunicazione - Stili comunicativi - Assertività - Ascolto Attivo e Validazione emotiva - Fare richieste e Dire di no in modo efficace - Homework: schede 5, 6,7. Consegna test di fine gruppo
II incontro	<ul style="list-style-type: none"> - Definire i confini - Stili genitoriali a confronto - Genitorialità efficace - Ritiro test finali - Consegna questionario di gradimento, pergamena e saluti finali
Obiettivi generali del V modulo	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendere la comunicazione - Apprendere uno stile di comunicazione assertivo - Imparare a validare - Imparare a gestire i conflitti in modo efficace - Imparare a dire di no - Imparare a fare richieste - Imparare a stabilire confini - Stili genitoriali - Stile genitoriale autorevole - Migliorare il rapporto genitore-figlio
Allegato online. Schede operative per genitori modulo V	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda 1 “Principi della comunicazione” - Scheda 2 “Stili comunicativi” - Scheda 3 “Confronto tra stili comunicativi” - Scheda 4 “Promemoria sull’assertività” - Scheda 5 “Dove mi colloco?” - Scheda 6 “Allenamento all’assertività” - Scheda 7 “Dire di no e fare richieste” - Scheda 8 “Ascolto attivo” - Scheda 9 “Validazione emotiva” - Scheda 10 “Invalidazione emotiva” - Scheda 11 “Tutelare i confini”

- Scheda 12 “Stile genitoriali”
- Scheda 13 “Stile genitoriale autorevole”
- Scheda 14 “Frase positive da dire a un figlio”
- Scheda 15 “Inviare messaggi in *prima* persona”
- Scheda 16 “Promuovere la fiducia”
- Scheda 17 “Gestire i conflitti come bisogni”
- Scheda 18 “Regole generali per una genitorialità efficace”

I incontro

Revisione dei compiti

Scheda 19 “Lista di attività che promuovono il benessere”.

Scheda 20 “Cosa faccio per perseguire il benessere”.

Scegliere un pasto durante la giornata ed esercitarsi a casa con una pratica di mindfulness eating ogni giorno.

Scheda 25 “Mangiare con consapevolezza”.

Allenarsi con la pratica di defusione su un pensiero negativo della settimana.

Scheda 26 “Defendersi dai pensieri negativi”.

Psicoeducazione sulla comunicazione

Il terapeuta invita i partecipanti a consultare la Scheda 1 “Principi della comunicazione” dove vengono elencati in modo semplificato gli assiomi della comunicazione elaborati dalla scuola di Paolo Alto (Watzlawick *et al.*, 1967).

Stili comunicativi

Il terapeuta invita i partecipanti ad osservare lo schema della Scheda 2 “Stili comunicativi” e leggere i vari stili: passivo, assertivo, aggressivo, sollecitando una riflessione su come ognuno si sente rispetto al proprio modo di essere.

Si può descrivere il comportamento immaginandolo come un continuum ai cui estremi si colloca da un lato lo stile passivo e dall’altro lo stile aggressivo. All’interno di questo continuum si possono assumere una serie di sfumature dove si colloca al centro lo stile assertivo, ovvero quel comportamento di mediazione tra i due estremi (Klosko, Sanderson, 2001).

Lo *stile passivo* lo assume chi non rispetta i propri diritti oppure lo fa in modo tale che gli altri possono facilmente trascurarli. Chi assume questo comportamento esprime le proprie convinzioni e sentimenti adducendo spesso scuse e giustificazioni, appare poco convinto, ha un tono di voce molto basso, anche lo sguardo tende ad evitare il contatto oculare con l'altro. L'atteggiamento remissivo si basa sulla convinzione che le proprie esigenze sono considerate dagli altri meno importanti delle loro, pertanto la persona tende ad anteporre i bisogni dell'altro ai propri sperimentando senso di frustrazione, malcontento e rabbia perché si vede delusa l'aspettativa irrealistica di essere capiti dagli altri come se "avessero la sfera di vetro" senza comunicare in modo diretto i propri bisogni. Il comportamento remissivo ha i suoi vantaggi immediati perché consente di disinnescare un conflitto molto rapidamente perché lo si evita. Aiuta ad evitare anche l'ansia che scaturirebbe da un confronto e il senso di colpa all'idea di poter irritare o dispiacere qualcuno affermando i propri desideri. Spesso, il comportamento remissivo viene premiato e rinforzato socialmente e confuso con la buona educazione perché consente di ricevere lodi dagli altri per il fatto di essere una persona che non crea problemi. In realtà, l'essere remissivi porta gradualmente a perdere fiducia in se stessi, danneggia l'autostima alimentando rabbia e frustrazione per non sentirsi in grado di esprimere i propri bisogni. D'altro canto, beneficia della remissività fino al punto in cui la persona passiva può arrivare a manifestare la rabbia in modo incontrollato ed esplosivo per poi sentirsi profondamente in colpa, innescando un circolo vizioso passivo-aggressivo. Le persone passive che reprimono i propri bisogni sviluppano, spesso, sintomi di natura somatica, ansia e depressione.

Lo *stile aggressivo* fa assumere un atteggiamento arrogante dove l'espressione dei propri diritti violano quelli degli altri. La persona si mostra prepotente, ha un tono di voce elevato, affronta l'altro ponendogli lo sguardo fisso negli occhi e con il corpo è proteso in avanti, quasi a comunicare un attacco. L'aggressività si basa sulla convinzione che le proprie credenze sono più importanti di quelle degli altri e su questo si basa l'idea della persona di avere più diritti enfatizzando il proprio punto di vista a spese degli altri, umiliando l'altra persona. Lo stile aggressivo può dare un senso di potere perché la persona che si sente ascoltata e obbedita si sente degna di rispetto e forte ma, nel tempo, l'aggressività porta ad allontanare gli altri facendo sperimentare un senso di solitudine e rabbia perché la persona vive l'impotenza del non poter modificare l'ambiente con cui interagisce. Tra l'altro, la persona aggressiva si mostra spesso con un atteggiamento ostile e sprezzante verso gli altri perché vede la causa delle sue insoddisfazioni solo all'esterno senza avere capacità critiche di messa in discussione del proprio atteggiamento. Un comportamento simile porta a un senso di solitudine che non consente di sperimentare relazioni autentiche.

Lo *stile assertivo* consente di far rispettare i propri diritti e idee in modo tale da non violare quelli degli altri. La persona assertiva riesce ad esprimere in modo chiaro e onesto il proprio punto di vista ma allo stesso tempo si mostra interessato e sa comprendere e rispettare anche il punto di vista degli altri.

Le componenti fondamentali dell'assertività sono:

- saper affermare se stessi, comunicare autenticamente e saper chiedere secondo le proprie aspettative, intenzioni e bisogni;
- saper esprimere e condividere emozioni e sentimenti;
- saper dissentire, rifiutare e dire di "no";
- saper ascoltare;
- saper negoziare;
- saper rischiare;
- saper criticare;
- saper rispondere alle critiche;
- saper offrire, chiedere, rifiutare apprezzamenti;
- saper discernere, decidere e realizzare obiettivi concreti.

Il terapeuta sottolinea il vantaggio di assumere un comportamento assertivo elencando i seguenti punti:

- l'assertività genera assertività: è più probabile ricevere una risposta assertiva se facciamo una domanda assertiva, quindi è un allenamento a migliorare la comunicazione;
- aiuta a sviluppare maggiore rispetto per se stessi alimentando l'autostima;
- aiuta a sviluppare maggiore fiducia negli altri riconoscendogli capacità e limiti anziché inferiori o superiori;
- aumenta l'autocontrollo perché la persona impara a non reprimere e allo stesso tempo a non avere reazioni fuori controllo;
- aumenta il senso di responsabilità perché sentendosi liberi di esprimere idee e bisogni la persona non critica gli altri mostrandosi aggressiva, né si scusa assumendo un comportamento passivo;
- aumenta il senso di benessere perché non si investono le proprie energie in preoccupazioni e rimuginio sterile legati alla paura di far arrabbiare gli altri oppure di ramare contro di loro.

A questo punto il terapeuta spiega che possono esserci dei fattori che riducono l'assertività, pertanto è necessario tenerne conto per evitare una conversazione nel momento in cui sono presenti uno o più dei seguenti fattori:

- *fattori di vulnerabilità*: sonno, alimentazione, stanchezza, stress;
- *emozioni negative*: sentirsi eccessivamente arrabbiati, in ansia, in colpa, tristi, ecc.;
- *credenze disfunzionali*: pensieri del tipo “*tanto nessuno prende in considerazione quello che dico*”, “*nessuno mi ascolta*” “*non conto niente*” “*gli altri non mi capiscono*” “*sono superiore gli altri sono tutti stupidi*”, ecc.

Esercitazione sulla comunicazione efficace

Il terapeuta invita due coppie di volontari per fare due esercitazioni:

- una sul dire di “no”;
- l’altra sul fare una richiesta.

Prendere esempi situazioni reali in cui i partecipanti si sono sentiti in difficoltà nel dire di no o a fare una richiesta. Se non riportano episodi si possono suggerire le seguenti situazioni relazionali:

- *dire di “no” a una richiesta*. I due volontari si siedono l’uno di fronte all’altro e gli altri partecipanti osservano la simulata di una conversazione dove A chiede a B di fare un cambio turno al lavoro ma B vuole dire di no perché in quel giorno ha già preso l’impegno con un’amica per uscire a fare una passeggiata;
- *fare una richiesta*. Il terapeuta sollecita gli altri due volontari a simulare la situazione seguente: A che è un dipendente di una società deve chiedere a B che è il capo, un aumento di stipendio.

Dopo ogni simulata il terapeuta avvia una discussione dove ogni partecipante dovrà riferire cosa ha osservato facendo particolare attenzione al tipo di stile che ha utilizzato la persona che ha fatto la richiesta o che ha rifiutato la richiesta valutando se si è mostrato passivo, aggressivo o assertivo.

Il terapeuta invita i partecipanti a consultare la Scheda 3 “Confronto tra stili comunicativi” dove vengono messi in evidenza pensieri, emozioni e comportamento di ogni stile comunicativo e la Scheda 4 “Promemoria sull’assertività” da leggere insieme e da utilizzare come promemoria per tenere a mente i principi dell’assertività.

Ascolto attivo e validazione emotiva

Il terapeuta spiega due concetti importanti utili a comunicare in modo efficace e a migliorare i rapporti interpersonali e invita i partecipanti a consultare la Scheda 8 “Ascolto attivo”, la Scheda 9 “Validazione emotiva” e la Scheda 10 “Invalidazione emotiva”.

Ascolto attivo. L’ascolto attivo è un concetto sviluppato da Thomas Gordon (1970) e indica la capacità di mettersi realmente nell’ottica di essere incuriositi da quello che l’altro vuole dirci, mantenere il contatto oculare ed una postura che mostra l’intenzione all’ascolto in modo non giudicante.

Nella vita di tutti i giorni siamo abituati a situazione di “*ascolto passivo*” e di “*ascolto selettivo*”. Nel primo caso, la persona parla ma l’altro non lo sente, non si interessa né a capire i significati né a riconoscere l’altro e la relazione. Nel secondo caso, chi ascolta filtra il messaggio sentendo solo ciò che vuole sentire (attenzione selettiva che conferma o disconferma le nostre credenze).

L’ascolto attivo è una tecnica che consiste nel rinviare a chi parla quanto sta dicendo, alla luce di quanto la persona ha compreso. Significa dare all’altro un feedback, cioè un’informazione di ritorno, su quanto ha appena ascoltato e capito, soffermandosi sul messaggio nella sua interezza (“*quindi lei mi sta dicendo che...*”, “*se ho capito bene...*”). Fermare l’altro quando ha terminato di dirci qualcosa e condividere con lui quanto si è capito consente di creare una relazione impostata sull’alleanza: la persona con cui stiamo parlando ci percepisce attenti con una volontà di negoziare e capire quanto sta dicendo, questo pone l’altro nelle condizioni di fare altrettanto.

Validazione emotiva. La validazione emotiva è un concetto sviluppato da Marsha Linehan (1993) e indica la capacità di comunicare alla persona con cui stiamo parlando che le sue emozioni, i suoi pensieri e il suo comportamento hanno un senso e che siamo in grado di comprenderlo (Fenotti, 2021).

Quando validiamo stiamo facendo attenzione a non banalizzare o esagerare gli stati d’animo dell’altro. Per validare è necessario:

- prima di tutto riconoscere e comprendere un comportamento;
- trovare il senso profondo che quel comportamento ha avuto per la persona con cui stiamo parlando;
- comunicare alla persona ciò che abbiamo capito provando a riformulare ciò che ci ha detto in modo validante.

Esercitazione sulla validazione emotiva

Il terapeuta invita i partecipanti a fare un'esercitazione per allenarsi alla validazione e all'ascolto attivo. Chiama due coppie di volontari a fare due simulate su due situazioni che possono scegliere loro tra quelle che hanno vissuto personalmente (un conflitto, una situazione difficile che hanno affrontato). Se non hanno episodi da riportare il terapeuta può suggerire due scenette da far simulare prima ad una coppia e poi all'altra:

- il figlio di 20 anni torna a casa alle 23.00 senza avvisare quando i genitori lo aspettavano per l'ora di cena. Arriva a casa dicendo che stava litigando con la ragazza e non aveva visto l'orario. Chi mima il genitore deve provare ad ascoltare in modo attivo e validare il ragazzo;
- situazione lavorativa. Hai commesso un errore e il capo ti rimprovera in modo aggressivo in una riunione umiliandoti davanti a tutti. Sei molto arrabbiato e il giorno dopo vai a parlare con il capo che lo è altrettanto. Chi fa il capo deve assumere un comportamento aggressivo e saccente e il dipendente deve provare a gestire la rabbia in modo efficace trovando il modo validare il capo pur non condividendone l'atteggiamento e allo stesso tempo essere assertivo facendo rispettare i propri diritti.

Homework

Scheda 5 "Dove mi colloco?".

Scheda 6 "Allenamento all'assertività".

Scheda 7 "Dire di no e fare richieste".

Allenarsi nella comunicazione/validazione emotiva in famiglia.

Consegna test finali.

Il incontro

Revisione dei compiti

Ritiro test finali.

Scheda 5 "Dove mi colloco?".

Scheda 6 "Allenamento all'assertività".

Scheda 7 "Dire di no e fare richieste".

Stabilire confini

Il terapeuta sottolinea l'importanza di stabilire confini chiari tra noi e gli altri per riuscire ad avere un comportamento assertivo che, come abbiamo visto, consente di vivere meglio e mantenere buone relazioni interpersonali.

Tutte le volte che non rispettiamo i nostri bisogni e la nostra identità, perché incapaci di definire confini che permettono di differenziare ciò che vuole l'altro da ciò che desideriamo noi, stiamo rinunciando alla nostra libertà e al nostro benessere. Senza confini chiari e definiti non è possibile affermarsi, né stare bene in una relazione. Più una relazione è stretta e intima, tanto più ha bisogno di confini perché, se in quella relazione, non siamo liberi di esprimerci e realizzarci se non sappiamo rimanere profondamente noi stessi, le nostre relazioni affettive sono destinate prima o poi a fallire.

I confini proteggono la nostra identità che è l'insieme dei nostri valori, delle nostre idee, delle nostre necessità, dei nostri desideri e dei nostri sentimenti. Se siamo in grado di preservare la nostra identità ci sentiamo bene, siamo in buona salute e in sintonia con gli altri, desiderosi sia di dare che di ricevere affetto. Se, invece, non riusciamo a difendere i nostri confini, se accettiamo che gli altri non ci rispettano, la vita diventa più complicata, soffriamo e ci sentiamo terribilmente soli.

I confini diventano deboli quando (D'Alessio, 2003; Nanetti, Rizzardi, 2004):

- dico di “sì” pur volendo dire “no”;
- faccio finta di essere d'accordo e non lo sono;
- nascondo le mie emozioni e i miei sentimenti;
- faccio attività che non scelgo di fare;
- lavoro troppo o mi prodigo troppo per gli altri;
- accetto critiche che ritengo ingiuste;
- permetto agli altri di non rispettarci: sono facilmente ricattabile da atteggiamenti minacciosi o vittimistici (se l'altro piange i sento immediatamente in colpa).

Esercitazione sui confini

Il terapeuta dopo aver spiegato il ruolo dei confini lascia 5 minuti ai genitori per completare la Scheda 11 “Tutelare i confini”.

Stili educativi genitoriali a confronto

Il terapeuta spiega i diversi stili genitoriali e sollecita la lettura della Scheda 12 “Stile genitoriale” e della Scheda 13 “Stile genitoriale autorevole”.

Se vuole, il terapeuta può arricchire ulteriormente l’argomento aggiungendo alle quattro macro categorie di stile genitoriale, i seguenti altri quattro stili in cui la comunicazione verbale e non verbale tra genitore e figlio veicola un messaggio dominante di natura disfunzionale.

- **stile iperansioso.** Messaggio del genitore: “*Non fare, attento...*”. I messaggi che inviano questo tipo di genitori cercano di evitare al figlio ogni minima frustrazione per l’incolumità fisica. Messaggio introiettato dal figlio: “*I pericoli sono dappertutto*”;
- **stile iperprotettivo.** Messaggio del genitore: “*Non...*”. Cerca di evitare al figlio ogni minima frustrazione per l’incolumità emotiva. Messaggio introiettato dal figlio: “*Non conosco la frustrazione, pertanto non so come affrontarla*”;
- **stile ipercritico.** Messaggio del genitore: ingigantisce e nota sempre i difetti, rimprovera sempre, non loda mai. Messaggio introiettato dal figlio: “*Ho sempre paura di sbagliare, non valgo niente*”;
- **stile perfezionistico.** Messaggio del genitore: “*Tutto ciò che non è perfetto è sbagliato*”. Messaggio introiettato dal figlio: “*Non posso permettermi di sbagliare, se sbaglio è una catastrofe, metto a rischio la relazione...*”.

Stile genitoriale efficace

Leggere Scheda 14 “Frase positive da dire ad un figlio”, la Scheda 15 “Inviare messaggi in *prima* persona”, Scheda 16 “Promuovere la fiducia” e Scheda 17 “Gestire i conflitti come bisogni” da completare in seduta e avviare una discussione di gruppo.

Terminare il percorso con la lettura riassuntiva della Scheda 18 “Regole generali per una genitorialità efficace”.

Consegna questionario di gradimento, pergamena, attestato di partecipazione e saluti finali.

Bibliografia

Adolphs R. (2003), Cognitive neuroscience of human social behavior, *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 165-178.

- Andronico F. (2022), *Abilità sociali: cosa sono e come utilizzarle al meglio per sviluppare la propria rete di relazioni personale e professionale*, disponibile al sito <https://formazionecontinuaainpsicologia.it/abilita-sociali-rete-relazioni-personale-professionale/>.
- Bandura A. (1977), *Social Learning Theory*, Prentice Hall: Englewood Cliffs.
- Bandura A. (1997), *Autoefficacia: teoria e applicazioni*, Erickson: Trento, 2000.
- Belloi P. (2023), *Il sapere dei bambini*, disponibile al sito https://www.fondazione-cresciamo.it/wp/wp-content/uploads/2023/03/Il-sapere-dei-Bambini_Patrizia-Belloi_Incontro-20marzo23.pdf.
- Camaioni L. (1995), *La Teoria della Mente. Origini, sviluppo e patologia*, Laterza: Roma-Bari, 2003.
- Carlotta D. (2018), *Assertività: Cos'è e come essere assertivi*, disponibile al sito <http://www.davidecarlotta-psicologo.it/2018/05/11/assertivita-cose-assertivi/>.
- D'Alessio G. (2003), *Come dire di no ed essere ancora più apprezzati*, Sperling & Kupfer: Milano.
- Emrich M. (2004), *Social Skills Training: Riflessioni sull'applicazione di un programma per lo sviluppo delle competenze sociali*, Pabst Science: Berlino.
- Fenotti J. (2021), *Cos'è la validazione emotiva?*, disponibile al sito <https://www.brescia-psicologa.it/cose-la-validazione-emotiva/>.
- Franck E., Swartz H.A., Kupfer D.J. (2000), Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorders, *Biological Psychiatry*, 48, 593-604.
- Gordon T. (1970), *Genitori Efficaci*, edizione La meridiana: Molfetta (BA), 1994.
- Green M.F., Glahn D., Engel S.A., et al. (2005), Regional brain activity associated with visual backward masking, *J Cogn Neurosci*, Jan; 17(1), 13-23.
- Jakubowski P., Lange A. (1978), *The assertive option: Your rights and responsibilities*, Research Press: Champaign.
- Klosko J.S., Sanderson W.C. (2001), *Trattamento cognitivo-comportamentale della depressione*, McGraw-Hill: Milano.
- Linehan M. (1993), *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Cortina: Milano.
- Liotti G. (1994), *La dimensione interpersonale della coscienza*, Carocci: Roma.
- Martelli Venturi I. (2019), *Trattamento dei disturbi emotivi comuni: guida pratica per la conduzione di gruppi*, FrancoAngeli: Milano.
- Nanetti F., Rizzardi M. (2004), *Capirsi*, AIPAC, Bologna.
- Pianella U. (2018), *Stili educativi genitoriali a confronto*, disponibile al sito <https://www.umbertopianella.com/post/stili-educativi-genitoriali-a-confronto>.
- Salter A. (1949). *Conditioned reflex therapy*, Capricorn Press: New York.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1967), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio: Roma, 1971.

Postfazione

di Alessandro Grispini*

È con grande piacere che ho accolto l'invito dell'Autrice a scrivere una postfazione al suo ultimo e importante lavoro che fa seguito alla pubblicazione del 2019 del volume *Trattamento dei disturbi emotivi comuni. Guida pratica per la conduzione di gruppi*, un testo che ho visto nascere e progressivamente diffondersi ben oltre i confini del nostro dipartimento e che ha avuto il merito di fondare un metodo clinico e organizzativo evidence-based per la gestione dei disturbi emotivi comuni, una tipologia di bisogni che troppo spesso viene trattata con sufficienza nei servizi psichiatrici.

Il presente volume si presenta a un primo sguardo come l'estensione alla popolazione adolescenziale e genitoriale di un metodo che è stato ben collaudato sugli adulti, pur con le inevitabili piccole modifiche rispetto al protocollo originale.

Io penso in realtà che questo testo contenga qualcosa di più e di diverso rispetto a ciò che può offrire una pur efficace tecnica di trattamento che aiuta adolescenti e genitori a riconoscere le emozioni e le difficoltà reciproche.

Nelle sue trame profonde e implicite, infatti, il volume ha delle ricadute molto più ampie che cercherò di evidenziare in modo sintetico.

In primo luogo, la ricaduta preventiva. L'adolescenza è una fase di transizione caratterizzata da sfide evolutive decisive per la costruzione dell'identità: la trasformazione improvvisa del corpo, la genitalità, lo sforzo di emancipazione dai genitori, la costruzione di un sé sociale. È inevitabile la comparsa di discrasie emozionali e comportamentali che riflettono, oltre alle ansie legate alle sfide sopra ricordate, anche una maturazione del neuro-sviluppo in divenire. La conseguenza è la difficoltà di poter prevedere quale sarà l'evoluzione di un adolescente problematico. È qui che si inserisce la funzione preventiva di qualsiasi intervento. Non possiamo sapere se nell'a-

* Direttore UOC Salute Mentale Distretto 2, DSM ASL Roma 1.

dolescente uno stato d'ansia, un vissuto depressivo, una crescente difficoltà scolastica o relazionale siano espressione di un disturbo emotivo comune o il prodromo di un quadro che potrebbe rivelarsi in futuro ben più grave. Intervenire precocemente è la risposta più appropriata non solo per trattare il disturbo in atto, ma per prevenire possibili sviluppi maligni. E aggiungo che intervenire per via psicoterapeutica, senza per questo demonizzare l'aspetto medico-farmacologico, è la scelta migliore.

La seconda ricaduta implicita posso così definirla: la riconciliazione fra il mondo dell'adolescente e quello dell'adulto. La geniale idea di costruire un setting parallelo – uno per gli adolescenti ed uno per i rispettivi genitori – prima ancora di costituire una tecnica utile per entrambi gli attori, fonda, sul piano simbolico, il tentativo di integrare due mondi affettivi ed emozionali che non comunicano. Forse è sempre stato così, ma è indubbio che la contemporaneità mostra una frattura inter-generazionale più drammatica rispetto ai decenni passati.

Il contesto generale è quello descritto da Benasayag e Schmit (2013) ne *L'epoca delle passioni tristi*. Nella contemporaneità alberga un diffuso sentimento negativo. C'è la convinzione che qualcosa si sia rotto in modo irreversibile nel passaggio intergenerazionale dei valori e del sapere. Non è certo la prima volta che ciò accade nel corso della storia. Oggi siamo immersi in una fase di recessione dell'essere. Sembra manchi un progetto, un sentimento di appartenenza, una identificazione costruttiva. Sono state proposte diverse ipotesi interpretative per comprendere questa crisi. Un elenco niente affatto esaustivo includerebbe: la cultura del narcisismo, il declino della legge del padre e della perdita del principio di autorità, il dominio del nichilismo, la rinuncia alla verità e la proliferazione del relativismo estremo, la "liquidità" dell'organizzazione sociale e delle relazioni, l'imporsi di codici di omologazione, lo straniamento anomico dell'individuo, il disfacimento delle grandi ideologie, la mutazione antropologica della famiglia...

Le grandi strutture di inquadramento e di regolazione della vita sociale e culturale che garantivano la stabilità del sistema sono progressivamente entrate in crisi, come pure i processi mentali sociali sui quali poggia e si struttura la psiche di ognuno. Tutto questo ha prodotto, come ricorda Anna Maria Ferraro (2011), un progressivo sfaldamento della trama intersoggettiva che ha come conseguenza una condizione di dis-identità alla quale si risponde con una ipertrofia narcisistica, con l'individualismo, con la mancanza di fondamenti identitari, e con una diffusa perdita di senso e con il tramonto del super-io sociale fisiologico. Come ha scritto Bolognini (2008), tutti sembrano più liberi, ma in realtà sono più soli ed esposti alla sotterranea selezione naturale del liberismo estremo: i più dotati se la caveranno, gli altri dovranno arrangiarsi e sottomettersi ad un contesto indifferente alla loro

sorte, altri ancora soccomberanno alla malattia mentale, alla droga, alla delinquenza.

Adolescenti e genitori sono inconsapevolmente trascinati in una relazione collusiva in cui entrambi hanno perso i fondamenti della relazione.

È dunque impossibile aiutare l'adolescente senza aiutare il contesto di convivenza. Concetto antico, ma sempre attuale.

Forse sto andando oltre le intenzioni dell'Autrice, ma credo che il setting parallelo sia una sorta di proto-simbolo di riconciliazione possibile fra il mondo dell'adolescente e quello dell'adulto, un tentativo di ristabilire un dialogo ed un linguaggio condiviso fra due mondi non comunicanti, specie nelle situazioni più problematiche.

Un'ultima ricaduta riguarda il passaggio dalla conoscenza alla consapevolezza. Avere conoscenza delle proprie emozioni è un passo fondamentale. Lo scopo di ogni forma di psicoterapia è però orientato allo sviluppo della consapevolezza, che implica lo sviluppo di una coscienza affettiva e la capacità di convivere con i propri e altrui limiti. Questo vuol dire che l'Altro è irriducibile ai nostri bisogni e desideri. Nel setting parallelo prenderanno corpo le proiezioni negative dell'adolescente nei confronti dei genitori e le fantasie deluse dei genitori. Se la conoscenza dei processi mentali potrà promuovere la possibilità di accettare l'Altro nei suoi limiti – un'altra forma della riconciliazione di cui scrivevo in precedenza – credo che il metodo descritto in questo volume avrà una ricaduta culturale non trascurabile.

Riferimenti bibliografici

- Benasayag M., Schmit G. (2013), *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli: Milano.
- Bolognini S. (2008), Super-Io fisiologico e sue vicissitudini contemporanee, *Psiche*, 2, 69-78.
- Ferraro A.M. (2011). Disidentità: una sola moltitudine o solo molta solitudine?, *Plexus*, 7, Novembre, 11-23.

Questo 
LIBRO

 ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:
www.francoangeli.it/opinione



**VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?**



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
arte, territorio

Informatica, ingegneria
Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

PSICOTERAPIE

Con l'espressione "disturbi emotivi comuni" ci si riferisce a una popolazione che presenta quadri clinici eterogenei quali disturbi d'ansia, stati depressivi lievi e moderati, attacchi di panico, disturbi del sonno, disturbi somatoformi e condizioni di stress. E questo libro, pensato come un vero e proprio manuale, è rivolto a tutti i clinici che trattano adolescenti con disturbi emotivi comuni, attraverso un protocollo strutturato ad approccio cognitivo-comportamentale. Nello specifico, presenta il protocollo adolescenti-genitori, che nasce dal trattamento già esistente e manualizzato per gli adulti *Trattamento dei disturbi emotivi comuni. Guida pratica per la conduzione dei gruppi* (FrancoAngeli, 2019) e modificato per la fascia di età in questione. Si tratta di un trattamento intensivo, cui sono coinvolti adolescenti e genitori, ciascuno rispettivamente appartenente a un gruppo terapeutico distinto:

- il *protocollo per adolescenti* costituito dai moduli: le emozioni e le loro funzioni; la regolazione emotiva; la comunicazione e le abilità interpersonali; i disturbi d'ansia; i disturbi del tono dell'umore; i disturbi alimentari;
- il *protocollo per genitori* costituito dai moduli: educare alla sicurezza e legame di attaccamento; le emozioni e le loro funzioni; la regolazione emotiva e la gestione delle crisi in famiglia; i disturbi d'ansia, i disturbi del tono dell'umore e i disturbi alimentari; lo stile genitoriale efficace e le abilità comunicative.

L'obiettivo del gruppo è quello di fornire ai partecipanti un trattamento psicoterapico ad indirizzo cognitivo-comportamentale sulle maggiori cause di sofferenza emotiva, nonché suggerire strategie di gestione efficace delle emozioni e del comportamento e migliorare la relazione tra genitori e figli.

Il protocollo di gruppo può essere applicato nei diversi servizi territoriali (pubblici e privati), nonché essere di supporto a un percorso di psicoterapia individuale in quanto consente di approfondire i temi centrali di un percorso terapeutico e si avvale di schemi, promemoria ed esercitazioni che possono essere proposti al paziente.

La speranza è che questo testo rappresenti un valido e pratico contributo clinico per costruire un modello comune, fondato su basi scientifiche, per migliorare i trattamenti nei servizi, renderli uniformi, accrescere la produzione scientifica e incidere in modo significativo sulla capacità di regolazione emotiva di adolescenti e genitori.

Accedendo all'area riservata del sito FrancoAngeli (www.francoangeli.it/Area_multimediale), i lettori di questo volume avranno la possibilità di scaricare le schede operative per i partecipanti al trattamento.

Iaria Martelli Venturi, psicoterapeuta cognitivo-comportamentale formata in EMDR, DBT e Parent Training, è dirigente psicologa presso il DSM della Asl Roma 1, docente presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia cognitiva e professore a contratto di Psicologia clinica presso Sapienza Università di Roma.