

PSICOLOGIA CLINICA PSICOTERAPIA OGGI

Periodico scientifico



- IL MIO POSTO NEL MONDO: UN CASO CLINICO
- FROZEN: DAL GELO ALLA LUCE DELL'ANIMA
IL CASO CLINICO DI A.
- L'APPLICAZIONE DEL MODELLO STRATEGICO
INTEGRATO AL TRATTAMENTO DELLE PSICOSI

ISSN: 2038-0399

Periodico scientifico

PSICOLOGIA CLINICA & PSICOTERAPIA OGGI

Direttore editoriale:

Giovanna Celia

Direttore responsabile:

Luigi Sepiacchi

Comitato scientifico:

Mauro Cozzolino

Enrico Maria Secci

Comitato di redazione:

Simona Abate

Paolino Cantalupo

Massimo Cotroneo

Marcello Luciano

Maria Scribano

Francesco Tarantino

Segreteria di Redazione

Annarita Sidari

Giulia Zucchini

Progetto grafico:

ABAV - Viterbo

Dipartimento Grafica

prof. **Fabrizio Pinzaglia**

Redazione:

Psicologia Clinica e

Psicoterapia Oggi

Via del Serafico, 3

00142 Roma

Editore:

eM EDIZIONI
MAGO SRL

V.le Ege, 100/106 - 00144 Roma

Periodico trimestrale tecnico scientifico

Iscritto al n. 99/2007

Registro della stampa - Tribunale di Roma

La rivista ospita complessivamente le seguenti sezioni:

Psicoteoria

la sezione ospita lavori di tipo teorico, tipo rassegne critiche di letteratura e/o studi che propongono modelli concettuali ed ipotesi interpretative originali.

Psicoempiria

la sezione ospita ricerche basate su dati originali.

Il punto di vista

la sezione ospita commenti, articoli o interviste di autori di fama e/o esponenti istituzionali sul tema del numero o su eventi culturali legati alla professione clinica.

Traduzioni

la sezione ospita traduzioni di lavori della letteratura internazionale di rilevante interesse scientifico-professionale.

Schede informative

la sezione ospita lavori volti a presentare aspetti salienti della professione clinica (nuove prospettive lavorative, cambiamenti normativi, aspetti fiscali).

Recensioni

la sezione ospita recensioni di testi, articoli, convegni e workshop.

La finestra sul mondo

la sezione ospita la presentazione di esperienze professionali e/o di formazione/aggiornamento all'estero.

Esperienze

la sezione ospita lavori su casi clinici.

Psicoterapia Strategica Integrata

la sezione ospita lavori teorici e/o di intervento inerenti il modello strategico integrato.

Le sezioni non sono fisse ma variano a secondo dei numeri e dei contributi raccolti e accettati per la pubblicazione.

Il direttore

Giovanna Celia



Per la pubblicità su:

Psicologia Clinica & Psicoterapia Oggi

Contatti:

Email: abbonamenti@edizionimago.it

Tel. **06.51.96.37.37**

Editoriale

Pag. 2

Psicoterapia Strategica Integrata

**IL MIO POSTO NEL MONDO:
UN CASO CLINICO**

Naomi La Manna

Pag. 4

**FROZEN: DAL GELO ALLA LUCE DELL'ANIMA
IL CASO CLINICO DI A.**

Annalaura Prosperini, Flaminia Cappellano e Giovanna Celia

Pag. 24

**L'APPLICAZIONE DEL MODELLO STRATEGICO INTEGRATO
AL TRATTAMENTO DELLE PSICOSI**

Antonietta Cortese

Pag. 46





Cari lettori

La nostra rivista da più di un decennio promuove il dialogo tra diversi approcci psicoterapici nell'ambito della psicologia clinica. Con orgoglio pubblichiamo i migliori articoli relativi a casi clinici, ricerche scientifiche e interventi integrati in diversi contesti. In questo nuovo numero pubblichiamo tre articoli relativi all'approccio strategico integrato che sempre di più conferma una importante efficacia clinica in tempi che possiamo definire brevi. I tre articoli offrono punti di vista diversi ma complementari mettendo in luce la flessibilità, la precisione metodologica e il potere trasformativo del modello stesso. Nel primo lavoro viene riconosciuta l'importanza del modello all'interno del progetto "in your hands". L'autrice presenta, all'interno di questo importante progetto finanziato dalla fondazione Pfizer per affrontare il disturbo post traumatico da stress a seguito della pandemia insieme alla scuola di psicoterapia integrata Scupsis di Roma, un interessante caso clinico delicato e complesso. Nel secondo contributo, l'esperienza in una comunità psichiatrica apre ad una riflessione importante sull'applicabilità del modello strategico integrato a pazienti con disturbi psichiatrici gravi. L'autrice con sistematicità e chiarezza presenta le

esperienze cliniche fatte su pazienti psicotici in comunità trattati con il modello strategico-integrato. Infine, il terzo lavoro offre uno sguardo intimo e potente sulla relazione terapeutica, restituendone la dimensione trasformativa per entrambi i protagonisti: paziente e terapeuta. Dopo un accurato inquadramento storico l'autrice presenta un caso clinico trattato con l'approccio strategico integrato, evidenziando come la cura non sia un processo a senso unico, ma uno spazio di crescita reciproca in cui, emozioni, tecnica e relazione, si intrecciano in modo profondo e autentico. Questi tre articoli, molto diversi tra loro, ma che insieme riescono a restituire un'immagine concreta e veritiera di cosa significa "fare psicoterapia".

Il direttore editoriale
Prof.ssa **Giovanna Celia**

Giovanna Celia

Prontuario di strategie terapeutiche

Esercizi e prescrizioni
per sciogliere nodi psicologici
in breve tempo

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



IL MIO POSTO NEL MONDO: UN CASO CLINICO

di Naomi La Manna

Abstract

Il presente contributo si propone di esplorare l'approccio psicoterapico strategico-integrato sia sul piano teorico sia attraverso l'analisi di un caso clinico. Dopo un inquadramento storico che parte dall'opera pionieristica di Milton Erickson, il lavoro si focalizza sull'evoluzione dell'approccio fino al modello strategico-integrato elaborato dalla professoressa Giovanna Celia. Nella seconda parte, viene presentato un caso clinico trattato con tale metodo, evidenziando le tappe fondamentali del processo terapeutico e gli aspetti centrali della relazione diadica. Particolare attenzione è riservata alla dimensione emotiva e alla trasformazione reciproca che avviene nella relazione terapeutica, sottolineando come, nell'approccio strategico-integrato, il processo di guarigione coinvolga autenticamente sia il paziente sia il terapeuta. Il percorso narrato testimonia una crescita condivisa, in cui la giovane terapeuta stessa è parte attiva del cambiamento.

Parole chiavi: psicoterapia strategica integrata, disturbo d'ansia generalizzato, attacchi di panico, relazione terapeutica.

This paper aims to explore the strategic-integrated psychotherapeutic approach both from a theoretical perspective and through the analysis of a clinical case. Beginning with the pioneering work of Milton Erickson, the study traces the development of the approach up to the strategic-integrated model developed by Professor Giovanna Celia. The second part presents a clinical case treated with this method, highlighting the key stages of the therapeutic process and the core aspects of the dyadic relationship. Special attention is given to the emotional and transformative dimensions within the therapeutic alliance, emphasizing how, in the strategic-integrated approach, the healing process authentically involves both the patient and the therapist. The case illustrates a shared journey of growth, in which the young therapist is herself an active participant in the change process.

Key words: Strategic-integrated psychotherapy, Generalized anxiety disorder, Panic attacks, Therapeutic relationship.

1. Introduzione

Negli ultimi decenni, la psicoterapia ha assistito a una progressiva integrazione tra approcci teorici e tecniche operative, dando origine a modelli terapeutici sempre più complessi e adattabili alla soggettività del paziente. Tra questi, l'approccio strategico-integrato rappresenta una delle evoluzioni più significative, ponendosi come un ponte tra la tradizione strategica ericksoniana e le più recenti prospettive relazionali e sistemiche. Questo modello, sviluppato e perfezionato dalla professoressa Giovanna Celia, si fonda su una visione flessibile e co-costruita del processo terapeutico, in cui il sintomo non è semplicemente eliminato, ma trasformato attraverso un lavoro mirato sul linguaggio, sulle emozioni e sulla relazione.

Il presente articolo si propone di approfondire i presupposti teorici dell'approccio strategico-integrato, per poi illustrarne l'applicazione concreta attraverso la presentazione di un caso clinico. Il focus è duplice: da un lato, si analizzano le strategie e gli strumenti utilizzati nel trattamento di un disturbo d'ansia generalizzato con attacchi di panico; dall'altro, si esplora la qualità della relazione terapeutica, intesa come elemento centrale e trasformativo del percorso. In particolare, si riflette sul vissuto della giovane terapeuta, la cui esperienza emotiva si intreccia con quella della paziente in un processo di crescita reciproca. Nell'approccio strategico-integrato, infatti, la relazione autentica tra terapeuta e paziente non è solo un mezzo, ma una componente essenziale del cambiamento.

2. Psicoterapia ad approccio strategico integrato

*“Il percorso secondo la terapia strategia si propone l'obiettivo di cambiare l'angolo di osservazione della realtà del paziente.”
(G. Celia, 2016)*

2.1 Approccio strategico: principi chiave secondo M. Erickson

Uno dei principali precursori della psicoterapia ad approccio strategico fu Milton Erickson, riconosciuto come uno dei più importanti psicoterapeuti e ipnoterapeuti del Novecento. Il suo lavoro ebbe una notevole influenza nello sviluppo di molti approcci terapeutici, tra cui la terapia strategica breve di cui viene considerato il padre fondatore. M. Erickson scrisse un'enorme quantità di articoli ma non sistematizzò mai il suo pensiero in teorie e tecniche; queste furono piuttosto organizzate e sistematizzate dai suoi allievi come ad esempio Jay Haley, Ernest L. Rossi o Lankton. Proprio quest'ultimo ridefinì il lavoro del maestro individuando alcuni aspetti fondamentali che caratterizzano tale approccio terapeutico: il modello Ericksoniano si centra su aspetti non patologici del paziente, non si focalizza sulle etichette diagnostiche, ma si basa sulle *risorse* dell'individuo; all'interno della terapia viene *utilizzato* tutto ciò che la persona porta (pensiero, comportamento o cognizione); molto spazio è dato alla logica del *fare*, difatti il paziente viene incoraggiato ad *agire* nella direzione degli

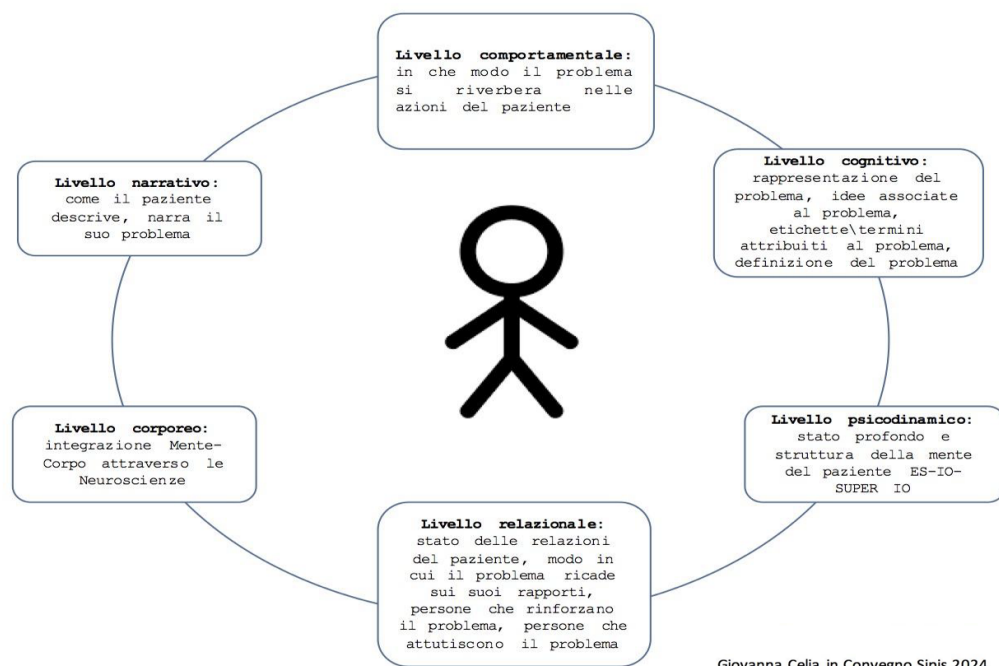
obiettivi stabiliti in terapia; il focus è sul *presente* come pilastro per la costruzione della progettualità futura; *l'essere del terapeuta* è parte attiva del processo, ricorrendo a strategie e tecniche *ad hoc*; il terapeuta, infine, utilizza una comunicazione suggestiva per catturare l'attenzione dell'interlocutore, favorendone l'attivazione cognitiva e pratica (Celia, 2016). Oltre *l'azione*, l'altra chiave dell'approccio strategico è chiedersi *come* piuttosto che *perché*. Domandarsi come le persone costruiscono i loro problemi e quali meccanismi suggellano e fanno persistere la condizione che genera quella sofferenza (Celia, 2016). Ogni persona, difatti, di fronte ad un problema cercherà quasi in automatico di praticare strategie e azioni tese a risolvere il disagio (Celia, 2016). Se i tentativi di soluzione vanno a vuoto il problema persisterà e dunque anche la sofferenza, che diventando più acuta e fastidiosa, condurrà la persona ad intensificare i tentativi di soluzione, che, paradossalmente, più sono reiterati, perché non funzionanti, più ingigantiscono il problema iniziale rendendolo alla percezione quasi irrisolvibile (Celia, 2016). Le *Tentate soluzioni* costruiscono, quindi, un circolo vizioso con cui il disturbo non solo non scompare ma si autoalimenta. Rompendo questo circolo vizioso si produrrà un cambiamento, avvalendosi di *strategie* costruite con procedure rigorose sul problema (Celia, 2016).

Postulato dell'approccio strategico è basare l'intervento su come un problema persiste piuttosto che sul perché si sia venuto a creare (Celia, 2016).

2.2 Integrazione

“L'approccio strategico-integrato non è semplicemente una particolare teoria o prassi in campo psicoterapeutico, ma una vera e propria scuola di pensiero su “come” gli esseri umani si rapportano alla realtà, o meglio, su come ognuno di noi si relaziona con sé stesso, con gli altri e con il mondo. La sua assunzione di base è che la realtà che percepiamo e con la quale ci rapportiamo, problemi e patologie comprese, sia il frutto dell'interazione tra il punto di osservazione assunto, gli strumenti utilizzati, il linguaggio che usiamo per comunicare con tale realtà; non esiste pertanto una realtà “vera” in sé, ma tante realtà quante sono le diverse interazioni tra soggetto e realtà” (Watzlawick, Nardone, 1997, p.11 in Celia, 2016). Pertanto se la realtà è una costruzione del soggetto e se l'osservatore definisce l'osservato, tutti i modelli teorici sono per definizione incompleti: *la logica fuzzy* affronta in pieno questa questione, dove alla base vi è lo scontro tra una bivalenza della realtà (vero o falso) e una polivalenza (per cui ogni realtà esiste in una certa maniera). Tale logica Fuzzy, adottata in psicoterapia, consente di poter riconoscere l'altro nella sua complessità e contraddizione, far entrare dentro il processo terapeutico la persona nel suo complesso: questa operazione di libertà, permette al terapeuta di vedere tutte le declinazioni della persona nel suo rapporto con i contesti di riferimento e produce un livello di cambiamento più profondo, perché può rivolgersi alle premesse con cui si organizza un sistema (Celia, 2016).

Alla luce di quanto detto, il modello strategico-integrato, all'interno di una cornice epistemologica *costruttivistica* e profondamente connessa a tutta la tradizione di studio sulla plasticità cerebrale, ha sviluppato una forte attenzione alla tradizione dinamica, cognitivo-comportamentale, sistemica e all'approccio narrativo (Fig.1).



Giovanna Celia in Convegno Sipis 2024

Figura 1: “L’integrazione in psicoterapia: le ricerche mente-corpo” Celia, 2024 in Convegno Sipis

2.3 psicoterapia strategico-integrato

La Psicoterapia ad approccio strategico-integrato nasce nel 2003 ed è stata messa a punto dall’equipe costituita da Gaetano De Leo, Emilia Gallizioli e Giovanna Celia. Questo sistema di intervento si pone l’obiettivo di includere ogni prospettiva utile, nell’interesse del paziente e a seconda delle sue peculiari necessità, superando la settorializzazione con cui i diversi modelli epistemologici hanno agito fino ad ora (Celia, 2016). Un’integrazione, questa, che non è uguale a eclettismo e per tale motivo l’approccio strategico integrato possiede un’identità caratterizzata da quattro dimensioni metodologiche: direttività, temporalità, strutturazione e focus terapeutico (Celia, 2016).

La direttività: è definibile come la qualità e la quantità del potere espresso dal terapeuta nella relazione allo scopo di aiutare il paziente (Celia, 2016). L’approccio strategico, già a partire dai primi contributi della Scuola di Palo Alto, afferma che la struttura della relazione psicoterapeutica è intrinsecamente asimmetrica, col terapeuta “one-up” che influenza e condiziona il paziente e l’evoluzione del disturbo (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1974; Watzlawick, Weakland, Fish, 1974). L’approccio strategico-integrato propone un terapeuta moderatamente direttivo che, pur consapevole della responsabilità e della funzione del proprio potere nell’evoluzione positiva del problema, calibra la distanza emotiva rispetto al paziente e sceglie, sulla base di ipotesi individualizzate, l’atteggiamento da adottare per promuoverlo e produrlo nel tempo più breve possibile e, soprattutto, in modo stabile e durevole (Celia, 2016). Questa modalità direttiva è stata definita dagli autori tattico-focale: tattica perché tiene conto, momento per momento, delle mosse del paziente e del suo avanzare nel rapporto

terapeutico; focale perché l'approccio al paziente non è definito a priori, non segue standard di modello, ma è costruito ad hoc, tenendo conto non solo della psicopatologia portata, ma primariamente degli schemi interattivi che la persona mette in gioco nei diversi momenti della terapia (Celia, 2016).

La temporalità: l'idea del tempo in psicoterapia strategico-integrata non è lineare e causale, ma multidimensionale e multimediale. Non occorre dunque pervenire a un'analisi biografica completa del paziente, ma stimolare associazioni stabili, di livello emotivo e cognitivo, tra ciò che nel presente ha sostenuto il problema e come questo è stato risolto e i nuclei narrativi vicini e lontani nel tempo, che, per ipotesi, hanno favorito l'emersione della patologia (Celia, 2016). Il lavoro sul passato non è ritenuto terapeutico né catartico in sé, ma preso in esame come strumento di supporto e consolidamento dopo che il cambiamento, nel qui ed ora, è già avvenuto (Celia, 2016).

Focus Terapeutico: la terapia strategica integrata si configura come "terapia incentrata su quadri misti" perché seleziona, in base al caso, quale focus utilizzare, ossia focus sul problema, focus sulla soluzione, focus sull'obiettivo, focus sulle risorse soggettive del paziente (Skorjanec, 2000, p.86 in Celia, 2016). Tuttavia il terapeuta strategico integrato non può prescindere da due focus trasversali che pongono al centro la persona che chiede aiuto e il sistema interattivo in cui si muove e la qualità della relazione paziente-terapeuta, che è un fattore determinante per il successo della terapia (Celia, 2016). Porre il focus sulla relazione vuol dire prima di tutto delineare la personalità di uno psicoterapeuta cosciente del proprio vissuto, solido nel suo approccio alla professione, intuitivo, flessibile e creativo nell'assumersi la responsabilità del cambiamento del paziente (Secci, 2011 in Celia, 2016).

La strutturazione: la strutturazione dell'intervento è un argomento centrale in quanto è necessario individuare chiaramente gli obiettivi della terapia e di delineare con buona approssimazione i suoi tempi e le sue fasi, pur mantenendo una flessibilità sufficiente da consentire una regolazione *in itinere* delle fasi dell'intervento (Celia, 2016). Il piano deve avere un senso per il paziente, permettendogli di usare risorse ed abilità funzionali al raggiungimento dei risultati desiderati; un trattamento non pianificato può invece raggiungere rapidamente un *impasse* (Makover, 1996, p.1 in Celia, 2016). Gran parte del lavoro del terapeuta consiste nel ristrutturare la visione che il soggetto ha della realtà, nello specifico nell'analisi della costruzione del problema si dà particolare attenzione al sistema percettivo-reattivo del paziente: le specifiche modalità di attribuzione di senso agli eventi e le relative strategie comportamentali messe abitualmente in atto dalle persone che costituiscono una solida impalcatura a mantenimento del disagio psichico (Celia, 2016).

La strutturazione dell'intervento strategico-integrato si sviluppa in quattro fasi che sono interconnesse tra loro:

1) Il primo colloquio clinico in chiave strategica viene definito come *Gestalt chiusa* perché ha come intento quello di individuare, sin dall'inizio, gli obiettivi principali che rappresentano la base del percorso terapeutico (Celia, 2016). Il colloquio strategico condivide il principio della reciprocità secondo cui il paziente uscendo dal colloquio, deve aver ricevuto almeno quanto ha dato (Semi, 1985 in Celia, 2016). Il primo colloquio ha cinque momenti fondamentali: l'accoglienza del paziente, fase libera in cui attraverso un ascolto empatico si raccolgono

informazioni e si definiscono obiettivi, la riformulazione della narrazione del paziente inserendo elementi nuovi, il feedback che ridefinisce il problema e inizia a lavorare sul sintomo, infine l'esplicitazione del contratto (Semi, 2002 in Celia, 2016).

2) L'individuazione degli obiettivi della terapia: nell'approccio strategico integrato la formulazione degli obiettivi deve rispettare i criteri stabiliti da Bandler e Grinder (1975), sintetizzati nell'acronimo SMART, ovvero gli obiettivi devono essere Specifici, Misurabili, Raggiungibili, Realistici e Temporizzati (Celia, 2016).

3) Progettazione delle strategie e delle tecniche di intervento: nel nostro approccio per strategia intendiamo un insieme di mosse o manovre compiute per ottenere il cambiamento del problema presentato dal paziente (Secci, 2005), mentre le tattiche rappresentano dei procedimenti più limitati d'influenza interpersonale che sono utilizzate per promuovere il cambiamento e il raggiungimento degli obiettivi, attraverso l'utilizzo delle prescrizioni (Celia, 2016).

Le prescrizioni sono dei compiti che il terapeuta richiede di eseguire al paziente durante l'intervallo tra due sedute e il cui esito sarà discusso nella seduta successiva. La prescrizione ha l'obiettivo di perturbare il sistema percettivo-reattivo rigido del paziente che contribuisce a mantenere il problema (Celia, 2016). Il sistema percettivo-reattivo si può definire come un sistema di convinzioni sulla realtà, su sé stessi e sul rapporto tra sé e il mondo circostante (Celia, 2016), risulta essere la chiave centrale per il terapeuta strategico integrato.

4) Il consolidamento degli obiettivi e la chiusura del trattamento: come le altre fasi, anche questa va confezionata sul singolo paziente e sta quindi al terapeuta decidere le modalità per verificare la tenuta degli obiettivi raggiunti e la chiusura del trattamento. L'obiettivo principale di questa fase è quello di consolidare definitivamente l'autonomia (Celia, 2016).

2.4 prescrizioni

Le prescrizioni, anche le più potenti in grado di dare immediatamente effetti considerevoli e apparentemente impensabili sul paziente, da sole sono ben poca cosa (Celia, 2016). La psicoterapia è basata su un delicato equilibrio tra le tecniche da usare al fine della cura, le emozioni emerse e la relazione che si viene a creare tra il terapeuta e la persona che chiede aiuto (Celia, 2016). Dare una prescrizione, anche costruita in maniera perfetta ed estremamente calzante per quell'individuo, senza un adeguato lavoro prima e dopo, diventa quindi inutile se non controproducente (Celia, 2016). La prescrizione infatti deve essere inserita in un momento idoneo del processo terapeutico, il terreno deve già essere stato sondato e preparato perché la persona possa vivere quell'esperienza emozionale correttiva a pieno e utilizzarla proficuamente (Celia, 2016). Compito del terapeuta sarà, quindi, fare un'analisi approfondita della domanda per capire quale filo della matassa tirare prima, in modo di non aggrovigliare ulteriormente l'intreccio ma di aiutare il paziente (Celia, 2016). La persona deve essere adeguatamente preparata, deve essere messo nella condizione di riconoscere quel dolore, quel trauma, quelle paure inconsce senza evitarle (Celia, 2016). Oltre al momento precedente alla prescrizione, è di grande incidenza anche il momento successivo in cui il terapeuta deve fare un lavoro di *ristrutturazione* volto ad insegnare alla persona a utilizzare quanto appreso, grazie al compito eseguito (Celia, 2016). Elementi, questi,

fondamentali per il cambiamento. Le prescrizioni permettono di far sperimentare al paziente azioni concrete di vita che rompono il meccanismo di azioni, retroazioni e tentate soluzioni (Celia, 2016). Le prescrizioni devono essere eseguite nella vita quotidiana, al di fuori della seduta, nell'intervallo tra un incontro e l'altro.

Le prescrizioni strategiche vengono divise in tre tipologie:

1. Prescrizioni dirette: sono vere e proprie dichiarazioni ingiuntive di azioni da seguire che il terapeuta esprime chiaramente e il cui scopo è facilmente intuibile dalla persona che ne capisce il senso e la finalità (Celia, 2016).
2. Prescrizioni indirette: sono delle sequenze di azioni suggestive e ritualizzate, apparentemente non collegabili al sintomo, e mirano a spostare l'attenzione dell'individuo dal problema all'esecuzione dei compiti (Celia, 2016).
3. Prescrizioni paradossali: le quali vengono date a pazienti poco collaborativi ed estremamente resistenti. Il terapeuta chiederà al paziente di compiere una serie di azioni all'apparenza illogiche, spesso anche molto elaborate, di fronte alle quali il paziente si trova di stucco e spiazzato (Celia, 2016).

In questa sede approfondiremo le prescrizioni utilizzate nel processo terapeutico del caso clinico che sarà successivamente presentato:

-*Specchio delle mie brame* (Prescrizione diretta): per persone che hanno una scarsa conoscenza di sé e un'identità ancora poco definita; persone poco concentrate sui propri bisogni. La persona dovrà, per 5 minuti al giorno, mettersi davanti allo specchio e fissare esclusivamente il suo sguardo; trascorsi i 5 minuti dovrà trascrivere tutto ciò che ha visto, provato e pensato. L'obiettivo è di aumentare il grado di introspezione, sviluppare una conoscenza di sé (Celia, 2016).

-*Doppio Disegno* (prescrizione indiretta: la persona dovrà eseguire due disegni, uno che lo descriva come si sente o si immagina in quel preciso momento dell'inizio della terapia e l'altro che rappresenti come vorrebbe essere alla fine del percorso. L'obiettivo è di indagare come la persona si vede e quanto elevati sono i suoi standard o utopico il suo obiettivo, per tale motivo può essere dato durante le prime sedute.

-*Lasciarsi andare* (prescrizione indiretta): per pazienti iper-controllanti, ansiosi e razionali. Ogni giorno, la persona deve mettersi ai piedi del letto di spalle e lasciarsi cadere all'indietro con tutto il suo peso sul letto. L'obiettivo è di far sperimentare al paziente, in un contesto sicuro in cui non si sentirà minacciato, la perdita di controllo (Celia, 2016).

-*La pagella* (prescrizione paradossale): con persone che hanno problemi di autostima, che tendono a sottovalutare i successi e sopravvalutare i fallimenti, che hanno poca introspezione, eccessivamente razionali, valutativi e ipercritici. Si chiede al paziente di assegnarsi ogni giorno un voto sulla base di come sente che sia andata. Se il voto è sufficiente (dal 6 in su) dovrà scrivere la motivazione e un motto; se il voto è insufficiente, dovrà accanto al voto scrivere la motivazione e una esortazione e poi farsi un regalo concreto o simbolico purché gratificante. La prescrizione ha l'obiettivo di rompere lo schema del fallimento e della colpa. Insegna a collegare l'insuccesso al premio, interrompendo il circolo della punizione. Si crea, così una nuova associazione per cui bisogna essere buoni con sé stessi proprio quando le cose vanno male (Celia, 2016).

3. Disturbo d'ansia generalizzato e disturbo di panico

*“Ansia fermati! Non puoi decidere tu chi è Riley!”
dal film Inside Out 2*

3.1 Disturbo d'ansia generalizzato – DAG: Eziologia e Diagnosi

Le persone che soffrono di Disturbo d'ansia generalizzato (DAG) anticipano eventi negativi in maniera ansiosa e spendono molte energie nel tentativo di risolvere mentalmente i problemi che questi potrebbero generare. Si muovono nel mondo guidati da processi cognitivi erranei, in virtù dei quali identificano minacce inesistenti nel proprio ambiente (Marhews, MacLeod, 1994). La preoccupazione, infatti, diventa uno stile di vita cronico a tal punto che credono che non esista nessun tipo di trattamento che può aiutarli.

Sebbene siano molti i fattori biologici, psicologici e sociali identificabili come predisponenti e o capaci di causare il DAG, è importante ricordare che lo sviluppo di questo disturbo è attribuito, piuttosto che a un'unica causa, all'interrelazione complessa che si stabilisce tra i diversi fattori di vulnerabilità genetici, biologici, ambientali e psicologici (Castonguay & Oltmanns, 2016). Secondo alcuni studi (Kendler et al., 1992; Kendler et al., 1995) il DAG risentirebbe di una influenza genetica, per cui circa il 30% della varianza è spiegato da fattori ereditari. Tuttavia questi fattori non possono essere considerati causali determinanti del DAG, ma potrebbe contribuire alla predisposizione biologica nel momento in cui interagiscono con altri fattori ed insieme andranno a provocare l'insorgenza di diverse manifestazioni psicopatologiche legate all'ansia generalizzata (Castonguay & Oltmanns, 2016).

Di fatti anche il modellamento sociale o lo stile di attaccamento possono influenzare l'insorgenza, altri aspetti sono legati ai bias cognitivi. In particolare è ipotizzabile che questi bias cognitivi si sviluppino prima dell'esordio del disturbo e rappresentino un fattore di rischio importante (Castonguay & Oltmanns, 2016). Teoricamente possiamo immaginare che uno scenario ipotetico nel quale un bambino apprende che gli eventi negativi avvengono in modo inatteso; il bambino, quindi, impara ad affrontare questi problemi in modo non adattivo, ovvero interpretando ripetutamente l'informazione ambigua come segnale del fatto che è successo, o sta per succedere, un evento negativo, così da potersi preparare al peggio (Castonguay & Oltmanns, 2016).

Nell'analizzare le caratteristiche di personalità che correlano con il DAG, osserviamo che chi soffre di questo disturbo sono, in molti casi, perfezionisti, ricercano l'approvazione degli altri e hanno bisogno di rassicurazioni rispetto alle loro preoccupazioni, sono eccessivamente conformisti e mostrano spesso di avere un'immagine di sé negativa (Castonguay & Oltmanns, 2016), inoltre sono tendenzialmente timidi e solitari (Strauss et al., 1989) e hanno evidenti difficoltà relazionali (Strauss et al., 1988).

Sebbene siano molti i fattori biologici, psicologici e sociali che sono considerati come variabili in grado di spiegare la predisposizione e o causare il DAG, è doveroso ricordare che l'eziologia di un disturbo non è necessariamente composta dagli stessi fattori responsabili del suo mantenimento (Castonguay & Oltmanns, 2016).

Il DAG è caratterizzato da una preoccupazione eccessiva e, tipicamente, incontrollabile, e di solito si associa a sintomi fisici, quali inquietudine e sensazione di forte tensione, fatica,

difficoltà di concentrazione, irritabilità, tensione muscolare e problemi del sonno (APA, 2013). Sia nel DSM IV che nel DSM 5 viene indicato che la diagnosi di DAG può essere formulata con un certo grado di sicurezza se la preoccupazione è presente quasi tutti i giorni e durante un periodo di almeno sei mesi, accompagnata dalla presenza di almeno tre sintomi somatici (APA, 2013).

Tutti i sintomi somatici elencati sono il riflesso dell'eccessiva attivazione del sistema nervoso centrale (SNC) piuttosto che del sistema nervoso autonomo (SNA) (Borkovec, Newman, 1998). Nonostante evidenze contrastanti sull'esordio della psicopatologia si evince che quando avviene in età precoce, la persona può aver avuto problemi durante le tappe dello sviluppo o difficoltà a livello scolastico, può aver avuto uno stile evitante e può essere cresciuto in un ambiente familiare disagiato (Castonguay & Oltmanns, 2016). Quando invece l'esordio avviene successivamente, questo si associa con maggiore probabilità alla presenza di uno specifico evento stressante precipitante (Hoehn-Saric et al., 1993).

Come abbiamo già affermato, una delle caratteristiche principali del DAG è la preoccupazione, definita come “una catena di pensieri e immagini, in grado di provocare uno stato d'animo negativo e la sensazione di incontrollabilità [...] il tentativo di risolvere mentalmente un problema riguardante una questione il cui risultato è incerto, ma che prevede la possibilità di un esito negativo [...] e strettamente legata al processo tipico delle paure” (Borkovec et al., 1983, p.10). Tale preoccupazione ha effetti sull'attivazione somatica e finisce per diventare una strategia per evitare un'attivazione reale: infatti, poiché la preoccupazione genera stress, paradossalmente previene lo sviluppo di un'attivazione fisiologica maggiore (Castonguay & Oltmanns, 2016). Sfortunatamente, rimuginare continuamente in risposta a eventi o situazioni considerati minacciosi impedisce la corretta elaborazione emotiva dello stimolo avversario; in altre parole, la continua preoccupazione ostacola il processo di abituação che nel tempo porterebbe a delle reazioni più equilibrate e adattive rispetto le minacce percepite (Borkovec et al., 2010).



3.2 Disturbo di Panico: Eziologia e diagnosi

Il disturbo di panico, o più comunemente attacchi di panico, rientrano tra i disturbi d'ansia e pertanto condividono sia i sintomi fisici che i modelli eziologici che spiegano l'esordio (Castonguay & Oltmanns, 2016). Tra gli aspetti comuni ai diversi disturbi d'ansia possiamo citare il disagio irragionevole sperimentato dalla persona rispetto al pericolo oggettivamente presente nell'ambiente, il quale può manifestarsi su un continuum di gravità che va dalla preoccupazione diffusa e dall'apprensione rivolta al futuro (spesso presente nell'agorafobia), a timori più specifici (come nel caso della fobia sociale e delle fobie specifiche), fino alla sensazione di pericolo imminente e panico (caratteristici del disturbo di panico) (Castonguay & Oltmanns, 2016). Spinte dalla percezione di timore costante che lamentano, le persone che soffrono d'ansia realizzano una serie di azioni con l'obiettivo di sentirsi "sicure" nel mondo in cui vivono, facendo eccessivo affidamento su risorse presenti nell'ambiente per ridurre il disagio percepito (Rachman, 1994). Oltre al disagio soggettivo sperimentato e ai comportamenti non adattivi le persone che soffrono d'ansia mostrano una tendenza a processare l'informazione in maniera distorta, tanto da rafforzare la loro idea del mondo come un luogo pericoloso e incontrollabile e la loro vulnerabilità nei confronti delle minacce che questo racchiude (Williams et al., 1997).

Così come tali di pattern di pensiero, anche le risposte fisiologiche scatenate dallo stato ansioso possono essere lette come strategie finalizzate al controllo della minaccia percepita. Sebbene siano molti i cambiamenti fisiologici tipici dei disturbi d'ansia, si può riassumere affermando che, in maggiore o minore misura, fanno parte della più generica risposta di "attacco o fuga" (Cannon, 1929). Il disturbo di panico, nello specifico, è definito dalla presenza di attacchi di panico ricorrenti e inaspettati, seguiti da almeno un mese durante il quale la persona sperimenta un forte timore relativo alla possibilità di soffrire di ulteriori episodi di ansia parossistica, preoccupazione rispetto alle conseguenze degli attacchi (per esempio, paura di impazzire), o cambiamento a livello comportamentale riconducibili all'aver sofferto degli attacchi di panico (per esempio, evitamento o ricerca esasperata di fonti di rassicurazioni) (Castonguay & Oltmanns, 2016).

L'attacco di panico è caratterizzato da un periodo di tempo circoscritto durante il quale la persona prova sensazioni di disagio estremo o paura che raggiungono un punto massimo in pochi minuti. Devono essere presenti almeno quattro dei seguenti sintomi: palpitazione, cardiopalmo o tachicardia, sudorazione, tremori fini o a grandi scosse, dispnea o sensazione di soffocamento, sensazione di asfissia, dolore o fastidio al petto, nausea o disturbi addominali, sensazioni di sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento, brividi o vampate di calore, parestesie, derealizzazione o depersonalizzazione, paura di perdere il controllo o di impazzire, paura di morire (American Psychiatric Association, 2013, p.240).

Nel disturbo di panico gli attacchi stessi diventano il problema, come testimonia la paura di soffrire di futuri episodi e i cambiamenti a livello comportamentale che questo timore provoca. Per questa ragione, il disturbo di panico viene spesso descritto come "paura della paura" (Goldstein, Chambless, 1978).

All'inizio del trattamento, la vita del paziente è caratterizzata da una sensazione di ansia costante; le persone che soffrono di tale patologia, infatti, passano gran parte del loro tempo preoccupandosi rispetto alla possibilità di sperimentare i sintomi tipici dell'ansia (Castonguay & Oltmanns, 2016).

4. *Il mio posto nel mondo: un caso clinico*

I sentimenti più dolorosi e le emozioni più pungenti, sono quelli assurdi: l'ansia di cose impossibili, proprio perché sono impossibili, la nostalgia di ciò che non c'è mai stato, il desiderio di ciò che potrebbe essere stato, la pena di non essere un altro, l'insoddisfazione per l'esistenza del mondo...

Fernando Pessoa

4.1 Idee confuse

La paziente riceve il mio contatto da una collega psicologa, presso cui era in cura precedentemente e che per motivi logistici non poteva più seguirla. V., infatti, aveva precedentemente intrapreso due percorsi di psicoterapia, interrotti entrambi non appena aveva la percezione di sentirsi meglio, per poi successivamente ritornare quando la sofferenza si ripresentava. Mi scrive su whatsapp tramite cui prendiamo appuntamento per la settimana successiva presso il mio studio situato al centro di Reggio Emilia.

V. si presenta puntuale all'appuntamento, è una ragazza di 30 anni dall'aspetto curato e molto semplice, vive da sola in Emilia Romagna dove in passato ha svolto gli studi della magistrale e attualmente lavora presso un ente di formazione come impiegata. È originaria di una provincia pugliese, la prima di tre figli, madre casalinga e padre piccolo imprenditore.

Si evince fin dal suo ingresso in studio la sua agitazione che traspare in ogni singolo movimento: dal modo in cui si tocca i capelli, gesticola, dal modo in cui si muove sulla sedia e soprattutto parla a raffica saltando da un argomento all'altro e piange di continuo. La lascio da subito esprimere i suoi pensieri, è molto sul piano razionale, anche se si commuove, sento che non è realmente connessa a sé stessa e alle cose che racconta.

Presenta un'ansia generalizzata che si estende in tutte le aree della sua vita: nel rapporto con i genitori e i fratelli si descrive come "la brava figlia responsabile" a cui va il compito di mediare, regolare i "guai del fratello e sorella disobbedienti" e le sofferenze della madre o le arrabbiate del padre, nell'ambito lavorativo si descrive come una persona molto ansiosa e controllante all'interno di un ambiente che percepisce giudicante e che le richiede di essere sempre prestante, attenta e precisa, mentre nelle relazioni sociali assume il ruolo di chi si mette in disparte con il timore di essere sempre inadeguata rispetto all'altro.

Osservo i suoi movimenti e ascolto attentamente quello che dice e inizio a fare una prima valutazione: la sua attivazione emotiva è tale per qualsiasi tema lei riporta, a prescindere dalla reale incidenza sulla sua vita quotidiana-emotiva. Restituzione che lei avverte come significativa e le dà un primo input riflessivo ed emotivo su ciò che realmente è importante per lei stessa e non per l'altro. Indago poi la motivazione e quali sono i suoi obiettivi per questo percorso terapeutico e lei mi risponde che vorrebbe "trovare il suo posto nel mondo". Ci accordiamo, quindi, sugli aspetti del setting, le spiego l'approccio metodico che utilizzo e le presento il consenso informato. Decidiamo entrambe di iniziare questo percorso insieme.

Negli incontri successivi inizio ad incontrare le mie prime difficoltà: i colloqui assumono più una forma supportiva, cerco al loro termine di dare una restituzione rispetto a ciò che ho

osservato e valutato nell'hic et nunc, ma ho la sensazione di confondermi dentro la confusione di V., ho la sensazione di navigare a vista, di essere piena di informazioni date dalla paziente ma di non avere una direzione reale.

- **Supervisione:**

Porto il caso in supervisione ed esprimo le mie sensazioni di “girovagare” senza lavorare realmente sui nodi profondi della paziente, esprimo la sensazione di non avere una traccia, una direzione, mi sento in stallo.

Il supervisore mi fa notare che in realtà io stavo colludendo con la difficoltà della paziente a scendere nel profondo e che passavamo le nostre sedute “ad andare in giro a raccogliere margherite”. Quell'immagine è stata molto forte ed è stata capace di cogliere a pieno la mia situazione personale e professionale insieme a V.

Mi suggerisce in aggiunta, al prossimo colloquio, di fare una mappa, di fare il punto della situazione per stabilire con la paziente dove sentiamo di essere: se all'inizio, se a metà, se alla fine del percorso. Nonché di riordinare le informazioni, riavvolgere il nastro: che connessione c'è tra le info date dalla paziente? Qual è la storia della sua ansia e degli attacchi di panico? Il supervisore mi consiglia di rimanere focale su cosa è per me prioritario approfondire.

Ritorno la volta seguente in colloquio e seguo le indicazioni del supervisore. Chiedo alla paziente di tracciare insieme una mappa e di stabilire dove sente di essere, lei riferisce di sentirsi agli inizi del percorso e sente che ci stiamo conoscendo. Successivamente le chiedo di raccontarmi la storia del sintomo, partendo dal primo ricordo rispetto alla sua ansia. L'obiettivo che mi pongo, infatti, è di riordinare le info con cui mi aveva precedentemente sommerso, ricostruire la storia della sintomatologia ma anche familiare.

V. nel suo racconto ritorna alle scuole elementari “quando ero a scuola e la maestra faceva delle domande alla classe, io spesso conoscevo la risposta ma non rispondevo. Diventavo solo rossa e sentivo il battito del cuore che aumentava. Questo fino all'Università”. V., infatti, riconduce tali manifestazioni fisiche quando deve parlare con altre persone o quando deve svolgere delle prestazioni, soprattutto in ambito lavorativo. Ricorda, poi, di aver sofferto di ansia durante il corso universitario triennale perché fuori corso. Era una facoltà, quella di economia, che a lei non piaceva ma che aveva deciso di fare perché imposto dal padre. Il padre aveva già definito il suo percorso di vita: laurea in economia e poi impiegata presso l'azienda di famiglia. Riporta poi i primi episodi di attacchi di panico in un periodo di importanti cambiamenti che la vede trasferirsi a Reggio Emilia per fuggire dal contesto familiare e iniziare a studiare ciò che realmente le piaceva “comunicazione e marketing”, “sentivo una motivazione interna alla rivalsa!” e definisce l'ansia come “attivazione che mi fa agire”.

Attualmente ciò che le infligge maggiormente malessere è il contesto lavorativo dove emergono due temi importanti: il controllo e la paura del giudizio. Riporta difficoltà a lavorare in team, va in agitazione perché ha la sensazione di non avere il pieno controllo sulla mansione, questo la porta a fare spesso degli errori e ad essere “pasticciona” in quello che fa, scatenando in sé stessa da un lato la terribile paura del giudizio da parte dei colleghi, dall'altro diventa una vera e propria strega cattiva con sé stessa definendosi con termini davvero spiacevoli.

Cerco di utilizzare la strategia della riformulazione, restituendo a lei una fotografia della sua condizione attuale rispetto a ciò che riporta nelle sedute. Questo mi permetteva da un lato di fronteggiare la seduta, dall'altro c'era in me la sensazione costante di essere in una posizione down nei suoi confronti e di conseguenza, nonostante le restituzioni, non sentivo di essere realmente incisiva per lei.

- **Dalla terapia in presenza alla terapia online**

Parallelamente alla terapia con V., nella mia vita personale avviene un cambiamento radicale su un piano pratico-lavorativo: pertanto mi trasferisco in un'altra città. Comunico alla paziente quanto accaduto e cerco di valutare con lei diverse possibilità: passaggio da una terapia in presenza ad una online oppure invio ad una collega. La sua reazione è di dispiacere e disorientamento: mi dice che con me si trovava bene, stava iniziando ad aprire delle finestre, toccando delle tematiche per lei importanti, questo cambiamento e soprattutto un'eventuale cambiamento di terapeuta le causava ansia, preoccupazione. Accolgo il suo stato emotivo e cerco di rassicurarla rispetto ad entrambe le opzioni. Tuttavia l'invio ad un altro collega non è stato possibile, pertanto decidiamo con V. di proseguire la terapia in modalità online.

Durante questo primo periodo di terapia, tento di districarmi dalla confusione interna ed esterna che avverto nonché dalla posizione down che sento di avere con la paziente, assegnando la prescrizione del doppio disegno (Celia, 2016). Tale prescrizione ha l'obiettivo di chiarire lo stato emotivo attuale del paziente e di vedere come questo si prospetta al termine della terapia stessa, e quindi gli obiettivi che vuole porsi.

Prescrizione del doppio disegno (Celia, 2016): questo movimento, seppure poco incisivo, ha permesso di andare più nel profondo delle questioni. Di fatti la paziente nel disegno in cui si descrive in quel momento preciso si rappresenta con un "groviglio illuminato di rosso sulla pancia e uno nella testa, questi non sono collegati tra di loro. Sono rannicchiata e curva su me stessa e c'è un muretto che mi protegge alto fino al seno", rappresenta poi un'altra versione di sé che è quella che appare di fronte a "gruppi di persone disegnati lontani" ed è posta a copertura della lei descritta in precedenza.

Nel disegno riferito a lei al termine della terapia, rappresenta "il groviglio che diventa un gomito e che collega testa e pancia. La luce si è spostata sotto i piedi e la illumina. Il muro è diventato un'aiuola e le due V. coincidono. Sono dritta, non più rannicchiata e le persone sono vicine a me".

Da questa prescrizione indaghiamo la vergogna e il giudizio come tematiche ricorrenti nella sua storia di vita. Un'educazione molto rigida, con una figura paterna molto giudicante e opprimente e una figura materna spesso manipolativa, l'avevano fin da piccola esposta a dinamiche poco funzionali da cui si difendeva attraverso un atteggiamento di accondiscendenza rispetto al volere altrui con una preoccupazione quasi debilitante sull' "essere giusta" e "accettabile" per l'altro. Una condizione che ad oggi le portava una grossa fatica nella gestione delle relazioni con gli altri, e nel decifrare effettivamente chi fosse e cosa sentisse realmente.

Se da un lato sembrava riuscissi a decifrare "la danza" della paziente, dall'altro il malessere dentro di me cresceva e continuavo a sentirmi con lei in un posizione down, sotto scacco. Ogni restituzione che provavo a fare risultava essere poco incisiva, al contrario V. inizia ad

essere la tipica paziente del “sì, ma...” contro-lanciando ogni mio tentativo di aiuto. Mi sentivo letteralmente sotto-scacco e faticavo a bilanciare la nostra relazione e a stabilire il mio ruolo di terapeuta.

In una specifica seduta avevo la sensazione che V. fosse particolarmente resistente e impermeabile, eravamo disconnesse l'un l'altra. Le rimando in modo diretto quello che sento, ponendole di fronte ad una decisione “Cosa vuoi fare? Vuoi continuare la terapia?” lei reagisce male, va in confusione e inizia ad agitarsi. Mi dice “Sento la sensazione come quando vengo lasciata. L'altro mi parla, ma io non voglio capire”.

- **Supervisione:**

Il supervisore mi fa notare di essere stata molto diretta e di non aver approfondito lo stato emotivo della paziente: “è come quando qualcuno mi lascia” è stato un segnale di una sua profonda paura di essere abbandonata e rifiutata. Mi consiglia, inoltre, di discernere quando è il caso di dire in modo diretto ciò che il paziente mi fa sentire e quando invece è utile che io faccia sperimentare al paziente quello che suscita nell'altro non solo utilizzando un processo riflessivo, ma anche altri canali come la musica o un film.

Nelle sedute successive utilizzo le strategie consigliate dal supervisore e decido di focalizzarmi sul tema del controllo, che era quello che sentivo che V. aveva su di me, analizzandolo sia in ambito lavorativo che relazionale. Decido pertanto, in una delle sedute, di darle la prescrizione del lasciarsi andare (Celia, 2016), al fine di farle sperimentare la sensazione della perdita di controllo.

Prescrizione indiretta del Lasciarsi andare (Celia, 2016): alla seduta successiva la paziente mi dice che ha svolto la prescrizione a metà. Approfondiamo innanzitutto le sensazioni che ha provato le due sere che si è lasciata andare sul letto e descrive la sua paura di sbattere la testa, di cadere e farsi male, soprattutto la grossa fatica nell'azione stessa del lasciarsi andare; approfondiamo poi i pensieri e le emozioni che ha provato quando invece ha deciso di non eseguire le prescrizioni e descriveva una serie di resistenze e svalutazioni rispetto al fatto che non ne capiva l'utilità o non era per niente motivata ad “eseguire un ordine che sentiva imposto”.

La restituzione a questa prescrizione, non fu semplice per me, in quanto mi sentivo svalutata e sentivo anche il rifiuto da parte sua rispetto ai miei sforzi di aiuto.

“osserva la danza, impara la danza, cambia la danza”: di questa citazione del mio supervisore io forse ero riuscita ad osservare la danza del paziente colludendo profondamente in quelle dinamiche interne.



4.2 Da un posizione one-down a una posizione one-up

La verità era che faticavo a dire a me stessa che con lei mi stavo annoiando e iniziavo a provare fastidio verso questa paziente che sembrava un muro di gomma, per cui qualsiasi cosa cercassi di fare rimbalzava e ritornava verso di me. Pertanto oltre ad essere poco incisiva faticavo a stare all'interno della relazione, sentivo di essermi distaccata da lei e di aver smesso di abbracciare la sua causa. Tuttavia non riuscivo ad essere nemmeno sincera con me stessa e dirmi che effettivamente questa paziente mi suscitava tali sentimenti.

- **Supervisione:**

Porto l'aggiornamento del caso in supervisione, esprimendo la mia profonda fatica, le mie sensazioni: sentirmi sotto-scacco, con le spalle al muro e sotto il controllo di V. Il supervisore fa da lente di ingrandimento sulla mia difficoltà ad assumere il ruolo che ho, al contrario tendo sempre ad assumere una posizione di down, di timore verso l'altro. Mi incita a prendere in mano il mio ruolo di terapeuta e prendere la posizione up all'interno della relazione.

Un giovedì, come la maggior parte dei giovedì, avevo fissato l'appuntamento con V., ma ne dimentico. Mi arriva un suo messaggio chiedendomi se ci fossi per la seduta con un tono molto infastidito, io mi prendo 10 minuti per cercare di capire come gestire questo mio errore senza permettere di peggiorare lo stallo terapeutico già in atto e faticoso. Le scrivo che sono caduta e che ho avuto una slegatura alla caviglia, pertanto l'avrei aggiornata per fissare un appuntamento alla settimana successiva. Decido di dare questa spiegazione perché potenzialmente poteva essere quella più attivante dal punto di vista di "vicinanza" o di "compassione", pertanto non avrebbe creato un distacco ancora più incisivo di quanto già lo sentissi con lei; in aggiunta continuavo a sentire il suo controllo nonché la pretesa di doverci essere ad ogni costo, pertanto tale spiegazione le avrebbe fatto comprendere che un atteggiamento di pretesa e controllo non è funzionale all'interno delle relazioni.

Durante la settimana mi sento preoccupata all'idea di affrontare questa "bugia bianca" in seduta, ma sento anche che poteva essere una buona opportunità per smuovere la nostra relazione terapeutica.

Iniziamo la seduta e senza alcun timore, pronta ad accettare qualsiasi risposta, le chiedo se fosse infastidita dal fatto che avessimo saltato la seduta precedente. Lei rimane per un istante interdetta, probabilmente dalla mia sicurezza, poi fa un respiro e quasi come in ammissione, dice che si era molto arrabbiata, ma che al mio secondo messaggio in cui le do spiegazione, alla rabbia è seguito il senso di colpa per aver preteso la mia presenza, per essere stata concentrata solo su di lei senza vedere l'altro e come questo atteggiamento lei lo abbia riconosciuto in tutte le relazioni che lei instaura "Mi sono resa conto che non penso mai agli altri, penso solo a me stessa e al mio problema". Iniziamo ad approfondire questa tematica relazionale in cui lei risulta essere molto concentrata su sé stessa e si pone in una posizione di pretesa nei confronti dell'altro che deve essere sempre a disposizione per i suoi bisogni: analizziamo i suoi rapporti di amicizia, le precedenti relazioni sentimentali. Ci soffermiamo sul rapporto con i propri genitori dove sembra ci sia un capovolgimento di tale funzionalità, per cui è lei a sentirsi in dovere, nei confronti del padre e della madre, ad essere sempre disponibile a soddisfare i loro bisogni "Io sono sempre stato il loro parafulmine". A questa affermazione segue una mia domanda "e per te chi lo è stato?", lei piange e avverto

finalmente una vicinanza. Riflettiamo sul fatto che si è sempre dovuta occupare dell'emotività dei suoi genitori e dei suoi fratelli, ma mai nessuno si è occupata di lei. Questo fa sì che ad oggi lei conosce solo un codice: "se tu mi vuoi bene, allora tu devi esserci per me e devi soddisfare i miei bisogni di cura e di affetto", se questo non è possibile prova rifiuto e abbandono e si distacca dall'altro senza dire nulla. Riflettiamo su cosa gli altri possono provare di fronte a questo suo atteggiamento, con l'obiettivo di farle sentire la relazione come circolarità e reciprocità piuttosto che unidirezionalità.

In questo incontro, percepisco un cambiamento nella nostra relazione e percepisco V. più disposta a ricevere i miei input e le mie restituzioni, ho la sensazione di aver ristabilito (attraverso piccoli movimenti significativi) la mia posizione up.

4.3 Ti sento anche quando non ci sei

"Senza alcun timore, pronta ad accettare qualsiasi risposta" credo che sia stato questo personale mio cambiamento di posizione da una insicura e timorosa a una stabile, di forza e sicurezza nei confronti sia di V. che della mia realtà personale, a ristabilire il mio ruolo all'interno della relazione. Questo ha anche permesso V. di diminuire il controllo su di me e di provare ad affidarsi di più. È incredibile come un movimento compiuto in modo accidentale ma utilizzato (secondo il principio di utilizzazione di Erickson) in modo strategico abbia potuto scaturire un cambiamento funzionale.

Da questo momento in poi le sedute svolte hanno avuto una connotazione più profonda e dal sintomo ansiogeno siamo passate a lavorare sul rapporto che V. aveva con sé stessa e quindi alla sua capacità di decifrare le sue emozioni, chiamarle con il loro nome e capirne la natura.

In questa fase ho chiesto a V. di svolgere la prescrizione dello specchio delle mie brame (Celia, 2016), al fine di farle sperimentare il rapporto intimo con sé stessa.

Prescrizione Specchio delle mie brame (Celia, 2016): la paziente fin da subito comunica la difficoltà a guardarsi negli occhi, ammette che inizialmente ha evitato di svolgere la prescrizione, per poi avvicinarsi in un momento particolare della giornata (dopo una calda doccia): "Non mi sono mai guardata negli occhi. Sono andata in apnea e mi sono detta -non stai respirando!-. Avevo la sensazione che 5 minuti non passassero mai". La seconda volta cambia lo specchio, sempre dopo una doccia, si guarda negli occhi e dice "sono triste, sono stanca, voglio tornare a casa. Ho iniziato a piangere e per la prima volta ho visto cosa accade ai miei occhi quando piango. Ho avuto paura!". Di fronte a tale reazione, V. è fuggita dalla prescrizione evitando di ripeterla nei giorni successivi.

Abbiamo approfondito quanto questo rapporto di fuga da sé abbia in effetti, nel tempo, ostacolato la conoscenza di sé stessa, proiettando il suo sguardo e la sua attenzione sempre all'esterno, dando al giudizio altrui un carico tanto determinante quanto ansiogeno per lei stessa. Rinforzo però il buon lavoro fatto durante la settimana e lo sforzo nonché il vissuto significativo da lei provato.

Nelle sedute successive V. dimostra di essere più focalizzata sulle sue emozioni, si interroga su ciò che sente, cercando di capirne la causa nonché la natura stessa dell'emozione vissuta. Rinforzo molto questi nuovi movimenti di V. che le consentono anche di arginare le sensazioni spiacevoli di ansia e panico.

In una seduta particolare, V. riporta un forte malessere legato ad un errore importante che ha commesso durante una mansione lavorativa. Mi descrive le sue sensazioni, il giudizio terribile che ha su sé stessa e la sensazione di “avere gli occhi addosso”, ha paura del giudizio e il rimprovero da parte degli altri.

Approfondiamo il tema del giudizio, indagando il rapporto che lei ha con sé stessa: il voler tendere sempre ad un sé ideale senza accettare quello che è, criticandosi costantemente. Le dico che il peso del giudizio che sente, non è quello del mondo esterno, ma è quello che lei si impone su sé stessa. Questa frase fa breccia e le consente di cambiare la prospettiva e la percezione dell'altro ma anche di sé.

Le prescrivo la pagella (Celia, 2016) con l'obiettivo di farle sperimentare un diverso vissuto con sé stessa e con i suoi errori o quegli aspetti di lei che fatica ad accettare.

Prescrizione della pagella (Celia, 2016): V. dice di averla eseguita volentieri. I voti da lei assegnati andavano in base a quanto bene aveva svolto le prestazioni lavorative; durante i primi giorni ha scelto come premi oggetti che desiderava da tempo, successivamente i premi diventarono più momenti intimi in cui si concedeva coccole e cura verso sé stessa. Più il voto della giornata era negativo, più i premi avevano questa connotazione.

Tale prescrizione è stata molto potente per V. tanto che ha segnato un'ulteriore passaggio nel suo percorso di terapia nonché nella nostra relazione. Da un lato, V. ha iniziato a fidarsi più di me, ha iniziato a riconoscermi nel mio ruolo tanto che riferisce di “sentire la tua voce anche quando non ci sei”, dall'altro ha iniziato a vivere una relazione di amore e cura verso sé stessa che è quello che in precedenza ricercava negli altri da cui dipendeva e non le permetteva di avere lo sguardo su di lei.

Interrogarsi sulle emozioni che prova, interrogarsi su ciò che le piace e ciò che le va di fare a prescindere dall'altro, dare voce a sé stessa, ha permesso di superare la sintomatologia legata all'ansia, ma anche di vivere serenamente sé stessa convivendo con le parti di lei precedentemente poco accettabili.

Gli ultimi mesi della terapia hanno avuto l'obiettivo di ridefinire e rinforzare gli obiettivi raggiunti, al fine di supportare V. nel mantenimento di questo benessere.

- **Incontri ogni 15 giorni**

Restituisco alla paziente tutto il lavoro svolto, valorizzando i suoi sforzi e i movimenti fatti, le restituisco che abbiamo raggiunto l'obiettivo rispetto alla risoluzione dei sintomi legati all'ansia e che abbiamo lavorato sul rapporto con sé stessa che ad oggi deve continuare a nutrire e a coltivare. Decidiamo, pertanto, che possiamo incontrarci ogni 15 giorni, al fine di monitorare il suo andamento psico-fisico.



5. Conclusioni

La relazione terapeutica è lo strumento principale attraverso cui è possibile applicare il metodo per generare un reale cambiamento. Difatti è nel momento di profonda sintonizzazione con il paziente che si è stati capaci di provocare movimenti, applicare prescrizioni più adeguate e che hanno dato inizio ad un processo. Questo è avvenuto proprio nei momenti in cui la relazione si è solidificata.

Le ricerche in ambito psicoterapico si sono occupati spesso di indagare questo elemento definendolo come principale e trasversale rispetto ai diversi approcci e diverse metodologie. Poco però ci si sofferma sul ruolo del terapeuta all'interno della relazione: per la scrivente non è stato semplice instaurare una relazione profonda con la paziente, in quanto diverse dinamiche e diverse sensazioni si sono attivate, spesso persino rimbalzate tra i due attori. E' per questo motivo e non solo, che è ritenuto fondamentale che i terapeuti stessi si occupino dei propri nodi irrisolti; un punto essenziale per la scuola di psicoterapia strategica-integrata che sin dal primo anno si occupa di questo aspetto con gli allievi.

*“Osserva la danza,
impara la danza,
danza con il paziente,
cambia la danza.”*
Carl Whitaker

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2013), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5 (5' Edizione). Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 2014.
- Bandler, R., Grinder, J.(1975). La struttura della magia. Astrolabio, Roma.
- Borkovec, T. D., & Newman, M. G. (1998). Worry and generalized anxiety disorder. *Comprehensive clinical psychology*, 6, 439-459.
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T., DePree, J.A.(1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes”. In *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), pp. 9-16.
- Borkovec, T.D., Ruscio, A.M. (2001). Psychoterapy for generalized anxiety disorder. In *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(suppl.11), pp.37-45.
- Cannon, W.B. (1929). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage* (2' ed.). Appleton-Century-Crofts, New York (NY).
- Castonguay, L.G., Oltmanns, T.F.(2016). *Psicologia clinica e psicopatologia. Un approccio integrato*. Raffaello Cortina.
- Celia, G. (2016). *La psicoterapia strategico-integrata. L'evoluzione dell'intervento clinico breve*. FrancoAngeli.
- Celia,G. (2024) in Convegno Sipis “L’integrazione in psicoterapia: le ricerche mente-corpo”
- Goldstein, A.J., Chambless, D.L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. In *Behavior Therapy*, 9, pp.47-59.
- Hoehn-Saric, R., Hazlett, R.L., McLeod, D.R. (1993). Generalized anxiety disorder with early and late onset of anxiety symptoms. In *comprehensive Psychiatry*, 34(5), pp.291-298.

- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C. Heath, A.C., Eaves, L.J. (1992). Generalized anxiety disorder in women: a population-based twin study. In Archives of General Psychiatry, 49(4), pp.267-272.
- Kendler, K.S., Walters, E.E., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., Eaves, L.J. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. In Archives of General Psychiatry, 52(5), pp.374-383.
- Makover, R.B. (1999). La pianificazione dei trattamenti in psicoterapia. Libreria di ateneo Salesiano LAS, ROMA.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. Annual review of psychology, 45, 25.
- Rachman, S.J. (1994). The overprediction of fear: A review. In Behaviour Research and Therapy, 32, pp.683-690.
- Secci, E.M. (2005). Manuale di psicoterapia strategica. Edizione Carlo Amore, Roma.
- Secci, E.M. (2011). Workshop "Tecniche di Psicoterapia Strategica", Scuola di Psicoterapia Strategica-Integrata, 16-27 aprile 2011, Roma.
- Semi, A.A. (1985). Tecnica del colloquio. Raffaello Cortina Editore.
- Semi, A.A. (2002). Cultura e odio: interpretazioni: psico-analitiche. Futuribili, Volume 9.
- Skorjanec, B. (2000). Il linguaggio della terapia breve. Retorica e logica del cambiamento terapeutico. Ponte alle Grazie, Firenze.
- Strauss, C.C., Lahey, B.B., Frick, P., Frame, C.L., Hynd, G.W. (1988). Peer social status of children with anxiety disorders. In Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(1), pp. 137-141.
- Strauss, C.C., Lease, C.A., Kazdin, A.E., Dulcan, M.K., Last, C.G. (1989). Multimethod assessment of the social competence of children with anxiety disorders. In Journal Clinical Child Psychology, 18(2), pp.184-189.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1974). Weakland, JH, & Fisch, R. *Change: Principles of problem formation and problem resolution*.
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fish, R. (1974). Change: la formazione e la soluzione dei problem umani. Astrolabio, Roma.
- Watzlawick, P., & Nardone, G. (Eds.). (1997). *Terapia breve strategica*. Milan: Cortina.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C., Mathews, A. (1997). Cognitive Psychology and Emotional Disorders (2' ed.). Wiley, Chichester (UK).

RINGRAZIAMENTI

Grazie ai miei compagni di corso

Con fatica e a piccoli passi, oggi siete diventati il mio posto sicuro, il mio "acquario" a cui sento di appartenere profondamente.

Grazie ai miei professori

Giovanna Celia e Mauro Cozzolino, per me guida ed esempio di vita.



dott.ssa Noemi La Manna
psicologa e psicoterapeuta
strategica integrata

In Your Hands

Sostegno psicologico e psicoterapeutico
gratuito, online e in presenza,
rivolto a tutto il personale sanitario, a livello nazionale,
ed ai familiari delle vittime del Covid-19.



Orari e giorni accoglienza psicologica telefonica:
Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle ore 10:00 alle ore 13:00
Martedì e Giovedì dalle ore 16:00 alle ore 19:00

Tel: +39 06 86989183

progettoinyourhands@gmail.com

FROZEN:

DAL GELO ALLA LUCE DELL'ANIMA.
IL CASO CLINICO DI A.

di Annalaura Prosperini, Flaminia Cappellano, Giovanna Celia

Abstract

Il presente lavoro intende illustrare l'applicabilità dell'approccio strategico integrato seguendo due direttrici principali:

- da un lato, l'efficacia del modello impiegato nel progetto "In Your Hands", promosso dalla SCUPSIS in collaborazione con l'Associazione Pronto Soccorso Famiglie e sponsorizzato dalla Fondazione Pfizer. Il progetto, riconosciuto come esempio di "buona pratica" nell'ambito della salute mentale, ha previsto un ciclo di dieci sedute più una di follow-up, dimostrandosi efficace nella riduzione dei sintomi riportati dagli utenti;
- dall'altro, la validità e flessibilità del modello anche in contesti clinici complessi, come quelli legati a traumi infantili riattivati nel tempo e manifestatisi in disturbi ansioso-depressivi con attacchi di panico ad alto impatto invalidante.

La prima parte dell'articolo approfondisce i fondamenti dell'approccio strategico integrato; la seconda presenta, con riferimento a evidenze scientifiche, la correlazione tra violenza assistita in età infantile e l'insorgenza di attacchi di panico in età adulta. A seguire, viene presentato lo sviluppo delle sedute del caso clinico di A., dal primo colloquio fino alla conclusione della terapia.

This paper aims to illustrate the applicability of the integrated strategic approach along two main lines:

- Firstly, the effectiveness of the model applied within the "In Your Hands" project, developed by SCUPSIS in collaboration with the Pronto Soccorso Famiglie Association and sponsored by the Pfizer Foundation. The project, recognized as an example of "best practices" in the field of mental health care, offered users a cycle of ten sessions plus one follow-up, proving effective in reducing symptomatic distress.
- Secondly, the model's validity and adaptability in clinical contexts involving early childhood trauma that resurfaces over time, manifesting in anxiety-depressive states accompanied by significantly impairing panic attacks.

The first part of the article explores the theoretical foundations of the integrated strategic approach. The second part outlines, through scientific evidence, the correlation between witnessing violence in childhood and the onset of panic attacks in adulthood. Lastly, the article presents the clinical development of patient A.'s case, from the initial interview to the conclusion of therapy.

1. La psicoterapia strategico-integrata: cenni storici

Intorno al 2003 una parte della comunità scientifica, guidata dal Prof Gaetano De Leo, sentì la necessità di integrare le diverse scuole di pensiero psicoterapeutico nonché le diverse prospettive di intervento clinico al fine di costruire un modello di intervento clinico “taylor made”, flessibile e adattabile alle esigenze dei pazienti; datiamo pertanto la fondazione della Scuola di Psicoterapia Strategica Integrata (SCUPSIS) a Roma nel 2003 ad opera del Prof De Leo e della clinica Giovanna Celia dell'Università La Sapienza di Roma e la stesura del modello di riferimento ad opera della Prof.ssa Giovanna Celia.

La forza e la peculiarità di questo approccio la si riscontra nella sua capacità di integrare diversi indirizzi metodologici tra loro, utilizzando le diverse tecniche in funzione della problematica descritta dal paziente in seduta.

L'approccio strategico integrato presenta importanti punti di forza: la sua duttilità e la possibilità di cambiamento che offre, spesso equiparata ad una vera trasformazione degli stili di vita in una chiave più funzionale ed equilibrata, la sua “economicità” in quanto ha una brevità rispetto ad altri modelli terapeutici, la sua efficacia data proprio dalla flessibilità e dalla integrazione di tecniche, strumenti e stili a seconda del paziente, del qui ed ora e della problematica portata, il modello strategico inoltre esce dalla prospettiva categoriale tipica di altri approcci e, nutrendosi di varie fonti, ha l'ambizione di rappresentare appunto un'integrazione di tante prospettive diverse.

La psicoterapia strategica-integrata trae ispirazione dalle teorie costruttiviste e dalle teorie interazioniste, si concentra sulla comunicazione umana in quanto capace di costruire relazioni e influenzare processi di cambiamento, l'idea di base di questo approccio è che la realtà da ciascuno di noi percepita è la risultante tra il punto di osservazione della persona, gli strumenti utilizzati per esperirla e il linguaggio usato per descriverla, esistono quindi così tante realtà quanti sono i punti di osservazione e le possibili interazione umane, la realtà “che noi viviamo” non è mai “la” realtà, o la realtà “oggettiva” sul cui esistenza o raggiungibilità lo psicologo non è in grado di pronunciarsi, bensì è una “costruzione” che lo psicologo è interessato a individuare (Belardinelli, 1986).

Questo approccio risulta essere rivoluzionario in quanto il paziente avverte il suo essere attivo nel suo processo di cambiamento percependo la possibilità di modificare il suo senso di attribuzione di nuovi significati a emozioni, pensieri, eventi. I sintomi rappresentano la realtà soggettiva della persona e la terapia strategica si pone come obiettivo quello di cambiare l'angolo di osservazione della realtà del paziente (Celia, 2016).



1.1 La relazione terapeutica nell'approccio strategico integrato

La relazione terapeutica nell'approccio strategico integrato occupa un ruolo centrale ed è considerata uno strumento attivo per il cambiamento, essa non è solo un "contenitore" per il lavoro terapeutico, ma un vero e proprio strumento d'azione. Il terapeuta modula il proprio stile relazionale in base al paziente (caloroso, direttivo, empatico, ecc., costruisce alleanze terapeutiche solide per ridurre resistenze e favorire la collaborazione, utilizza tecniche comunicative e strategie (paradossi, riformulazioni, storytelling) per intervenire sulle dinamiche problematiche del paziente.

Jay Haley fu il primo a dare una definizione alla terapia strategica, intesa come terapia nella quale il terapeuta si assume la responsabilità di influenzare il paziente, al fine di attivare un cambiamento positivo (Petruccelli, Verrastro, 2012); la capacità di adattamento del terapeuta è cruciale, egli analizza in tempi brevi le caratteristiche del problema, lo stile comunicativo e relazionale del paziente, il contesto sistemico di riferimento (es. famiglia, lavoro, scuola).

A seconda di questi elementi, il terapeuta sceglie un approccio relazionale adeguato: può essere più direttivo e prescrittivo (strategia classica) o collaborativo ed esplorativo (integrazione con approcci più esperienziali o cognitivo-comportamentali).

Seguendo l'ottica costruttivista, la realtà di secondo ordine di cui parlava Watzlawick causa sofferenza, questo il motivo per cui il paziente si rivolge al terapeuta, questi ha il compito di aiutare il paziente a sostituire la costruzione di una realtà disfunzionale con una realtà adatta alle sue circostanze di vita, ciò che poteva andar bene prima in tempi diversi, ora si presenta disadattivo e disfunzionale.

Il terapeuta non può essere "neutrale" come nella visione psicoanalitica, l'empatia diventa essa stessa strumento di cambiamento ed è utilizzata non solo per creare sintonia, ma anche per orientare il cambiamento. Attraverso il rispecchiamento e una comunicazione mirata, il terapeuta valida le emozioni e le percezioni del paziente, introduce prospettive alternative in modo graduale e accettabile, favorisce insight e apertura al cambiamento.

Le resistenze sono viste come parte integrante del processo terapeutico ed il terapeuta si adopera per:

Riconoscere e aggirare le resistenze senza scontro diretto (ad esempio, con interventi indiretti o prescrizioni paradossali), trasformare la resistenza in una risorsa, utilizzandola per consolidare l'alleanza terapeutica.

Il cambiamento è co-costruito attraverso un lavoro attivo e collaborativo. La relazione terapeutica:

- Favorisce un ambiente sicuro in cui il paziente si sente compreso e motivato.
- Stimola processi di auto-osservazione e auto-regolazione.
- È diretta verso obiettivi concreti, monitorati e riformulati durante il percorso.

In sintesi, la relazione terapeutica nell'approccio strategico integrato è un equilibrio dinamico tra empatia, direttività, e flessibilità. Essa rappresenta non solo il fondamento del lavoro terapeutico, ma uno strumento per produrre cambiamenti tangibili e duraturi nel modo più efficace possibile.

Ne deriva che il terapeuta strategico non opera sempre nello stesso modo con tutti i pazienti, ma cambia a seconda del paziente che ha davanti (ad esempio assumendone il linguaggio) e della fase della terapia (ad esempio rendendo la relazione con il paziente più simmetrica nelle ultime fasi della terapia per favorirne lo svincolo) adattando tatticamente la propria posizione in base alla risposta che riceve da chi ha davanti (Celia, 2016).

1.2 Trattamento degli attacchi di panico attraverso l'approccio strategico integrato

La condizione relazionale di chi soffre di paure, panico o fobie comporta una continua richiesta di aiuto, più o meno consapevole e manifesto, che si traduce nel ricercare rassicurazioni, abnegazione affettiva, attenzioni da chi ci è vicino. Questa dinamica interattiva rappresenta un vero e proprio alimentatore del timore e del senso di inadeguatezza personale di chi soffre di paure (Nardone- Watzlawick, 1990; Nardone, 1993).

La psicoterapia strategico integrata risulta particolarmente efficace nella risoluzione di tale problematica in quanto l'intervento viene basato non solo su quanto il paziente porta in terapia ma soprattutto sulla sua della realtà avvertita come pericolosa e minacciosa. L'approccio strategico esce dalla logica lineare del rapporto tra causa e effetto tra gli eventi naturali, biologici e psichici e abbraccia una logica circolare secondo cui l'attenzione del terapeuta si rivolge non più al perché insorge il sintomo e il disturbo ma come esso prende avvio, come persiste e, in molteplici casi, tende persino ad aggravarsi; le fondamenta del lavoro terapeutico si concentrano su come il problema funziona e su come si mantiene nel presente, quali sono le tentate soluzioni messe in campo dal paziente che invece di migliorare la situazione la peggiorano: le cosiddette "tentate soluzioni" che il paziente mette in atto per sfuggire alle proprie reazioni emotive, conducono all'aggravarsi della sintomatologia stessa sino alla completa generalizzazione delle percezioni nei confronti della realtà. Quali sono pertanto le tentate soluzioni nei casi di disturbo da panico o ansia? Tentare di controllare tutte le reazioni fisiche, evitare di immergersi in situazioni attivanti il sintomo che porterebbero il paziente a essere da solo, richiedere supporto e protezione alle persone che si hanno intorno.

L'evitamento generalizzato conduce la persona ad abbassare la soglia di attivazione della paura, in modo tale che anche il minimo momento di solitudine potenzialmente scateni il panico, la ricerca di protezione da parte di familiari e amici, comunque sempre pronti ad intervenire, conferma alla persona a livello di comunicazione interpersonale, lo stato di presunta malattia. Il motore del cambiamento sono le esperienze emozionali correttive le quali, opportunamente guidate dal terapeuta strategico-integrato, portano il paziente a sperimentare nuove abilità e capacità individuali che gli permetteranno di costruire uno spazio percettivo reattivo nuovo, di gestire il problema e superarlo in maniera efficace e definitiva. Attualmente, l'efficacia del trattamento per ansia, fobie e attacchi di panico è pari al 95% (Watzlawick, Nardone, 1997; Nardone, Watzlawick, 2001).

Partire da un'attenta analisi di quanto il paziente porta, del significato attribuito a ciò che sta vivendo e delle sue tentate soluzioni "disfunzionali" sono tutti elementi basilari e preziosi che portano il terapeuta a ristrutturare il vissuto del paziente, in modo da aiutarlo a non percepirsi solo e in preda al panico bensì a sperimentare la possibilità di agire, innanzitutto bloccando quei comportamenti che amplificano il malessere. Si tratta di un importante cambio di percezione che porta in sé il potere di stimolare dei forti momenti di insight nuovi e successivamente una sensazione di benessere quando il terapeuta avrà cura di evidenziare tutti i passaggi e rilevare le capacità e le risorse attivate dal paziente. Essendo la psicoterapia strategica-integrata impostata sull'agire, la terapia per il trattamento degli attacchi di panico risulta molto pratica per il paziente.

Vi sono inoltre delle tecniche che prescrivono il sintomo, rendendolo vero e così facendo depotenziandolo. Tra queste si può citare la prescrizione "Errare humanum est" (Celia, 2016; 2020) in cui si incoraggia la persona a sbagliare: "Voglio che da qui alla prossima settimana, almeno una volta al giorno, dica una cosa sbagliata con chiunque lei voglia. Cioè, deve dire di

proposito uno strafalcione, fare degli errori grammaticali... e se qualcuno la corregge deve fingere che lei non sapeva di aver sbagliato, cioè farà la faccia perplessa...” Celia, 2020), quest’ultima prescrizione risulta essere molto potente in quanto attribuisce al paziente l’intenzionalità dell’errore agendo in modo questa volta funzionale sulla sua capacità di controllo.

Tra le altre tecniche annoveriamo la prescrizione della “peggiore fantasia” (Nardone, 2016) che fa richiamare alla mente per un periodo limitato di tempo tutte le proprie paure, la prescrizione del “come se” (Watzlawick, 1990) e la “tecnica della scala” che permette il posizionamento numerico del paziente di fronte alla situazione problematica.

1.3 Violenza assistita e attacchi di panico: evidenze di una correlazione

Seguendo l’ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), pubblicata nel 2014, descrivendo il “Disturbo da stress post-traumatico” ci si riferisce sia al fare esperienza diretta dell’evento traumatico sia all’assistere e/o venire a conoscenza dell’evento avvenuto ad altri nonché del fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione di dettagli crudi dell’evento. Sempre nel DSM-5 gli eventi vissuti come testimoni includono la violenza domestica insieme a morte innaturale, abuso fisico o sessuale dovuto ad aggressione violenta, incidente, minacce, gravi lesioni, guerra o disastro, catastrofe medica riguardante il proprio figlio. Dunque, secondo il DSM i figli coinvolti nella violenza domestica sono esposti a trauma psichico.

Le neuroscienze cognitive stanno ormai dimostrando da molto tempo che l’esposizione continua e prolungata a circostanze traumatiche o eventi stressanti, soprattutto nei primi tre anni di vita del bambino, possono avere degli effetti devastanti sulla sua psiche alterando pesantemente il suo processo evolutivo psichico, sociale e fisico. Esperienze traumatiche come abusi, maltrattamenti diretti o anche violenze assistite in modo ripetuto e continuativo, soprattutto se vissute sin dalla nascita ed in maniera ripetuta e continuativa all’interno dell’ambiente familiare, minano gravemente il sistema di attaccamento del piccolo producendo effetti deleteri sia sulla propria regolazione psicofisiologica delle principali funzioni vitali, sia nell’affermare e nel costruire nel tempo una stabile e fiduciosa relazione di attaccamento (LeDoux, J. 2012. *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. Simon & Schuster). L’epigenetica, la scienza che si occupa di studiare l’interazione tra geni e ambiente nata in tempi relativamente recenti, ci suggerisce che le esperienze vissute dai bambini con i loro caregivers forniscono informazioni e, per così dire, istruzioni al patrimonio genetico su come attivarsi e modificarsi in termini di comportamento, i geni sono però all’origine della costruzione biochimica dei principali neurotrasmettitori come l’ossitocina, la serotonina, la dopamina, alla base dei principali processi sociali; uno studio sui circuiti emozionali portato avanti negli anni ’90 da Panksepp, psicologo recentemente scomparso e primo a coniare il termine di Neuroscienze affettive ad indicare il campo che studia i meccanismi neurali dell’emozione, fornisce informazioni utili nel comprendere quali circuiti e quali neurotrasmettitori sottostanno alle principali emozioni che regolano differenti aspetti della nostra vita.

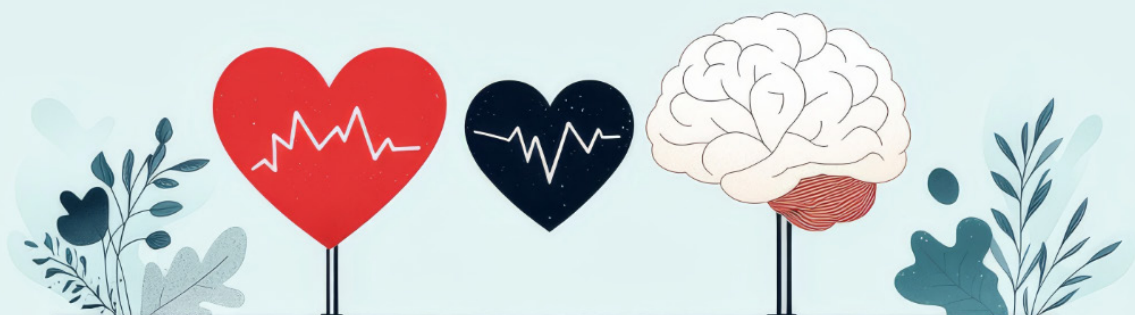
Lo stimolo proveniente dall'ambiente esterno va a sollecitare determinate aree cerebrali le quali poi, a seconda del circuito neurale coinvolto, determinano conseguenti risposte emozionali (Panksepp, J. 1998. *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press); dai suoi studi sono stati estrapolati sette sistemi emozionali primari, ovvero:

- ❖ il sistema della Ricerca, del desiderio e dell'euforia, legato alla dopamina;
- ❖ il sistema della Rabbia, della dominanza, legato al testosterone e alla serotonina;
- ❖ il sistema della Paura, dell'ansia, legato al cortisolo;
- ❖ il sistema della Sessualità, legato agli ormoni sessuali;
- ❖ il sistema della Cura, della amorevolezza, legato all'ossitocina;
- ❖ il sistema della Tristezza, della solitudine, legato all'assenza di cura;
- ❖ il sistema della Gioia, del gioco e della fantasia, legato alle endorfine e alla dopamina.

L'essere umano può esperire queste sette emozioni primarie con piacere oppure con disagio, se la rabbia, la paura o la tristezza si associano a momenti di vita spiacevoli, ne conseguirà un comportamento di evitamento, al contrario quando i sistemi di ricerca, cura e gioco si contestualizzano in situazioni serene, armoniose e piacevoli, tenderanno non solo ad essere nuovamente voluti e ricercati attivamente ma anche a sviluppare, ampliare e rafforzare ulteriori

processi psicofisiologici che vedono il coinvolgimento di altre aree cerebrali come le aree corticali preposte ai più evoluti processi cognitivi e l'area del linguaggio, le emozioni infatti sono con esse strettamente collegate. Il buono e sano accudimento fa sviluppare stabilità e sicurezza nelle relazioni con il caregiver lasciando le capacità difensive solo allo stato potenziale, pronte poi per essere attivate nella crescita con il correre degli eventi, il cattivo accudimento innesca invece il meccanismo contrario ovvero attiva e rinforza sempre più il sistema di autodifesa, di attenzione alla minaccia, di fuga e di congelamento facendo abbassare sempre più la soglia della percezione della sicurezza, della protezione e del sostegno (Panksepp, J. 2011. *The basic emotional circuits of mammalian brains: do they form a core program and are they conserved?* *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*).

Artefice e protagonista di questo disegno bio-psico-fisiologico è l'amigdala: essa ha il ruolo di ricevere i segnali sensoriali provenienti dall'esterno e di valutarli da un punto di vista emotivo, quelli rilevanti per la sopravvivenza saranno quindi opportunamente decodificati e smistati alle aree cerebrali: è deputato particolarmente l'emisfero destro a cogliere i segnali non verbali come il tono della voce, il contatto visivo, il contatto tattile, questi input sensoriali sono basilari per una buona costruzione delle dinamiche sociali (Craig, A. D. 2009. *How do you feel—now? The anterior insula and human awareness*. *Nature Reviews Neuroscience*, 59-70.)



La figura sottostante (Fig.1) rappresenta le regioni cerebrali attivate sia dalle parole (linguaggio verbale illustrato in rosso) sia dal tono di voce (linguaggio non verbale illustrato in verde), ebbene con tecniche di neuro immagine con tomografia a emissione di positroni (PET) si vede come il solo tono della voce sia in grado di attivare la corteccia prefrontale dell'emisfero destro:

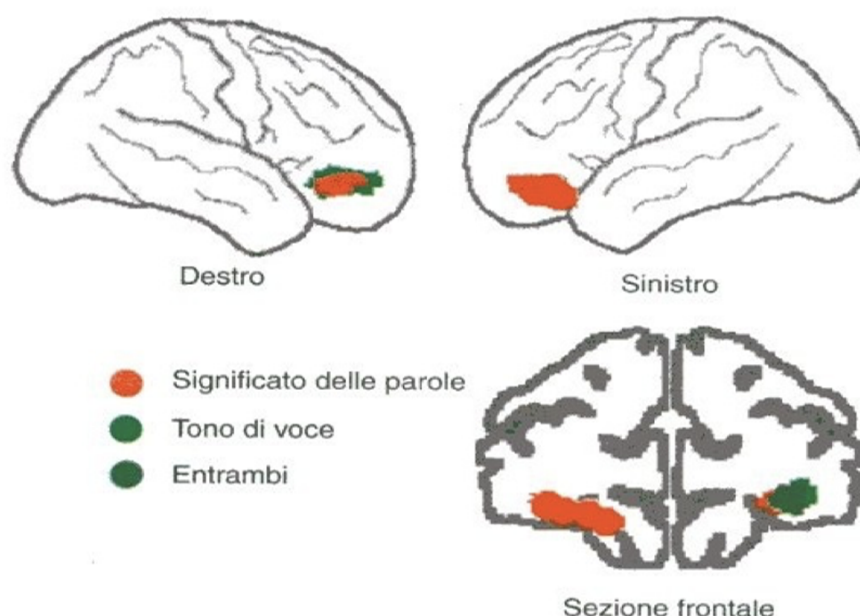


Fig. 1 Neil Carlson, Psicologia Fisiologica, Piccin, 2003

Quindi posto che il linguaggio non verbale, inteso non solo come tono della voce ma anche postura del corpo, contatto visivo, espressioni mimiche, è immediato e diretto all'emisfero destro deputato alla gestione dell'empatia e del coinvolgimento sociale, gli stati affettivi e le emozioni da esso veicolate avranno effetti diversi: se positive fortificano sicurezza, gioia, armonia, stabilità e resilienza, se negative predispongono il bambino in uno stato di allarme più o meno duraturo: infatti più il pericolo è presente, costante e grave più il bambino manterrà alto il livello di processamento delle informazioni non verbali, ciò perché l'evento traumatico porta di per se a contenere entro soglie basse elaborazioni cognitive complesse con la conseguenza che le sue capacità di coping possono rimanere bloccate a modalità comportamentali più primitive e regressive non avendo maturato capacità superiori di elaborazione, integrazione e connessione dei dati; con la crescita del bambino infatti si sviluppano e si evolvono anche le aree e le connessioni cerebrali, verso i 18 mesi il bambino matura in modo più ramificato le connessioni fronto-limbiche ovvero quelle che coinvolgono l'amigdala e la corteccia cingolata anteriore e prefrontale permettendo così il graduale passaggio delle capacità di lettura del contesto dal sistema bottom up, più dipendente dagli

stimoli sensoriali, al sistema top down da cui consegue la programmazione di azioni complesse, la valutazione di strategie di coping, la regolazione delle emozioni nella gestione delle relazioni sociali e delle comunicazioni interpersonali. Segnali fisici come crisi d'ansia, accelerazione del battito cardiaco, «disturbi psicosomatici della sfera alimentare e sfinterica» (F.Montecchi, 2002, I disturbi alimentari nell'infanzia e nell'adolescenza, p.111), segnali emotivi come flashback e incubi notturni, depressione, perdita di autostima, segnali comportamentali come ritiro sociale o iperattività e agiti auto ed etero lesivi sono tutti espressione nel bambino di forti e significativi disagi familiari e sociali che non possono, per alcun motivo, essere trascurati o lasciare gli adulti insensibili e ciechi.

La violenza assistita rientra tra le fonti di trauma infantile insieme alla violenza collettiva, le catastrofi, la guerra, i conflitti civili, gli incidenti, le ferite, e si riferisce all'esperienza di un individuo, spesso un bambino, che assiste a episodi di violenza, come quella domestica, senza esserne direttamente vittima fisica, anche il solo assistere a questi eventi può avere un impatto profondo sul cervello e sullo sviluppo psicologico, con conseguenze anche a lungo termine.

La natura complessa di tali traumi, incluso assistere ripetutamente ad atti di violenza fisica, verbale, non genera solo paura, shock e impotenza, ma interferisce profondamente con lo sviluppo di un sé integro, poiché la maggior parte dell'energia psichica è diretta alla sopravvivenza e alla difesa piuttosto che all'apprendimento e allo sviluppo personale. Quando un bambino assiste a episodi di violenza si attiva il sistema nervoso simpatico, che rilascia ormoni dello stress come l'adrenalina e il cortisolo (Meaney, M. J. 2010. Epigenetics and the biological definition of gene x environment interactions. Child Development).

Un'esposizione ripetuta alla violenza può portare a uno stato di iperattivazione cronica dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), alterando la regolazione delle emozioni e la risposta allo stress. L'esposizione al trauma può influenzare diverse aree del cervello, tra cui:

- ❖ Amigdala: tende a iperattivarsi, rendendo il bambino più sensibile alla paura e alle minacce percepite.
- ❖ Ippocampo: coinvolto nella memoria e nella regolazione dello stress, può ridurre le proprie dimensioni a causa dell'eccesso di cortisolo, compromettendo la capacità di distinguere tra passato e presente.
- ❖ Corteccia prefrontale: responsabile della regolazione delle emozioni e del comportamento, può subire un ritardo nello sviluppo, causando difficoltà di autocontrollo e pianificazione.

La violenza assistita può portare a una disregolazione del sistema nervoso autonomo, favorendo uno stato di iperarousal (iperattivazione) o ipoarousal (dissociazione). Questo influisce negativamente sulla capacità del bambino di reagire in modo appropriato agli stimoli emotivi e le conseguenze neuropsicologiche possono essere:

- ❖ Difficoltà emotive: ansia, depressione, ipervigilanza e attacchi di panico.
- ❖ Problemi comportamentali: impulsività, aggressività o isolamento sociale.
- ❖ Disturbi relazionali: difficoltà a fidarsi degli altri o a costruire legami sicuri, agiti eccessivamente controllanti.
- ❖ Disturbo post-traumatico da stress (PTSD): sintomi intrusivi come flashback o incubi.

Per quanto riguarda gli esiti sullo sviluppo dobbiamo considerare una molteplicità di fattori: innanzitutto molto dipende dall'età in cui i figli vengono coinvolti nella conflittualità genitoriale e/o nell'evento separativo, a seconda dell'età cronologica vi è una diversa capacità di decodificare quello che succede legata appunto allo stadio evolutivo, dalla qualità e dalla frequenza dell'esposizione agli eventi conflittuali, dal tempo di esposizione alla violenza e

alla gravità delle situazioni a cui bambini e adolescenti sono sottoposti. Dobbiamo però anche considerare le capacità di coping e la resilienza dei soggetti in età evolutiva (Siegel, D. J. 2012. Il cervello del bambino. Come si sviluppa e come aiutarlo a crescere felice), nonché i cosiddetti fattori protettivi ambientali, legati alle situazioni di supporto extrafamiliare (famiglie d'origine accoglienti, nonni e zii emotivamente e funzionalmente competenti), Servizi sociali attenti e protettivi, sono tutte condizioni che hanno la capacità di controbilanciare gli aspetti negativi, modulando opportunamente le conseguenze.

Il caso clinico di A. rientra nel progetto “In your hands”, nato nel dicembre 2021 grazie alla Scuola di Psicoterapia Strategica Integrata Scupsis, in collaborazione con l'Associazione Pronto Soccorso per le Famiglie e con il sostegno della Fondazione Pfizer. Il progetto, ideato in risposta all'emergenza psicologica causata dalla pandemia da Covid-19, offriva supporto psicologico gratuito al personale sanitario e ai familiari delle vittime, attraverso un numero telefonico dedicato e operatori formati. “In your hands” ha rappresentato un modello efficace di promozione del benessere psicologico e di accesso facilitato alla terapia, integrando il concetto di salute come equilibrio fisico, mentale e sociale. La paziente A., dopo aver contattato il servizio, ha iniziato un percorso psicologico gratuito di dieci sedute, con possibilità di prosecuzione a tariffa agevolata.

2. Primo contatto telefonico

A. è una ragazza di quasi 23 anni, iscritta al quinto anno di Medicina a La Sapienza di Roma, quando mi contatta telefonicamente, si presenta in modo sintetico ed essenziale chiedendo quanto prima un incontro in presenza, queste le sue parole.” Sono ferma, totalmente bloccata, mi mancano 5 esami alla tesi e non riesco a darli, l'ansia e la paura di non farcela le ho sempre addosso, da circa 6 mesi sperimento anche attacchi di panico”.

Noto subito il tipo di eloquio, estremamente formale, contenuto, misurato, composto, come di chi non deve eccedere mai o, meglio, non può permettersi né di eccedere, né di esondare, il suo linguaggio, forbito, pacato con tono basso mi risuona già, al primo contatto telefonico, con una mancanza di calore emotivo e mi rimanda l'immagine di un ghiacciaio che poi utilizzerò in terapia; questa metafora diverrà molto importante nel corso delle sedute prossime. Dandole il primo appuntamento, scelgo di dare lei la possibilità di vederci in presenza oppure on line, siamo nel pieno decorso della pandemia e le terapie on line, così come molte per altre professioni o la stessa scuola, hanno veramente preso il sopravvento; A. però in modo molto deciso e freddo chiede l'appuntamento in presenza sottolineando:” la presenza è stato il mio primo requisito alla terapia, il secondo che fosse vicino casa, lo avevo già detto al numero verde”, do quindi il primo appuntamento a studio in presenza di lì a pochi giorni, anche questo sarà un elemento importante nel corso delle sedute.

2.1 La fase orientativa: Prima seduta e ristrutturazione del sintomo

A. si presenta in terapia in uno stato di blocco, ansia costante e attacchi di panico, comparsi da circa sei mesi. Alla prima seduta si mostra estremamente composta e controllata, con tratti di formalità e distacco emotivo che emergono anche nella narrazione del sintomo, vissuto in modo quasi impersonale.

La sua ansia è cronica, presente fin dall'infanzia, ma ora aggravata dalla pressione legata alla performance accademica e alla necessità di laurearsi "entro un anno". Il contesto familiare è molto protettivo ma orientato al fare, poco alla verbalizzazione emotiva. A. adotta strategie di controllo del corpo come la misurazione battito o della pressione e cerca rassicurazioni dai genitori, specialmente dal padre.

Durante il colloquio emergono temi centrali come il perfezionismo, il senso del dovere, il bisogno di adeguarsi alle aspettative familiari, in particolare materne, e il timore del giudizio se non si rispettano tempi e risultati. La terapia si orienta su tre obiettivi: riduzione degli attacchi di panico, gestione dell'ansia e dei comportamenti compulsivi, e un miglior contatto con il proprio mondo emotivo.

A fine seduta, A. si mostra più sollevata e consapevole, lasciando spazio a un primo segno di apertura relazionale e fiducia nel percorso terapeutico.

2.2 La fase tattico-focale: La biografia e le prime prescrizioni

È figlia unica, cresciuta tra due mondi opposti: un padre anziano, affettuoso, ex docente universitario, e una madre molto più giovane, severa e ambiziosa, anche lei accademica. A. racconta un'infanzia segnata da tensioni familiari, trasferimenti imposti e un'educazione rigidamente orientata al risultato. A Milano frequenta scuole di élite che descrive come "infernali", ma riesce comunque a diplomarsi e ad accedere con un punteggio alto a Medicina. Il racconto del cugino, malato terminale, le fa velare gli occhi: "Era come un fratello... quello che non ho mai avuto."

Parla con un tono sempre educato, razionale, composto, anche quando accenna a episodi familiari molto dolorosi. Le lacrime si affacciano ma sono trattenute. "A volte mi sembra che non posso permettermi di sentire, solo di funzionare," dice. Quando le chiedo cosa provasse nei momenti difficili, risponde: "Paura. E tristezza. Ma non potevo dirlo a nessuno."

Nel corso della seduta emerge con chiarezza il clima familiare violento, fatto di liti, urla, piatti rotti. "Una volta mia madre ha lanciato una sedia addosso a mio padre," dice mentre stringe i fazzoletti tra le mani. La accolgo, la incoraggio a nominare le emozioni. È la prima volta che prova a farlo.

Chiudiamo la seduta con la prescrizione di un "diario" come strumento per mappare gli attacchi di panico, associando ad essi emozioni, immagini e colori. La invito a continuare ad ascoltare il corpo e sentire. Sta cominciando a permettersi di farlo.

2.3 Dal gelo al primo disgelo: le sedute dopo le prime prescrizioni

A. arriva sempre in orario, composta, impeccabile. Stavolta noto un fazzolettino colorato che spunta dalla giacca: tutto di lei comunica precisione e controllo. Le chiedo di leggermi il diario di bordo degli attacchi di panico, che ha compilato con cura quasi chirurgica. "È stato utile," mi dice. "Mettere ordine tra pensieri, orari e sintomi mi ha fatto capire meglio cosa succede." Mentre scorre le righe, si accorge che le emozioni che tanto la spaventavano – come la paura di impazzire o il senso di soffocamento – ora le appaiono più contenibili, quasi "solo fastidiose".

Le rimando quanto emerso: "Questa volta ci sei stata dentro. Senza scappare, senza perdere il controllo." Lei sorride appena: "Sì, è vero. E non è successo niente di terribile." La porto a

notare come lei si sia accorta ora di essere riuscita a starci nella situazione, senza impazzire, senza fuggire e questo le ha permesso di controllare le sue reazioni. Ha quindi vissuto un'esperienza emozionale correttiva rispetto all'attacco di panico, ciò stimolerà e favorirà una fiducia nei propri mezzi e nelle proprie capacità ma soprattutto nella propria facoltà e libertà di scegliere dove volgere il controllo, cosa che l'ha resa più sicura e contenta di sé stessa. È la prima esperienza emotiva nuova, dove sente di potercela fare.

Parlando dei momenti in cui gli attacchi si presentano, ci accorgiamo che accade spesso quando i genitori litigano e lei è sotto pressione per un esame o una scadenza. "Papà mi aiuta subito," racconta. "Mi solleva le gambe, mi misura la pressione, mi dice: 'Dai, che poi passa.' Mamma invece mi sprona, mi scuote: 'Rimettiti in piedi, non è niente.'" Le faccio notare che in fondo nessuno dei due la ascolta davvero, non ponendo attenzione alla sua parte emotiva e affettiva; A. abbassa lo sguardo e torna a raccontare del passato: "Mi mettevano in mezzo. Mi chiedevano sempre chi avesse ragione. Io non volevo rispondere, ma mamma insisteva, urlava, rompeva oggetti. Alla fine dovevo dire qualcosa... e poi mi sentivo in colpa." Mi parla della paura per il padre, più anziano e cardiopatico, delle notti passate sveglia a rimuginare, del dover rispondere a tutti i costi, del dover ferire uno o l'altro, del sentirsi incastrata qualsiasi fosse stata la sua risposta. Le rimando che dal diario emerge come in realtà l'attacco di panico non sopraggiunga mai senza un reale motivo, come inizialmente A. pensava, ma che invece è sempre collegato ad un evento non gestito nella maniera più funzionale, questo aspetto è molto importante poiché l'evento esce dalla casualità e quindi dalla imprevedibilità e gli viene attribuito un senso ed un significato, ciò risulta determinante nella struttura di personalità di A.

Nel proseguo delle sedute A. ricorda anche episodi di infanzia in cui, mentre era a scuola o al conservatorio, pensava continuamente a cosa stessero facendo i genitori a casa. "E poi li trovavo lì, a parlare come se nulla fosse successo. Non lo capivo. Ancora oggi non lo capisco."

"E adesso, quando succede, riesci ad allontanarti?" le chiedo. "No," risponde. "Ho paura. E se succede qualcosa mentre non ci sono?"

Partendo da qui le chiedo come lei si pone davanti al presentarsi di una problematica, sia essa lavorativa sia nell'ambito delle sue relazioni interpersonali e/o familiari, e dopo averci riflettuto ammette che il più delle volte, per paura di essere attaccata e rifiutata, e di non essere accolta, accetta le decisioni altrui anche se non pienamente in accordo, adeguandosi sempre alle aspettative di chi ha di fronte, come nell'ultimo week end in cui è andata in un museo Vintage del quale non le importava nulla ma solo per far contento un amico della comitiva. Parliamo di quanto spesso si adatti agli altri, anche quando non le va, la paura del rifiuto e del conflitto la porta a negare i suoi desideri. "E poi mi arrabbio con me stessa," dice. "A volte anche tanto... Da ragazza mi è capitato di tagliarmi. Brevi episodi, ma succedevano." Le rimando come la paura di essere attaccata la congeli e la paura di non essere accettata e accolta, la porti a comportarsi come una persona che accoglie qualsiasi proposta, provocandole però molta frustrazione e rabbia verso sé stessa che lei non riesce più a gestire se non con l'esplosione di forti stati ansiosi che si dispiegano in concomitanza degli esami, degli impegni, delle scadenze. Questa modalità, che durante la ristrutturazione viene fatta emergere, fa evidenziare come è la complice per il mantenimento del circolo vizioso che la porta sempre a sperimentare e vivere situazioni di frustrazione.

Le faccio notare come il fatto di essere accondiscendente la porti a privarsi delle cose, la porti a sottrarsi ciò che desidera veramente, che può essere il Museo dei fumetti al posto del

Vintage o il pesce al posto della carne o altro ben più rilevante e profondo per lei ma, se vuole proprio esercitare il controllo, per il principio di libertà, la stessa forza può utilizzarla nel concedersi le cose, le cose che le fanno bene e quelle che la fanno stare bene.

Verso fine seduta, le propongo un piccolo cambio di prospettiva: “Se vuoi davvero avere il controllo, puoi usarlo anche per concederti ciò che desideri. Non per negartelo, puoi aggiungere cose e non solo sottrarle!”. Rimane in silenzio qualche secondo. Poi, quasi sorpresa: “Mi sento più leggera. A questa cosa non avevo mai pensato.”

Concludiamo con un breve esercizio di neuromodulazione (BWM), che A. accoglie con entusiasmo: “Lo posso rifare da sola? Ma... scientificamente, come funziona?” Sorrido: “Te lo spiego la prossima volta.”

Le prescrizioni successive sono:

- 20 minuti al giorno per pensare alle sue paure più grandi e poi osservare come si sente nel resto della giornata.
- L'esercizio del cuscino, per aiutarla a contattare e liberare le emozioni nel corpo.
- Infine, la prescrizione “Desidera”, per cominciare ad allenare una nuova domanda: “Cosa voglio io?”

2.4 Gestione funzionale del controllo: le prescrizioni ad hoc

Dopo le prime prescrizioni, A. torna in seduta un po' confusa. La “Peggior Fantasia” l'ha lasciata perplessa, non l'ha fatta subito. “Non ci riuscivo,” mi dice. Le faccio notare quanto questo sia coerente con la sua tendenza al controllo e alla razionalizzazione. Poi la provo: “Se sei qui per fare le stesse cose di sempre, allora tanto valeva non iniziare, no?” Mi guarda, abbassa la mascherina e sussurra: “No... voglio fare cose diverse.”

Nel tempo, la prescrizione diventa per lei un piccolo spazio di libertà. Mi racconta di aver immaginato persino di sputare contro un muro. E nel farlo, in quelle fantasie “scortesì”, si sente finalmente libera. “Mi sento sollevata,” dice. A quel punto propongo un esercizio corporeo: un grounding immaginativo, iniziamo a respirare assieme in maniera consapevole e diaframmatica, le chiedo di concentrarsi su ogni parte del suo corpo sentendo le parti più o meno calde e grandi, mi dice di sentire il petto andare a fuoco, in particolare la gola dove percepisce una pietra che impedisce il respiro, le chiedo di darle anche un colore, un sapore, una forma, una consistenza, di prenderla in mano e di manipolarla, girarla e anche capovolgerla e modificarla, le chiedo di cambiare la forma originaria e quindi di scegliere il colore che si avvicina di più alle nuove sensazioni corporee che stanno cambiando, osservo come il suo volto stia mollando alcune tensioni tanto che la mascherina le cade del tutto per terra e il respiro si fa via via più intenso e profondo. In finale dell'esercizio le chiedo di riposizionare nel punto originario, tra gola e petto, la nuova immagine e di dire una parola che possa rappresentare la sua sensazione, la parola scelta è “Libera”.

Nella seduta successiva A. entra col sorriso. “Devo raccontarti una cosa bellissima.” Gli attacchi di panico sono diminuiti, e soprattutto, dopo sei mesi, ha dato l'esame di Infettivologia. “Non è andata benissimo... ho preso 26.” Rido: “Se il tuo ‘non benissimo’ è 26, dobbiamo riscrivere la scala dei voti.” Ma riconosce anche che ha ripetuto il materiale mille volte, costringendo il padre a starle vicino fino a tarda notte. “Ma perché continuo a farlo?”. Indago su questa compulsione e mi dice che è iniziata nel periodo iniziale del Covid, l'ha fatto una prima volta e poi ha continuato perché sembrava funzionasse per darle

sicurezza, sempre con la complicità del padre e un paio di volte della sua migliore amica, ma poi l'amica si è stancata facendole proprio notare quanto fosse pazzesco tale comportamento. Le restituisco che la compulsione a ripetere è un modo per scaricare le tensioni che accumula, essa la salvaguarda dall'angoscia emotiva, è uno strumento che le permette di salvaguardarsi e difendersi emotivamente, una strategia per tenere a bada l'angoscia, che però ormai la intrappola.

Dopo una supervisione, comprendo quanto la paziente, chiedendosi perché, si aspetti un'azione ricostruttiva del processo e quanto questo sia sbagliato e quindi collusivo con A., il suo schema reattivo è sempre il controllo, decido quindi di rinforzare positivamente le cose che non controlla in modo da spezzare questa dinamica: le prescrivo di dimenticare i primi 10 minuti della seduta. Lei mi guarda interdetta e io non fornisco alcuna spiegazione. Ripetiamo l'esercizio per tre volte, aumentando ogni volta il tempo "da dimenticare". Dopo un paio di sedute comprende che, anche se non controlla, le cose restano in lei. "Non devo tenere tutto sotto controllo per sapere che è mio," dice. Da lì in poi, la compulsione a ripetere il materiale d'esame si riduce, fino a svanire.

2.5 Il grande disgelo: La Prescrizione "Desidera"

Quando le chiedo se ha avuto modo di seguire le prescrizioni, A. mi confessa che quella di "desiderare" è stata la più difficile da affrontare. Ogni giorno la rimandava, ma, mossa dal senso del dovere, alla fine si è imposta di farlo. Le chiedo che tipo di desideri si è concessa, e lei mi racconta che per lo più sono stati desideri utopici, difficilmente realizzabili: un viaggio in Amazzonia per un anno, la guarigione del padre dalle sue malattie cardiache. Le faccio notare quanto coraggio ci sia nel permettersi di esprimere desideri così ambiziosi, e le chiedo se mai ne abbia espresso uno che si sia poi realizzato. A. sorride e mi racconta di aver desiderato di andare in un ristorante argentino con la sua migliore amica, e ci è andata.

Nonostante il risultato positivo, l'esercizio è stato complesso per lei, all'inizio i pensieri sembravano bloccati, come se fosse incapace di immaginare qualsiasi cosa. Le chiedo come abbia fatto nella vita a orientarsi verso i suoi veri desideri, e A. inizia a raccontare della sua infanzia, delle sofferenze e delle imposizioni familiari. Racconta di quando la madre la tolse dalla prima scuola elementare perché l'ambiente non le sembrava adatto, costringendola a lasciare le sue amicizie. Ricorda anche il trasferimento a Milano, che non voleva, e il periodo in cui fu iscritta al collegio delle educande, dove piangeva tutti i giorni per non volerci andare. Racconta della sua passione per la musica, e di come, nonostante volesse suonare il pianoforte, la famiglia l'avesse iscritta al conservatorio per studiare violino. Solo a Milano, quando la situazione diventò insostenibile, suo padre, vedendo quanto fosse triste, le propose di cambiare strumento e iniziare a suonare il pianoforte.

Mi chiedo come sia riuscita a ottenere ciò che desiderava, e A. riconosce che suo padre, vedendo la sua sofferenza, l'ha sostenuta in questo cambiamento, proponendole di intraprendere il percorso musicale che lei davvero sognava. Questo ricordo di un gesto di affetto e comprensione segna una tappa importante nella sua storia, ma non è l'unica consapevolezza che emerge. In questa seduta, A. inizia a raccontare anche di altri disturbi che aveva nascosto per anni: il disturbo alimentare, che si è manifestato sia in forme di condotte di eliminazione che bulimiche, e il "cutting" lieve, praticato durante il quarto anno di liceo. Mi dice di non aver mai parlato con nessuno di questi comportamenti, neanche con la

famiglia, per vergogna. Quando ne parla, il suo tono di voce si abbassa, la testa si inclina, e il suo volto esprime un misto di consapevolezza e imbarazzo.

Le faccio notare che questi comportamenti sono risposte disfunzionali a una realtà che lei percepisce come alienante. Le chiedo: “Credi che i tuoi desideri siano un lusso che non ti puoi concedere?” A. fa immediatamente un parallelo tra il suo mutismo e la passività che ha sempre adottato, e la sua incapacità di reagire o esprimere un’opinione. “Così facendo,” aggiunge, “ho sempre costruito la situazione in cui poi dovevo accettare passivamente ciò che mi capitava.” Questa riflessione è un punto di svolta nella terapia, perché A. inizia a riconoscere il ruolo che ha giocato il suo atteggiamento di “accettazione” passiva nella costruzione della sua sofferenza.

Questa consapevolezza le permette di aprirsi a un ascolto più profondo dei suoi desideri e bisogni. Il mutismo emotivo inizia a essere sostituito da una nuova consapevolezza, un’introspezione che la porta a sentirsi più sicura di sé e in grado di esprimere la sua opinione senza paura. Grazie a questa evoluzione, gli attacchi di panico, che l’avevano accompagnata per molto tempo, iniziano a scomparire. Questo segna la fine di un ciclo di sofferenza, sostituito da una ritrovata fiducia in sé stessa e nelle sue capacità di affrontare la vita con una nuova prospettiva.

2.6 Le sedute dopo, le prescrizioni e i primi passi tra desideri e bisogni

Nelle sedute successive, A. sembra aver attraversato una vera e propria trasformazione, non solo interiore, ma anche esteriore. Arriva in terapia in modo completamente diverso, con jeans e scarpe da ginnastica, i capelli che non sono più ordinati e pettinati con cura, ma naturali, un po’ increspati dall’umidità di luglio. È una piccola, ma significativa, rivoluzione. La sua energia è palpabile, e il suo sorriso si fa largo mentre mi racconta, con una soddisfazione genuina, di come abbia iniziato il tirocinio in Infettivologia allo Spallanzani, dove ogni giorno la controllano, e di come abbia dato anche il secondo esame. Non mi svela il voto, ma è evidente quanto sia orgogliosa di sé. Un orgoglio che non si limita ai risultati, ma che si riflette nella sua postura, nel modo in cui sta finalmente cominciando a sentirsi bene con sé stessa.

Mi parla anche dell’esercizio del cuscino, una sorta di liberazione per lei. All’inizio, quando le avevo proposto di sbattere il cuscino contro il letto come simbolo di scarico delle sue emozioni, non era convinta, ma ora, mi racconta, è stato sorprendentemente utile. Mentre lo sbatteva, pensava a tutte le esperienze difficili che aveva vissuto, a ciò che le era accaduto, a volte anche riguardo ai suoi genitori, ma senza sentire quel peso di colpa che per tanto tempo l’aveva tormentata. Ogni colpo di cuscino era come un liberarsi di qualcosa, e alla fine, quando ha dato l’ultimo colpo con tutta la sua forza, ha sentito una sensazione di sollievo fisico, ma anche emotivo. L’intensità dell’esercizio l’aveva portata ad un punto tale che, alla fine, era sudata e stanca, con un piccolo livido al dito per aver sbattuto troppo forte contro un mobile. Ma io non posso fare a meno di sorridere con lei, pensando a quanto questa esperienza le abbia permesso di mettere a fuoco energie che nemmeno immaginava di possedere.

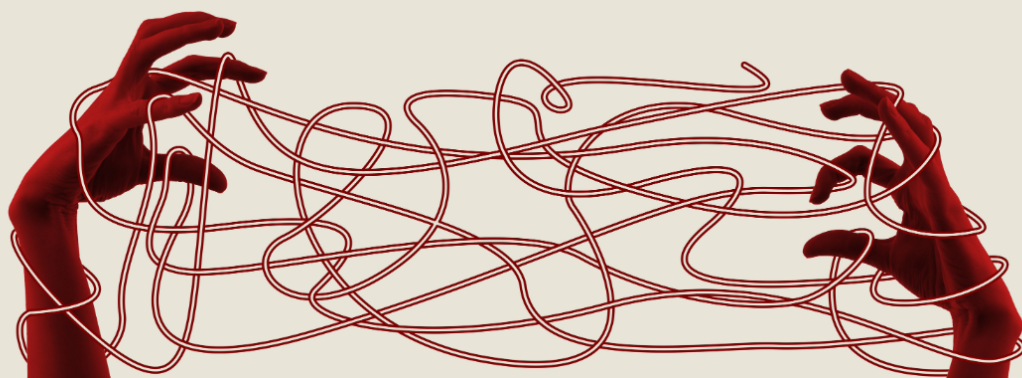
Proseguendo, A. mi racconta una scena che mi colpisce profondamente. Poco prima, aveva avuto una discussione con la madre. Una discussione che, per lei, era un piccolo grande trionfo. Era riuscita finalmente a dire, con fermezza e coraggio, che sarebbe andata in vacanza con le sue amiche Sonia e Anna. Per la madre, però, Sonia e Anna erano sempre state un

ostacolo, due ragazze che aveva sempre cercato di allontanare dalla sua vita. Ma A. non voleva più nascondere questa parte di sé. Era pronta a difendere una delle cose più importanti che aveva, l'amicizia che l'aveva accolta nel momento in cui era arrivata a Roma, da "forestiera", senza nessuno. Con Sonia e Anna aveva trovato un rifugio, un senso di appartenenza che non aveva mai avuto prima. Raccontandomi questa storia, il suo viso si illumina di un coraggio nuovo, come se finalmente avesse trovato il diritto di esistere e di dire "no" a chi l'aveva sempre dominata. La sua paura di deludere la madre era ancora lì, ma non la frenava più. La sua capacità di affermarsi stava cambiando, e io la rinforzo, riconoscendo il passo importante che stava facendo.

Le propongo un nuovo esercizio, la prescrizione "Buona la prima", pensato per aiutarla a liberarsi dalla trappola della ruminazione mentale che l'aveva tanto limitata. Mi racconta, con un sorriso divertito, che all'inizio era tentata di correggersi, ma ha resistito. Ogni scelta che faceva, anche se non perfetta, era comunque una scelta autentica. La bellezza di questo esercizio sta proprio nell'imparare a fare qualcosa senza paura di sbagliare, semplicemente perché è la cosa più giusta per noi in quel momento. A. sembra apprezzare molto questa nuova prospettiva, e io la vedo più leggera, meno intrappolata in quei pensieri incessanti che l'avevano tanto frenata.

Quando si presenta alla seduta successiva, porta con sé un'emozione che non ha paura di condividere: una tristezza profonda che definisce come "depressione". Non la nasconde, la mostra senza timore, e questo segna un altro passo importante. Condivido queste emozioni in supervisione, sentendo la paura di non essere all'altezza della situazione, ma subito mi viene ricordato quanto sia fondamentale accogliere anche la tristezza. Questo non è altro che un altro segno di contatto autentico con sé stessa, e le dico che avvertire questa tristezza è un grande passo verso il benessere psicologico. È l'emozione che ci riporta al nostro nucleo, a ciò che davvero siamo, lontano dalle ansie e dalle difese. Le spiego che, quando ci troviamo di fronte a una sfida o ad una scelta, possiamo scegliere di fare ciò che dobbiamo o ciò che sentiamo. Entrambe le scelte potrebbero non essere perfette, ma quello che importa è che siano autentiche, quando facciamo ciò che sentiamo lo facciamo indipendentemente dal risultato, è l'unica cosa che faremmo in quel momento e questo ci mette al riparo dai rimpianti perché non avremmo fatto alcun'altra scelta lì e allora e non la faremmo qui ed ora.

Nel corso delle sedute successive, introduco due nuove prescrizioni, pensate per darle maggiore libertà: "Lasciarsi andare" e "Le marachelle". Il primo è pensato per aiutarla a sperimentare la perdita di controllo in un ambiente sicuro, mentre il secondo è un invito a riconnettersi con la leggerezza della vita, a riscoprire il piacere del gioco e del benessere psicologico. A. inizia a rispondere positivamente, e non posso fare a meno di vedere quanto stia cambiando. È una donna più libera, più in sintonia con i suoi bisogni, più capace di gestire le sue emozioni, senza paura di esprimersi.



2.7 Fase integrata: Ripresa degli esami, aumento del benessere e doppia scelta inaspettata

Risolti gli attacchi di panico e ridotti anche le compulsioni a ripetere n volte il materiale di studio, ci prendiamo con A. una seduta, in cui facciamo il punto della situazione attuale, i progressi e i processi di cambiamento che sono avvenuti nei due mesi di terapia svolti; esploro e le chiedo apertamente quali sono stati i passaggi della terapia più significativi per lei o gli esercizi che ha percepito come più attivanti il cambiamento, senza neanche pensarci A. mi restituisce quanto la prescrizione Desidera, Lasciarsi andare, il Cuscino e marachelle siano state “toste ma salvifiche”, mi parla della parola “rimpianto” che io usai in una seduta e di quanto questo termine le sia risuonato dentro anche per i giorni successivi, da lì in poi ha preso veramente coscienza del suo mondo inespresso e velato. Continua esprimendo quanto il percorso non sempre sia stato semplice anzi, in alcuni momenti ha avvertito una grande lotta interiore e si è chiesta, soprattutto all’inizio, se fosse stata una buona idea iniziarlo, ma poi con il tempo ha percepito il valore delle sue conquiste, questo concetto me lo rimanda con una similitudine che voglio riportare integralmente “sento qualcosa di profondamente irreversibile, una farfalla non può tornare bruco e una luce accesa in una stanza buia mi farà sempre pensare che la luce c’è stata, anche se ritorna il buio, io sento di non poter più fare a meno di quello che ho imparato, lo sento come essenziale”, le rimando che sono molto toccata dalle sue parole, affrontando questo percorso ha dimostrato di avere anche molto coraggio perché, al di là di ciò che ordinariamente si pensa, il cambiamento non è affatto facile poiché abbiamo tutti un bisogno di sicurezza che spesso ci porta al non volerlo affrontare per non uscire dalla nostra area di confort, quando però cambiamo, superiamo una nostra soglia evolutiva, acquisiamo nuove prospettive, strumenti e consapevolezze che ci trasformano profondamente.

Nel resto delle sedute vengono sperimentate nuove modalità di relazione e interazione di A. e le nuove soluzioni costruite in terapia, ci accordiamo di vederci due volte nel mese per consolidare i risultati raggiunti fino ad arrivare alla chiusura del percorso prima delle vacanze estive, dopo sarà sua cura eventualmente ricontattarmi per continuare.

Nella seduta ultima di follow up mi riferisce due pensieri che le “frullano per la testa”: innanzitutto riprendere a suonare perché, esercitando quel principio di libertà di cui tanto abbiamo parlato, è una cosa che le piace davvero fare, la fa vibrare dal profondo e la fa sentire viva, oltre che è un “antistress fortissimo e totalmente gratuito”, chiude sorridendo.

Il secondo pensiero, che poi diventerà la sua scelta definitiva, riguarda la specializzazione, ha sempre pensato di dover prendere Cardiologia, in parte probabilmente per via della malattia del padre, oggi questo non lo sente più e si è aperta un’altra finestra nella sua mente, più rispondente a ciò che le piacerebbe fare e ai suoi interessi, più vicina a lei, la Psichiatria.

Le restituisco valore per queste scelte, per aver raggiunto nuove consapevolezze e la responsabilità del proprio benessere, riconoscendo i suoi stati emotivi, sintonizzandosi anche sulle sensazioni corporee per identificare i bisogni repressi e ignorati, è diventata protagonista del proprio percorso di cura, ci congediamo con un abbraccio dopo averla invitata ad essere sempre l’autografo della propria vita.

CONCLUSIONI

Quando iniziai a progettare questo lavoro, non fu facile per me scegliere il paziente di cui avrei voluto parlare. Non appena abilitata all'Ordine e iniziata la scuola di Psicoterapia ebbi modo, infatti, di iniziare subito a lavorare sia nel supporto e sostegno psicologico che a muovere i primi passi in ambito terapeutico. Tanti visi, tante storie, tanti percorsi mi venivano in mente, eppure, lei A., era entrata nella mia anima in un diverso modo, faceva vibrare in me le stesse corde che lei cercava di muovere e io, da ragazza, avevo in parte già mosso, in una parola mi risuonava, moltissimo. La storia clinica di A. ed il suo percorso trasformativo non connota solo il mio iter formativo e professionale, ma rappresenta soprattutto la validità e l'efficacia di un modello, quello Strategico Integrato, che incarna oggi la giusta via per la cura della salute mentale in cui ho sempre creduto e oggi, al termine del mio percorso, credo più che mai. Vederla scongelarsi e acquisire lentamente colori e sfumature diverse di seduta in seduta mi ha stimolato, facendomi percepire un profondo senso di autoefficacia, mi ha impaurito poiché non sempre io, per prima, ero pronta a gestire il livello di consapevolezza successivo se non con la tempestiva ed incisiva supervisione, mi ha arricchito poiché mi è chiaro, ormai, quanto successi e paure siano entrambe facce della stessa luna, non possiamo scegliere di vederne solo una, poiché vedremmo solo la metà del cielo: i successi attestano il nostro percorso e ci ricordano da dove siamo partiti, le paure ci rendono umani, coscienti, saggi e, quando ci permettiamo di riconoscerle e accettarle, rappresentano un'enorme fonte di ispirazione nonché potenti motori di evoluzione personale e relazionale. Questa è l'integrazione dei due opposti.

Questo è stato il viaggio di A., appena avviato perché non finiamo mai di crescere e di evolverci emotivamente, socialmente e psicologicamente, ma è stato anche il mio viaggio, dove il personale ed il professionale si sono intrecciati e si sono fusi portando a far emergere cambiamenti belli, intensi e significativi. Ho imparato come tutto può cambiare se ci concediamo la libertà e il potere di affacciarci da una finestra diversa, se cambiamo prospettiva e raggio di visione.

Il valore della psicoterapia risiede nella sua capacità di liberare la persona dalle rigidità imposte da schemi mentali, esperienze passate e automatismi, offrendo uno spazio propizio e fertile per il cambiamento, la crescita e la consapevolezza.

Il valore del modello Strategico Integrato, che oggi rappresenta la mia identità professionale, si riflette nella costruzione di un intervento *taylor made* sulle specifiche caratteristiche del paziente, nella possibilità di integrare i punti di forza di diversi modelli teorici di riferimento, superando i limiti di ciascuno e offrendo così una maggiore flessibilità nell'affrontare problematiche complesse, nell'intervenire contemporaneamente su più livelli, cognitivo, emotivo, comportamentale e relazionale, rendendo così il cambiamento più stabile ed efficace e riducendo notevolmente i tempi e la durata della terapia. Tutto ciò porta il paziente a percepirsi costruttore del suo disturbo ma, in maniera altrettanto forte e dirompente, generatore attivo della sua guarigione, assumendosene la responsabilità, l'impegno e la titolarità, poiché, al di là del passato e di ciò che ci è accaduto, possiamo sempre noi scegliere cosa prendere di buono da lì e costruire un nuovo sentiero da percorrere.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association, (2014), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Quinta edizione (DSM-5)*, versione italiana Raffaello Cortina Editore
- Alexander F., French T.M. (1946), *Psycoanalytic Therapy: Principles and Application*, Ronald Press, New York
- Bandler R., Grinder J., (1975), *I modelli della tecnica ipnotica di Milton H.Erickson*, Astrolabio, Roma.
- Belardinelli M.O. (1986), *La costruzione della realtà*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Cannistrà, F., Piccirilli, F., (2021), *Terapia breve centrata sulla soluzione. Principi e pratiche*, EPC Editore.
- Bowlby J. (1980), *Attachment and Loss. VOLUME III Loss sadness and depression*, Basic Book, New York.
- Celia, G. (2016), *La psicoterapia strategico-integrata: l'evoluzione dell'intervento clinico breve*, FrancoAngeli.
- Celia, G. (2020), *Prontuario di strategie terapeutiche, esercizi e prescrizioni per sciogliere nodi psicologici in breve tempo*, FrancoAngeli.
- Cozzolino M. (2007), *La comunicazione invisibile*, Edizioni Carlo Amore, Roma. Cozzolino M. (2008), *Le strategie comunicative. Soluzioni per problemi relazionali e professionali*, Edizioni Carlo Amore, Roma.
- Cozzolino M. (2016), *The Journal of Psychosocial and cultural Genomics*, Vol 2 Feb 2016
- Erickson M.H., Rossi H.L., Rossi S.I.(1979), *Tecniche di suggestione ipnotica. Induzione dell'ipnosi clinica e forme di suggestione indiretta*, Astrolabio, Roma.
- Erickson M. (1982), *La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici*, Astrolabio, Roma.
- Gabbard, G.O. (2005), *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina
- Gullotta G. (1997), *La psicoterapeuta stratega*, FrancoAngeli, Milano.
- Gullotta G. (2005), *Lo psicoterapeuta stratega. Metodi ed esempi per risolvere i problemi del paziente*, FrancoAngeli, Milano.
- Haley J. (2010), *La terapia del problem solving*, FrancoAngeli, Milano.
- Haley J. (1978), *Terapia non comuni. Tecniche ipnotiche e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma.
- James R. (2019), *I segreti del linguaggio del corpo. Impara a conoscere te e gli altri attraverso la comunicazione non verbale*, Area 51, Bologna.
- Nardone G., Watzlawick P. (1990), *L'arte del cambiamento: manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- Nardone G. (1993), *Paura, Panico, Fobie: la terapia in tempi brevi*, Ponte alle grazie, Firenze.
- Nardone G. (1998), *Psicosoluzioni. Come risolvere rapidamente i più complicati problemi della vita*, BUR Rizzoli, Milano.
- Nardone G., Balbi E. (2008), *Solcare il mare all'insaputa del cielo. Lezioni sul cambiamento terapeutico e logiche non ordinarie*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- Nardone G. (2016), *La terapia degli attacchi di panico*, Ponte alle grazie, Firenze.

Nardone G., Balbi E., Vallarino A., Bartoletti M. (2017), *Psicoterapia breve a lungo termine: Trattare con successo anche le psicopatologie maggiori*, Ponte alle Grazie, Firenze.

NUZZACI A., *Infanzie invisibili, infanzie negate educare al presente per un futuro di pace*, Milano, FrancoAngeli, 2007

PANKSEPP J., BIVEN L., *Archeologia della mente origini evolutive delle emozioni umane*, Milano, Raffaello Cortina Ed, 2014

POLANSKY N et al., *Damaged Parents*, an anatomy of child neglect, Chicago, Univ. of Chicago Press, 1987

Petrucelli, F., Verrastro, V., (2012), *La relazione d'aiuto nella psicoterapia strategica*, FrancoAngeli.

Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990), *Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation*, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 154–165.

Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R. (1974). *Change: la formazione e la soluzione dei problemi*, Astrolabio-Ubaldini.

Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1971), *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma.

Watzlawick P. (1977), *Il linguaggio del cambiamento. Elementi di comunicazione terapeutica*, Feltrinelli, Milano.

Wells A. (1997), *Cognitive Therapy of Anxiety Disorder: A practice manual and conceptual guide*, Wiley, Chichester.



dott.ssa Annalaura Prosperini
Psicologa e Psicoterapeuta
Ausiliaria del Giudice nell'ascolto
del minore presso il Tribunale Civile
di Roma



dott.ssa Giovanna Celia
Psicologa, Psicoterapeuta, Phd



dott.ssa Flaminia Cappellano
Psicologa - Psicoterapeuta Strategico Integrata

La SCUPSIS

Scuola di
Psicoterapia Strategica Integrata Seraphicum
è nata nel 2003

ed è stata riconosciuta dal MIUR
Direzione Generale per l'Università,
ai sensi del DM n. 509 del 1998,
con decreto direttoriale del 31/07/2003.

La Scuola segue il modello di Psicoterapia Strategica Integrata
e propone un corso quadriennale di specializzazione
post-laurea in Psicoterapia per psicologi e medici.



00144 Roma - V.le Egeo, 100/106

Tel. 06 51 90 102

info@scupsis.org



SCUP SIS

SCUOLA DI PSICOTERAPIA STRATEGICA INTEGRATA



Corso di specializzazione post-laurea in psicoterapia

OBIETTIVI

La scuola ha come obiettivo la formazione teorico-pratica sul metodo di “**Psicoterapia strategica**” nella sua forma più moderna: quella integrata. Questo innovativo metodo di applicazione parte da un presupposto di integrazione e flessibilità. Integra fra loro gli indirizzi metodologici poststrutturalisti di terapia breve con altri approcci di terapia:

- l'approccio di terapia breve focalizzato sulle soluzioni
- l'approccio psicodinamico
- l'approccio narrativo
- l'approccio sistemico-relazionale
- l'approccio costruzionista
- l'approccio cognitivo-comportamentale
- le neuroscienze

Questa impostazione dà l'opportunità allo psicoterapeuta di scegliere la strategia di lavoro migliore per raggiungere, nella maniera più efficace, la risoluzione dei problemi che i clienti portano ed evita, inoltre, le classiche rigidità di setting (Watzlawick, et al., 1997).

Questo modello consente di lavorare con: l'individuo, la coppia, la famiglia, i gruppi e in diversi contesti applicativi (organizzativo, giuridico, educativo, riabilitativo, ecc..).

PROGRAMMA FORMATIVO

Il programma di formazione ha durata quadriennale, per un monte ore complessivo di 2000 ore. Il monte ore è ripartito per ogni anno accademico in 500 ore, di cui:

- **231 ore di teoria;**
- **150 ore di tirocinio in strutture pubbliche e private.**
- **119 ore di formazione teorico-pratiche così suddivise:**
 - 19 ore di gruppo esperienziale**
 - 65 ore di ricerca;**
 - 35 ore di psicoterapia o di supervisione**

ISCRIZIONE

I candidati devono inoltrare domanda di ammissione al Direttore della scuola entro il **15 Dicembre** con allegato:

- certificato di laurea
- il curriculum didattico e professionale
- tre foto formato tessera
- ricevuta di versamento della quota per iscrizione di € 500,00.

Le iscrizioni si chiuderanno al raggiungimento del numero massimo di iscritti e comunque non oltre il termine ultimo, fissato al 15 dicembre.

La quota di iscrizione sarà restituita in caso di non ammissione alla scuola.





**ANNO
ACCADEMICO
2024/2025**

DOCENTI ORDINARI

GARANTE SCUP SIS

Prof.ssa Anna Maria Giannini Professore Ordinario di Psicologia generale, Direttore del Laboratorio di Psicologia Sperimentale Applicata, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Applicata ai contesti della salute, del lavoro e giuridico-forense presso l'Università La Sapienza di Roma, Psicologa, Psicoterapeuta, ha conseguito il titolo di Dottore di Ricerca in Psicologia.

Prof. Giovanna Celia (PhD, Psicologa, Psicoterapeuta, Direttore Didattico della SCUP SIS, Ricercatrice in Psicologia Dinamica e Docente di Psicologia Dinamica e Psicosociale dei Gruppi presso l'Università di Pegaso, Responsabile del servizio di Counseling Psicologico dell'Ateneo di Foggia, Direttore della rivista scientifica, Psicologia e Psicoterapia oggi, Presidente della Società Italiana di Psicoterapia Integrata e Strategica SIPIS)

Prof. Mauro Cozzolino (Professore associato in Psicologia Clinica e Direttore dell'Osservatorio sul benessere psicologico presso l'Università di Salerno, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia di comunità per i contesti formativi, per il benessere e per lo sport presso l'Università di Salerno, Presidente del Comitato Scientifico della SCUP SIS, Vicepresidente della Società Italiana di Psicoterapia Integrata e Strategica SIPIS)

Dr. Paola Matteucci (Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa Clinica, Terapeuta EMDR, Direttore Scientifico e Docente del Master in Sessuologia Clinica, presso il Centro Italiano Formazione, Ricerca e Clinica in medicina e psicologia di Napoli)

Dr.ssa Sara Velardi Psicologa forense, Psicoterapeuta, Giudice ordinario al Tribunale per i minorenni di Messina)

Dr. Naman Borghese Psicologo - Psicoterapeuta ad orientamento strategico integrato, socio SIPIS, PhD student presso UNISA

Dr.ssa Rossana Iannazzo Psicologa e Psicoterapeuta ad orientamento strategico integrato, socia SIPIS

Dr.ssa Annarita Sidari Psicologa e Psicoterapeuta ad orientamento strategico integrato, perita psicologa presso il Tribunale Ecclesiastico Calabro

Dr.ssa Annamaria Casa (Psicologa, Psicoterapeuta)

Dr.ssa Maria Grazia Scribano (Psicologa, Psicoterapeuta-Giudice onorario al Tribunale dei Minorenni di Roma)

Dr.ssa Simona Abate (Psicologa-Psicoterapeuta, Ospedale Sant. Andrea, Università La Sapienza di Roma)

Dr. Paolino Cantalupo (Psichiatra, Psicoterapeuta)

Dr.ssa Flaminia Cappella (Psicologa, Psicoterapeuta, Vicepresidente dell'Associazione di promozione sociale Pronto Soccorso per le Famiglie APS)

Dr.ssa Cristina Maz (Psicologa, Psicoterapeuta)

Dr. Massimo Cotroneo (PhD, Psicologo, Psicoterapeuta)

DOCENTI STRAORDINARI

Prof. Giorgio Nardone

(Psicoterapeuta – Centro di Terapia Strategica di Arezzo)

Dr.ssa Roxanne Erickson

(Phd, Co-Fondatrice e vice presidente della Milton Erickson Foundation)

Prof. Roger Solomon

(Ph. D, membro anziano dell'EMDR Institute, consulente del Senato USA, della NASA e di varie forze dell'ordine statunitensi, collabora con la Direzione Centrale di Sanità della Polizia di Stato italiana)

Prof. Pompili Maurizio

(Phd, Direttore del Centro di prevenzione del suicidio dell'Ospedale Sant. Andrea, Università La Sapienza di Roma)

Dr. Bart Walsh

(Phd, Direttore dell'Istituto Milton Erickson di Portland, USA)



L'APPLICAZIONE DEL MODELLO STRATEGICO INTEGRATO AL TRATTAMENTO DELLE PSICOSI

di Antonietta Cortese

“Non sto parlando di come ho risolto i problemi bensì di come me li sono posti”

Umberto Eco

Abstract

Il mio duplice impegno – in ambito lavorativo, come psicologa in una comunità di riabilitazione psichiatrica e, in ambito formativo, come allieva della scuola di psicoterapia strategico-integrata – ha reso inevitabile che, in questi anni, mi interrogassi costantemente sulla compatibilità ed applicabilità del modello teorico studiato alla tipologia di pazienti con cui, quotidianamente, mi confronto. Così come, parallelamente e in un processo circolare, la traduzione delle teorie in concrete azioni terapeutiche ha stimolato riflessioni sul piano concettuale in una continua ricerca di un profilo e di uno stile personale più consapevoli.

In questo lavoro mi soffermo sui fondamenti del modello strategico-integrato, affrontandoli in rapporto al trattamento di persone affette da disturbi psichici gravi, provando, così, a dare carattere di sistematicità alle riflessioni ed alle esperienze fatte.

In recent years, my dual role - as psychologist in a psychiatric rehabilitation community and as student in the school of strategic-integrated psychotherapy – has made it inevitable that I have constantly questioned myself about compatibility and applicability of the theoretical model studied to the type of patients that I treat. In parallel and in a circular process, the translation of theories into concrete therapeutic actions has stimulated many reflections on the conceptual level in a continuous search for a profile and a personal style that are more conscious. In this work I dwell the foundations of the strategic integrated model, considering them for the treatment of people with severe mental disorders, trying to give systematicity to the reflections and experiences that I made.

1. Il contesto di intervento

L'esperienza e la riflessione proposte si sviluppano nel contesto di cura di una comunità residenziale per la riabilitazione psicosociale. L'inserimento in comunità è consigliato nei pazienti che presentano una significativa compromissione del funzionamento personale: difficoltà a svolgere attività quotidiane, nel campo lavorativo, nelle relazioni familiari ed interpersonali. Tale contesto definisce un diverso modo di intendere la psicoterapia che nel setting classico è rappresentato dall'incontro fra un paziente, che si è autodeterminato alla terapia, e un terapeuta che accetta di stipulare con lui un contratto terapeutico. La storia della psicoterapia nasce, infatti, nel setting della pratica privata, con pazienti “motivati” ad intraprendere un lavoro e con patologie meno alienanti che implicano un sufficiente livello di insight, con persone intellettualmente dotate di capacità di verbalizzazione e

introspezione, con persone ancora integrate nel tessuto sociale e relazionale. Il “paziente ideale” è, pertanto, una persona che liberamente sceglie il tipo di cura che intraprende e che è sufficientemente autonoma socialmente per provvedere a se stessa e alla propria terapia. La riabilitazione psicosociale, invece, si realizza in setting ben diversi: si tratta di persone che hanno percorso già diverse tappe della risposta istituzionale e sociale al comportamento psicotico e che, pertanto, ne riportano cumulativamente il danno di aver perso, totalmente o in parte, le dimensioni di una vita autonoma. Il percorso di cura è realizzato, inoltre, attraverso un lavoro d'équipe dove si integrano le diverse attitudini e competenze dei vari operatori: psichiatri (nel caso specifico, dipendenti ASL), psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori sanitari, tecnici della riabilitazione psichiatrica, operatori sociosanitari. Nasce, quindi, l'esigenza di integrare i momenti della psicoterapia e della riabilitazione. Di fronte ad ogni singolo caso, ad ogni singolo paziente, l'équipe deve individuare una “**strategia**”, in cui articolare gli specifici interventi, tenendo conto dei bisogni (emotivi, sociali, materiali) del paziente e del suo contesto. Se l'équipe dispone di un rigido approccio tecnico non può in realtà applicare alcuna strategia terapeutica, può solo difendere il proprio approccio e “perdere” i pazienti o le famiglie che non stanno alle regole di quel determinato approccio. Il termine “strategico” quale attributo di un percorso terapeutico compare per la prima volta in un testo di Jay Douglas Haley del 1973. La strategicità dell'intervento qualifica, secondo le sue indicazioni, lo specifico lavoro del clinico, volto a progettare e strutturare una terapia che centri il problema del paziente. Lo psicoterapeuta, afferma Haley, “mantiene l'iniziativa in tutto quello che si verifica nel corso della terapia ed elabora una tecnica particolare per ogni singolo problema” (1976 p. 7). Se poniamo, dunque, al centro la “**persona**”, ritenendo che anche il comportamento problematico svolga una sua funzione coerente con i modelli rappresentazionali di quella persona, è necessario che il terapeuta sia strategicamente orientato e che si avvalga di tutti quei saperi scientificamente accreditati che gli permettono di raggiungere gli obiettivi di cura. Così come si pone l'opportunità di fornire approcci integrati in modo da poter operare a tutti i livelli e contesti in cui si manifesta la sofferenza del paziente: soggettivo, intersoggettivo, familiare, sociale e sanitario. Il che significa capacità di pensare ed attuare per ciascun caso una strategia che possa combinare, a seconda delle necessità, gli interventi psicoterapeutici (individuali, familiari, di gruppo), quelli socioassistenziali, sanitari e riabilitativi. Il percorso di cura deve, perciò, fondarsi sulla coerenza e sulla continuità terapeutica, pur nella successione dei turni di lavoro, e ciò rende indispensabile la circolazione costante delle informazioni sui casi, ben sapendo quanto possa essere deleterio e confusivo per il paziente ricevere indicazioni contrastanti. Se gli interventi che il servizio riesce ad offrire sono frammentati e non vi è alcuna continuità, è improbabile che il paziente si integri psicologicamente, per quanto sofisticata possa essere la psicoterapia che riceve.

2. Il trattamento delle psicosi: dalla risposta sintomatologica alla recovery

Quello della psicosi è un campo assai complesso in cui si affollano una vasta gamma di differenti situazioni biologiche, personali e relazionali. Sebbene la tradizione psicoterapeutica lo abbia spesso utilizzato come sinonimo di schizofrenia, si tratta, in realtà, di un termine generico in cui è possibile includere le patologie dello spettro schizofrenico, i gravi disturbi dell'umore di tipo unipolare (depressione maggiore) e bipolare, i disturbi della personalità nelle loro forme più estreme. Sebbene, per lungo tempo, l'idea predominante sia stata quella di un inesorabile decorso naturale di tali patologie, gli studi longitudinali hanno ormai sancito l'evidenza dell'eterogeneità dei decorsi e degli esiti anche delle sindromi psicotiche. Del resto, già nel 1960, Binswanger poteva affermare che *“ciascun individuo ha, per così dire, ‘la sua propria schizofrenia’, conforme alla sua biografia, ai problemi e alle alternative che derivano da essi”* (in Stanghellini G., (1996), “Psicopatologia e antropologia della vulnerabilità”, in Ballerini, A., Callieri, B., a cura di, p 138).

L'eterogeneità dei percorsi individuali sembra, dunque, comprensibile non sulla base di differenze etiologiche ma personologiche-patoplastiche (effetto di modellamento che la cultura agisce sull'espressione di una patologia) e dall'idea di un decorso naturale si passa a considerare la possibilità che si tratti di percorsi individuali attraverso la psicosi. Così, in tema di trattamento, l'evoluzione della riflessione in psichiatria ha comportato il passaggio da un modello che identificava come target il controllo sintomatologico ad uno in cui l'attenzione, rivolta al “carico di malattia”, era centrata sul rischio di ricaduta. Negli ultimi cinquant'anni, invece, lo sviluppo di trattamenti finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo nonché importanti studi longitudinali per valutarne gli esiti a lungo termine (Ciompi, Muller, 1984; Harding, Brooks et al, 1987; Harding, Zubin, Strauss, 1992; De Girolamo, 1996; Vita, Barlati, 2018) hanno evidenziato che la remissione o il recupero sono fenomeni molto più comuni di quanto immaginato, suggerendo che anche una malattia mentale destrutturante possa essere considerata una condizione dinamica, dipendente dall'ambiente, dalle interazioni sociali e dal trattamento. Del resto le ricerche neuroscientifiche hanno, ormai, ampiamente dimostrato come l'ambiente sia in grado di produrre modificazioni organiche in termini di plasticità sinaptica, plasticità cerebrale e di epigenetica (Hebb, D. O., 1975; Carew, T.J., Hawkins R.D., Kandel E.R., 1983; Seki, T., Arai, Y., 1993; Kandel E.R., 1994; Gould, E., Gross, C.G., 2002; Pagani M., Carletto, S., 2019) Grazie a queste scoperte, ora, siamo maggiormente consapevoli di come e quanto parole, gesti, comportamenti influiscano e modifichino ogni essere vivente. Da queste nuove prospettive il focus è stato spostato dal “disturbo” alla “persona”, ritenuta capace di recuperare le sue energie per poter migliorare i propri livelli funzionali (Carozza, 2006) e “sviluppare in modo personale nuovi significati e propositi man mano che le persone si evolvono oltre la catastrofe della malattia mentale” (Anthony, 1993). L'eterogeneità dei decorsi e degli outcomes riscontrata ha, pertanto, costituito il fondamento scientifico della nascita del concetto di **recovery**, costruito multidimensionale che indica qualcosa di più di una stabilizzazione clinica. Quando si parla di recovery, si parla di molte dimensioni che tra loro sono parzialmente integrate: si può far riferimento al funzionamento del paziente, individuale e sociale, ma c'è anche una dimensione soggettiva che è quella cui oggi si

attribuisce maggiore rilevanza anche nel campo della farmacologia clinica. Di fatto, quando si cerca di misurare queste dimensioni e non solo di validarle in base all'osservazione clinica, ci si scontra con la capacità di dare una definizione sufficientemente condivisa. Recovery è quando un paziente riesce a mantenere un lavoro o una vita autonoma o quando ha un livello di accettazione del proprio stato, un wellbeing sufficientemente alto? Fondamentalmente tutti questi parametri rientrano in due grandi dimensioni: la recovery funzionale, che fa riferimento, appunto, a ciò che il paziente riesce a fare, ma oggi la ricerca si è concentrata molto sulla seconda dimensione che si identifica con l'esperienza personale relativa alla malattia, a come, cioè, la persona percepisce la propria condizione e cosa sente che può aiutarlo. Ciò in un ragionevole compromesso tra una visione della vita e della salute come totale assenza di patologia e il fare i conti con le limitazioni che una patologia ci dà (problema comune alla medicina che si occupa di malattie croniche o recidivanti).

In quest'ottica, l'esperienza clinica e la ricerca testimoniano che tutte le volte che ci si trova in presenza di una malattia grave, quando il trattamento farmacologico è inserito in un progetto complessivo integrato – riabilitativo e psicoterapeutico – calibrato sulle capacità di quel singolo paziente, il risultato migliora.

Il trattamento farmacologico, quindi, sebbene necessario ed insostituibile, non può essere considerato l'unica terapia del disturbo mentale ma deve essere affiancato da altri interventi formulati insieme alla persona sulla base dei suoi bisogni. L'informazione e la conoscenza favoriscono, infatti, la partecipazione consapevole al progetto di cura e sono, pertanto, requisiti indispensabili a costruire un rapporto di collaborazione, scambio e reciprocità. Questo richiama la centralità della relazione terapeutica come pietra angolare della clinica. Non è un placebo o un fattore accessorio ma è parte fondamentale di essa. E la qualità del trattamento non riguarda tanto la presenza di insight, e quindi la consapevolezza di malattia, o l'aderenza, la cosiddetta compliance, ma è basata sull'alleanza terapeutica. Secondo la felice definizione di Castelfranchi “la riabilitazione è l'insieme delle prassi volte a restituire potere al paziente” (1993, p. 69).

3. L'applicazione del modello strategico-integrato al trattamento delle psicosi

Il tentativo è quello di proporre una riflessione su come il modello strategico-integrato possa rappresentare una risposta, in termini terapeutici e di cambiamento, nella realtà operativa del trattamento dei disturbi psichici gravi. Da quanto sin qui esposto in tema di trattamento orientato alla recovery, ritengo si possa cogliere in modo alquanto immediato la coerenza del nostro modello nei principi che sono a posti a fondamento e che costituiscono, a mio avviso, requisito imprescindibile per ogni successiva trattazione: la centralità della persona più che del sintomo, la fiducia nelle sue risorse, il primato della relazione, la co-costruzione del processo attraverso il rispetto e l'attribuzione di un ruolo attivo al paziente, l'indebolimento della funzione attribuita all'insight.

In relazione a quest'ultimo, nei quadri psicopatologici in oggetto, infatti, la compromissione della logica e della cognizione consapevole pone non pochi problemi ad approcci classici, che pongono alla base della guarigione o del superamento del problema il processo di consapevolezza della sua origine e per tali motivi la cura delle psicosi è stata

spesso esclusa e demandata all'ambito psichiatrico e al trattamento psicofarmacologico. All'insight, invece, il modello strategico contrappone l'**azione**, ritenendo che il cambiamento passi attraverso la possibilità di fare esperienza di nuovi comportamenti e che la cognizione rappresenti un passaggio successivo e conseguente, utile nella fase di consolidamento del cambiamento. L'azione, l'esperienza e le emozioni che in essa si generano (**esperienza emozionale correttiva**), per gli elementi di concretezza e di immediatezza connaturati, rappresentano in modo evidente quello strumento terapeutico in grado di bypassare le difficoltà di astrazione presentate dalle sindromi psichiche gravi. Così come, piuttosto che utilizzare mille parole, anche per un terapeuta può dimostrarsi più facile indurre il cambiamento di un comportamento attraverso la variazione dello schema che regge e alimenta quel comportamento. Mi spiego attraverso il racconto di un'esperienza che ho vissuto molti anni fa.

Il primo anno di apertura della comunità, accompagnammo i pazienti in soggiorno estivo al mare e ci ritrovammo in una struttura alberghiera molto elegante, ricca di elementi d'arredo fragili e tappezzerie di pregio, ben al di sopra delle nostre aspettative ed in netto contrasto con l'ambiente da cui provenivano (tutti i pazienti erano stati appena dimessi dall'ex ospedale psichiatrico). All'ingresso fummo assaliti da una terribile ansia, prefigurandoci i danni che, al termine, avremmo dovuto rimborsare. Non solo niente di tutto quello che avevamo immaginato accadde ma ciò che apparve evidente e, all'epoca, sorprendente fu lo spontaneo cambiamento di comportamento di ciascuno di loro anche nella relazione con il personale. La variazione del contesto aveva rotto uno schema.

Tale esempio rimanda anche l'idea di quanto l'introduzione di complessità nella vita degli individui, rompendo schemi di comportamento ridondanti, produca azioni nuove ed inaspettate anche per lo stesso terapeuta (Haley J., 1983).

Le **prescrizioni** di comportamenti, inoltre, cucite addosso a quella specifica persona, e volte a perturbare il suo sistema percettivo-reattivo, possono essere efficacemente utilizzate per incoraggiare la sperimentazione di un senso di sé agente, particolarmente compromesso nella psicosi, e definibile come la sensazione di generare un'azione volta ad influenzare gli eventi nel mondo esterno. In tal senso il cambiamento terapeutico richiede non tanto un lavoro riflessivo, riparativo del deficit, restituivo di abilità ma consiste nel rendere possibile al paziente un'attiva selezione degli scopi e delle azioni che per lui sono rilevanti. "Il processo integrativo si differenzia da quello adattivo proprio per lo sviluppo delle capacità di affrontare e gestire i cambiamenti... Concretamente si tratta di favorire un processo co-costruttivo, in cui l'altro, in qualsiasi forma, competenza si presenti ha sempre dignità, potere, ragione e deve partecipare a questa operazione di conoscenza" (Stramaccioni A. in Celia G. 2016, p. 46).

Spesso, con un paziente psicotico, l'azione può rappresentare anche lo strumento di comunicazione del terapeuta stesso che deve individuare quale sia con quella persona ed in quel momento la strategia per produrre il risultato che intende ottenere. Penso, ad esempio, all'**alleanza terapeutica** che, difficilmente, può essere avviata con un "contratto" verbale. Spesso deve essere istituita con i "fatti", con atteggiamenti attivi, dall'empatia al prendersi

cura dei problemi concreti sui quali il paziente entra in crisi, in angoscia o in conflitto con gli altri.

Penso a G., una giovane paziente schizofrenica. Ha il figlio in carcere, se ne vergogna e non vuole che si sappia. L'alleanza e il suo mantenimento ha previsto che l'aiutassi a mettersi in contatto con lui, chiamando il direttore del penitenziario, spiegando la situazione e fissando gli orari di un possibile contatto telefonico. L'ho fatto insieme a lei. Quando lo hanno trasferito, questa volta, sapeva di non averlo perso nel nulla, che internet e il nuovo direttore ci avrebbero dato una mano.

Ovviamente, l'aiuto non l'ho dato con l'obiettivo di rinforzare la relazione terapeutica con G. (già costruita e testimoniata dalla scelta di condividere il segreto solo con me) ma mi rendo conto che la fiducia che questa tipologia di pazienti ci attribuisce possa passare, talvolta più facilmente, anche attraverso le nostre azioni che, a ben vedere, rappresentano una forma di comunicazione non verbale.

Considerando che, come terapeuti strategici-integrati, riteniamo fondamentale la partecipazione attiva del paziente al processo terapeutico, il tema della costruzione della relazione si pone in modo determinante quando la richiesta di aiuto non è formulata sulla base di una **motivazione** intrinseca. Sebbene, infatti, l'ingresso in comunità sia sempre volontario, è necessario indagare e conoscere i termini di tale volontarietà. Molto spesso si tratta di pazienti che hanno perso le reti di sostegno sociale e familiare, condizione questa che favorisce l'aggravamento delle manifestazioni psicopatologiche ma che, soprattutto, definisce una volontarietà forzata dalle circostanze. Alcuni sintomi, inoltre, possono presentarsi in forma egosintonica per cui la persona non avverte la propria condizione in termini di problema. Quasi sempre, però, a meno che non provenga da un'altra comunità (con le dovute differenze), il paziente non ha un'idea ben chiara dell'esperienza che sta per affrontare e, il più delle volte, il suo atteggiamento è passivo o diffidente. È a cominciare da qui - prima ancora di toccare il problema - che, come terapeuta s.i., occorre focalizzare l'attenzione e mettere in campo strategie che ridefiniscano la relazione ed il "contratto" con il paziente. Citando un vecchio proverbio inglese – si può portare il cavallo alla fontana ma non lo si può convincere a bere – si tratta, cioè, di costruire le precondizioni affinché un processo di cura avvenga.

È comprensibile come tutto ciò presupponga la **direttività** del terapeuta che assume la responsabilità di agire specifiche leve per aiutare quella persona. Fornari osserva che la psicoterapia delle forme psicotiche rappresenta "... la forma limite più radicale del rapporto di responsabilità dell'uomo di fronte ad un altro uomo", rapporto interpersonale particolare nel quale un uomo si costituisce per un altro uomo come colui che, sentendosi coinvolto nell'alienazione, cerca di ricostruire, per lo psicotico, un'esperienza di riappropriazione di sé e del mondo (Fornari F., in Siani, Siciliani, Burti, 1990, p.45).

In riferimento a tale affermazione che mi risuona estrema, soprattutto in un certo carattere oggettivante del paziente, sebbene condivida, e senta in prima persona, la responsabilità che il ruolo mi conferisce nel potere di fare valutazioni, definire obiettivi, strategie e condizionare l'andamento della terapia, ritengo e sento più vicina alla mia

esperienza la posizione della terapia strategico-integrata che “sostiene la centralità della persona e situa nel rapporto terapeuta-paziente il potenziale terapeutico” (De Leo G. in Celia G. 2016, p. 54).

Non è mai semplice ricostruire la storia di vita di un paziente che fa ingresso in comunità: le informazioni rispecchiano la frammentazione degli interventi di presa in carico operati sino a quel momento, talvolta, in una commistione tra quelli pubblici e quelli privati e, spesso, ci si scontra con la paradossale logica di alcuni sanitari che tendono a mantenere il riserbo su una certa tipologia di informazioni, che finisce per rappresentare, contrariamente all'intento di tutelare la sua privacy, un serio rischio per la sicurezza del paziente come, ad esempio, nel caso di storie con ripetuti tentativi di suicidio o di acting out. Più comunemente, però, accade che i professionisti del SSN “seguono” un abnorme numero di casi e, in un'ottica emergenziale, le storie sono dimenticate o lasciate, a dir poco, sullo sfondo. Ciononostante, nell'ottica della terapia strategica-integrata, più che la ricostruzione storica dei fatti è interessante la **narrazione** che il paziente ci fa e rappresenta un utile riferimento per compiere “associazioni tra ciò che nel presente ha sostenuto il problema, come questo è stato risolto e i nuclei narrativi vicini e lontani nel tempo che, per ipotesi, hanno favorito l'emersione di una patologia” (Celia G., 2016, p. 56). In tale accezione – che riserva, comunque, al “**qui ed ora**” della vita del paziente la possibilità di cogliere le sue relazioni con se stesso, con gli altri e con il mondo – le narrazioni di persone affette da una psicosi, il più delle volte, non hanno il carattere della continuità ma rispecchiano il peculiare modo di dare senso alla realtà. Nei casi appartenenti allo spettro schizofrenico, inoltre, le storie possono avere contenuti deliranti ma, nell'ottica di accettare tutto ciò che il paziente porta, anche il delirio ha una sua funzione e può essere utilizzato.

Un incidente e non una strategia consapevole ritengo mi abbia permesso di fare esperienza diretta degli insegnamenti di M. Erickson. Una sera, mentre mi accingevo a lasciare la comunità, gli operatori mi segnarono la condizione di crisi di F., un paziente ammesso da pochi giorni e su sua esplicita richiesta. “È irrequieto, irragionevole, vuole andare via e continua a ripetere che ciò è necessario perché la moglie ed i figli lo aspettano” (F. non ha figli e non è mai stato sposato). Ero molto stanca e questa non ci voleva... un problema all'ultimo momento! Ripensandoci, credo sia stata proprio la mia stanchezza ad impedirmi di rifugiarmi nelle mie rassicuranti certezze razionali alla ricerca di qualche escamotage che mi permettesse di aiutarlo ad uscire dalla situazione di empassa e lo ascoltai senza focalizzarmi sulla irragionevolezza del contenuto ma cogliendo, invece, nell'immediato, un forte sentimento di angoscia che gli rimandai. In modo del tutto improvviso, F. si mise seduto, il volto si distese e, con un sospiro di sollievo, mi rispose “sì”! Ne parlammo un po' (senza che F. avesse più necessità di parlare della moglie e dei figli) ma ritengo che, al di là delle parole che seguirono, quello specifico momento, quello in cui si sentì “compreso”, rappresentò il momento fondativo della relazione terapeutica. Quello in cui avevo verbalizzato uno stato d'animo che lui non riusciva a rappresentare se non attraverso il suo modello ricorrente di percezione e reazione.

Vorrei evidenziare, infine, come l'integrazione dei modelli teorici e metodologici che l'approccio strategico-integrato propone nell'interesse del paziente rappresenti una grande risorsa e la sua cornice teorica una solida base che mi orienta in modo più ampio e complesso in funzione degli obiettivi. Mi permette, in tal modo, di considerare il contesto in cui la terapia si svolge, di valutare le relazioni all'interno del sistema familiare del paziente e decidere l'opportunità di intraprendere una terapia non individuale ma che comprenda uno o più membri della famiglia. Così come, sebbene non conduca con i pazienti una terapia di gruppo, le esperienze formative in questo ambito mi hanno permesso di apprezzarne le potenzialità e di utilizzare strategicamente il gruppo (facendomi ospitare nelle riunioni settimanali di discussione dei pazienti, condotte dagli educatori) quando, ad esempio, ritengo opportuna una focalizzazione sugli stili relazionali o in termini di amplificazione di una restituzione che reputo particolarmente importante, in quel particolare momento, per quella determinata persona.

4. Il caso di Marta

Marta, una signora di 56 anni, è inserita nella nostra comunità da circa 4 anni, con diagnosi di "disturbo bipolare con disturbo ossessivo compulsivo".

Al primo colloquio appare molto rigida e controllata nel corpo mentre racconta, logorroica e con tono di emergenza, la sofferenza che l'affligge e che ella definisce come paura della "polvere". Riferisce che, a pochi mesi dal matrimonio, rinvenne nel camino un pacchetto contenente una "polvere" scura e, dopo qualche giorno, degli spilli sul tavolo. Suggesta da alcuni vicini la possibilità che si trattasse dei segni di una "fattura", il marito l'accompagnò presso alcuni maghi che confermarono trattarsi di un poderoso "maleficio" operato dalla suocera ai suoi danni. Qualche tempo dopo, in occasione di un pellegrinaggio, ella pensò di rivolgersi, in confessione, ad un prete nella speranza che questi le disconfermasse tale idea e la liberasse dalla paura che le accadesse qualcosa di brutto ma ricevette il consiglio di rivolgersi ad un esorcista con il seguente avvertimento "c'è Dio e c'è il bene, c'è il diavolo e c'è il male!". Marta riferisce che, nonostante ella non abbia mai creduto – e tuttora non creda – alla magia, la consonanza dei pareri acquisiti rinforzò la paura e la necessità di doversi difendere dalla "polvere" evitando il contatto con ogni superficie o pulendola prima di toccarla. Sebbene ella si renda conto dell'inutilità dei suoi rituali per allontanare il male, sente un impulso irrefrenabile a compierli. La strategia che, al momento, utilizza per cercare di opporsi al compimento degli stessi consiste nell'altrettanto rigido tentativo di leggere la Bibbia, alla ricerca di contenuti che siano di segno contrario (il bene) a quelli che generano la sua paura (il male). Ed anche l'inserimento in comunità rappresenta per Marta l'ennesimo tentativo di acquisire una nuova credenza rassicurante.

Le prime osservazioni condotte rendono conto, ben presto, dell'angoscia soggettivamente descritta, evidenziando come la sovraregolazione emotiva, visibile nel rossore del volto, lo stato di continua emergenza, la frequenza e la durata delle compulsioni compromettano gravemente il suo funzionamento in gran parte delle aree di vita, pervadendo i suoi pensieri, le sue energie, rendendole difficile rivolgere l'attenzione e

l'interesse ad altro. Infatti, nonostante ella passi la maggior parte del tempo con le mani sotto l'acqua, con cui bagna i capelli e i vestiti, trascura l'igiene, apparendo trasandata e maleodorante ed ogni altra dimensione di vita è amputata, ridotta e trattata come residuale.

All'interno della comunità ha subito stabilito una relazione "privilegiata" con la compagna di stanza che, per le peculiari caratteristiche di personalità, si presta ad aiutarla nello svolgimento di ogni azione che implichi un contatto e, persino, a vigilare sulla completezza dei rituali. Tale modalità di richiesta di aiuto è stata, ben presto, estesa anche ad un altro paziente.

Nessun componente della famiglia d'origine contatta la comunità per assumere informazioni su Marta, mentre molto presente ed oggetto del suo interesse e del suo "investimento affettivo" un uomo, di 8 anni più grande, conosciuto, due mesi prima, durante il suo ricovero in SPDC. È lui, nel corso di una visita in comunità, a proporsi quale riferimento "familiare", in qualità di compagno. Ci chiede "paternamente" di prendersene cura, aiutandola a risolvere un problema odontoiatrico e lei come una "bimba" lascia che sia lui a parlare per lei. Scopriremo, qualche giorno dopo, che a quest'ultimo Marta, che non possiede alcun mezzo di sostentamento, avendo vissuto fino a quel momento con una somma ereditata da una zia, ha "prestato" la maggior parte dei propri averi, appena acquisiti a titolo di risarcimento per un errato lavoro ortodontico.



4.1. Pianificazione del trattamento terapeutico - prima fase

Le condizioni psichiche di costante attivazione emotiva e di totale pervasività delle compulsioni nonché quelle di rischio cui è esposta per l'accentuata tendenza a lasciarsi manipolare dal compagno, mi fanno ritenere di porre in essere, preliminarmente:

- Raggiungere una condizione di miglior compenso psichico, attraverso l'invio allo psichiatra per una rivalutazione della terapia farmacologica
- Limitare le condizioni di rischio cui è esposta, attraverso la costruzione di una forte alleanza terapeutica nei seguenti termini:
 - Rinforzo della sua scelta di entrare in comunità attraverso la comprensione empatica della sofferenza portata;
 - Riformulazione in positivo: ("la tua paura ti ha aiutata a comprendere che avevi bisogno di aiuto");
 - Ridefinizione della sua tendenza passivizzante ("l'opportunità della tua richiesta mi fa comprendere che con il nostro aiuto tu puoi farcela");
 - Collusione consapevole e strategica con l'incapacità di dire "no" se affettivamente coinvolta¹. ("Nel caso ricevessi altre richieste di denaro, ti autorizzo a dire che è la comunità a non permettertelo")

Considerato che Marta si trova, al momento del suo ingresso, in una condizione di totale perdita di controllo dello spazio e del tempo che dedica ai propri rituali, trascurando ogni forma di cura di sé, del proprio aspetto e della propria salute, la pianificazione del trattamento terapeutico è articolata come segue:

Obiettivi:

- Recupero di livelli minimi di funzionamento
- Potenziamento del senso di autoefficacia

Tecniche:

- Prescrizioni indirette.

Strategie:

- Esperienze emozionali correttive. L'idea è quella di ottenere una dilatazione del tempo che Marta dedica ad altro ed in cui poter sperimentare una condizione di gratificazione e benessere con una conseguente riduzione del tempo delle compulsioni.

Sul piano della riabilitazione: Coerentemente la scansione dei ritmi della giornata, attraverso le attività comunitarie di routine (risveglio, colazione, cura dell'igiene, della propria stanza, pasti, terapia), quelle individuali e di gruppo, costituiscono un utile laboratorio di sperimentazione in cui Marta viene inserita gradualmente e con ruoli personalizzati.



In tempi relativamente brevi, ha evidenziato una buona disposizione ad adeguarsi ai ritmi della comunità, sorprendendosi lei stessa di non avere difficoltà ad alzarsi al mattino, come da lei sofferto prima dell'ingresso, e a condividere con gli altri pazienti luoghi, tempi ed attività d'incontro. In tali esperienze Marta appare fluida e centrata sull'impegno nonostante, al di fuori di tali contesti, l'agitazione e la sintomatologia ossessivo-compulsiva continuino a presentarsi in modo intenso e persistente. La nuova strada psicofarmacologica intrapresa dallo psichiatra, nel frattempo, non sembra ottenere gli effetti sperati ma, implicando degli incrementi molto lenti, fa sì che il tempo trascorra senza che venga modificata e senza apprezzabili progressi terapeutici, sino ad una successione di episodi critici maniacali che richiedono interventi ambulatoriali ma che esitano, dopo qualche tempo, in un "blocco psicomotorio" ed un ricovero d'urgenza in SPDC, dove è presa in carico da un'altra psichiatra.

Sebbene l'adeguato trattamento farmacologico cui viene, d'urgenza, sottoposta abbia scongiurato il rischio di un'irreversibilità della condizione, i tempi di ripresa sono stati molto lunghi e faticosi. Chiusa, silenziosa, ipomimica, rallentata ed affettivamente appiattita, Marta presentava una totale regressione della sintomatologia ossessivo-compulsiva ma, contemporaneamente, la perdita di ogni orientamento all'azione. Ciò ha reso necessario, per la comunità, l'adozione di una sorta di "maternage" perché lei, in assenza di istruzioni verbali, chiedeva "cosa devo fare?" (es.: seduta a tavola, insieme agli altri pazienti e dinanzi al piatto, non mangiava fino a quando qualcuno non le avesse fornito la risposta) ed anche qualche tentativo di ingiunzione paradossale, sebbene mi confermasse l'integrità cognitiva (riconosceva l'inadeguatezza della risposta), produceva un effetto di aumento dello stato confusionale e di grave sofferenza.

Solo dopo diverse e ripetute ricalibrature della terapia psicofarmacologica con un'accorta valutazione dei costi e dei benefici, anche soggettivamente percepiti, Marta, nonostante abbia ripresentato le vecchie compulsioni, ha gradualmente recuperato le funzioni cognitive ed affettive, apparendo lucida, aperta, espressiva e vitale, riposizionandosi nel suo percorso di cura attraverso l'esplicita richiesta di intraprendere una psicoterapia.

Nella condizione che, al momento, è valutata come più funzionale al suo benessere, è stato possibile intraprendere un lavoro differente da quello impostato in fase di manifestazione parossistica della sintomatologia, che ha consentito, attraverso la narrazione, l'accesso al sistema di credenze, ai costrutti personali, e alle tentate soluzioni.

4.2. La storia di Marta

Terza di 7 figli, proviene da un paese della provincia, da una famiglia che descrive molto unita, culturalmente modesta ma economicamente agiata. Il padre gestiva, infatti, un'impresa boschiva nella quale erano inseriti quasi tutti i suoi fratelli. Il sacrificio e il duro lavoro rappresentavano un alto valore familiare ed ella ricorda che il padre, all'alba, buttava giù dal letto i suoi fratelli adolescenti, per condurli con sé, e la madre affinché andasse a dare da bere agli animali.

Marta, appassionata di numeri e della matematica, avrebbe desiderato studiare ragioneria ma fu convinta dalla madre a scegliere la scuola magistrale che frequentò con

buoni risultati, sebbene – ricorda – dovesse far sparire i libri entro un certo orario perché il padre non tollerava vederne in giro al suo rientro. Quest'ultimo è descritto come una persona molto burbera e severa, con l'abitudine di alzare la voce per ottenere il rispetto. Con lei si mostrava affettuoso, sebbene l'impegno lavorativo lo portasse a trascorrere gran parte della giornata fuori casa e, in un'impostazione tradizionalista della famiglia, il ruolo di accudimento dei figli era delegato alla madre. Da questa Marta racconta di essere stata separata alla nascita, e per oltre un anno, a causa di una serie di ricoveri in clinica psichiatrica per "depressione ansiosa". Affidata alle cure di una zia, Marta conserva ancora un frammento di ricordo del suo pianto disperato quando, non riconoscendola, all'età di 18 mesi circa, la reincontrò e tornò a vivere a casa. A tre anni la nascita di un fratello, a cinque quella dell'unica sua sorella segnò, a suo giudizio, la separazione dalla madre, che cominciò a dimostrare una netta e riconoscibile preferenza nei confronti della più piccola, talmente evidente che anche il padre, ma anche molti conoscenti evidenziavano un'ingiusta disparità di trattamento. Racconta: "mia sorella era brava a conquistarla, era bugiarda ed io venivo picchiata a causa sua... si comportava male e mia madre la portava con sé e le comprava anche un gelato, io rimanevo a casa e mi occupavo dei fratelli, cercavo di essere brava, di comportarmi bene, di essere umile, come insegna la Chiesa...". Quando, più grande, provò a chiederle conto dell'ingiustizia subito ne ricevette la negazione "io cucivo e con quei soldi compravo le medicine per te (soffriva di anemia), se quello che dici fosse vero, li avrei spesi per me!" Conseguito il diploma, Marta, apprezzata dal padre per la sua intelligenza, desiderava iscriversi alla facoltà di psicologia ma la madre convinse il marito ad impedirglielo perché ciò avrebbe comportato il suo trasferimento, da sola, in una città lontana.

Dopo aver molto sofferto per la separazione da un ragazzo del quale era molto innamorata ma che conduceva una vita diversa dalla sua ("lui andava in discoteca... a me non era consentito... a casa presto e sempre in Chiesa, ad apparecchiare l'altare, sempre attenta a comportarmi da brava ragazza..."), Marta si fidanzò con un ragazzo che frequentava la loro casa perché amico del fratello e, all'età di 25 anni, lo sposò, senza desiderarlo. Pur volendogli bene, infatti, non ne era innamorata ma si adeguò al volere della suocera che minacciò, in caso contrario, di cacciare il figlio di casa. Succube il marito di una madre dispotica ed aggressiva, Marta ritiene che egli non fu mai in grado di difenderla dalla malevolenza dei suoi giudizi circa la propria inadeguatezza di moglie e originati, a suo dire, dall'invidia per la sua miglior condizione sociale e culturale. Lo descrive come un uomo buono, sebbene abbia da questi subito comportamenti violenti, quando si ritirava a casa ubriaco. Con l'intenzione di lasciarlo, si rivolse alla propria famiglia che le negò l'aiuto per non voler affrontare il disonore di una separazione. Dopo quasi 10 anni di matrimonio, Marta rimase incinta e, dopo circa tre anni, nel corso di un'ennesima lite con il marito, l'intervento dei Carabinieri, allertati da lui stesso, generò una serie di azioni conseguenti: la presa in carico da parte dei Servizi Sociali di Marta e della bambina ed un provvedimento restrittivo nei confronti del marito. Prima di allora, pur essendosi recata più volte in Pronto Soccorso per le ferite riportate, Marta aveva sempre negato la responsabilità del marito anche dinanzi allo scetticismo del personale sanitario.

In seguito alla separazione, ha vissuto con la bambina in un appartamento donatole dal

padre, fortemente supportata dalla famiglia d'origine, sebbene continuasse a rimandarle la responsabilità della fine del matrimonio, ma mantenendo costante la ricerca attiva (anche attraverso internet) di un nuovo compagno ("volevo dare un padre a mia figlia" dice), comportamento questo che ha, ripetutamente, esposto lei e la bimba a situazioni di pericolo e a raggi economici.

È durante questo periodo che Marta ha i primi contatti con degli psichiatri, prima in regime privato, condotta da uno dei fratelli, poi pubblico, perché ricoverata più volte in SPDC in seguito a delle condizioni di crisi che non sa definire e circostanziare. Qualche tempo prima dell'ultimo ricovero, la figlia, diciassettenne, si è trasferita a vivere con il padre pur continuando a frequentare regolarmente la casa materna ed è a seguito di questo che le viene proposta la possibilità di effettuare un percorso riabilitativo in comunità.

3. *La diagnosi complessa*

Numerosi studi epidemiologici e clinici, evidenziando il legame tra il disturbo bipolare e quello ossessivo-compulsivo (tasso di comorbidità intorno al 21,5%), sottolineano che il DOC è il più frequente disturbo d'ansia associato. Tale condizione, associata ad una prognosi più grave e con tendenza alla cronicità, complica il trattamento del disturbo bipolare (Chen Y.W., Disalver S.C., 1995; Kruger S., et al., 2000; El-Mallakh RS., Hollifield M., 2008). Amerio et al. (2014) sostengono che il 75% dei casi di comorbidità DB-DOC sono, in realtà, espressione di un'unica malattia: un sottotipo di disturbo bipolare grave con sintomi ossessivo-compulsivi che ne seguono la ciclicità.

Pur senza sottovalutare il ruolo eziopatogenetico dei fattori biologico-genetici nelle alterazioni patologiche dell'umore (alla madre fu diagnosticata una depressione ansiosa, uno dei fratelli ha sviluppato una depressione con pensieri ossessivi dopo la separazione dalla moglie; il più piccolo ha avuto problemi di tossicodipendenza; recentemente un altro è morto suicida), nel definire una vulnerabilità ad ammalare, in termini psicologici, è la stessa Marta che, con la narrazione della sua storia, mi aiuta a comprendere il modo attraverso il quale abbia costruito la propria personale rappresentazione della realtà, di se stessa e delle sue relazioni con gli altri e di quali schemi di azione abbia strutturato ed applichi coerentemente con le proprie rappresentazioni. (Fig.1)

In primo luogo, appare evidente come i disturbi presentati da Marta rimandino entrambi al tema della polarità ed alla rigidità degli schemi attivi. Nel disturbo bipolare, gli episodi depressivi sono connotati da temi negativi di fallimento, di non amabilità personale, di mancanza di speranza per il futuro mentre la rappresentazione di sé, sopravvalutato nei poteri e capacità, del mondo, minaccioso o completamente disponibile, degli obiettivi, irrealisticamente elevati e facilmente raggiungibili, caratterizzano le fasi maniacali.

Per Marta, così, il modello di rappresentazione della realtà e del rapporto con essa sembra focalizzarsi intorno ad una rigida polarità bene-male, che appare coerente con le esperienze che ella narra in merito allo stile educativo ricevuto in famiglia e rinforzato dai valori religiosi e dalle pratiche ad essi connessi, cui Marta è dedita fin da bambina. In una struttura familiare in cui l'emancipazione dei figli non sembra consentita se non in forma apparente o di compromesso (quasi tutti i figli maschi lavorano nell'impresa del padre fin da piccoli; il fratello sviluppa una patologia in fase di separazione dalla moglie; M. racconta di una "famiglia molto unita almeno fino a quando le mogli..." e che il più piccolo, con problemi di tossicodipendenza, era diventato vittima di una madre che lo

voleva sempre accanto a sé;), anche per Marta la frustrazione della scelte, della libera iniziativa e delle esperienze sociali (scuola, Università, gruppo dei pari), ostacolando lo svincolo e l'individuazione di sé, può aver contribuito alla costruzione di una visione del mondo come minaccioso e di se stessa, in assenza di esperienze, come poco capace di fronteggiarlo. Gli sforzi compiuti (frequentare la Chiesa, non uscire la sera, essere brava e umile), inoltre, non sembrano averle garantito la possibilità di essere amata ed in tale condizione appare più semplice comprendere come ella abbia costruito un'immagine di sé inefficace per il raggiungimento dei risultati desiderati e, più in generale, ad esercitare un potere sugli eventi, maturando l'idea di una loro imprevedibilità e dipendenza da fattori esterni (locus of control esterno). Coerentemente, Marta nelle sue ossessioni manifesta la paura che “qualcosa di brutto” le accada (“che cosa intendi, a cosa pensi quando dici ‘qualcosa di brutto?’” le chiedo. “Non lo so, non ho qualcosa di specifico in mente” mi risponde) e ciò rende la paura ancora più spaventosa perché se non sappiamo da cosa dobbiamo difenderci è impossibile individuare una soluzione ma solo sperimentare una condizione di allerta generale in cui la ritualità “magica”, il compimento cioè di gesti sempre uguali e ben noti, assume carattere e valenza rassicuranti.

In tal senso il sintomo compulsivo può rappresentare la manifestazione della migliore modalità che Marta ha trovato per sopravvivere alla disfunzionalità della rappresentazione del mondo e di sé nel suo rapporto con esso.

- (Fig. 1) *Sintesi degli elementi di contesto in cui la paziente ha costruito la personale rappresentazione di sé e del mondo*

-

CONTESTO IN CUI HA COSTRUITO...	...LA RAPPRESENTAZIONE DEL MONDO E DI SÈ
⊕ Stile educativo rigido ⊕ Svincolo impossibile o di compromesso ⊕ Madre con diagnosi di depressione ansiosa ⊕ Attaccamento insicuro ambivalente/ doppio legame ⊕ Padre normativo delegante cognitivo ⊕ Cultura di riferimento	⊕ Polarità bene/male ⊕ È bene adeguarsi alle regole/ ma l'estrema rigidità mi pone nella condizione di infrangerle ⊕ Qualsiasi cosa abbia fatto mi è andata male ⊕ Non sono degna di amore ⊕ Il mondo è pericoloso/ non sono capace di affrontarlo da sola ⊕ La realtà è imprevedibile e qualcosa di brutto potrebbe accadermi

L'esordio è, comprensibilmente, collocato nella prima esperienza di “svincolo” dalla famiglia d'origine che Marta crede di poter realizzare con il matrimonio ma in cui, in realtà, perpetua lo stesso schema percettivo-reattivo (Non sono innamorata e non desidero sposarlo – ma lui mi fa sentire amata – e gli altri sanno meglio di me cosa è meglio per me – poi, io sono buona e mi dispiace se la madre lo caccia di casa – senza considerare che è anche un amico di mio fratello – in qualche modo si rimane in famiglia). Il primo tentativo che ella compie per emanciparsi (o per realizzare, ancora una volta, quello che nella sua cultura tutti si aspettano da lei), dunque, parte da premesse errate e termina con un marito

della madre) che le rimanda, ancora una volta, la propria inadeguatezza a rispondere ad un modello di brava moglie.

Lo stesso schema di funzionamento sembra applicarsi ai suoi tentativi di soluzione del problema portato (la sintomatologia ossessivo-compulsiva in quanto percepita come egodistonica), che la vedono impegnata a ricercare fuori da sé (nel prete, nei passi della Bibbia, nella comunità), in modo assoluto e definitivo, la rassicurazione attraverso una “credenza” di segno contrario al “male”. Sebbene ne trovi, infatti, tale meccanismo, di fatto, rinforza la dicotomia e la intrappola nel dubbio che alimenta la sua ossessione. Così come la ricerca costante di persone che l’aiutano, che le dicono cosa fare e cosa pensare conferma la sua incapacità. Ciò rappresenta anche un vantaggio secondario perché le assicura la vicinanza dell’altro (che nella disponibilità le testimonia anche interesse ed affetto), la solleva materialmente da alcune incombenze e le permette di non assumere la responsabilità in caso di errore. (fig. 2)

Di particolare interesse il rapporto con la madre, già impedito dalla precoce separazione proprio nell’età di costruzione della relazione di attaccamento, appare segnatamente compromesso nel momento della nascita della sorella, in cui Marta sperimenta, marcata dalla differenza, una condizione di indegnità di amore. Ragionevole mi sembra, inoltre, l’ipotesi di “doppio legame”, che ritengo di formulare quale costruito organizzatore della complessità di ciò che osservo e delle narrazioni di Marta in merito al suo rapporto con la madre, rispetto al quale evidenzia una forte ambivalenza (le è grata per il suo accudimento materiale ma non si sente amata. E la risposta della madre, che le evidenzia i propri sacrifici, sembra attuare proprio la dinamica della disconferma attraverso la mancata validazione del contenuto emotivo ed, anzi, la colpevolizzazione del vissuto). Se il doppio legame coincide con la struttura delle interazioni significative, il soggetto non dispone più di un punto di vista stabile da cui giudicare gli eventi e in base al quale orientare l’azione. Mi colpisce, infatti, come a fronte di apprezzabili competenze cognitive, Marta esprima, in modo estremo e spesso incauto, il bisogno di ricercare qualcuno che la orienti, che le dica cosa fare e cosa pensare. Il costruito del doppio legame mi aiuterebbe, inoltre, a dare senso alla difficoltà che presenta nel valutare adeguatamente “la guida” (maghi, prete, vicino di casa, marito, suocera, impostori, fidanzati di turno...). La persona ripetutamente esposta a doppio legame all’interno di una relazione significativa, infatti, mostra difficoltà a decodificare i messaggi del proprio interlocutore e a valutarne la coerenza verbale/non verbale. L’ambiguità nell’attribuzione di significati, presentata da Marta in condizioni di stress, potrebbe, pertanto, collegarsi alla mancata decodifica dei messaggi nella loro interezza con una comprensione del contenuto (livello cognitivo) scisso dalla componente non verbale (sintonizzazione emotiva).



- (Fig 2) *Schematizzazione del funzionamento, delle tentate soluzioni e dei vantaggi secondari*

FUNZIONAMENTO E TENTATE SOLUZIONI	VANTAGGI SECONDARI
⊕ In bilico tra l'impotenza (depressione) e la potenza/la rabbia (mania) ⊕ Il dubbio: e se fosse vero? Se davvero mi accadesse qualcosa? ⊕ Stato di allerta generalizzato ⊕ Compulsioni = tentativo di controllare la paura ⊕ Ricerca di rassicurazione attraverso una modalità rigida e dogmatica ⊕ Ricerca di aiuto ⊕ Evitamento	⊕ Assicurarsi la vicinanza dell'altro ⊕ Controllare l'altro ⊕ Non assumere la responsabilità di scelta ⊕ Sollevarsi da incombenze

4. *Pianificazione del trattamento terapeutico - seconda fase*

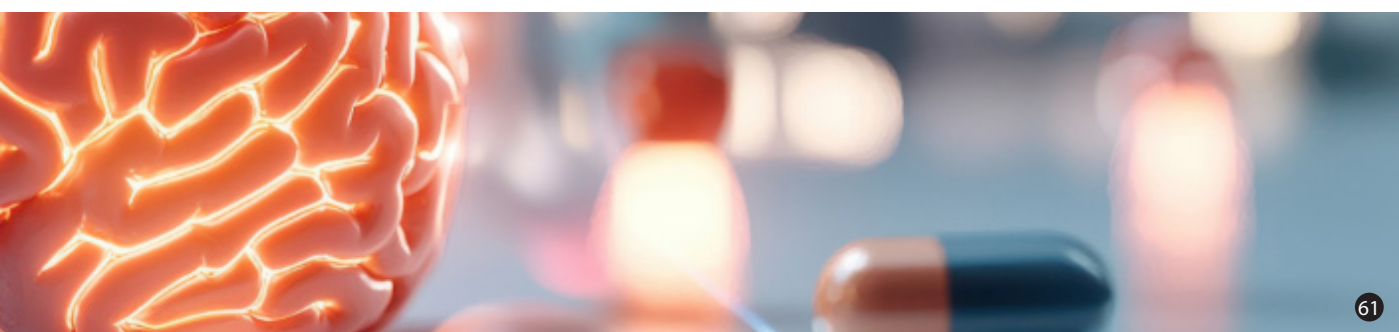
Obiettivo: Recupero di una condizione di buon funzionamento anche soggettivamente percepito, favorendo un processo di individuazione

Sotto-obiettivi:

- ⇒ Migliorare nel riconoscimento delle proprie e delle altrui emozioni
- ⇒ Recuperare ed ascoltare i propri desideri e i propri bisogni
- ⇒ Incrementare l'autostima ed il senso di autoefficacia, tollerando anche la possibilità di errore
- ⇒ Migliorare la capacità di riconoscere i prodromi di fasi critiche maniacali

Strategie: Le migliorate condizioni di Marta, la sua capacità di cogliere gli stimoli e le sfumature del dialogo mi hanno consentito un approccio che, pur conservando la direttività, ha anche carattere espressivo, suggestivo, umoristico, metaforico, paradossale. Inoltre, sebbene in fase di condivisione degli obiettivi le abbia rimandato la propria responsabilità nel processo di cambiamento, è stato necessario porre costantemente attenzione a tale dimensione per non colludere con la spiccata tendenza alla deresponsabilizzazione e alla delega.

Sul piano della riabilitazione: Coerentemente, anche il piano riabilitativo è stato adeguato nei termini di una graduale riduzione degli aiuti forniti, in funzione di una sempre più ampia autonomia.



5. *Discussione e valutazione dei risultati*

La comorbidità del disturbo bipolare con quello ossessivo-compulsivo rende il quadro psicopatologico più complesso ponendo, come già detto, non pochi problemi di trattamento. Come in ambito psichiatrico i farmaci normalmente utilizzati per il DOC e per le fasi depressive (i serotoninergici) inducono facilmente uno switch verso la mania, così lavorare sull'autoefficacia impone un'attenta valutazione di quando la percezione di un senso di sé più potente rappresenti un buon risultato o la manifestazione del viraggio dell'umore verso il polo positivo. Ho pertanto ritenuto di inserire tra gli obiettivi quello di farle acquisire maggiore competenza sulla dimensione della bipolarità che le possa fornire strumenti di riconoscimento delle oscillazioni dell'asse timico, dei prodromi e di quali strategie attivare. D'altro canto, nel lavoro in quest'area non ho inserito strumenti di automonitoraggio per non incentivare pensieri e condotte ossessive o ingenerare preoccupazioni eccessive su normali percezioni di benessere.

La possibilità di formulare una diagnosi complessa, in cui i sintomi acquisissero senso e significato, ha posto le basi per strutturare un piano di lavoro terapeutico organizzato su obiettivi di superamento degli schemi che reggono ed alimentano quei sintomi. Restituire a Marta il suo meccanismo di funzionamento ha avuto il duplice valore, da un lato, di togliere predominanza ai pensieri ossessivi e ai "riti" ma, soprattutto – perché sappiamo bene quanto poco la consapevolezza agisca in termini di cambiamento – di spostare la sua focalizzazione su dimensioni che lei stessa ha potuto riconoscere come poco ascoltate ed evolute (il dolore e la rabbia per la madre, la sorella, la violenza subita dal marito, la rinuncia ai propri desideri) e che nella terapia hanno trovato lo spazio di accoglienza.

Ma perché ciò avvenisse è stato necessario mettere in campo un'ampia varietà di strategie che mi permettessero di lavorare sulla dimensione ossessiva associata all'ipomania: la confusione, il ricalco, la variazione del setting, le ingiunzioni paradossali, la distrazione, l'abbandono del campo, l'utilizzazione. Alla mia prima domanda in seduta, infatti, Marta era capace di utilizzare tutto il tempo a disposizione (ed anche di più: in piedi sulla porta) per riportarmi, per intero, le sue conversazioni telefoniche, comprensive del "ciao" di saluto.

Uscire dalla dicotomia "ho paura = sono malata / non ho paura = sono guarita, o meglio, mi avete tolto la paura = mi avete guarita", le ha restituito potere e, quindi, responsabilità nel processo di cambiamento ma, soprattutto, nella sua vita.

Sebbene la tendenza alla delega sia sempre in agguato ed imponga di misurarsi sempre con tale dimensione, evitando la collusione, oggi, Marta dice: "non chiedo cosa devo fare, ascolto pareri e poi decido da sola". Di fatto, ha deciso. Ed ha deciso di voler rientrare a casa e di lasciare la comunità. Ne ha parlato con me e con la psichiatra e, insieme, abbiamo concordato la dimissione nel mese di settembre. Ma prima di questo ha deciso e fatto moltissime altre cose.

La sintomatologia ossessivo-compulsiva, ridotta a specifici momenti della giornata, continua ad incidere nel suo funzionamento ma non lo ostacola. Cura regolarmente la propria igiene, va dal parrucchiere, fa la ceretta, cura le mani. Acquista nuovi capi di abbigliamento, prodotti per la cura del viso e dei capelli, profumi. Cura la propria salute, fissando da sola gli appuntamenti e facendo valutazioni in merito agli specialisti da

consultare. Ha fatto piccoli lavori di ristrutturazione dell'appartamento e valutazioni autonome sull'impianto di riscaldamento da installare ("assumendo pareri" come dice lei ma, poi, ha fatto di testa sua, perseguendo con costanza la sua prima idea). Gestisce autonomamente il proprio denaro, aiutando mensilmente la figlia e pagando per lei le cure dentistiche che ha deciso, accordandosi con il medico, di rateizzare. Assume da sola la propria terapia farmacologica e fa regolari soggiorni a casa dove si è occupata di seguire, presso il CAF, delle pratiche di successione, è andata a fare la spesa, ha cucinato. Quando si reca a casa in soggiorno, non vuole ancora prendere il treno ma ha trovato una persona del suo paese che si presta (dietro pagamento) a farle da autista. Nel periodo di Pasqua lei e la figlia sono state invitate a pranzo da una vicina di casa e si è organizzata per acquistare dei dolci da portare e dell'agnello da cucinare alla brace. Me lo ha raccontato al rientro e a me sembra un miracolo che non mi abbia chiesto parere!

4.6. Verso la conclusione: consolidamento e svincolo

Nel lavoro che ho svolto, per esigenze espositive, ho scelto di raccontare la prima e l'ultima fase dell'intervento terapeutico per rappresentare un percorso che, raccontato, potrà apparire lineare e coerente ma che ha visto, nella realtà operativa, fasi alterne, passi indietro, errori, recuperi, revisione delle ipotesi e degli obiettivi, riposizionamenti nella relazione, guardando e ascoltando Marta. Nell'ultimo periodo sta affrontando un grave lutto per la perdita del fratello, morto suicida. Dopo i primi giorni di evidente ed espresso dolore, si è presentata, poi, un'intensificazione dell'irrequietezza e delle compulsioni. Recatasi in soggiorno a casa, in occasione della messa per il trigesimo, senza avvisare, non ha fatto rientro in comunità nel giorno stabilito. Alle 02.00 di notte, mi ha inviato un messaggio sul telefono "Spero che almeno tu dorma visto che io non riesco a darmi pace per non averti parlato. Scusami ma non posso rientrare perché ho ancora delle cose da sbrigare... poi ti spiego". Sentita al telefono, il giorno dopo, mi ha confermato la volontà di non rientrare più e, sebbene riscontrassi un evidente stato di agitazione, ho ritenuto prioritario, dinanzi alla sua "fuga adolescenziale", trattarla da "adulta" cominciando, così, a validare il tentativo di svincolo attuato, sebbene, secondo i suoi schemi. Le ho risposto che la vita e la salute (psichica, intendevo) sono aspetti troppo importanti perché fosse qualcun altro a decidere per lei. L'ho, infine, rassicurata del fatto che non le sarebbe accaduto nulla (mi riferivo al ricovero coatto... i pazienti "psichiatrici" che ne hanno fatto esperienza hanno sempre timore del TSO) e che, in ogni caso, io avrei compreso e rispettato ogni sua scelta. Una settimana più tardi ha telefonato, annunciando il suo rientro per il giorno dopo. A distanza di un mese, per confermarle quanto rimandatole, mi sono espressa positivamente rispetto alla sua nuova richiesta di soggiorno a casa, durante la quale ha telefonato ed annunciato il ritardo di un giorno nel suo rientro, perché la figlia stava male e desiderava rimanerle accanto. L'utilizzo, questa volta, di una modalità più congrua alla sua età e nella relazione mi ha confermato nella scelta operata oltre che informarmi, per la tendenza a procrastinare il rientro, della stabilità della progettualità espressa.

Marta è guarita? Se per guarigione si intende assenza di malattia, la risposta è no. Ma, di certo, ha trovato e tenta di sperimentare nella sua vita un adattamento più funzionale.

Avrà ricadute? Si farà manipolare ancora? Questo non è possibile prevederlo ma non validare quello che esprime (“sono consapevole di tutto quello che hai fatto per me... ora ho bisogno di riprendere la mia vita fuori dalla comunità” mi disse), significherebbe, oltre che impedirle ciò per cui abbiamo lavorato (l’individuazione, lo svincolo e la fiducia in sé), inseguire vanamente un astratto modello di normalità, più rispondente alla mia rappresentazione di ciò di cui avrebbe bisogno per stare bene che alla sua. I soggiorni a casa rappresenteranno, pertanto, il luogo naturale in cui sperimentare e verificare la tenuta dei cambiamenti attuati mentre i rientri in comunità il contesto protetto in cui rivedere il percorso, consolidare le nuove strategie e riconoscere a Marta “tutto ciò che lei ha fatto per sé”.

Tale ultima restituzione è compatibile con la prima ipotesi formulata, che sarà poi rivista in quella che ho definito come “seconda fase” del trattamento terapeutico.



dott.ssa Antonietta Cortese

Psicologa psicoterapeuta ad indirizzo strategico integrato
e giudice onorario

Riferimenti bibliografici

- Amerio A., Odone A., et al. (2014), "Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review" in *Acta Psychiatr Scand*, 129, 343-358;
- Anthony, W.A. (1993), "Recovery from mental illness: the guiding vision of mental health service system in 1990s" in *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23;
- Ballerini, A., Callieri, B. (a cura di) (1996) *Breviario di psicopatologia. La dimensione umana della sofferenza mentale*, Feltrinelli, Milano;
- Castelfranchi, C., (1993) "Riabilitazione come pedagogia del potere" in Coffinardi F. (a cura di), *La riabilitazione della psichiatria*, Métis, Lanciano (Ch);
- Carew T.J., Hawkins R.D., Kandel E.R. (1983) "Differential classical conditioning of a defensive withdrawal reflex in *Aplysia californica**" *Science*, n 219, 397-400;
- Carozza, P., (2006) "Principi di riabilitazione psichiatrica", Franco Angeli, Milano
- Celia G., (2016) "La psicoterapia strategico-integrata. L'evoluzione dell'intervento clinico breve", Franco Angeli, Milano.
- Chen YW., (1995) Dilsaver SC., "Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorder" *Psychiatry Res*, n.59, pp 57-74;
- Ciampi L., Muller C., (1984) "The life course and aging in schizophrenia: a catamnestic longitudinal study into advanced age", by E.Forstberg for the Vermont Longitudinal Research Project;
- De Girolamo G., (1996) "Studies on schizophrenia: an overview of the results and their implications for the understanding of the disorder" *The Psychotherapy Patient*, 9, 213-223;
- El-Mallakh RS., Hollifield M., (2008) "Comorbid anxiety in bipolar disorder alters treatment and prognosis", *Psychiatr Q*, n. 79, pp. 139-150;
- Gould E, Gross C.G., (2002) "Neurogenesis in adult mammals: some progress and problems", *The journal of neuroscience*, 22, n. 3, 619-623
- Haley J., (1976) "Terapie non comuni. Tecniche ipnotiche e terapia della famiglia", Astrolabio-Ubaldini, Roma;
- Haley J., (1983) "Il distacco dalla famiglia", Astrolabio, Roma;
- Harding C.M., Brooks, G.W., et al (1987) "The Vermont longitudinal study of person with severe mental illness: methodology, study sample and overall status 32 years later" *American Journal of Psychiatry*, 6, p. 718-726;
- Harding C.M., Zubin J., Strauss J.S., (1992) "Chronicity in schizophrenia: resited" *British Journal of Psychiatry*, 161, p. 27-37;
- Hebb D.O., (1975) "L'organizzazione del comportamento", Franco Angeli, Milano;
- Kandel E.R., et al, (1994) "Principi di neuroscienze" C.E. Ambrosiana, Milano;
- Kruger S., Braunig P., Cooke RG., (2000) "Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in recovered inpatients with bipolar disorder, in *Bipolar disorder* n.2, pp 71-74;
- Pagani M, Carletto S., (2019) "Il cervello che cambia. Neuroimaging: il contributo alle neuroscienze", Mimesis, Milano
- Seki T., Arai Y, (1993) "Distribution and possible roles of the highly polysialylated neural cell adhesion molecule (NCAM-H) in the developing and adult central nervous system" *Neuroscience Research* n. 17 (3), 25-290;
- Vita A., Barlati S., (2018) "Recovery from schizophrenia: is it possible?" *Current opinion* in *Psychiatry*, 31(3), p. 246-255.



SCUPSIS
SCUOLA DI PSICOTERAPIA
STRATEGICA INTEGRATA



ECDL
Centro Esami



ANINSEI
CONFINDUSTRIA
ASSOCIAZIONE NAZIONALE CENTRI RICERCA INNOVAZIONE E DI STRUTTORIA
SCUOLA ASSOCIATA





COMPLESSO SCOLASTICO
SERAPHICUM



NUOVA SEDE
V.le Egeo 100



Member of
UNESCO
Associated
Schools



CAMBRIDGE ENGLISH
Language Assessment
Open Centre

We prepare for

Cambridge

English Qualifications

Cambridge

English Teaching

PSICOLOGIA CLINICA & PSICOTERAPIA OGGI