



LE PSICOTERAPIE IN PSICO-ONCOLOGIA

MODELLI TEORICI, STRATEGIE DI INTERVENTO E VALUTAZIONE DEGLI ESITI

Atti del convegno

“Psicoterapie in Psico-Oncologia, incontro e condivisione tra approcci, dalla teoria alla pratica”

30 Novembre - 1 Dicembre 2018

(Negrar, Verona)

In collaborazione con



Con il patrocinio di:



Società Italiana di Psiconcologia



Presidenti Del Convegno

Deledda Giuseppe

Responsabile Servizio Di Psicologia Clinica
IRCCS Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" – Negrar di Valpolicella (VR)
Coordinatore SIPO Veneto - Trentino Alto Adige

Gritti Paolo

Dipartimento di Psichiatria - Università degli Studi della Campania «Luigi Vanvitelli»
Presidente Società Italiana di Psico-Oncologia (SIPO)

Comitato Organizzatore

Eleonora Geccherle
Servizio Di Psicologia Clinica
IRCCS Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" Negrar di Valpolicella (VR)
Socio SIPO Veneto - Trentino Alto Adige

Fantoni Giovanna
Servizio Di Psicologia Clinica
IRCCS Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" Negrar di Valpolicella (VR)
Socio SIPO Veneto - Trentino Alto Adige

Segreteria Scientifica

Virginia Avesani

Presidente Ordine degli Psicologi Di Bolzano

Bellè Marta

Servizio di Psicologia Ospedaliera - Ulss 22 Marca Trevigiana
Consigliere Direttivo Regionale Sipo Veneto - Trentino Alto Adige

Bommassar Roberta

Vicepresidente dell'Ordine degli Psicologi di Trento

Dal Corso Laura

Professore Associato Università Di Padova, Segretario Ordine Degli Psicologi Del Veneto

Deledda Giuseppe

Responsabile Servizio Di Psicologia Clinica
IRCCS Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" – Negrar di Valpolicella (VR)
Coordinatore SIPO Veneto - Trentino Alto Adige

Giansante Matteo

Servizio di Psicologia Clinica
IRCCS Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" – Negrar di Valpolicella (VR)
Coordinatore Nazionale Working Group SIPO Giovani

Gritti Paolo

Dipartimento di Psichiatria - Università degli Studi della Campania «Luigi Vanvitelli»
Presidente Società Italiana di Psico-Oncologia (SIPO)

Palermo Giuseppe

Consigliere Direttivo Regionale SIPO Veneto - Trentino Alto Adige

Poli Sara

Servizio Di Psicologia Clinica, IRCCS Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria", Negrar (VR)
Consigliere Direttivo Regionale SIPO Veneto - Trentino Alto Adige

Serpentini Samantha

Istituto Oncologico Veneto IRCCS Padova
Consigliere Direttivo Nazionale SIPO e Segretaria Direttivo Regionale SIPO Veneto - Trentino Alto Adige

Sommacal Samuela

Istituto Oncologico Veneto IRCCS Padova
Consigliere Direttivo Regionale SIPO Veneto - Trentino Alto Adige

Zanoni Margherita

Unità Semplice Dipartimentale (USD) Psicologia Clinica BT
Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona (AOUI)

INDICE:

<u>LE PSICOTERAPIE IN PSICO-ONCOLOGIA MODELLI TEORICI, STRATEGIE DI INTERVENTO E VALUTAZIONE DEGLI ESITI.....</u>	4
INTRODUZIONE	4
PSICOTERAPIE IN ONCOLOGIA: PATHOS E LOGOS	5
STRUTTURA E METODOLOGIA DI LAVORO NEI GRUPPI	7
IL CASO CLINICO DI LISA.....	7
L'INTERVENTO SECONDO I VARI MODELLI PSICOTERAPEUTICI	9
PSICOTERAPIA UMANISTICO-ESISTENZIALE	9
TERAPIA PSICODINAMICA.....	15
PSICOTERAPIA SISTEMICA-RELAZIONALE	20
PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DI SECONDA GENERAZIONE.....	23
PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DI TERZA GENERAZIONE	27
PSICOTERAPIA INTERAZIONISTA-COSTRUTTIVISTA	44
PSICOTERAPIA DELLA GESTALT	54
PSICOTERAPIA PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA	71
LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI IN PSICO-ONCOLOGIA: EQUIBUS REBUS	75

LE PSICOTERAPIE IN PSICO-ONCOLOGIA MODELLI TEORICI, STRATEGIE DI INTERVENTO E VALUTAZIONE DEGLI ESITI

Introduzione

Deledda Giuseppe

Responsabile Servizio Di Psicologia Clinica

IRCCS Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" – Negrar di Valpolicella (VR)

Coordinatore SIPO Veneto - Trentino Alto Adige



Ritengo innanzitutto doveroso ringraziare il Prof. Paolo Gritti, per il suo sapiente contributo e per il piacere d'aver condiviso la presidenza del primo Convegno sulle Psicoterapie in Psico-Oncologia organizzata dalla SIPO e tenutasi presso l'IRCCS dell'Ospedale Sacro Cuore-Don Calabria a Negrar di Valpolicella il trenta novembre ed il primo dicembre del 2018.

Ringrazio gli Ordini degli Psicologi del Veneto, di Trento e di Bolzano per aver sostenuto con forza l'importanza di una riflessione sulla tematica delle Psicoterapie in Psico-Oncologia e per aver partecipato attivamente alla realizzazione del Convegno.

Un ringraziamento speciale lo vorrei anche rivolgere a tutti i colleghi psiconcologi esperti provenienti da molteplici realtà distribuite in varie parti d'Italia, che si sono dedicati nel corso dei mesi precedenti al convegno alla preparazione dei simposi e nei mesi successivi alla stesura del documento, che rappresenta quindi il frutto di un lavoro di sintesi impegnativo, che ha risposto pienamente ad un quesito che ci accompagnava da tempo, ossia, se fosse possibile incontrarsi intorno ad un tavolo per condividere teorie e metodi appartenenti ad approcci differenti.

Per poter rispondere a tale domanda, ci è sembrato utile scegliere un oggetto intorno al quale potersi incontrare e dal quale sviluppare un dialogo che rappresentasse le diverse prospettive e che fosse inserito in uno scenario osservabile e nel quale poter entrare in contatto. Le giornate congressuali sono state caratterizzate da un dialogo aperto ed un ascolto che ha saputo accogliere curiosamente e rispettosamente tutti i contributi, che hanno mostrato la pertinenza e l'utilità degli interventi psicoterapeutici in ambito oncologico, utilizzati per affrontare un ampio spettro di problematiche psicologiche, dai disturbi dell'adattamento, a sindromi psicopatologiche quali i disturbi dell'umore e dell'ansia, e in modo minore agli altri disturbi psicologici.

Ampio spazio è stato dato infine agli aspetti metodologici, tramite role play e filmati, che hanno permesso ai partecipanti di dibattere e confrontarsi.

Infine, è stata dedicata una riflessione sulle metodologie di assessment, fondamento per poter effettuare una psicoterapia appropriata, e sulla misurazione degli esiti, per poter dare evidenze di efficacia dei trattamenti.

Psicoterapie in Oncologia: pathos e logos

Prof. Paolo Gritti

Dipartimento di Psichiatria - Università degli Studi della Campania «Luigi Vanvitelli»
Presidente Società Italiana di Psico-Oncologia (SIPO)



A partire dalla metà degli anni 60' il numero di pubblicazioni scientifiche inerenti l'applicazione dei costrutti e delle tecniche delle psicoterapie in oncologia si incrementa in modo esponenziale sui database scientifici da alcune decine per anno fino alle centinaia per anno nell'ultimo lustro. Tale sviluppo è concomitante con i progressi diagnostico-terapeutici nella cura del cancro che oggi assicurano la guarigione o la lunga sopravvivenza ad un numero sempre maggiore di pazienti. Ciò, se determina l'evidenziarsi dei riflessi psicologici di queste malattie per il paziente e i caregivers, suggerisce o impone sempre più di frequente il ricorso a trattamenti psicologici di supporto nella forma del counseling o della psicoterapia (Watson & Kissane, 2011) Già nel 1937 Freud osservava che spesso i trattamenti psicoterapeutici sono destinati ad un esito incerto a causa della loro complessità. Tale considerazione è tanto più appropriata quando i processi terapeutici sono applicati ai pazienti affetti da malattie somatiche, dunque è preliminare domandarsi se sussiste oggi una accreditata letteratura scientifica sulle prove di efficacia dei trattamenti psicoterapeutici in oncologia. Le evidenze oggi disponibili sono controverse. Faller (2013) riporta effetti significativi per la psicoterapia e la psicoeducazione individuali e di gruppo che si mantengono a medio termine (6 mesi) e a lungo termine (6 mesi). Chong Guang (2016) conclude la sua analisi di letteratura con la considerazione che, anche se la psicoterapia dimostra di migliorare la qualità della vita ed i processi di coping del paziente, nonchè ridurre l'angoscia, l'ansia e la depressione, il numero e la qualità degli studi clinici per ciascun tipo di psicoterapia sono ancora insoddisfacenti e sono necessari studi clinici più rigorosi e ben progettati. Per quanto concerne i due principali target sintomatologici delle psicoterapie in oncologia, le evidenze disponibili non sono incoraggianti. Okuyama Toru et al. (2017), evidenziano che ancora oggi sussistono studi di bassa qualità che suggeriscono che la psicoterapia è moderatamente efficace per il miglioramento dei sintomi della depressione tra i malati di cancro avanzati e incurabili rispetto alle condizioni di controllo. Sanjida et al. (2018) giungono alle medesime conclusioni esaminando la efficacia delle psicoterapie sull'ansia del paziente. Grassi, Spiegel, Riba (2017), sostengono che gli interventi con il supporto empirico più consolidato per il trattamento dell'angoscia nei pazienti oncologici includono: la psicoterapia di gruppo supportiva-espressiva, la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia cognitiva-esistenziale, la psicoterapia centrata sul significato, i trattamenti mindfulness, cui si aggiungono la Dignity therapy, la Family-focused Grief Therapy e la Acceptance and Commitment Therapy in cancer. Fra tutte, la Dignity therapy e la Meaning Centered Psychotherapy sembrano confermare la loro efficacia (Teo, 2019). Infine, la applicazione delle psicoterapie in oncologia ha consentito di elaborare nuovi costrutti esplicativi (double awareness; double consciousness) idonei alla interpretazione della specifica condizione esistenziale del paziente neoplastico. A sostegno di queste posizioni si aggiungono recenti evidenze sugli effetti biologici delle psicoterapie (Quidè, 2012; Barsaglini, 2014;) nonché sulle loro interazioni epigenetiche (Jimenez, 2018). Tali osservazioni consentono di individuare un tronco comune degli obiettivi perseguibili dai processi psicoterapeutici in oncologia. Essi consistono, a mio avviso, nella ricerca di significati esistenziali impliciti nella esperienza di malattia che

favoriscano processi adattivi soggettivi ed interpersonali. In sintesi: Sono accreditate numerose varianti cliniche delle psicoterapie in oncologia; Le psicoterapie mostrano efficacia moderata in oncologia; Il ricorso alle psicoterapie in oncologia necessita di competenze aggiuntive o specifiche; La applicazione delle psicoterapie in oncologia genera nuovi modelli di intervento; La applicazione delle psicoterapie in oncologia evidenzia un tratto clinico/dottrinario condiviso

Bibliografia

Watson M, Kissane D (eds) (2011). Handbook of psychotherapy in cancer care. Wiley-Blackwell, Oxford

Faller H. et al. (2013). Effects of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis *Journal of Clinical Oncology* 2013 31:6, 782-793.

Okuyama Toru et al. (2017). Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*, Vol. 56, 16 – 27

Sanjida, S., et al. (2018). Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analyses. *Psycho-Oncology*. 27: 2063– 2076.

Teo, I. et al. (2019). Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*. 28: 1394– 1407.

Quidé Y. et al. (2012). Differences between effects of psychological versus pharmacological treatments on functional and morphological brain alterations in anxiety disorders and major depressive disorder: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. Jan;36(1):626-44

Barsaglini A. et al. (2014). The effects of psychotherapy on brain function: a systematic and critical review. *Prog Neurobiol*. 2014 Mar; 114:1-14.

Jiménez J.P. et al. (2018) Psychotherapy and Genetic Neuroscience: An Emerging Dialog *Front. Genet*. 9:257

Struttura e metodologia di lavoro nei gruppi

È stato proposto a tutti i gruppi che hanno aderito al convegno di utilizzare il seguente caso clinico come traccia, “la storia di Lisa”, su cui poter effettuare l’analisi del caso, una proposta di trattamento psicoterapeutico e l’individuazione degli strumenti per poter effettuare la valutazione di esito.

Pertanto ad ogni gruppo è stato chiesto di affrontare nella loro relazione i seguenti punti:

- Introduzione relativa alla cornice teorica
- Caso/i clinico (Role Play/Video)
- Misurazione dell'esito dell'intervento

Il Caso Clinico di Lisa

A marzo 2018, si vede per un primo colloquio la paziente su invito del medico oncologo, in previsione dell'inizio della chemioterapia. La paziente è compliant e accoglie l'invito del medico.

STORIA DI VITA

Lisa, donna di 38 anni, sposata da circa 1 anno, senza figli, laureata, lavoro dirigenziale, relazioni familiari molto buone e stile coeso, lei è ritenuta il punto di riferimento per il marito, la sorella e le nipoti (alle quali dedica molto tempo e attenzione).

Si definisce una persona determinata, precisa, ordinata, socievole, affettuosa, con una buona attività sessuale, sportiva, che ama leggere e viaggiare.

I genitori, di 74 e 72 aa hanno entrambi svolto attività lavorative dirigenziali e vengono descritti come persone molto colte e che hanno riversato sui figli alte aspettative.

Primogenita di 3 fratelli, riporta un rapporto con i genitori a tratti conflittuale, soprattutto con la figura materna che la paziente descrive come molto esigente e responsabilizzante nei confronti dei fratelli più piccoli (un fratello e una sorella minori di pochi anni di differenza) e dello studio.

Riferisce pertanto di essersi sempre caricata di molte responsabilità in ambito scolastico e familiare con vissuto di colpa.

All'età di 22 anni durante il percorso universitario riferisce un episodio ansioso-depressivo in seguito ad alcuni fallimenti scolastici e alla fine di una relazione amorosa. Per tale episodio si è rivolta al medico di base che le ha prescritto cura farmacologica al bisogno (Xanax).

ANAMNESI CLINICA

Nel gennaio 2018 in seguito ad autopalpazione si rivolge al medico curante per effettuare indagine diagnostica. Viene diagnosticato carcinoma duttale infiltrante della mammella destra [cT2, pN0 (I), cM0; stadio IIA; HER2 positivo (score 3+)] ed effettua intervento di quadrantectomia sinistra con svuotamento ascellare.

L'oncologo le propone in seguito all'intervento percorso chemioterapico neoadiuvante (trastuzumab). Sviluppa linfoedema al braccio dx in seguito allo svuotamento con riferita sintomatologia dolorosa.

ESAME OBIETTIVO

La paziente riferisce forte tristezza e uno stato di elevata ansia reattiva, legata alla notizia di dover iniziare la chemioterapia e in particolare al pensiero degli effetti collaterali (come la perdita di capelli, la nausea, cambiamenti corporei e menopausa indotta).

Riferisce dolore al braccio reattivo al linfedema con forte restrizione comportamentale (sospensione delle attività sportive e domestiche).

In funzione dell'intervento al seno ha riportato difficoltà di accettazione della propria immagine corporea con conseguente riduzione dell'attività sessuale. È presente una forte ruminazione e i pensieri ricorrenti sono: "non potrò più avere figli", "la mia vita non ha più senso", "il mio corpo fa schifo, non sono più una donna", "cosa se ne fa un marito di una donna come me" "tutti i sacrifici fatti fino ad ora non servono più a nulla",...

Elisa riferisce anche una forte chiusura a livello sociale, rifiuta gli inviti degli amici, non risponde più ai messaggi sul telefono ed evita anche il contatto con le nipoti e i familiari più stretti i quali sono molto preoccupati per la sua reazione.

La paziente riporta una tendenza da parte del marito a sminuire la situazione, una consapevolezza di malattia ridotta, e una modalità di comportamento evitante.

L'intervento secondo i vari modelli psicoterapeutici

PSICOTERAPIA UMANISTICO-ESISTENZIALE

Moderatori: Dr.ssa Serpentine, Dr.ssa Costantini

Relatori: Dr.ssa Antonella Filastro, Dr.ssa Giulia Guidotti, Dr.ssa Chiara Pizzagalli



Dott.ssa Anna
Costantini



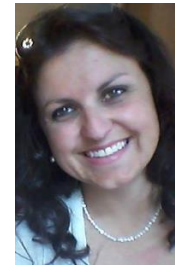
Dott.ssa Samantha
Serpentine



Dott.ssa Antonella
Filastro



Dott.ssa Giulia
Guidotti



Dott.ssa Chiara
Pizzagalli

Molte malattie, come ad esempio quelle oncologiche, rappresentano per la persona malata non solo delle patologie da affrontare dal punto di vista medico ma anche vere crisi del percorso esistenziale che richiedono adattamenti e cambiamenti man mano che la salute peggiora. La malattia oncologica rappresenta una compromissione della sicurezza per il proprio percorso esistenziale, un confronto netto con quella che Luigi De Marchi, fondatore del modello umanistico-esistenziale IPUE, definiva angoscia di morte, nettamente diversa dalle classiche “preoccupazioni ipocondriache”, dal momento che il cancro può portare ad una attivazione di problematiche esistenziali. Il paziente non ha solo la necessità di ricevere risposte alle richieste di intervento tecnico per la salute, ma manifesta anche dei bisogni “spirituali” che chiedono di essere accolti. Fra questi, quello di dare un significato alla malattia, spesso accompagnata da ansia, demoralizzazione, depressione, irritabilità, rabbia, disturbi del sonno o reazioni di tipo ipomaniacali. Il modello umanistico-esistenziale focalizza la sua attenzione proprio sulle problematiche connesse al vissuto della malattia e al cambiamento che ha prodotto nella prospettiva di sé e del futuro. Si tratta di questioni di natura specificatamente umana riguardanti l’esistenza. La tradizione psicoterapica ha diversi punti di riferimento in tal senso tra cui Jerome Frank con gli studi sui fattori non specifici nella psicoterapia, il ruolo della mobilitazione della speranza o interventi anti-demoralizzazione; Viktor Frankl con la logoterapia; Carl Rogers e colleghi italiani che si basavano su una relazione terapeutica centrata sulla persona, sull’empatia, sul calore e sul rispetto. Fra loro, Luigi De Marchi con il suo modello IPUE, Massimo Biondi con la sua “Dimensione temporale in Psicoterapia” e Anna Costantini, Massimo Biondi e Thomas N. Wise con “Psiconcologia” .

DESCRIZIONE MODELLO

Il modello umanistico esistenziale è basato su un approccio alla sofferenza centrato sulla persona malata piuttosto che sulla malattia e punta a considerare nel processo di cura, insieme all’attenzione clinica, anche aspetti profondi della persona in quanto essere umano, nel suo essere unico e irripetibile come individuo. Nel valutare il processo di malattia e gli interventi, il modello UE considera il ciclo di esistenza della persona e la possibile angoscia per la malattia e la morte, sostenendone l’espressione e fornendo strumenti per ricostruire il senso della propria esistenza. Quest’approccio si applica in generale a tutti i pazienti sofferenti di patologie organiche in medicina e chirurgia, inclusa quella oncologica, e privilegia l’umanizzazione delle cure e l’empowerment in linea con i più recenti sviluppi del Codice Deontologico che vede la persona al centro del processo di cura. Sono numerose le influenze che caratterizzano gli interventi del modello UE che vanno

da un tipo di intervento al paziente di carattere esistenziale (inquadrando i fenomeni e le sofferenze riportate in terapia come una fenomenologia da approfondire, elaborare e superare), fino a interventi di carattere psico-corporeo, volti a integrare la dimensione corporea sempre più trascurata in vari approcci psicoterapeutici, intesa come specchio e manifestazione diretta o indiretta di una sofferenza psichica. Per questa ragione esso sta avendo crescente accoglienza da parte di persone sofferenti non solo di disturbi psichiatrici ma in particolare con malati somatici, specie con pazienti oncologici, in cura palliativa e ospedalizzati in generale. Lo spirito che anima il modello è pluralista, non dogmatico verso la sofferenza umana; l'intervento clinico riconosce e si concentra su quattro dimensioni dell'esperienza umana, identificate come fondamentali in un trattamento clinico orientato al recupero di senso e significato per la propria vita, al recupero di un progetto e del benessere:

la dimensione relazionale affettiva,

la dimensione corporea,

la dimensione esistenziale,

la dimensione cognitivo-esistenziale.

La dimensione relazionale affettiva: al fine di stabilire un'efficace relazione terapeutica con il paziente, è bene ricordare come per ogni evento occorra una dose specifica di empatia; quello che nel modello UE viene definito come rapporto relazionale di empatia di esistenza si riferisce alla capacità del clinico di ricreare un ambiente di accettazione empatica incondizionata tale per cui si possa esplorare insieme al paziente la profondità dei significati degli eventi riportati nel setting. Per raggiungere questo obiettivo non è sufficiente possedere l'aspetto relativo al piano verbale nella relazione con il paziente ma occorre anche una sofisticata e attenta presenza sul piano propriocettivo e corporeo: una efficace comunicazione non verbale contribuirà significativamente alla costruzione di un clima di empatia esistenziale in cui il soggetto si sentirà più incline ad esprimersi. Questa dimensione è di particolare importanza perché permette al paziente di andare verso l'elemento più importante dell'approccio UE: la scelta, la risposta proattiva e il guardare avanti per una creazione di senso e significato.

La dimensione corporea: all'interno del modello UE tutte le tensioni, le somatizzazioni e le attivazioni neurovegetative sono visti come correlati della sofferenza emozionale e psichica. Finalità dell'esperienza corporea in seduta è quella di recuperare ricordi, emozioni del passato, e una maggiore capacità di contatto con se e con gli altri. Attraverso alcuni esercizi di respirazione, di rilassamento, di bioenergetica e di ACT si insegna a sentire il corpo a recuperarne l'esperienza connettendola al vissuto psichico e a controllarlo, contribuendo all'auto-regolazione emozionale. Queste tecniche sono risultate essere molto efficaci soprattutto con quei pazienti che hanno una ridotta capacità di mentalizzazione o che presentano forti somatizzazioni.

La dimensione esistenziale: il modello UE consente non solo al terapeuta di affrontare tematiche esistenziali come il senso della vita, la morte, la sofferenza o la scelta ma anche quelli inerenti ai processi di crescita, di sviluppo e di affermazione di sé, innescando i processi di ampliamento ed espressione delle proprie risorse creative. È importante il procedere per cicli, ovvero vedere la propria vita in una cornice diversa acquisendo una "visione longitudinale esistenziale", rilanciando nuovi traguardi nel qui e ora che diano un senso alla propria esistenza e che aprano ad una visione progettuale e creativa verso la vita. Il terapeuta deve cercare di intercettare, riconoscere e promuovere le motivazioni esistenziali del paziente, accanto alle risorse e potenzialità che vanno a generare un senso di efficacia e di empowerment sulla propria vita. Altro elemento fondamentale è la cosiddetta empatia esistenziale, una disposizione d'animo del terapeuta che ascolta l'esperienza soggettiva che il paziente riporta e nel contempo vi partecipa con atteggiamento non giudicante, non tentando di spiegarla ma vivendola insieme. Questo permette di aiutare la persona anche in condizione di fine vita e, quindi, di andare oltre le tematiche che solitamente vengono affrontate in psicoterapia,

partendo dal presupposto che terapeuta e paziente, pur trovandosi in situazioni di vita differenti, appartengono alla stessa condizione umana.

La dimensione cognitiva esistenziale: propone una ristrutturazione e una integrazione in senso funzionale dei processi cognitivi all'interno delle modulazioni affettive del paziente al fine di recuperare un senso di significatività della propria esistenza e uno spostamento da un focus nevrotico alle proprie potenzialità. Il paziente riesce a ridefinire nuovi obiettivi e a progettare nuovi traguardi che danno un senso diverso alla sua esistenza. Questa dimensione consente di indagare un nuovo modo di essere funzionale alla realtà e nel progetto di sé e della propria identità e di acquisire uno stile di pensiero utile laddove risulti inefficace l'esplorazione profonda del proprio passato e delle angosce più nascoste.

CASO CLINICO

A marzo 2018, si vede per un primo colloquio la paziente su invio del medico oncologo, in previsione dell'inizio della chemioterapia. La paziente è compliant e accoglie l'invito del medico. Lisa è una donna di 38 anni, sposata da circa 1 anno, senza figli, laureata, lavoro dirigenziale, relazioni familiari molto buone e stile coeso. Si descrive come il punto di riferimento del marito, della sorella e delle nipoti alle quali dedica molto tempo e attenzione e come una persona determinata, precisa, ordinata, socievole, affettuosa, con una buona attività sessuale, sportiva, che ama leggere e viaggiare. Si è sempre caricata di molte responsabilità in ambito scolastico e familiare con vissuto di colpa. All'età di 22 anni durante il percorso universitario riferisce un episodio ansioso-depressivo in seguito ad alcuni fallimenti scolastici e alla fine di una relazione amorosa, episodi di vita per i quali aveva iniziato una cura farmacologica al bisogno (Xanax).

ESAME OBIETTIVO

La paziente riferisce forte tristezza e uno stato di elevata ansia reattiva, legata alla notizia di dover iniziare la chemioterapia e in particolare al pensiero degli effetti collaterali (come la perdita di capelli, la nausea, cambiamenti corporei e menopausa indotta).

Riferisce dolore al braccio reattivo al linfedema con forte restrizione comportamentale (sospensione delle attività sportive e domestiche). In funzione dell'intervento al seno ha riportato difficoltà di accettazione della propria immagine corporea con conseguente riduzione dell'attività sessuale. È presente una forte ruminazione e i pensieri ricorrenti sono: "non potrò più avere figli", "la mia vita non ha più senso", "il mio corpo fa schifo, non sono più una donna", "cosa se ne fa un marito di una donna come me" "tutti i sacrifici fatti fino ad ora non servono più a nulla". Riferisce anche una forte chiusura a livello sociale, rifiuta gli inviti degli amici, non risponde più ai messaggi sul telefono ed evita anche il contatto con le nipoti e i familiari più stretti i quali sono molto preoccupati per la sua reazione. La paziente riporta una tendenza da parte del marito a sminuire la situazione, una consapevolezza di malattia ridotta, e una modalità di comportamento evitante.

T: Buona sera Elisa

P: Buona sera...

T: In che modo posso esserle utile? (lungo silenzio della pz) Sento che è un momento difficile questo per lei

P: Sì molto

T: Proviamo a parlarne

P: Purtroppo a gennaio mi hanno diagnosticato un tumore al seno, fortunatamente non di quelli invasivi, l'intervento ha conservato gran parte del seno ma ha avuto delle conseguenze ancora più devastanti per me. Il mio problema, anche se potrà sembrare strano, deriva non dal tumore in sé ma da quello che mi ha lasciato

e mi lascerà per sempre: ho un linfedema al braccio destro che mi impedisce di svolgere la mia vita. Prima ero una donna molto attiva e avevo tante passioni mentre adesso mi trovo in casa da sola; la mia vita è totalmente cambiata: prima mi dividevo tra casa lavoro e famiglia, tutte cose che adesso non riesco a fare perché ho dolore e un senso di pesantezza costante che mi impedisce di fare le cose che facevo prima.

T: Capisco... deve essere stata dura per lei. Mi parli di questo dolore: è localizzato o diffuso?

P: Il dolore è solo qui al braccio ma da un po' di tempo a questa parte ho un senso di oppressione al petto.... come se dovessi fare dei respiri più lunghi per incamerare aria. Tutti i sacrifici fatti mi sembrano inutili, pensavo di avere un futuro e invece adesso vedo il nulla. Purtroppo, questa situazione la sto affrontando da sola perché sa io sono sposata ma...

T: Da quanto?

P: Da un anno, ma mio marito non riesce a starmi accanto in questo momento, minimizza ogni mia preoccupazione. Lo sento vicino solo fisicamente ma non riesco a percepirlo come un supporto per me. Inoltre, mi sento anche molto inutile come persona perché non mi sento di aiuto... sto vivendo un periodo difficile

T: Lo sento.... Lisa, da chi è stata inviata?

P: Il mio oncologo mi ha suggerito di venire da lei; anche per la situazione che sto vivendo a casa mi ha suggerito che forse poteva essere importante parlare con qualcuno e rivedere un po' tutto quello che mi è successo. Però sono sincera, non ho molte aspettative perché io vorrei ritornare ad essere la Lisa di prima

T: Quindi è un po' sfiduciata?

P: Sì perché penso che nessuna terapia possa farmi tornare la donna di prima. Con mio marito abbiamo fatto tanti sacrifici prima del matrimonio e adesso mi sembra tutto inutile. È come se mi trovassi in una stanza buia e non riuscissi a trovare l'interruttore. Prima ero inondata di luce perché comunque vivevo una vita normale, felice. Adesso invece sono al buio, non ho appigli né direzioni... pur sforzandomi io non riesco a vedere un futuro... sento di aver perso la bussola della mia vita... C'è Lisa prima della data dell'intervento e quella di adesso e ovviamente ciò che vedo ora non mi piace.

T: Lo sento il suo senso di sfiducia e di inutilità (ASCOLTO EMPATICO E LEGGITIMATO). Poca fa mi diceva che per lei è stato più sconvolgente il linfedema piuttosto che il cancro

P: Sì, paradossalmente sì perché il cancro, dopo l'operazione, è andato via ma per il braccio non è così. Io mi alzo ogni mattina e vedo un corpo deturpato, quando mi guardo allo specchio non mi riconosco. C'è Lisa prima della data dell'intervento e quella di adesso che non mi permette neanche di avere una vita sessuale perché la vergogna schiaccia ogni mio desiderio. Mio marito tenta un approccio e sente il mio no come un rifiuto a lui ma in realtà è un rifiuto a me stessa. Questa cosa mi fa provare rabbia perché mio marito non riesce a capire, ma allo stesso tempo anche un profondo senso di colpa perché noi siamo giovani, abbiamo 38 anni e io sto costringendo mio marito a non vivere, proprio come non sto vivendo io

T: Capisco.... potrebbe parlarmi un po' di più di questo suo senso di colpa? È come se privasse suo marito di una vita felice? (COLPA ESISTENZIALE)

P: Sì, prima eravamo una coppia felice, normale mentre adesso sento che lo sto privando di qualcosa e questa sensazione mi distrugge anche perché avevamo il desiderio di allargare la nostra famiglia ma adesso non possiamo più farlo anche perché l'oncologo mi ha detto che dovrò fare una cura ormonale che durerà cinque anni e a 43 anni sarà praticamente impossibile che io possa diventare madre.

T: Questo è quello che lei pensa?

P: Sì

T: Rispetto a questo però io le posso dire che oggi ci sono diverse strategie per preservare la fertilità prima della cura ormonale. Lei ne ha parlato con la sua ginecologa? (RESTITUZIONE DELLA QUOTA DI SPERANZA)

P: No, ho troppo paura della risposta e quindi ho sempre evitato l'argomento ma lei...potrebbe aiutarmi a comunicare questo mio desiderio?

T: Certo lo facciamo insieme.... (PSICOLOGO COME FACILITATORE DELL'ESPRESSIONE DEI BISOGNI DELLA PAZIENTE NEI CONFRONTI DEGLI ONCOLOGI). Poi Lisa per il senso di colpa non è stata lei la causa di tutto ciò...che colpa ne ha? Lisa ma lei sente anche rabbia?

P: Sì, io capisco che per mio marito è difficile e forse sto riversando su di lui la mia rabbia per quello che mi è successo

T: È comprensibile Lisa e forse potrebbe essere un aiuto per lei incontrare anche tuo marito, sicuramente anche lui sta vivendo un momento difficile e forse non sa come gestire il tutto

P: Sì certo, posso proporglielo. Comunque la volevo ringraziare per quello che mi ha detto sulla maternità perché mi sento sollevata, stava diventando un'ossessione. Per il braccio però non si può fare nulla.

T: Comprendo quello che dice perché ha a che fare col suo sentirsi donna, però ci possiamo lavorare per aiutarla a convivere con quest'aspetto di lei, proprio perché è solo un aspetto: il che non vuol dire essere privata da qualcosa ma essere diversa da quella che era ieri. Possiamo ridefinire una nuova Lisa che non è detto che sia peggiore, ma diversa. Sei una persona diversa. Ecco, invece, la Lisa prima della malattia... me la può descrivere?

P: Ero una persona piena di interessi, di amici, avevo ottimi rapporti con la mia famiglia, amo da morire le mie nipotine, stavo spesso con loro... vivevo appieno la mia vita, invece adesso ho allontanato anche loro. Non voglio farmi vedere così perché hanno un'idea di una zia che c'è sempre stata, sono quasi una seconda mamma. Perché sono fatta così., quando gli altri hanno bisogno sanno di trovarmi sempre, invece adesso è impossibile. Preferisco lasciare quel ricordo di me, sempre attiva, fattiva, che poteva aiutare gli altri.

T: Sì è sempre spesa per gli altri e forse è giunto il momento che permetta agli altri di prendersi cura di lei. Lei Lisa chiede aiuto? Tutti abbiamo bisogno, siamo esseri umani (DIMENSIONE ESISTENZIALE E LAVORO SULL'ESPRESSIONE DEI BISOGNI)

P: No

T: Ha difficoltà?

P: Questo è un aspetto che mi riconosco fin da piccola, anche con le mie sorelle io mi sentivo caricata di responsabilità dal momento che ero la sorella maggiore. Ogni mio bisogno è sempre stato messo in secondo piano

T: Soffocato....

P: Sì

T: E adesso non pensi che sia necessario farti aiutare dalle persone che hai sempre aiutato?

P: Credo che questa cosa possa farmi entrare in contatto con una parte di me che io ho sempre rifiutato...quella parte un po' più fragile. Sono abituata a dare e offrire aiuto

T: Bene Lisa, intanto grazie perché penso che lei oggi abbia comunicato abbastanza, ha potuto esprimere autenticamente quello che sente. L'aiuto che posso darle è di provare a dare un senso a questo problema del

linfedema che lei vive con angoscia: possiamo lavorarci affinché lei possa imparare a convivere trasformando l'emozione di rabbia che prova, dando un significato e trovando per ogni emozione uno spazio dentro di lei (UTILIZZO DELLA TECNICA DELL'ACT E DEL LAVORO CORPOREO). Spero che questo sia uno spazio tutto suo dove poter comunicare le sue ansie, le sue paure e le sue incertezze rispetto al presente e al futuro. Spero anche di aiutarla nel riattivare le sue risorse perché sono dentro di lei anche adesso, magari assopite. Riconoscerle le permetterà di aprirsi ad una nuova progettualità

ASSESSMENT

Qualsiasi modello di intervento teso a migliorare la qualità della vita dovrebbe tener conto della globalità dei bisogni del paziente, ponendo quindi l'attenzione su diverse aree quali lo stato fisico e psicologico, l'interazione sociale, la sessualità e l'immagine corporea, il funzionamento cognitivo e in ultimo, ma non per minore importanza, gli aspetti spirituali e religiosi. Il modello UE si avvale di diversi strumenti in ambito oncologico, primo fra tutti il colloquio clinico; in questo caso specifico gli strumenti di assessment sono:

Distress Thermometer (DT) di L. Grassi et al somministrato per valutare lo stress psicosociale e la qualità della vita. Lo strumento va ad indagare diverse aree di disagio che il paziente ha potuto sperimentare nell'ultima settimana: aspetti pratici, relazionali, emozionali, spirituali e problemi fisici;

Demoralization Scale (DS) di A. Costantini per la misurazione della demoralizzazione che pone l'attenzione clinica su cinque dimensioni fondamentali: la perdita di significato e scopo nella vita, lo scoraggiamento, la disforia, il senso di fallimento e l'impotenza;

MINI Mental Adjustment to Cancer (MINI-MAC) di L. Grassi et al per valutare lo stile di coping del paziente alla malattia che può essere classificato in: preoccupazione ansiosa, evitamento cognitivo, fatalismo, spirito combattivo e helplessness/hopelessness;

Patient Health Questionnaire (PHQ-9) di Picardi et al per la valutazione della presenza o meno di una depressione maggiore che fa riferimento alle ultime due settimane. Questo test è stato considerato il più indicato da somministrare a pazienti oncologici dal momento che a differenza di altri, non si focalizza sui sintomi fisici che potrebbero costituire un bias nella valutazione della depressione dal momento che alcuni di essi potrebbero non essere somatizzazioni depressive ma conseguenza della terapia chemioterapica;

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) di Snaith e Zigmond per riconoscere stati d'ansia e di depressione in pazienti affetti da malattie organiche, con l'esclusione dalle aree di indagine degli indicatori somatici di distress psicologico (per es., cefalea, insonnia, vertigini, perdita di peso, astenia) che possono essere legati alla presenza della malattia organica stessa o a una conseguenza degli interventi terapeutici.

Bibliografia

Biondi M, *Pensieri terapeutici*, Alpes, Roma, 2015.

Chochinov, M.H., *Terapia della dignità. Parole per il tempo che rimane*. Ed. Italiana a cura di Giuseppe Moretto e Luigi Grassi, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2015.

De Marchi L, *Lo shock primario: le radici del fanatismo da Neanderthal alle torri gemelle*, RAI ERI, Roma, 2002

Filastro A e Finetti A, *Conversazioni esistenziali*, Alpes, Roma, 2015.

Grassi L, Biondi M, Costantini A, *Manuale pratico di psiconcologia*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2003.

Pallagrosi M, Fonzi L, Picardi A, Biondi M, *Assessing clinician's subjective experience during interaction with patients*, 2014.

TERAPIA PSICODINAMICA

Moderatori: Dr.ssa Eleonora Capovilla

Relatori: Dr.ssa Samuela Sommacal, Dr.ssa Camilla Giabardo, Dr.ssa Anna Faggionato



Dott.ssa Eleonora Capovilla



Dott.ssa Samuela Sommacal



Dott.ssa Anna Faggionato



Dott.ssa Camilla Giabardo

“La psicoterapia psicodinamica è un approccio alla diagnosi e alla terapia, caratterizzato da un modo di pensare sia rispetto al paziente che rispetto al terapeuta che comprende il conflitto inconscio, le carenze e le distorsioni delle strutture intrapsichiche e le relazioni oggettuali interne, e che integra questi elementi con i dati attuali delle neuroscienze” Glen O. Gabbard, 2015. Partendo dalle origini possiamo dire che Freud 1915 teorizzò l’apparato della mente suddiviso in tre sistemi: Inconscio (contenuti primitivi e organizzati secondo le leggi di un pensiero non logico), Preconscio (i contenuti possono essere portati alla coscienza con uno sforzo di attenzione) e Conscio che è *“l’organo della consapevolezza”*. La psicoanalisi, dunque, nasce per curare determinati disturbi mentali indagando le dinamiche inconscie dell’individuo. Alla base di tali disturbi, secondo tale teoria, è riscontrabile un conflitto tra istanze contrarie. Questo conflitto può essere rilevato attraverso l’osservazione di sintomi, agiti, pensieri e sogni del paziente. I conflitti sono sempre presenti in ogni persona e divengono patogeni solo quando vi sia uno scompenso delle forze in gioco che determina una rottura dell’equilibrio psichico. Questa rottura può essere determinata da vari fattori, come per esempio può essere il riscontro di una patologia oncologica. Spesso la persona che arriva in consulenza ha un vissuto di spaesamento e di assenza di un presente e il suo futuro e pre-occupato dalla “massa” tumorale, già occupato dal pensiero del tumore. Il paziente oncologico ha un vissuto di grande attesa e sospensione, come descrive Minkowski 1933 un filosofo della corrente fenomenologica *“Il fenomeno vitale che si contrappone all’attività [...] non è la passività [...] bensì l’attesa. Essa ingloba tutto l’essere vivente, sospende la sua attività e lo immobilizza, angosciato. L’attesa contiene in sé un fattore di arresto brutale che toglie il respiro. Si direbbe che tutto il divenire, si avventi su di lui come una massa possente e ostile cercando di annientarlo. [...] L’attesa primitiva è sempre legata ad un’intensa angoscia, poichè essa è una sospensione di quell’attività che è la vita stessa. [...] L’attività contiene in sé della durata, non è così per l’attesa. Nell’attesa io vivo l’istantaneità.”* La prospettiva fenomenologica consente quindi di gettare uno sguardo pieno di insight sulla patologia oncologica intuendone in modo immediato l’angosciosità e la dolorosità, che la persona attraversa durante il percorso di malattia. Polisenò e Nesci (1989) lo definiscono *“lutto della progettualità”* ossia questo stato mentale che blocca il fluire del tempo vissuto e quindi di progettare l’esistenza, ponendo la persona in uno stato di lutto e perdita. L’angoscia che vivono che parla del blocco del tempo vissuto induce ad una prima difesa ossia non progettate per evitare la catastrofe attesa, la morte. Un elemento fondamentale per l’approccio psicodinamico è l’utilizzo del setting, ossia un contenitore stabile che favorisca il processo di cambiamento del paziente (luogo, frequenza, orario). Il setting è definito sia da elementi concreti, ma anche da atteggiamenti e attitudini del terapeuta come: l’astinenza (dare spazio all’Altro), sospensione del giudizio, il poter condividere tutto ciò che attraversa il suo mondo interno (pensieri preconsoci-inconsoci) e la possibilità dell’utilizzo delle interpretazione. Per un lavoro efficace con un paziente oncologico è fondamentale la costruzione di un setting che sia un contenitore sensibile ed estremamente elastico, ossia che possa essere stabile dando sicurezza al paziente ma nello stesso momento che si possa modificare a seconda delle variabili

legate alla malattia. Come dice Gaddini, 1983 il setting prima di ogni cosa è *“la mente analizzata dell’analista”* che si muove orientandosi con la risonanza del vissuto del paziente, attraverso il transfert e il controtransfert. Il transfert è lo spostamento di schemi emozionali, di pensieri e di comportamento, sperimentati in relazione a figure significative dell’infanzia, sul terapeuta. Il controtransfert è la risposta emozionale, conscia e inconscia, del terapeuta alle comunicazioni del paziente. Questo ultimo secondo Gabbard (1994) è *“un strumento diagnostico e terapeutico fondamentale, che dice al terapeuta molto del mondo interno del paziente.”* Un’altro elemento basilare per questo approccio sono le difese, che sono meccanismi volti a preservare un senso di autostima dinnanzi a sentimenti di vergogna e vulnerabilità narcisistica e a garantire un senso di sicurezza quando l’individuo si sente gravemente minacciato da abbandono o da rischi. Hanno un’organizzazione gerarchica: Le difese primitive (la scissione, l’identificazione proiettiva, la proiezione, il diniego, la dissociazione, l’idealizzazione, l’acting out, la somatizzazione, la regressione e la fantasia schizoide) e quelle più mature (l’introiezione, l’identificazione, lo spostamento, l’intellettualizzazione, l’isolamento dell’affetto, la razionalizzazione, la sessualizzazione, la formazione reattiva, la rimozione, l’annullamento retroattivo). Durante i colloqui si approfondiscono alcune tematiche d’interesse: relazioni oggettuali e di attaccamento, storia biografica del paziente, tappe nella crescita evolutiva. E’ fondamentale sempre avere in mente che il paziente è protagonista e regista attivo della scena terapeutica e che è necessario andare oltre ad una diagnosi descrittiva ed arrivare ad una conoscenza del paziente come essere umano. L’obiettivo di un percorso con un approccio psicodinamico è aiutare la persona a conoscere la sue emozioni, poterle esprimere e vivere senza rimanere bloccato un vissuto di attesa, favorendo le integrazioni delle varie parte ad aiutandolo quindi a percepirsi come una unità e non come un elemento frammentato. Nello specifico andremo ad analizzare l’ipotesi di lavoro in un caso concreto dal primo colloquio alle sedute successive. Il Caso Clinico di Lisa A marzo 2018, si vede per un primo colloquio la paziente su invio del medico oncologo, in previsione dell’inizio della chemioterapia. La paziente è compliante e accoglie l’invito del medico.

STORIA DI VITA

Lisa, donna di 38 anni, sposata da circa 1 anno, senza figli, laureata, lavoro dirigenziale, relazioni familiari molto buone e stile coeso, lei è ritenuta il punto di riferimento per il marito, la sorella e le nipoti (alle quali dedica molto tempo e attenzione). Si definisce una persona determinata, precisa, ordinata, socievole, affettuosa, con una buona attività sessuale, sportiva, che ama leggere e viaggiare. I genitori, di 74 e 72 aa hanno entrambi svolto attività lavorative dirigenziali e vengono descritti come persone molto colte e che hanno riversato sui figli alte aspettative. Primogenita di 3 fratelli, riporta un rapporto con i genitori a tratti conflittuale, soprattutto con la figura materna che la paziente descrive come molto esigente e responsabilizzante nei confronti dei fratelli più piccoli (un fratello e una sorella minori di pochi anni di differenza) e dello studio. Riferisce pertanto di essersi sempre caricata di molte responsabilità in ambito scolastico e familiare con vissuto di colpa. All’età di 22 anni durante il percorso universitario riferisce un episodio ansioso-depressivo in seguito ad alcuni fallimenti scolastici e alla fine di una relazione amorosa. Per tale episodio si è rivolta al medico di base che le ha prescritto cura farmacologica al bisogno (Xanax).

ANAMNESI CLINICA

Nel gennaio 2018 in seguito ad autopalpazione si rivolge al medico curante per effettuare indagine diagnostica. Viene diagnosticato carcinoma duttale infiltrante della mammella destra [cT2, pN0 (I), cM0; stadio IIA; HER2 positivo (score 3+)] ed effettua intervento di quadrantectomia sinistra con svuotamento ascellare. L’oncologo le propone in seguito all’intervento percorso chemioterapico neoadiuvante (trastuzumab). Sviluppa l’edema al braccio dx in seguito allo svuotamento con riferita sintomatologia dolorosa.

ESAME OBIETTIVO

La paziente riferisce forte tristezza e uno stato di elevata ansia reattiva, legata alla notizia di dover iniziare la chemioterapia e in particolare al pensiero degli effetti collaterali (come la perdita di capelli, la nausea, cambiamenti corporei e menopausa indotta). Riferisce dolore al braccio reattivo al linfedema con forte restrizione comportamentale (sospensione delle attività sportive e domestiche). In funzione dell'intervento al seno ha riportato difficoltà di accettazione della propria immagine corporea con conseguente riduzione dell'attività sessuale. È presente una forte ruminazione e i pensieri ricorrenti sono: "non potrò più avere figli", "la mia vita non ha più senso", "il mio corpo fa schifo, non sono più una donna", "cosa se ne fa un marito di una donna come me" "tutti i sacrifici fatti fino ad ora non servono più a nulla",... Lisa riferisce anche una forte chiusura a livello sociale, rifiuta gli inviti degli amici, non risponde più ai messaggi sul telefono ed evita anche il contatto con le nipoti e i familiari più stretti i quali sono molto preoccupati per la sua reazione. La paziente riporta una tendenza da parte del marito a sminuire la situazione, una consapevolezza di malattia ridotta, e una modalità di comportamento evitante. Il processo di valutazione iniziale consente di selezionare i pazienti idonei ad intraprendere una psicoterapia psicodinamica. Dobbiamo infatti ricordare che è il trattamento che deve essere adatto al paziente, e non viceversa. Esaminando il caso clinico di Lisa emerge un confronto che evidenzia come non ci sono sostanziali differenze all'interno dei vari orientamenti psicodinamici, ma tra questi e gli altri approcci. Le piccole differenze tra orientamenti come la Fenomenologia, la Psicoanalisi, l'Analisi Transazionale, sono colmate dall'attenzione data ai medesimi aspetti. Il caso clinico proposto ci ha indotte ad esaminare la relazione, il contratto, le emozioni, il transfert, il setting, le difese, il tempo, la malattia [...]. L'obiettivo del primo incontro con la paziente in questione, dunque, è stato di analizzare il suo problema, come finalità secondaria è stato importante stabilire collaborazione ed empatia tra le parti. Non appena è iniziata la relazione sono arrivate le informazioni, la paziente, però, ha manifestato adattamento o soddisfazione delle aspettative sulla relazione col terapeuta? Proseguendo con l'incontro ecco che la cornice necessaria che permette l'espressione del transfert e dei conflitti inconsci del paziente si rivela il setting. Può essere concreto e materiale o interno e porta all'ascolto fornendo protezione. Il setting della paziente è istituzionale, perciò aderente a delle regole fisse e luoghi neutri. Teniamo presente che il setting è principalmente un assetto mentale dell'analista, ma la sua espressione concreta, la sua manifestazione, si realizza nel setting esterno (Di Chiara, 1971). Volendo dare una definizione di psicoterapia psicodinamica a lungo termine possiamo dire che si tratta di *"una terapia che rivolge una profonda attenzione all'interazione terapeuta-paziente, con interpretazioni del transfert e della resistenza condotte con tempi accuratamente definiti e inquadrati in una elaborata valutazione del contributo del terapeuta alla relazione interpersonale"* (Gabbard, 2009). Nelle sedute successive al primo colloquio gli ambiti da indagare sono plurimi e diversi. L'analisi dei livelli di organizzazione della personalità risulta un elemento determinante nella definizione dell'idoneità del paziente ad una psicoterapia psicodinamica e le informazioni riconducibili al transfert e al controtransfert possono contribuire significativamente a questo scopo. Gli aspetti che valutiamo includeranno cinque elementi fondamentali (Gabbard, 2005), quali il temperamento, le rappresentazioni interne di sé e degli altri riconducibile a stati affettivi e che vengono esteriorizzate nelle relazioni interpersonali, un senso generale di sé continuo e stabile nel tempo, l'insieme caratteristico dei meccanismi di difesa ed uno stile cognitivo correlato. Tutti questi elementi sono da contestualizzare in un quadro psiconcologico che richiede alcuni necessari accorgimenti. Lisa presenta dei nuclei di fragilità che vanno valutati in concerto alla presenza/assenza di una crisi esistenziale, alla tolleranza della frustrazione o dell'ansia, alla capacità di auto-osservazione ed alla presenza della patologia oncologica. Il transfert nei confronti del terapeuta fornisce informazioni importanti in relazione alla capacità di instaurare un rapporto di fiducia ed in merito si osserva che Lisa viene a colloquio, dove si segue il linguaggio verbale, non verbale ed inconscio. Queste caratteristiche suggeriscono la necessità di un lavoro espressivo oppure maggiormente supportivo nella psicoterapia psicodinamica, lungo un continuum espressivo-supportivo, dove l'asse può orientarsi verso interventi di carattere più espressivo, non solo in funzione del numero di interventi esplorativi, ma anche in funzione di una maggiore enfasi riferita alle dinamiche transferali (Gabbard, 2015).

La scelta della terapia deve essere concordata di volta in volta con il paziente sulla base di variabili specifiche, ove è utile elaborare una valutazione psicodinamica contemplando gli aspetti relativi all'adattamento alla malattia, alla modalità di coping ed alla presenza di un mite o elevato distress psicologico. Il terapeuta inoltre deve monitorare i sintomi che il paziente presenta, così come del decorso, dell'anamnesi familiare e della risposta a eventuali trattamenti farmacologici. In Lisa possiamo osservare che presenta ansia reattiva e tristezza, manifestando di non aver accettato la sua nuova identità corporea, inoltre in relazione all'ambito familiare si contempla che la malattia organica, specialmente perché grave, cronica e invalidante ha ripercussioni sullo sviluppo e sulle relazioni. I genitori di Lisa conducono un'attività dirigenziale, sono colti ed hanno alte aspettative; mentre il marito sminuisce la criticità della situazione, esprime una ridotta consapevolezza e presenta un comportamento evitante; questo contesto relazionale va esaminato nel lavoro di terapia al fine di promuovere una migliore comunicazione ed una modalità di coping funzionale allo stato di salute attuale. L'obiettivo della terapia psicodinamica ha la volontà di ripristinare un benessere psico-fisico, con lo scopo di potenziare le risorse individuali e familiari, promuovendo la capacità di resilienza ed incoraggiando una soddisfacente qualità di vita. A raggiungimento di un'elaborazione psicodinamica dei contenuti, come oggetto della terapia saranno necessariamente il trauma, la menopausa indotta e la perdita della fertilità, le ruminazioni, il ritiro sociale connessi e reattivi alla malattia ed il contesto relazionale -marito e genitori-. In un momento successivo il colloquio psiconcologico psicodinamico, offre prima di tutto uno spazio di conforto e comprensione e fornisce la possibilità di trovare delle soluzioni creative, talvolta anche di natura pratica, per affrontare la nuova situazione che si sta delineando; ma ancor di più permette di comprendere gli aspetti simbolici delle modificazioni all'interno del sistema, con lo scopo di elaborare gli eventi critici ed i compiti di sviluppo personale e relazionale. La durata della terapia dipende dalla situazione organica e non prettamente la profondità in cui si intende arrivare, dovendo contemplare di volta in volta l'esito delle cure e degli effetti collaterali; in merito sarà importante capire la partecipazione di Lisa alle cure, aderente o evitante, osservatrice o protagonista? Il progetto terapeutico si pone il fine di contemplare le dinamiche intrapsichiche, ridisegnare i legami familiari, rispettare i tempi di Lisa promuovendo il cambiamento, elaborando il distress psicologico, favorendo l'adattamento, e ponendo un'attenta valutazione dei bisogni psicosociali. La salute psichica si basa su un equilibrio fra adattamento ed innovazione, attaccamento e separazione, integrazione e regressione, mondo interno e mondo esterno. In Lisa il desiderio è di favorire la partecipazione al processo decisionale e durante le cure, incrementando la compliance e la soddisfazione globale. Il terapeuta susciterà curiosità in Lisa affinché questa si sforzi a collaborare all'identificazione di obiettivi del trattamento ragionevoli, che, una volta discussi, renderanno più solida l'alleanza. La malattia oncologica assume connotati particolarmente destrutturanti quando colpisce la "donna" che affronta non solo la perdita della propria immagine femminile, ma anche quella di osservare all'interno del sistema familiare diverse ripercussioni. Questa condizione di sofferenza si aggrava ulteriormente nel momento delle terapie e dell'iter di cura. In questo progetto, la psicoterapia psicodinamica come approccio alla diagnosi e alla terapia si è proposta di analizzare le problematiche di carattere psiconcologico che nascono e si sviluppano quando il cancro interessa una donna in giovane età, osservando l'interdisciplinarietà che può essere esplorata attraverso l'applicazione dell'Approccio Psiconcologico Integrato (API) (E. Capovilla et al., 2006) ed il disagio psicologico generato dalla situazione traumatizzante della malattia, misurabile attraverso il "Distress Thermometer" (DT) come VI parametro vitale. L'approccio psicodinamico in oncologia riporta effetti positivi tanto sull'adattamento psicologico quanto sulla qualità della vita e sul reinserimento sociale; l'attenzione è focalizzata ad affrontare i bisogni sociali, psicologici, emozionali, spirituali e funzionali come parte integrante delle cure oncologiche ("Giornale Italiano di Psico-Oncologia", 2011).

Bibliografia

- T. Bastianini, A. Ferruta. (2018). La cura psicoanalitica contemporanea. Estensioni della pratica clinica. Firenze. Ed. Fioriti.
- E. Capovilla. (2006). Ospedale e territorio: assistenza integrata, *Giornale Italiano di Psiconcologia*, n1-2, Vol 6.
- G. Di Chiara. (1971). Setting analitico. *Psiche*, 8.
- Fornari. (1979). I fondamenti di una teoria psicoanalitica del linguaggio. Torino. Ed. Boringhieri.
- Glen O. Gabbard. (1994). Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition (2nd edition). Washington, DC. American Psychiatric Press. doi.org/10.1080/00029157.2000.10734367
- Glen O. Gabbard. (2005). Introduzione alla psicoterapia psicodinamica. Milano. Ed. Raffaello Cortina. ISBN 887-07-896-59
- Glen O. Gabbard. (2009). Textbook of psychotherapeutic treatments. Arlington, VA, US. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Glen O. Gabbard. (2015). Psichiatria psicodinamica. Milano. Ed. Raffaello Cortina. ISBN 978-88-603-0734-7
- E. Gaddini. (1983). Terapia e conoscenza in psicoanalisi in *Rivista di Psicoanalisi*, 29,14.
- Giornale Italiano di Psico-Oncologia. (2011). Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica. Vol. 13 - N. 2. Disponibile da <http://www.siponazionale.it>
- Minkowski C. (1933). Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia. Torino. Ed. Einaudi. ISBN 9788806165741
- Nesci D.A., Poliseno T.A., Squillacioti M.R., Linardos M. (1989). Il lutto della progettualità: riflessioni psico-oncologiche tra fenomenologia e psicoanalisi, in Aa. Vv., Verso una psicologia fenomenologica ed esistenziale, a cura di De Luca. Rivista internazionale di psicoterapia.
- Nesci D.A., Poliseno T.A. (1997). Metamorfosi e Cancro. Roma. Ed. SEU.

PSICOTERAPIA SISTEMICA-RELAZIONALE

Moderatori: Prof. Paolo Gritti

Relatori: Dr.ssa De Sanso Sara, Dr.ssa Marta Bellè, Dr. Giuseppe Palermo, Dr.ssa Chiara Rutigliano



Prof. Paolo Gritti



Dott.ssa Marta Bellè



Dott. Giuseppe Palermo



Dott.ssa Sara De Sanso



Dott.ssa Chiara Rutigliano

La terapia familiare si è sviluppata come estensione della psicoanalisi negli anni '50 in America con l'intento di trovare metodi di terapia più efficaci dell'approccio intrapsichico nei casi di gravi disturbi emotivi che coinvolgono direttamente sia l'individuo che il contesto familiare in cui è inserito. La terapia familiare è un approccio fondato sulla resilienza, va cioè a cercare le risorse che ogni individuo e famiglia possiede e su questo potenziale costruisce le possibilità di un cambiamento. *Il paradosso della resilienza è che i nostri momenti peggiori possono rivelarsi quelli più vantaggiosi (F.Walsch).*

Come afferma Bowen: un sistema teorico che pensa in termini di famiglia e lavora per migliorare il sistema familiare è psicoterapia della famiglia. Compito del terapeuta è comprendere il problema in termini relazionali attraverso il contributo di tutti i membri e tracciare nella sua mente una mappa della struttura familiare.

Durante la storia di malattia è fondamentale occuparsi non solo del singolo paziente, ma anche della sua famiglia in quanto *la malattia è un ospite inatteso che non riguarda solo il paziente, ma tutta la famiglia.*

Quando si profila un'emergenza, un intervento di matrice sistemica va a rinforzare quelle dinamiche interazionali fondamentali che sostengono i processi di guarigione, di recupero e di resilienza, consentendo alla famiglia e ai suoi componenti di integrare l'esperienza e di andare avanti nella loro vita (Walsh)

Il sistema famiglia di Lisa

La famiglia è matrice di valori e il luogo dove si impara a gestire la differenza (di generi e di stirpe) e a trattare le emozioni, in particolare il dolore. La struttura della famiglia deve essere capace di adattarsi se le situazioni cambiano in modo da far fronte alle nuove situazioni. Le dinamiche familiari possono essere mobilitate come risorse utili a compensare gli effetti negativi dello stress. La famiglia può ristrutturare le sue routine quotidiane e ridistribuire le responsabilità al suo interno.

Ogni individuo pur restando l'artefice della propria storia partecipa alla messa in scena di un 'copione familiare' in cui ciascuno nasce con un determinato ruolo e una determinata funzione ed è tenuto a soddisfare implicitamente una serie di aspettative (Scabini, Marta, 1995). Ruolo e funzione sono determinati dalla fase del ciclo vitale in cui nascono i figli, dall'ordine di genitura, dal genere, dalle aspettative genitoriali (il primogenito generalmente prende la maggior parte delle istanze di entrambi i genitori).

Lisa è una figlia genitoriale: da sempre responsabilizzata nei confronti dei fratelli. Le richieste fatte al figlio possono cozzare contro i bisogni propri della sua età e oltrepassare le sue capacità di sostenerle. L'assunzione di un ruolo genitoriale da parte di un figlio può rivelarsi lesiva per il bambino se questa funzione diventa una necessità costante che esita in un'inversione di ruolo. Il figlio genitoriale sviluppa responsabilità, competenza e autonomia maggiori di quelle proprie della sua età. Comporta una ridotta capacità di distinguere e riconoscere i propri desideri. Sono portati a occuparsi affettivamente anche da adulti di altre persone specialmente nelle relazioni amorose e possono scegliere professioni di aiuto.

La non differenziazione di Lisa

Gli individui tendono a porsi in rapporto con i vari componenti della famiglia d'origine nel continuum di una gamma che va dalla fusione estrema alla completa differenziazione del sé.

Il concetto della differenziazione del sé ha a che fare con la misura in cui una persona diviene emotivamente differenziata dal genitore. Il grado di differenziazione determina lo stile di vita della persona e si replica nel matrimonio. Gli obiettivi della terapia familiare è quello di aiutare i membri a migliorare il livello di differenziazione del sé.

Lisa è una figlia che non è riuscita a differenziarsi per una serie di vincoli molto importanti alla sua famiglia d'origine (lealtà invisibili che stabiliscono i crediti e i debiti verso l'alto, tanto da aver scelto un uomo che non l'ha aiutata ad uscire dalla famiglia): l'alto livello di fusionalità emotiva all'interno della sua famiglia (specialmente con la madre e la relazione di cura verso i fratelli) le ha impedito di sviluppare una percezione chiara di sé come individuo dotata di un sé completo in relazione agli altri.

Il genogramma familiare

Introdotta da Bowen è la mappa trigerazionale della famiglia, all'interno del quale osservare la composizione della famiglia nell'arco di almeno tre generazioni, con gli eventi più significativi (nascite, morti, separazioni...) che viene utilizzato per formulare ipotesi relazionali e impostare un progetto terapeutico. Attraverso il racconto e la elaborazione della storia familiare la persona viene sollecitata a riparare antichi tagli emotivi, a riconnettersi o differenziarsi da legami di dipendenza tra le diverse generazioni, così come a vivere pienamente il presente e le relazioni attuali in un modo più autentico e non più bloccato da divieti e ingiunzioni intergenerazionali.

Il genogramma può servire non a rivelare la personalità degli individui, ma a spingere le persone a confrontarsi con la varietà degli schemi relazionali del loro passato e del loro presente, e dunque a mettere in luce i diversi aspetti del sé che determinano la loro risposta ai differenti contenuti (Andolfi).

Bibliografia

Andolfi M., (1978) La terapia con la famiglia. Un approccio relazionale, casa editrice astrolabio.

Andolfi M. (2005). I pionieri della terapia familiare. Franco Angeli.

Bertrando P., I processi di cambiamento in terapia sistemica in riflessioni sistemiche – n.6 giugno 2012, PP 154-165

Bowen M. (1979). Dalla famiglia all'individuo, Roma: Astrolabio-Ubaldini

Cigoli V., Galimberti C., Mombelli M., (2000). Il legame disperante, Raffaello Cortina Editore

Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A., M., (2016), Entrare in terapia, le sette porte della terapia sistemica, Raffaello Cortina Editore

Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W.S., Et Al. (2010) Distress Management. J Natl Compr Canc Netw, 8:448-485

Malagoli Togliatti M., Angrisani P., Barone M., (2000) La Psicoterapia con la coppia- Il Modello Integrato dei Contratti- Teoria E Pratica, Ed. Franco Angeli

Pannone F. (2008). Genogramma e copione familiare: dall'identità alla creatività in l'adozione consapevole, Baldascini L., Milano, Franco Angeli

Scabini E., Cigoli V., (2000). Il familiare. Legami, simboli, transizioni, Milano Raffaello Cortina Editore

Walsh F. (2008). La resilienza familiare. Raffaello Cortina Editore. 2008

SITOGRAFIA

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1298&area=programmazione-sanitaria-lea&menu=vuoto

PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DI SECONDA GENERAZIONE

Moderatore: Dr.ssa Veronica Marinelli

Relatori: Dr.ssa Alice Corà, Dr.ssa Maria Calanni Macchio, Dr.ssa Laura Morini



Dott.ssa Maria Calanni Macchio



Dott.ssa Alice Corà



Dott.ssa Veronica Marinelli

“Di tutte le cose esistenti alcune sono in nostro potere, e altre non sono in nostro potere... Gli uomini sono disturbati, non dalle cose, ma dai principi e dalle opinioni che hanno riguardo alle cose... Non sono gli eventi ma il nostro punto di vista riguardante gli eventi che è il fattore determinante. Dovremmo essere più preoccupati di rimuovere i pensieri sbagliati dalla mente...” (Epiteto)

INTRODUZIONE

L'approccio cognitivo-comportamentale (TCC) postula una complessa relazione tra emozioni, pensieri e comportamenti evidenziando come i disturbi psicologici siano in gran parte il risultato di credenze disfunzionali che si mantengono nel tempo. Il lavoro terapeutico comporta un'interpretazione del tipo di disagio che il cancro impone, una valutazione sul modo in cui può essere gestito e la messa in atto di comportamenti adattivi e più funzionali. Tale approccio nasce a partire dagli anni '60 ad opera di due terapeuti di matrice psicanalitica Aaron Beck (1976) (1996) ed Albert Ellis. In questo lavoro abbiamo applicato quelle che sono le principali tecniche e strumenti di valutazione della TCC. Elemento centrale del trattamento consiste nell'individuazione delle principali distorsioni cognitive e dei meccanismi di mantenimento e nella loro messa in discussione attraverso tecniche cognitive quali la ristrutturazione cognitiva (Nisi, 2018), il metodo socratico, training di assertività e tecniche comportamentali quali: la desensibilizzazione, l'esposizione alle emozioni e l'attivazione comportamentale. Nello specifico contesto della psico-oncologia, è stato predisposto un modello cognitivo di adattamento al cancro strutturato, breve ed orientato al problema con un approccio educativo e collaborativo e la collaborazione del partner come co-terapeuta (Moorey e Greer, 1989, 2012).

FORMULAZIONE DEL CASO

Una parte centrale nel nostro approccio è costituita dalla formulazione del caso che si compone di: presentazione del caso, descrizione dei problemi negli aspetti quantitativi e qualitativi, profilo interno del disturbo, fattori e processi di mantenimento, scempenso e vulnerabilità storica ed attuale.

Presentazione del caso

Abbiamo presentato il caso di Lisa raccogliendo i dati anagrafici e familiari e ricostruendo la storia di vita della paziente. Sono state indagate le condizioni attuali di vita ed il motivo dell'invio per avere un quadro dell'esame psichico generale, includendo gli eventi stressanti pregressi e le modalità di coping. Sono state raccolte informazioni specifiche sull'ambito di competenza psico-oncologico, in particolare sul percorso

oncologico, il grado di adattamento, l'impatto sulla qualità di vita ed il livello di informazione e consapevolezza.

Descrizione dei problemi

Secondariamente, abbiamo descritto i problemi della paziente secondo le caratteristiche quantitative (es. intensità e frequenza dell'ansia e dell'umore depresso, numero di evitamenti messi in atto) e qualitativi e le eventuali interazioni tra loro.

Dalla valutazione iniziale emergono: forte tristezza ed uno stato di elevata ansia reattiva, legata alla notizia di dover iniziare la chemioterapia ed in particolare al pensiero degli effetti collaterali; dolore al braccio reattivo al linfedema con forte restrizione comportamentale; difficoltà di accettazione della propria immagine corporea dopo intervento al seno con conseguente riduzione dell'attività sessuale; forte ruminazione con pensieri ricorrenti quali: "non potrò più avere figli", "la mia vita non ha più senso", "il mio corpo fa schifo, non sono più una donna", "cosa se ne fa un marito di una donna come me" "tutti i sacrifici fatti fino ad ora non servono più a nulla".

Abbiamo completato le informazioni raccolte nel colloquio con strumenti di assessment, quali: l'auto-caratterizzazione, tecnica di derivazione costruttivista che permette di comprendere le modalità con cui la persona struttura e dà significato al suo mondo ed il genogramma, strumento sistemico. Un ruolo centrale, sia nell'assessment sia nel monitoraggio e cambiamento, lo ha l'assegnazione del diario cognitivo di Beck, nel quale il paziente viene istruito a scrivere gli episodi settimanali distinguendo antecedenti situazionali, pensieri disfunzionali e conseguenze emotive, somatiche e comportamentali. Abbiamo inoltre proposto a Lisa dei test psicodiagnostici quali: Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (Beck, 1967), EORTC Quality of Life Questionnaire - Core Questionnaire (EORTC QLQ-C30) (Fayers et al. 2001), Profile of Mood States (POMS) (McNair et al., 1971), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond and Snaith, 1983).

Infine, è stata attuata una proposta di colloquio psicologico con il marito e/o con la coppia per completare la valutazione del caso.

Profilo interno del disturbo

Abbiamo indagato quali potevano essere le variabili indipendenti che regolavano la sintomatologia presentata in termini di stati mentali, credenze e scopi che rendono ragione del funzionamento del problema presentato dalla paziente. Nella terapia cognitivo-comportamentale questo si traduce generalmente nella ricostruzione degli ABC.

Il profilo che ne è emerso viene espresso in fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento che spiegano come mai l'evento attuale è diventato scompensante il funzionamento della persona.

Nel caso di Lisa i fattori predisponenti allo scompenso e al disturbo sono stati individuati sulla base della storia di vita attraverso ipotesi, da sottoporre a verifica indagando esperienze di vita, eventi stressanti, rapporti significativi, fattori interni (es. temperamento o condizioni di salute, che possono mediare l'effetto delle esperienze). Nello specifico, è emersa una vulnerabilità storica ovvero ipotizziamo la trasmissione dalla madre di valori incentrati sulla responsabilità verso i fratelli minori e lo studio e di alte aspettative dei genitori che ha comportato un alto senso di responsabilità con sentimenti di colpa, doverizzazione e perfezionismo. Inoltre, si segnala la rottura di una relazione affettiva e fallimenti scolastici con scompenso ansioso-depressivo all'età di 22 anni.

Il fattore precipitante è la diagnosi oncologica di carcinoma alla mammella ed in particolare gli esiti dell'intervento chirurgico e gli effetti collaterali della chemioterapia.

Quali fattori di mantenimento ovvero che contribuiscono al mantenimento e all'aggravamento del disturbo oppure ostacolano una risoluzione spontanea (processi ricorsivi intrapsichici o interpersonali) sono stati individuati l'evitamento sociale, il rapporto di coppia ed i bias cognitivi.

Individuare lo scompensamento significa comprendere cosa è accaduto nella vita della paziente che ha mandato in crisi (o aggravato) il precedente funzionamento psicologico che, alla luce di quanto analizzato, era caratterizzato da un profondo disvalore come tema nucleare. Nello scompensamento è stata centrale l'interpretazione ed il significato attribuito al suo stato reattivo agli esiti dell'intervento chirurgico e della chemioterapia che ipotizziamo possa essere un pensiero disfunzionale del tipo: "Non valgo perché non performo in diverse aree" con conseguente tristezza, senso di fallimento, ansia reattiva, rimuginio, non accettazione dell'immagine corporea e chiusura sociale.

TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO

La prima fase del trattamento con Lisa si è centrata sul contratto terapeutico con l'analisi dell'invio e della richiesta, la condivisione del rationale dell'intervento e degli scopi del trattamento.

L'approccio prevede una collaborazione costante e attiva tra terapeuta e paziente per un cambiamento che avviene all'interno e attraverso la relazione terapeutica; il terapeuta inoltre, si interfaccia e collabora costantemente con l'equipe di cura.

La presa in carico si mantiene in tutte le fasi del trattamento con cadenza settimanale in fase acuta, successivamente concordata in base ai bisogni e con un follow-up finale.

Con la paziente abbiamo concordato i seguenti obiettivi terapeutici: lavorare sull'accettazione della malattia, aiutando Lisa a stare dentro la sofferenza, a prendere atto di quello che non si può modificare e concentrare le energie su ciò che è invece in suo potere, contenere/ridurre i sintomi ansiosi e depressivi, lavorare sull'immagine corporea, lavorare sul pensiero ripetitivo e sulle relazioni sociali e di coppia.

Abbiamo individuato ed attuato le seguenti procedure: a) tecniche di rilassamento, in particolare il Training Progressivo di Jacobson per alleviare ansia e stress e ristabilire l'equilibrio psicofisiologico; b) gli homework ovvero prescrizioni di compiti, calati sulle caratteristiche della paziente, sia di tipo cognitivo sia comportamentale, in seduta o tra una seduta e l'altra (es. biblioterapia, scrittura, programmazione attività) e c) la ristrutturazione cognitiva, finalizzata a modificare i contenuti dei pensieri disfunzionali attraverso tecniche di ri-attribuzione verbale che mirano a indebolire il significato del pensiero.

Con Lisa abbiamo pensato anche di lavorare sull'accettazione corporea traendo spunto da strumenti derivanti dalla compassion focus therapy (P. Gilbert, 2012) finalizzati ad aiutare la persona a percepirsi e ad avere un atteggiamento più compassionevole verso sé stessa e le ferite del suo corpo.

Con il coinvolgimento iniziale del marito è stato proposto un intervento mirato allo stesso per migliorare l'adattamento psicologico e l'impatto sullo stato emotivo della paziente, sia di tipo individuale che di gruppo per familiari.

È stato inoltre offerto uno spazio di intervento di gruppo con l'obiettivo di promuovere la condivisione dei vissuti emotivi, elaborare strategie di problem solving e ridurre l'isolamento.

VALUTAZIONE DELL'ESITO DELL'INTERVENTO

La valutazione di esito è stata una parte importante dove si sono esplicitati e condivisi i cambiamenti raggiunti, in primo luogo attraverso il colloquio psicologico individuale ed inoltre attraverso alcuni indicatori testistici. È stata attuata la ri-somministrazione dei test utilizzati in fase di assessment per avere una valutazione quantitativa del cambiamento ed inoltre è stato applicato il Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) (tratto in parte da: CORE System User Manual - Section B - Core

Outcome Measure Guidelines – Scoring-Traduzione e adattamento a cura del Dr. Michele Simeone) strumento validato per la misurazione degli esiti della psicoterapia.

Bibliografia

Beck AT. (1976) Principi di Terapia Cognitiva, trad. it. Astrolabio, Roma

Beck AT. et al., (1996). Manual for Beck Depression Inventory – II. San Antonio (TX): Psychological Corporation; ad. It. Firenze: Giunti O.S., 2005

Bellani M. L. et al., (2002). Psiconcologia. Masson

CORE-OM: (Traduzione e adattamento a cura del Dr. Michele Simeone) Tratto in parte da CORE System User Manual - Section B - Core Outcome Measure Guidelines – Scoring

Costantini A, Navarra C.M. (2011). Interventi psicoterapici in oncologia. Aggiornamenti in Psichiatria 3, 187-200.

Ellis A. (a cura di Di Pietro) (2015). L'autoterapia razionale emotiva. Erickson

Fayers et al., (2001). EORTC Quality of Life Questionnaire - Core Questionnaire (EORTC QLQ-C30)

Gilbert P. (a cura di Petrocchi N.) (2012). La terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distintive. Franco Angeli Ed.

McNair et al., (1971). Profile of Mood States (POMS). Educational and Industrial Testing Service; ad.it Firenze Giunti O.S. Organizzazioni speciali, 1991.

Moorey S, Greer S. (1989-2012). Oxford Guide to CBT for people with cancer. Oxford Guides to Cognitive Behavioural Therapy, 2011

Nisi A. (2018). Guida alla ristrutturazione cognitiva. Teoria e applicazioni pratiche. Positive Press.

Perdighe C. e Mancini F. (2010). Elementi di Psicoterapia Cognitiva. Giovanni Fioriti Editore

Zigmond AS. and Snaith RP. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Acta Psychiatr Scand. 67:361-70.

PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DI TERZA GENERAZIONE

Moderatori: Dr. Giuseppe Deledda

Relatori: Dr. Matteo Giansante, Dr.ssa Eleonora Geccherle, Dr.ssa Sara Poli, Dr.ssa Patrizia Dorangricchia, Dr.ssa Giovanna Fantoni



Dott. Giuseppe Deledda



Dott.ssa Sara Poli



Dott. Matteo Giansante



Dott.ssa Eleonora Geccherle



Dott.ssa Giovanna Fantoni



Dott.ssa Patrizia Dorangricchia

LA CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO NELLA TERAPIA ACT:

Le terapie cognitive comportamentali possono essere suddivise in tre **generazioni**'.

La prima, detta **'comportamentale'**, sviluppata intorno agli anni '50 e '60, si è concentrata principalmente sui cambiamenti comportamentali visibili (overt) e ha utilizzato tecniche basate sui principi del condizionamento classico e operante. È stata centrale l'analisi del comportamento e delle relazioni con le situazioni relazionali e ambientale; focus dell'intervento è stata la modifica di aspetti disfunzionali del comportamento in tempi brevi, dando poca importanza ai pensieri e alle emozioni. La seconda generazione, detta **'cognitiva'**, affermata intorno agli anni '70, ha iniziato a includere gli interventi cognitivi come una strategia importante di cambiamento comportamentale, che esplorano meglio il sistema di pensiero e credenze (esplicite o implicite) del paziente, giacchè sistematiche distorsioni cognitive risultavano presenti nella maggior parte delle manifestazioni psicopatologiche. Si è posta maggiore enfasi sulla disputa o confutazione dei pensieri irrazionali, disfunzionali, negativi o sbagliati, e sulla sostituzione di questi con pensieri più razionali, funzionali, positivi o realistici. Riconoscere dette credenze e distorsioni permette al paziente di emanciparsi e di modificare le proprie emozioni e il proprio comportamento (Anchisi et al. 2017).

La **terza generazione**, ha invece integrato le conoscenze e le tecniche precedenti, enfatizzano strategie su basi di cambiamento contestualistiche ed esperienziali. Tra i vari protocolli e interventi della terza generazione vi è l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), la Mindfulness-Based stress Reduction (MBSR), la Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), la Functional Analytic Psychotherapy (FAP) e la dialectical Behavior Therapy (DBT).

L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) è una psicoterapia cognitivo-comportamentale, è un approccio clinicamente fondato e ha un'efficacia sostenuta sperimentalmente da una vasta gamma di studi clinici (Hayes et al. 2006, Low et al. 2016, Hulbert-Williams et al 2018). Lo scopo dell'ACT è guidare l'individuo all'accettazione della sofferenza psicologica che può incontrare in alcuni momenti della vita e aiutarlo, superando gli ostacoli cognitivi ed emotivi che ad essa si accompagnano, a vivere un'esistenza ricca, piena e significativa. Non si vuole ridurre o eliminare i sintomi piuttosto lo scopo è trasformare la relazione del paziente con i propri pensieri e le proprie sensazioni, in maniera tale che non li consideri più "sintomi". La concezione centrale dell' **ACT** è che la sofferenza psicologica sia solitamente causata dall'interfaccia tra il linguaggio, il pensiero e il controllo dell'esperienza diretta sul comportamento. Ciò deriva dai principi della filosofia pragmatica della scienza contestualistica alla base dell'ACT ovvero il Contestualismo Funzionale secondo la quale più che alla forma bisogna soffermarsi sulla funzione del comportamento. Si *valuta come le*

cose funzionano in contesti specifici, dal punto di vista del Contestualismo Funzionale nessun pensiero, sentimento o memoria è problematico, disfunzionale o patologico: piuttosto, dipende tutto dal contesto, la funzione dell'agire umano non può prescindere dalla relazione che l'individuo ha con il contesto. Inoltre facendo riferimento alla teoria dell'inquadramento relazionale (Relational Frame Theory), l' **ACT** sostiene che tentare di cambiare pensieri e sentimenti che creano difficoltà sia una modalità di coping controproducente, e rende disponibili nuove e efficienti alternative, tra queste l'accettazione, la mindfulness, la defusione cognitiva (cognitive defusion), i valori (values) e l'impegno nell'azione (committed action) (Hayes et al., 2001).

La malattia oncologica rappresenta uno stimolo contestuale altamente aversivo che genera frame relazionali caratterizzati da temi distruttivi, dolorosi legati a sentimenti angosciosi e di sofferenza (Gillanders et al. 2015, Hulbert-Williams et al. 2018).

I pazienti ritengono di: essere disfunzionali, danneggiati difettosi, avere componenti difettive o danneggiate nella propria mente, come "disfunzionale", "mal adattivo", "irrazionale" o "negativo", ritengono di avere parti difettose che vanno rimosse, come sensazioni di ansia, pensieri negativi o memorie dolorose. Il paziente davanti alla minaccia della malattia attua tutti i suoi pattern comportamentali per sopravvivere a questi pensieri, sensazioni, emozioni spiacevoli generati dalla patologia oncologica attua modalità comportamentali disfunzionali quali comportamenti di attacco/fuga:

1. evitamento esperienziale (soppressione del pensiero, distrazione, dissociazione);
2. ruminazione cognitiva;
3. fusione cognitiva
4. si sforzano di annullare queste esperienze. Senza rendersene conto, programmano la propria vita in funzione del controllo delle loro emozioni.

In tali casi, nel setting oncologico l'ACT può orientare il paziente ad accettare i propri pensieri e sentimenti sgradevoli, può, mediante strategie di accettazione, mindfulness, impegno all'azione e modificazione del comportamento, incrementare ciò che nell'Acceptance and Commitment Theory (ACT) viene chiamata FLESSIBILITÀ PSICOLOGICA ovvero la capacità di adattarsi al contesto, accettando i propri pensieri, le proprie emozioni e i propri stati fisici e scegliendo deliberatamente azioni via via rivolte ai propri obiettivi e ai propri valori (McCracken and Morley, 2014). Si aiuta il paziente a sviluppare la capacità di notare i pensieri senza esserne catturati, ad accogliere con apertura e gentilezza verso se stessi le emozioni che insorgono, anche quelle negative, a sviluppare una prospettiva del Sé più grande dei contenuti della propria esperienza e ad essere presenti e agire in direzione dei propri valori.

Nello specifico si cerca di spingere il paziente a spostarsi da azioni inconsapevoli (fuse, evitanti ed inefficaci) ad azioni consapevoli di valore, disponibilità ed efficaci che portano alla vitalità intesa come la percezione e il senso dell'essere pienamente vivo e accogliere ogni momento anche se dolorose. Pertanto l'ACT insegna alle persone mediante modalità esperienziali, quali: Metafore, Paradossi ed Esercizi esperienziali, ad aumentare la consapevolezza del proprio comportamento (sia pubblico che privato), e a notare come questo funzioni nel contesto delle loro vite: migliora la qualità della vita o la peggiora? (Anchisi et al. 2017, Harris, 2008, Hayes, 2006).

LA CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO NELLA TERAPIA ACT:

Come descritto in precedenza, il paziente, dinanzi al vissuto di minaccia che la malattia oncologica elicit, mette in atto pattern di comportamento per sopravvivere e reagire a pensieri, sensazioni ed emozioni, talvolta anche molto intense, derivanti da esso.

La reazione fisiologica ed emotiva di attacco/fuga può portare l'individuo *all'evitamento esperienziale* (tentativo di evitare di sentire emozioni, pensieri o sensazioni attraverso ad esempio la distrazione, la dissociazione o la soppressione del pensiero), *alla ruminazione cognitiva* (come tentativo di controllare/eliminare tali vissuti), *alla fusione cognitiva* (adesione a regole e descrizioni di sé rigide e inflessibili) e tutto questo porta la persona a rimanere ancorato e bloccato in tali tentativi di controllo sino a perdere il contatto con il momento presente e con i valori della propria vita.

Pertanto la concettualizzazione del caso secondo il modello ACT inizia con **l'analisi funzionale** (analisi del comportamento con identificazione di antecedente, comportamento e conseguenza) sul racconto del paziente dei propri vissuti, con l'obiettivo di individuare la modalità di reazione ad essi.

Nel racconto di Lisa emergono diversi vissuti tra cui una riferita tristezza e forte ansia reattiva all'inizio dei trattamenti chemioterapici e di difficoltà di accettazione per i cambiamenti della propria immagine corporea in seguito all'intervento. Dal racconto emergono inoltre altre possibili emozioni non espresse, come la difficoltà di accettazione/ rabbia/ tristezza verso il marito da cui non si sente compresa, e la paura per la minaccia al proprio ruolo (di persona molto attiva, dinamica, punto di riferimento per gli altri). Emergono inoltre alcuni pensieri che sembrano coinvolgere molto Lisa ("non potrò più avere figli", "la mia vita non ha più senso", "il mio corpo fa schifo, non sono più una donna", "cosa se ne fa un marito di una donna come me" "tutti i sacrifici fatti fino ad ora non servono più a nulla") (**antecedenti**).

Le azioni e i comportamenti reattivi di Lisa sembrano orientati:

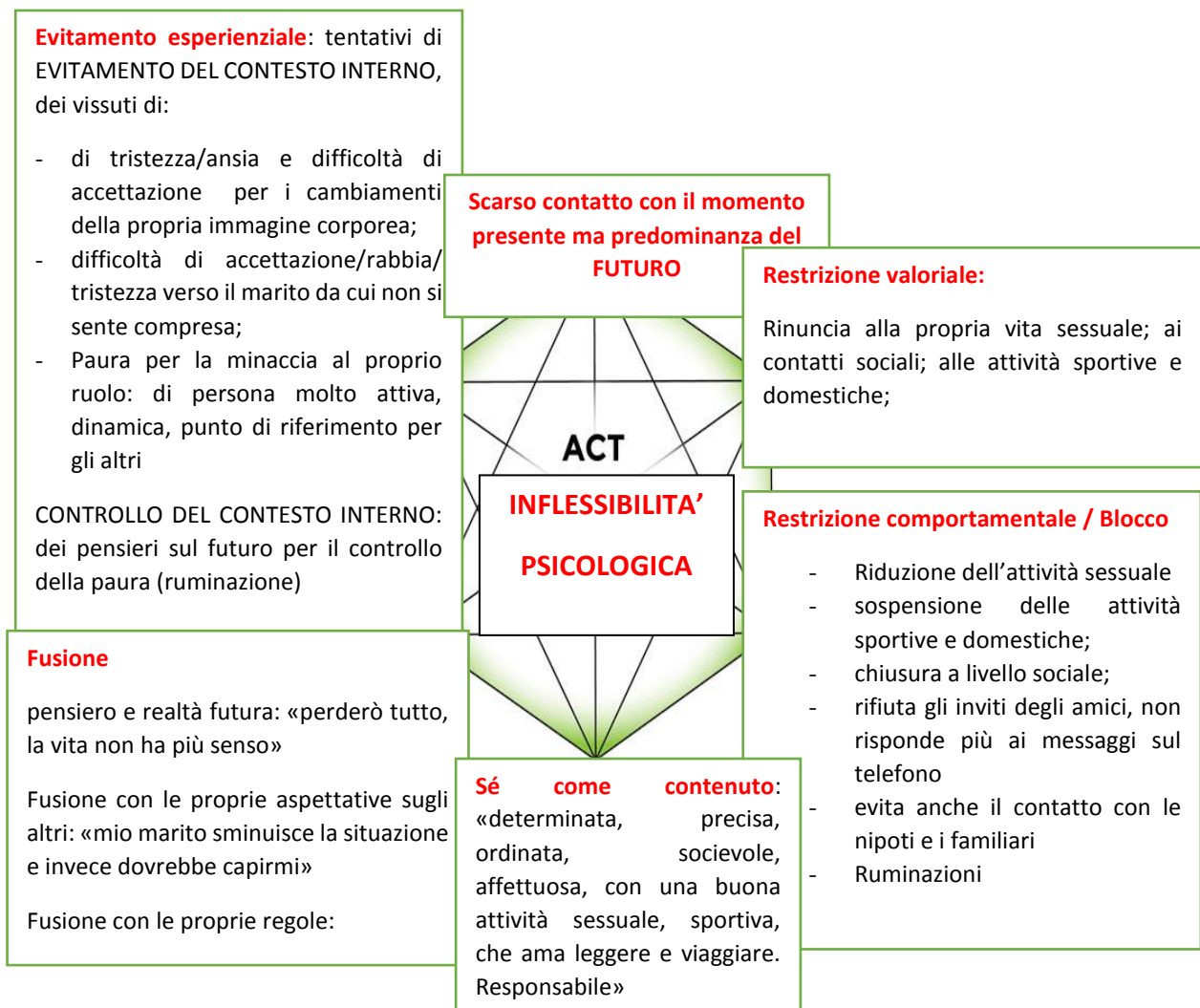
- *All'evitamento esperienziale* con azioni orientate alla rinuncia di alcune esperienze (come l'attività sessuale e i contatti sociali, le attività sportive e domestiche) per evitare di entrare in contatto con emozioni e pensieri spiacevoli;
- *Alla fusione del pensiero*, coinvolgimento e ruminazione su pensieri relativi alla realtà futura: «perderò tutto, la vita non ha più senso», sulle proprie aspettative sugli altri: «mio marito sminuisce la situazione e invece dovrebbe capirmi» e con regole apprese: «devo essere sempre in perfetta forma fisica, autonoma ed efficiente»; e ad un'idea di Sé rigida di donna brillante e performante;
- Ad una focalizzazione sul futuro con riduzione del contatto con il momento presente; (**comportamenti interni verbali /azioni esterne**).

Con una complessiva restrizione delle azioni, chiusura sociale e con probabile incremento di tristezza e insoddisfazione (**conseguenze**).

Pertanto Lisa appare bloccata nel tentativo di eliminare o controllare emozioni, pensieri e sensazioni spiacevoli con una riduzione del benessere emotivo e della qualità di vita.

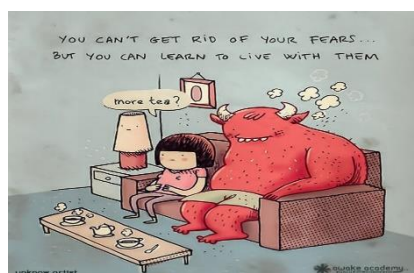
Secondo il metodo ACT è proprio tale lotta con i vissuti interni a portare ad inflessibilità psicologica e alla difficoltà di adattamento ai cambiamenti portati dalla malattia.

Come sintetizzato nella rappresentazione dell'Hesaflex (rappresentazione dei sei processi ACT chiave della flessibilità psicologica) riportato qui di seguito:



L'analisi funzionale descritta viene poi estesa, nel corso della terapia, alla **storia di vita** di Lisa, ricostruendo con la paziente l'origine di tali regole e repertori di comportamento appresi nel contesto familiare e interpersonale; **ai comportamenti in seduta e dell'andamento della relazione terapeutica** (secondo il

In sintesi l'obiettivo della terapia con Lisa mira a favorire una prima consapevolezza della causa della propria sofferenza emotiva, portando Lisa a riconoscere la lotta interna con i propri vissuti, con il fine di creare uno spazio di libertà di scelta di azioni alternative nella direzione dei propri valori e dell'accettazione e della cura di sé, abbandonando tale tentativo di eliminare/controllare emozioni e pensieri spiacevoli.



LA TERAPIA:

Di seguito vengono proposti alcuni stralci di colloquio secondo la terapia ACT

(Legenda: P= paziente; D= Dottore)

P: Buongiorno Dottore.

D: Buongiorno. Com'è andato il colloquio con la Dottoressa?

P: Eeeeh, alla fine devo fare una terapia.

D: Questa cosa se l'aspettava?

P: Me l'aspettavo? Sì, nel senso che, ovvio che uno... cioè, me l'aveva un pò anticipata questa cosa... solo che adesso, quando te lo dice, che devi farla davvero... adesso i nodi vengono al pettine. Già finché me lo diceva, io ho sentito... un sussulto, perché tutti i pensieri poi... probabilmente non ho neanche ascoltato tanto bene quello che lei mi ha detto, perché.. quando lei mi ha iniziato a dire, appunto, che c'è da fare questa chemioterapia, il mio pensiero è andato tutto ai capelli e poi a come faccio con il lavoro... dovrò smettere con le mie cose, non ce la farò... la stanchezza, tutti gli effetti collaterali.. e io lì sono partita, non ho ascoltato più nulla... Poi ho iniziato a pensare aaaa.. agli effetti collaterali degli effetti collaterali. E questo... (silenzio).. faccio fatica, non so come fare ad affrontare questa cosa. Anche perché poi dopo ovviamente, come le dicevo anche le altre volte, siamo usciti, perché c'era anche mio marito e...mi dice "ma sì, cosa vuoi che sia, tanto ti prendi la parrucca... non ti preoccupare, prendiamo una cosa bella, non preoccuparti per i soldi... sì, non è questione di aver la parrucca che si veda che è finta o che è vera, però, io la parrucca ce l'ho alla fine... e come faccio ad andare a lavorare.. e tutte le mie cose.. anche andare in piscina, voglio dire..

D: E quando suo marito le diceva queste cose, lei come si è sentita?

P: Che preferisco essere sola in quel momento lì.

D: mmmm..

P: Piuttosto che avere vicino una persona così.. io non mi sento... capita, compresa.. lui ha i suoi pensieri, ma i miei pensieri sono altri.

D: mmm..

P: faccio davvero fatica.. che poi, il più delle volte, gli dico "sì, sì ok" e poi lascio correre. Per cui, anche in questa cosa, sento che ci allontaniamo, che ognuno va un pò per la sua strada, no? Perché io non ho voglia e non ho la forza di...

(DISCRIMINARE EMOZIONI, SENSAZIONI E PENSIERI)

D: Che emozione sente? Che emozione è questa?

P: (silenzio) da una parte la rabbia, dall'altra... la stanchezza, la fatica, il... il dover stare anche con queste cose.. perché dico, già devo stare con la malattia... se devo stare anche con la fatica di avere chi mi sta vicino che non mi capisce, è ancora più faticoso.

D: Non si sente capita?

P: No, no... e poi, ecco, esce la rabbia. Nel senso che mi rendo conto che rispondo male, o mi allontanano, lo mando via in malo modo perché mi sale proprio questa... questa rabbia forte che faccio fatica poi anche a controllare.

D: Mmm...

(LA DISPERAZIONE CREATIVA - I COSTI DELLA LOTTA EMOTIVA E COGNITIVA.)

D: Quindi quando questa rabbia la prende, quando diventa un tutt'uno con questa rabbia, cosa succede?

(I COSTI DELLA RABBIA)

P: Eh tolgo tutti i filtri.

D: Cioè cosa fa?

P: Rispondo male, non penso più al fatto che è una persona a cui voglio bene, per cui magari alcune volte si passa sopra a delle cose o si cerca di trovare una modalità di comunicazione che sia più... però io proprio esplodo, cioè non controllo più e... è come se fossi un vulcano e chi prende prende.. solo che poi, quando la lava si raffredda lascia la cenere, no? E quindi.. il terreno è bruciato e poi è difficile farci ricrescere su qualcosa. Per cui, ecco, anche sento che questa rabbia non ci fa bene perché ci allontana, ci fa prendere strade diverse e...

D: Quindi questa rabbia è qualcosa che sente spesso in questo periodo?

P: Sì, sì. E' che poi questa rabbia ce l'ho magari con mio marito, ma ce l'ho magari anche con altre persone che allontanano, quindi... che comunque mi sembra di non... che comunque non possano capire, che non possano starmi vicino. E quindi...

(FISICALIZZAZIONE DELLE EMOZIONI - PROMUOVERE LA CONSAPEVOLEZZA)

D: C'è una parte del corpo dove sente di più questa rabbia?

P: (silenzio) Penso che sia tipo... la gola. Nel senso che mi... Come se mi si stringesse, no? Come se qualcuno mi prendesse e mi stringesse... in gola. Quindi.. fatica a deglutire, fatica a respirare.

(DECENTRAMENTO DELLA RABBIA)

D: Ok. Se le chiedessi per un attimo, solo per un attimo, qui, tra me e lei, di poter appoggiare per un secondo questa rabbia su questo tavolo? Se lei fosse senza rabbia, farebbe qualcosa di diverso in questo periodo?

P: (silenzio) Penso di sì. Quanto meno nel modo di... nei modi.

D: Ok, ok. Sa che noi facciamo sempre tante metafore, ci scherziamo un pò su, cerchiamo sempre dei modi creativi per lavorare su queste cose..

(ESERCIZIO DI DEFUSIONE - LA BACCHETTA MAGICA)

D: Se io le consegnassi questa bacchetta magica; è una bacchetta magica che toglie la sua rabbia, che cura questa rabbia... cosa ci farebbe con questa bacchetta magica? ..Diciamo che è una bacchetta magica "anti-rabbia".

P: Mmmm..

D: Cosa potrebbe fare di diverso?

P: Forse quando... mio marito mi dice "lascia stare, tanto prendiamo la parrucca", se avessi questa, magari, potrei dire.. "si bè, ma in questo momento non è la parrucca che mi interessa", oppure, "prova a metterti nei miei panni"... magari cercherei di spiegargli quello che... anziché aggredirlo e dirgli "è lo stesso" e me le tengo per me queste cose.

D: mmm... quindi potrebbe spiegarsi, parlargli, farsi capire, no? Fargli capire un pò come si sente.

P: Sì, probabilmente proverei un pò di più.

D: Farebbe altro con questa bacchetta magica?

P: (Silenzio) Forse mi toglierei anche un pò la sensazione di questa rabbia, no? Perché, se potessi togliermi proprio la sensazione della rabbia che sale, di...

D: Come sarebbe un... una Elisa senza rabbia? Cosa fa? Se io potessi guardarla dall'alto, se fossi una mosca che la segue, cosa vedrei?

P: Forse mi vedrebbe semplicemente più serena, meno... meno rigida.

D: ...

P: Allora, probabilmente non farei cose diverse, nel senso che, qua ci devo venire, e... a lavoro ci devo andare... magari ci andrei in modo diverso... magari lo farei come lo facevo... no, magari come lo facevo prima no, però, un pochino più... un pochino più serena, più contenta.. nel senso che, mentre prima per me il mio lavoro era tutto, no? La mia passione, la mia vita... insieme alla famiglia e a tutto il resto... però questa cosa la farei come prima, con un pò più di voglia, un pò più di... di energia. Adesso, se potessi, eviterei di andarci.

D: mmm.. Poi si ricordi che ha questa bacchetta magica, no?

P: Se potessi, tornerei ad andarci con l'energia che avevo prima. Come anche, ad esempio, io ho sempre passato un sacco di tempo con mia sorella o con i miei nipoti, in particolare.. sa che le dicevo che...

D: Sì, mi ricordo, mi ricordo.

P: ..E adesso però faccio fatica, no? E.. se avessi la bacchetta magica che mi facesse stare bene come stavo bene prima con loro, anziché pensare che faccio del male a loro e faccio del male a me... perché loro sanno che c'è questa cosa e io non voglio appesantire, non voglio far sentire la mia presenza come un peso, non voglio che soffrano... e... la mia sensazione è che se ci vediamo o quando ci vediamo, se le dovessi portare allo sport che facevo prima, portare con me nel fine settimana.. questa pesantezza ci sarebbe, no? Io starei male, loro starebbero male, quindi... questa cosa non la voglio fare.

D: Ok. Quindi con questa bacchetta magica si riavvicinerebbe a queste cose che per lei sono più importanti?

P: Sì. Perché in questo modo mi pare che.. toglierei un pò questa sensazione.

(ESERCIZIO DI DEFUSIONE - SUL FOGLIO C'È SCRITTA LA PAROLA RABBIA)

D: (mostrando un foglio su cui c'è scritta la parola "rabbia") E invece poi cosa succede quando questa cosa torna?

P: (Silenzio. La paziente porta le mani alla gola)

D: Qui quant'è, da 0 a 10, questo nodo alla gola?

P: 7.

D: (avvicinando il foglio verso la paziente) Se lo avviciniamo, cresce?

P: Sì.

D: Posso chiederle se le va di prendere questo foglio con le sue mani? Se la sente?

P: (prendendo il foglio) poi prendo la bacchetta magica, eh.

D: Riesce ad avvicinarlo un pochino a sé questo foglio? Provi a notare cosa succede, momento dopo momento... cosa nota?

P: E' difficile...

D: Rimaniamo connessi con quello che questa rabbia le fa sentire... provi a vedere se riesce a portarlo sempre più vicino, fino ad averlo proprio davanti ai suoi occhi questo foglio, questa rabbia.

P: La paziente continua ad avvicinare il foglio a sé.

D: Quando è così, riesce a vedere i miei occhiali, di che colore sono?

P: No.

D: Quando è così, quindi, lo vede suo marito?

P: No.

D: Sua sorella?

P: No.

D: I suoi nipoti?

P: No.

D: Il suo lavoro?

P: No.

D: Cosa vede?

P: Vedo il bianco eeee... la scritta sfuocata... basta.

D: Posso chiederle di appoggiare questo foglio sulle gambe?

P: (sposta il foglio sulle gambe)

D: Noto che il suo sguardo è sempre lì.

P: (Annuisce).

D: Si fa fatica a tenere lo sguardo qui (indicando il proprio viso)?

P: (Annuisce).

D: Il richiamo è forte?

P: E' forte perché ce l'ho sott'occhio.

D: Mi vede adesso?

P: Sì.

D: Che colore sono i miei occhiali?

P: (Annuisce)

D: Vedrebbe suo marito da quella prospettiva?

P: (Annuisce)

(LEGITTIMAZIONE ALLA VITA RICCA E PIENA)

D: Lei si sente legittimata ad avere questo nella sua vita?

P: Sì, vorrei che tornasse.

(DEFUSIONE E ACCETTAZIONE)

D: Possiamo lasciare questa cose sulle sue gambe? C'è sempre, però è qui. E' più leggero, vero?

P: (Annuisce)

D: Noto che il suo sguardo torna spesso qui (indicando il foglio).

P: Sì, sì.

D: Se ne accorge?

P: (Annuisce). Come faccio a metterla Ho capito quello che lei mi sta cercando di...

D: Questa rabbia c'è. Possiamo tenerla qui, sulle sue gambe... Però c'è anche questo.

(ESERCIZIO DI DEFUSIONE - DARE UN NOME ALLA PROPRIA STORIA)

D: Come la chiamerebbe questa storia, questa parte di sé che quando è arrabbiata poi la porta un pò ad allontanarsi dal marito, dalle sorelle, dai nipoti?

P: Quindi dice di dare un titolo a questa storia?

D: Sì.. come la chiamerebbe?

P: (silenzio) è difficile trovare un nome (silenzio)

D: Magari lo possiamo trovare anche la prossima volta.

P: Mi viene da pensare a qualcosa che...rispetto alla perdita, no? Stavo pensando a un titolo che contenesse il perdere qualcosa, il...

D: (Annuisce)

(“PERDERE LA VITA” - IL PROPRIO REPERTORIO)

P: Il perdere la vita.. qualcosa di questo genere.

D: mmmm... perdere la vita...

(ACCETTAZIONE)

D: Vuole posizionare il “perdere la vita” davanti ai suoi occhi?

P: (silenzio) ..no, anche perché sarebbe... già la malattia... e forse quella non la posso mettere qui (indicando le gambe).

(METAFORA PER LA DEFUSIONE - "RADIO PERDERE LA VITA")

D: E com'è, mentre ne stiamo parlando, mentre siamo qui, mentre questo foglio è sulle sue gambe... com'è questa radio "perdere la vita", no? Una radio sempre accesa che le dice che non ce la farà, che farà fatica, che nessuno la capisce...

P: E' fastidioso.

D: mmm...

(ACCETTAZIONE DELLA RABBIA)

D: Si può tenere? Può darsi il permesso di tenerle qui? (indicando il foglio sulle gambe della paziente).

P: Sì, forse, se la metto qui è come se abbassassi un pò il volume, no?

D: Mmmm..

P: Se ce l'ho troppo vicino è troppo forte, quindi impedirebbe qualsiasi....

D: Mmm.. le sue mani sono libere adesso?

P: Sì.

D: Potrebbe abbracciare suo marito?

P: Sì.

D: Potrebbe abbracciare i suoi nipoti?

P: Sì.

D: Potrebbe lavorare con queste mani?

P: (Annuisce)

D: Perché non farlo?

P: (silenzio. Poi annuisce)

D: Rimane solo questa rabbia.

(IL SE' COME CONTENUTO - QUANTE COSE SEI...)

D: ...Lei che è una sorella, cos'altro, cos'altro è?

P: Sì, forse in questo momento... mi sto rifugiando nell'essere solo malata, no? Quindi tutte queste cose le... le sto togliendo.

D: Questo capita a tutti, è normale... anche io farei la stessa cosa. Però possiamo appoggiare sulle gambe e riprovarci, ogni volta che succede.

P: (Annuisce) ..magari però non sempre riesce.

D: Potrebbe accadere, ce ne possiamo accorgere, no, quando succede?

P: (annuisce)

D: Tutte le volte che questa rabbia copre la visuale, possiamo appoggiarla sulle gambe e andare avanti.

P: (Annuisce)

D: Noto che torna sempre lì... può tornare qui? (indicando il proprio viso)

(IL SE' COME CONTESTO - CHI E' CHE NOTA QUESTO?)

D: Chi è che nota questo?

P: Chi lo nota?

D: Mmm..

P: Che torno sempre qui, dice?

D: Mmmm..

P: Io lo noto, ma probabilmente lo notano anche le persone vicine a me, nel senso che... ogni tanto lei lo dice, no? Che...

D: Mmm.. quindi anche lei lo nota?

P: Sì.. sì, sì..

(IL SE' COME CONTENUTO)

D: Mmmm.. Però, come dicevamo, lei non è solo questa cosa qui, no? Che cos'altro è lei? ..Io sono...

P: Sì bè, come diceva lei prima, io sono comunque una moglie, sono una zia, ho un lavoro che mi piace un sacco, ho dei genitori... comunque sono determinata, ho delle ambizioni, delle aspettative importanti...

D: E' anche questo?

P: Sì.

(PERSPECTIVE TAKING)

D: E se questa rabbia ce l'avesse suo marito... come lo vedrebbe?

P: (silenzio) Ma, adesso, forse lo capirei un pò di più, perché comunque l'ho... l'ho provato e so cosa vuol dire, quindi.. forse mi pare che... gli starei più vicino, in qualche modo cercherei di fargliela tirar fuori, di.. essere più vicino.

D: Mmm.. e se ce l'avesse sua sorella questa rabbia?

P: Ancora di più.

D: I suoi nipoti?

P: (silenzio) loro li farei disegnare

D: Mmmm..

P: I bambini fanno sempre un pò fatica a dire le cose, no? Però invece le dicono con il disegno.. loro si esprimono un sacco.

D: Non scapperebbe? Li capirebbe?

P: Sì... Mi prenderei cura di loro... (silenzio) Perché han bisogno comunque di qualcuno che... che li sta vicino, che li capisce, che li fa tirar fuori anche questa cosa che magari fanno fatica a tenere lì.

(ACCETTAZIONE DELLA RABBIA)

D: (Annuisce) So che non è facile, ma se le chiedessi di provare un pò a prendersi cura di questa rabbia, di...

(ESPANSIONE - FARE SPAZIO)

D: ..stringere per un attimo, di fare spazio a questa rabbia... vuole provare?

P: (silenzio)

D: Se la sente?

P: (silenzio)

D: Già è importante che sia riuscita a tenerla sulle sue gambe oggi, no? L'ultima volta non riusciva nemmeno a scriverla, non... è qualcosa di molto forte, no?

(DISPONIBILITA')

D: Se se la sente di fare questo passo ulteriore, altrimenti possiamo anche fermarci qui.

P: (Silenzio) E' faticoso..

D: Certo.. lo è per tutti.. lo è anche per, abbiamo detto, per suo marito, i suoi nipoti.. lo sarebbe anche per sua sorella.

P: Però è una cosa forse che già ho, non... non è che tenendola lì, barrandola forse... già la sento meno... meno pressante, meno pesante, no? Non so se riesco a tenerla tanto più vicino di così adesso, no?

(IL SE' COME CONTESTO)

D: Mmm.. questo è un pensiero.. Chi è che nota questo pensiero? .. che non può tenerla, che non sa se ce la fa...

P:

D: Mmm.. quindi lei nota ancora questa radio sempre accesa, che un pò le dice che non riesce, quello che non sa fare..

(IL SE' COME PROCESSO - COSA NOTI DENTRO E FUORI DALLA TUA MENTE)

P: Sì, sì, mi sta dicendo "vai piano, aspetta, un passo per volta, non avere fretta, non"...

D: Nota questo?

P: Mmm..

D: Ok.

(LEGITTIMAZIONE ALLA VITA RICCA E PIENA)

D: Lei può scegliere?

P: Sì.

(DISPONIBILITA' - PRENDERSI CURA DELLE PROPRIE EMOZIONI)

P: (Continua a osservare il foglio)

D: Se vuole provare.. altrimenti possiamo anche, come le dicevo, fermarci qua... poi riprenderemo da qui la prossima volta.

P: (sospiro) La cosa che mi viene da fare è tenerlo un pò come se fosse un mio nipotino piccolo, no? (sposta il foglio, tenendolo come se fosse un neonato).

D: Mmm.. prendersi cura un pò.

P: Sì ecco, in quel senso, no?

D: Mmm..

P: Quando erano piccoli mi veniva da pensare che comunque andavano educati, andavano... cresciuti.. e quindi, come dire, in qualche modo l'avevo un pò...

D: Mmmm..

(AZIONE IMPEGNATA VERSO I PROPRI VALORI)

D: Cos'è che può fare uscita di qua, oggi? Cos'è la prima cosa che le viene in mente che potrebbe fare?

P: Ma, la prima cosa che mi viene in mente è che quando uscirò ci sarà mio marito...

D: Mmmm.. e che cosa può fare?

P: Condividere un pò questa rabbia.

D: Mmmm..

P: Quanto meno dirgli "guarda che mi hai fatto arrabbiare, quando hai fatto questa cosa".

D: Mmm.. Non farebbe altro oggi? Con cui sorella, i suoi nipotini... per il suo lavoro...

P: (silenzio) Sì, potrei... Eh che mia sorella mi ha chiesto di andare a cena da loro questa sera, perché sa, ovviamente, che ho l'appuntamento con l'oncologo no? Quindi mi aveva chiesto "vieni da noi, così poi non devi preparare e così, insomma, parliamo un pò di quello che ti ha detto"... io in realtà non le ho ancora risposto, non le ho ancora detto se andrò o meno.

D: Mmmm..

P: Potrei... potrei dirle di sì.

D: Mmm... può.. perché non farlo?

P: Perché forse la radio è più forte di...

D: Ok.

P: ...del potere.

D: Quand'è che l'oncologa ha detto che inizierà la chemioterapia?

P: La prossima settimana... dovrò fare il prelievo martedì e poi mercoledì dovremmo cominciare con la chemio.

D: Ok. Vediamo se sarà possibile trattarla come l'ha trattata oggi... Però ecco, ci torneremo. Grazie.

P: Grazie a lei.

LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI:

Nella pratica clinica la valutazione degli esiti è un tema controverso ma di notevole importanza. In particolare nell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) questo tema assume una connotazione differente dal momento che l'idea alla base è diversa rispetto a quella di altri orientamenti.

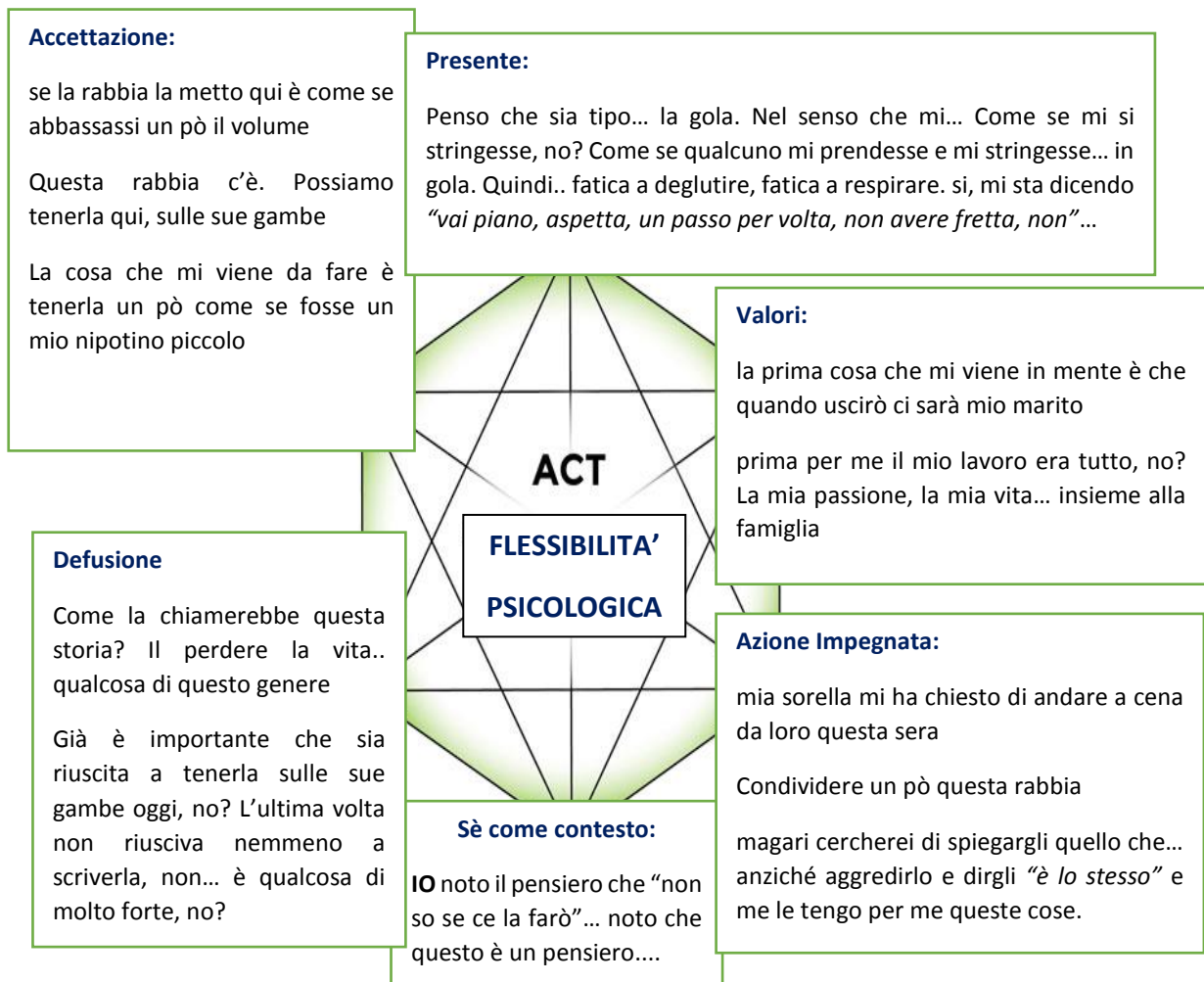
Nell'ACT infatti lo scopo è quello di ottenere un cambiamento di prospettiva, uno spostamento nel modo in cui viene considerata la propria esperienza personale. I metodi di cui si avvale forniscono nuove modalità per affrontare le difficoltà di natura psicologica e cercano di cambiare l'essenza dei problemi psicologici e l'impatto che essi hanno sulla vita.

Per questo motivo dunque anche i questionari che utilizza e la misurazione degli esiti sono differenti rispetto a quelli utilizzati da altri approcci e hanno uno scopo diverso, cioè "vedere il paziente". Questi questionari possono essere compilati con facilità e in breve tempo. Inoltre gli item indagano processi individuali normali e non descrivono né si focalizzano su sintomi psicopatologici. Ad esempio l'ansia non è considerata come qualcosa di negativo, né qualcosa che debba essere ridotta o eliminata, ma al contrario è vista come parte integrante dell'ampio ventaglio dell'esperienza umana.

In particolare alcuni dei questionari che vengono utilizzati nella pratica clinica ospedaliera sono: HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) che definisce qual è l'influsso dei disturbi dell'umore, in particolar modo di ansia e depressione, sullo stato di disagio che vivono i pazienti degenti in ambito ospedaliero o in regime ambulatoriale e SCL-90 (Symptom Checklist-90-R) che valuta la presenza e la gravità di sintomi di disagio psichico nell'ultima settimana in diversi domini sintomatologici.

Tali strumenti nella pratica ACT sono stati sostituiti da strumenti che si basano più sui processi che sulla sintomatologia, come ad esempio il "centro del bersaglio", un esercizio che mostra al paziente quali sono i suoi valori e come si colloca nel momento presente rispetto ad essi.

La valutazione dell'esito dell'intervento può essere effettuato dal clinico anche attraverso l'utilizzo dell'Hesaflex (rappresentazione dei sei processi ACT chiave della flessibilità psicologica), nel quale potrà essere effettuata l'analisi funzionale coerentemente con il modello processuale ACT e che riprenderà lo schema utilizzato nella parte iniziale dell'assessment, al fine di poterne apprezzare i cambiamenti avvenuti in terapia. Di seguito proporremo l'utilizzo dell'Hesaflex compilato coerentemente con quanto emerso dal colloquio psicoterapeutico:



Questionari di valutazione dei processi ACT:

Nella pratica clinica coerentemente con il modello ACT, vengono utilizzati altri strumenti per l'assessment dei processi. Di seguito verrà fatto un breve elenco di alcuni questionari utilizzati anche in ambito psiconcologico:

- **Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II)** (Bond et al, 2011; Pennato et al 2013) è uno strumento autosomministrato di 10 o 7 item, sviluppato per indagare il costrutto della flessibilità psicologica attraverso item che misurano l'evitamento delle proprie emozioni e il grado di accettazione della propria esperienza interna; viene utilizzato su scala internazionale sia a scopo clinico che per la ricerca. Il soggetto risponde indicando quanto ogni affermazione, su una scala da 1 a 7 (da "mai vero" a "sempre vero"), corrisponde al proprio comportamento.
- **Valued Living Questionnaire (VLQ)** (Wilson, Sandoz, Kitchens e Roberts, in press; versione italiana Miselli, Presti, Rabitti e Moderato, 2008) misura i valori e il grado in cui una persona intraprende delle azioni coerenti con essi. Consente la misurazione dei valori che la persona ritiene importanti nella propria vita, considerando anche le azioni coerenti intraprese in linea con questi valori. Il VLQ permette una definizione operativa dei valori del soggetto nella vita di tutti i giorni e la loro misurazione attraverso una prospettiva ACT. I domini indagati riguardano: famiglia di origine, matrimonio o convivenza/relazioni intime, genitorialità, amici/vita sociale, lavoro, educazione/formazione, tempo

libero/divertimento, spiritualità, impegno civico/vita di comunità e cura di sé/benessere fisico (Miselli et al, 2008).

- **CompAct Questionnaire:** il Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes è un questionario composto da 23 item che riunisce i 6 processi di ACT in tre processi diadici. Alti livelli di inflessibilità psicologica sono associati con alti livelli di distress e minori livelli di salute e benessere.
- **Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ):** Questionario self-report a 12 items che misura la fusione cognitiva. Le risposte variano su una scala Likert in un range compreso tra 1 (completamente in disaccordo) e 10 (completamente d'accordo) (Gillanders et al., 2014)
- **The Body-Acceptance and Action Questionnaire (BIAAQ)** (Traduzione, adattamento e validazione in lingua italiana a cura di Presti et al, 2009 da Sandoz EK & Wilson KG, 2006), questionario di autovalutazione sulle abitudini alimentari composto da 12 items che misura il grado di flessibilità psicologica rispetto alla propria immagine corporea (range = 12 – 84).
- **Committed Action Questionnaire-8 (CAQ-8):** è un questionario composto da 8 items, che valuta l'azione impegnata, cioè la capacità della persona di mettere in atto un'azione, guidata dai propri obiettivi e valori, che sia persistente, nel senso che non si interrompa nonostante gli ostacoli o i disagi, e flessibile, nel senso che possa essere sospesa quando l'azione stessa diventi non più utile per la persona (Hayes et al., 2012; McCracken, 2013; vers. It Deledda et al in press). Ciascun item prevede 6 risposte da "mai vero" (0) a "sempre vero" (6). Punteggi più elevati indicano maggiore azione impegnata.
- **Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-8)** è una scala bi-fattoriale composta da 8 item usata per indagare l'accettazione del dolore. Ciascun item prevede 6 risposte da "mai vero" (0) a "sempre vero" (6). Punteggi più elevati indicano maggiore accettazione del dolore (Vowles et al., 2008).

La fase di assessment, in cui vengono utilizzati questi strumenti, fa parte del trattamento a tutti gli effetti. Vi è una scelta accurata dietro la decisione di utilizzare questa tipologia di questionari, che possono essere considerati strumenti clinici e di ricerca.

Infine nella valutazione degli esiti dei questionari è di fondamentale importanza il contributo del terapeuta, il quale per poter indagare in maniera adeguata l'esperienza del paziente deve saper indagare per primo la propria.

Più sei in grado di farlo con te più lo fai.

Bibliografia

Anchisi, R., Moderato, P., Pergolizzi, F. (2017). Roots and Leaves. Radici e sviluppi contestualisti in psicoterapia comportamentale e cognitiva. Milano: FrancoAngeli.

Gillanders, D. T., Sinclair, A., MacLean, M., & Jardine, K. (2015) Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults after cancer. *Journal of Contextual Behavioural Science*, 4, 300–311.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.

Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.

- Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *Couns Psychol*, 40(7):976–1002.
- Harris R. (2008). *The Happiness Trap: How to Stop Struggling and Start Living*.
- Hulbert-Williams N, Beatty L, Dhillon H. (2018). Psychological support for patients with cancer: evidence review and suggestions for future directions. *Curr Opin Support Palliat Care*, 12(3):276–292.
- Hulbert-Williams NJ, Storey L. (2016). Psychological flexibility correlates with patient-reported outcomes independent of clinical or sociodemographic characteristics. *Support Care Cancer*, 24(6):2513–21.
- Yadavaia JE, Hayes SC, Vilardaga R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: a randomized controlled trial. *J Contextual Behav Sci*, 3(4):248–257.
- Low J, Serfaty M, Davis S, Vickerstaff V, Gola A, Omar RZ, King M. (2016). Acceptance and commitment therapy for adults with advanced cancer (CanACT): study protocol for a feasibility randomised controlled trial. *Trials*, 17(1):77.

PSICOTERAPIA INTERAZIONISTA-COSTRUTTIVISTA

Moderatori: Prof. Laura Dal Corso

Relatori: Dr.ssa Angela Di Canio, Dr.ssa Valentina Fusa, Dr.ssa Irene Guglieri



Prof. Laura Dal Corso



Dott.ssa Angela Di Canio



Dott.ssa Valentina Fusa



Dott.ssa Irene Guglieri

PREMESSA EPISTEMOLOGICA: L'INTERAZIONISMO SIMBOLICO

La psicoterapia Interazionista nasce da contributi sociologici e psicologici sviluppatasi all'interno del **realismo ipotetico** che oltrepassano la tradizionale visione riduzionista dell'agire umano ed **avvalorano la relazione tra le attività mentali degli individui – intese come costruzioni sociali – e il processo del comunicare.** Secondo questo modello le persone vivono ed operano in un mondo che ha «natura» sociale, pensando e agendo in base ai **significati** che attribuiscono agli eventi. Questi significati vengono «elicitati» **nell'interazione sociale**, rendendosi comprensibili solamente all'interno dei **contesti** entro cui sono stati strutturati, venendo negoziati, manipolati o modificati nel momento in cui entrano in contatto con quelli assegnati dagli altri.

La realtà è fatta di **simboli** prima che di oggetti, di **regole linguistiche** e di **valori** prima che di fatti e assume configurazioni diverse a seconda delle categorie proprie dell'osservatore (come vedremo nel role-playing); Pur mostrandosi a ciascuno come oggettivamente data, indipendente e preesistente al soggetto conoscente, essa è **un artefatto umano, un prodotto del processo di costruzione** con il quale l'individuo, **protagonista attivo**, attribuisce ad ogni dato percepito particolare senso e significato.

Il linguaggio e le «narrazioni» diventano quindi fondamentali in quanto forniscono ad ogni enunciato parvenza fattuale e garantiscono accessibilità e fruibilità ai processi soggettivi nel momento stesso in cui vengono nominati (riflettendo i «modelli» in cui i parlanti sono immersi).

Dopo questa premessa risulta evidente come sia necessaria una **modificazione delle metodologie di indagine psicologica**: Il terapeuta si dedica all'architettura delle produzioni linguistiche e non ai suoi contenuti. Non si pone l'obiettivo di scoprire la realtà per definirne l'essenza ma di descrivere i processi conoscitivi mediante i quali le persone la costruiscono.

Anche il **concetto di salute** si scosta dal modello bio-psico-sociale della Psicologia della Salute e Psiconcologia, che rimanda a una cornice teorico-epistemologica di tipo meccanicistico (dove l'identità personale e il disagio psicologico sono considerate realtà ontologiche, individuabili e misurabili, la salute è considerata come un ente fattuale, definito e monitorato dall'esperto medico e/o psicologo)..

Nell'interazionismo si passa ad una prospettiva teorica ed operativa che colloca la «salute» entro una **costruzione concettuale**: la salute e disagio psicologico in situazioni di malattia sono intesi all'interno di una realtà processuale, discorsivamente costruita, in costante trasformazione, dipendente dal contesto discorsivo e interattivo entro cui sono generati.

Per rendere dunque le modalità conoscitive e operative coerenti con il realismo concettuale, e quindi di senso scientifico, è necessaria l'adozione del **paradigma narrativistico**, all'interno del quale il **Costrutto «Salute»** è un processo discorsivo che assume carattere di realtà (configurazione) solo nel momento in cui viene pronunciato (“se lo dici diventa vero/reale”). Per il Narrativismo il concetto di «Salute» è un Processo dialogico, dove la realtà è costruita a partire dalla concertazione di tutte le «voci narranti» presenti in uno specifico contesto ed in costante trasformazione:

-**lo narrante** (insieme dei discorsi utilizzati dai parlanti per definirla)
-**Esperto** (modalità discorsive prodotte da chi professionalmente si occupa di «salute», socialmente riconosciute e istituzionalmente legittimate)

-**Matrice collettiva** (tutti i discorsi possibili su di essa all'interno di una certa cultura) (Turchi G.P., Della Torre C., Psicologia della Salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico, Armando Ed., 2007)

Dal punto di vista operativo, occuparsi di «salute» e di «disagio psicologico» significa astenersi dal perseguire obiettivi terapeutici o di guarigione ma avvalersi di una prospettiva che mira al **CAMBIAMENTO**. Per essere efficace, lo Psicoterapeuta Interazionista deve divenire **esperto del senso comune**, ossia della matrice che contiene tutti i possibili discorsi su una data realtà, generativi delle molteplici configurazioni della stessa.

Ecco che quindi il ruolo fondamentale dello Psicoterapeuta sarà di **«rompere»** i legami retorico-argomentativi che fondano la **coerenza** della trama narrativa (**Offrire** al proprio interlocutore delle **configurazioni di realtà** che risultino **alternative** rispetto a quella in cui si colloca, sia per quanto riguarda le **teorie personali sulla malattia, sia per le teorie sulle conseguenze della malattia sulla persona (senso comune)**).

Lo Psicologo Interazionista promuove produzioni discorsive concernenti la malattia di tipo descrittivo che contemplano anche ambiti di vita generativi di **«salute»**; Crea «rappresentazioni» di sé costruite non esclusivamente in virtù dell'evento malattia ma anche relative a contingenze della presente vita quotidiana.

Opera una vera e propria riconfigurazione della realtà «paziente oncologico, tramite la trasformazione di quei processi conoscitivi che sanciscono, prevedono e assolutizzano tale realtà, utilizzando modalità discorsive che contemplano la possibilità che un paziente, seppur «malato» dal punto di vista sanitario, «si senta/si descriva» «BENISSIMO» dal punto di vista della *salute*. La vera sfida dello Psicologo interazionista è di contribuire ad un **CAMBIAMENTO BIOGRAFICO** anche laddove non ci può essere una **guarigione in senso medico**. Tale configurazione si rafforza e si mantiene attraverso la **riformulazione delle narrazioni poste anche dalle altre voci narranti implicate nel percorso di malattia**. Diventa dunque di rilevante importanza anche il **lavoro d'equipe** in cui psicologo, personale medico, personale paramedico, familiari **COOPERANO** per la **«SALUTE»** e **«LA POSSIBILITA' DI STARE BENE»** del paziente.

Parte 2 – Dott.ssa Angela di Canio

LA STORIA E IL RACCONTO DI (MONNA) LISA.

IL LAVORO DELLO PSICOTERAPEUTA INTERAZIONISTA NELL'INTERAZIONE (SEMIOTICA) CON LA PERSONA

Cosa si intende per **interazione semiotica**?

Quand'è che una contrazione sfinterica diventa un sorriso?



Quando qualcuno è in grado di **ri-conoscerlo** (il sorriso) come tale e di **interpretarne il significato relazionale**. **L'interazione semiotica è un effetto emergente delle relazioni tra le parti** (semantica testuale) molto più importante delle parti stesse (semantica lessicale).

Il significato di un sorriso, di un gesto, di una frase, o di un racconto, nel suo processo generativo, non è mai indipendente dalle interpretazioni verso cui si può andare incontro e che si cerca di anticipare.

“La mappa non è il territorio”, ma può diventarlo. Può essere definito **reale** in modo convenzionale non ontologico **tutto ciò che produce effetti che si rivelano reali o sono creduti tali nelle loro conseguenze**.

Una credenza cerca sempre la propria verità generando ciò che serve a convalidarla.

Dunque, dove originano **LA REALTÀ, IL LINGUAGGIO, LA COSCIENZA?**

«...la coscienza di sé non è tutto il linguaggio, ma da esso è generata e resa accessibile.»

«La mente cosciente soggettiva è un analogo di quello che è chiamato mondo reale. Essa è costruita con un vocabolario o campo lessicale, i cui termini sono tutti metafore del comportamento nel mondo fisico....» (Princeton Julian Jaynes, Crollo della mente bicamerale e l'origine della coscienza, 1984)

Il terapeuta interazionista, ogniqualvolta sceglie di inter-agire linguisticamente con l'altra persona, sa che il linguaggio è anche organo percettivo e agente allo stesso tempo sulla realtà, coscienza e cornice di significati dell'altro (oltre che su sé stesso).

Esistono, infatti, tre tipi di atti linguistici (J. Austin):

1) **locutori** con intenti informativi

Es: "lei è depresso"

2) **illocutori**: l'atto che si compie nel dire qualcosa

Es: "la prendo in terapia due volte alla settimana"

3) **perlocutori**: l'effetto suscitato sull'interlocutore

Es: "non sapevo di essere così disturbato, e ora sono molto preoccupato"

La psicoterapia è principalmente una **tecnica performativa che utilizza e genera effetti perlocutori**.

Allo stesso modo, ciascun individuo inter-agisce linguisticamente con più interlocutori (sé stesso, l'altro e il mondo) generando una "**Polifonia del pensiero cosciente**" (voci narranti plurime).

Il pensiero cosciente è posteriore al linguaggio e viene costruito attraverso un processo metaforico, in cui le caratteristiche spaziali (paraferenti), dei termini e delle espressioni utilizzate (per riferirsi ai prodotti di processi mentali inconsci), danno luogo a uno spazio mentale funzionale (paraferendo) che interviene a livello della coscienza umana, modificando i processi cognitivi esistenti e creandone di nuovi (Alessandro Salvini, Roberto Bottini, Il Nostro inquilino segreto. Psicologia e Psicoterapia della Coscienza, 2011).

La **metafora** è un'importante strumento della conoscenza umana **in grado di generare nuovi processi cognitivi e di modificare quelli già esistenti**

Es: «L'amore è un viaggio». Gli amanti corrispondono ai viaggiatori; la relazione amorosa al veicolo; gli scopi comuni degli amanti corrispondono alle destinazioni comuni; le difficoltà delle relazioni corrispondono agli ostacoli del viaggio (Lakoff, 1998). È tramite mappature concettuali costituite da metafore come queste, che noi «inventiamo» **gran parte di ciò che chiamiamo il mondo reale**.

IL PROGETTO DI PSICOTERAPIA INTERAZIONISTA LA STORIA DI (MONNA) LISA



1) FASE UNO. RILEVARE LA CONFIGURAZIONE DELLA NARRAZIONE DI CIÒ CHE È IL PROBLEMA

- Domande conoscitive/esplorative
- Comprensione del *bisogno/riciesta* e la *teoria* (personale) *dell'altro* sulla malattia
- Non esistono *risorse e limiti* insiti nella persona, bensì *racconti* sulle risorse, sulle competenze e sui limiti che l'interlocutore mette in atto (e nel momento in cui li agisce non può permettersi, apparentemente, di fare altro)

Esempio di Domande che rilevano la **configurazione narrativa**
(Estratto di dialogo tra due interlocutori: Terapeuta e Lisa)

- **Come va?**

Insomma, penso che non vada per niente bene.

• **Che cosa la porta qui?**

L'oncologo mi ha parlato della possibilità di incontrare regolarmente una psicologa, ed io in tutta onestà anche se ero un po' contrariata all'inizio, poi ho pensato che due parole non potevano farmi male, più di quanto tutta questa malattia me ne stia facendo.

• **Mi ha detto che è seguita dal dott. Oncologo X, a che punto è del suo percorso? Come sta andando?**

Mi hanno tolto tutto, con un intervento di quadrantectomia e svuotamento ascellare. Il braccio come vede ha un linfedema, che fa un male tremendo. E adesso, mi tocca anche fare la chemio.

• **Cosa le è stato detto della chemioterapia?**

Mah, mi hanno detto che il trastuzumab, il farmaco chemioterapico che mi aiuterà a combattere il cancro, è un farmaco molto efficace nella cura del cancro al seno. E che però questo mi darà qualche problema come la perdita di capelli, la nausea, cambiamenti corporei e la menopausa. Ma non ho capito più di tanto.

• **Qual è il suo pensiero in merito?**

Che non potrò più avere figli e la mia vita, senza questa possibilità non ha più senso.

• **Cosa ne pensano gli altri intorno a lei? Cosa le dice suo marito/familiari/amici?**

Bah, per mio marito è come se tutto questo non fosse un problema. Per lui io sono quella di sempre non è cambiato nulla. Lui mi vede sempre come la donna forte, testarda e intraprendete di cui si è innamorato qualche tempo fa. I miei genitori, a loro è crollato il mondo addosso. Si figuri la loro prima preoccupazione è stata quella di capire cosa e come raccontare alla gente, o meglio come nascondere la cosa e evitare di fare parlare gli altri di questa cosa. Pensano solo all'immagine sociale che si sono costruiti con la loro posizione privilegiata di lavoro. Poi, non fanno altro che ripetermi che nella mia condizione non potrò più prendermi cura di mio marito, della casa, figuriamoci di un figlio....

I miei amici, mi spiace poveri ...Vorrebbero vedermi, mi invitano ad andare da loro, ma io non ne ho voglia....

IL LAVORO DEL TERAPEUTA CON LA TEORIA DELL' ALTRO

«Sono triste perché ho un tumore, non potrò avere figli»

CAMBIARE LA TEORIA (configurazione narrativa)

«Sono triste perché mio fratello....»

«Sono triste perché mio padre....»

CAMBIARE L'USO DELLA TEORIA (configurazione narrativa)

«Mi sento una donna realizzata anche se ho un tumore e dovrò affrontare la chemioterapia che forse, mi precluderà la possibilità di fare la mamma»

2) FASE DUE. ANALISI DELLA CONFIGURAZIONE NARRATIVA

Le domande, adesso, si fanno **strategie**, ovvero:

- «servono a qualcosa»
- «rispondono ad un obiettivo»

COM'È COSTRUITO IL PROBLEMA? E COME SI MANTIENE?

MODALITÀ su cui reggono le

COERENZE NARRATIVE DEL RACCONTO DI LISA:

- **SPIEGARE.** «Sono triste perché non potrò avere figli»
- **STABILIRE.** Cristallizzare una realtà che si considera oggettiva (un dato di fatto)
- **STRUTTURARE.** «Non sono più una donna»
- **ASSOLUTIZZARE.** «La mia vita non ha più senso, tutti i sacrifici fatti fino ad ora non servono più a nulla»; il passato è letto con gli occhi del presente e il futuro viene pensato in funzione del presente
- **GIUDICARE.** «Il mio corpo fa schifo»
- **DICOTOMIZZARE.** Esistono donne di serie A e donne di serie B
- **CONTRAPPORRE.** Se non sarò mamma non sarò donna/Passato – Presente – Futuro
- **CONFRONTARE.** Tra due realtà «passato» e «presente»

- **DERESPONSABILIZZARE.** «Leggere mi fa stare bene, ma cosa leggo a fare.... se tanto...non potrò leggere neanche una fiaba per mio figlio»; «Mi piace truccarmi, ma cosa mi trucco a fare se tanto poi sono una donna che fa schifo...Cosa se ne fa mio marito di una donna come me?»
- **USO DI TEORIE PSICOLOGICHE DI SENSO COMUNE.** «Una donna che non può avere figli e ha un corpo che fa schifo, non è una donna, non può essere una brava e attraente moglie»; «Cosa se ne fa un marito di una donna come me».

3) FASE TRE. INDIVIDUARE L'ESIGENZA DELL'INTERLOCUTORE

COSA SERVE ALLA PERSONA, LISA?

Qual è il punto del processo terapeutico da cui un operatore della trasformazione parte (in quanto anticipa che la persona possa contemplare un cambiamento)?

- La teoria personale
- La struttura linguistica
- La coerenza narrativa

COSA MANCA NELLA COERENZA NARRATIVA PORTATA DAL TESTO DI LISA ?

1. Avere dei DUBBI rispetto alla realtà oggettiva che sta stabilendo per sé stessa
2. Ragionare CONDIVIDENDO i pensieri con l'altro (versus stabilire in modo assoluto)
3. Distinguere ciò che DIPENDE DA LEI e ciò che DIPENDE DA ALTRO (ci sono cose che scegliamo e cose che non scegliamo)

Esempio di Domande che rispondono all'esigenza

(Estratto di dialogo tra due interlocutori: Terapeuta e Lisa)

- **Ha notato: quali di queste voci la fanno stare peggio? E quali, invece, meglio?**

Quella di mio marito, sembra faccia finta di niente, ma quando sto con lui, io mi sento meglio, mi sento trattata come una persona normale, come se non fossi malata. Spesso quando sono con lui è come se per un attimo mi dimenticassi di essere malata.

- **In quali di queste voci, attorno a lei, si riconosce**

Talvolta mio marito, ci sono dei momenti in cui vorrei che si rendesse più conto delle mie difficoltà, di quello che sto vivendo. Vorrei che fosse meno positivo e che si rendesse maggiormente conto che sono una donna malata. Per contro, però, riconosco che mi fa stare ancora peggio lo sguardo di compassione dei miei genitori e familiari che mi vedono e mi trattano solo come una ammalata.

- **Cos'altro, attualmente, le dona dei momenti di benessere?**

In TV, quando guardo le gare di tennis...è come se fossi io a potere giocare ancora...

- **Capisco. Le chiederò di fare ancora uno sforzo, e a tratti ciò che sto per chiederle le potrà sembrare perfino «curioso». Mi permette?**

Prego

- **Mi ha detto che il braccio «fa i capricci». Da quando il dolore al braccio le sta limitando le azioni, ha notato dei cambiamenti nella sua routine delle attività domestiche e nel tempo libero?**

(pausa) Ora che mi ci fa pensare...Marco, mio marito, sta facendo tante cose che prima non faceva. Ieri sera ha perfino cucinato, per carità, detto tra noi, non è sto proprio il massimo, ma è stato bello sedermi a tavola e vederlo destreggiarsi tra i pentolami e il cibo.

- **E che cosa può fare ora che prima non faceva?**

(pausa) non potendo fare le pulizie abbiamo deciso di fare venire una signora per qualche ora alla settimana. E adesso ho del tempo che prima non avevo. Ieri, ad esempio, ho tirato fuori dalla libreria, un libro di racconti per bambini, uno di quelli che leggevo ai miei fratelli quando erano piccoli per farli addormentare. Leggevo fiabe e favole impossibili, ma mi sono resa conto di essere entrata in un'altra dimensione come se Per un momento mi fossi dimenticata di tutto il male, di tutto ciò che questa malattia mi sta togliendo e mi toglierà, stavo bene...peccato che non potrò mai più leggere neanche una fiaba a mio figlio.... non è giusto...non ha senso.....

4) FASE QUATTRO. CONDIVIDERE L'OBIETTIVO

Secondo l'approccio interazionista, l'obiettivo dovrà rispondere a quattro caratteristiche:

- CONDIVISIBILITÀ
- PERSEGUIBILITÀ
- VERIFICABILITÀ/MISURABILITÀ
- INNESCA DEI PROCESSI (da cui parte un CAMBIAMENTO)

L'obiettivo è CONDIVISO dalla **persona**, quando:

- È in linea con l'ESIGENZA
- Va PROBLEMATIZZATO con l'interlocutore
- Segue una DIREZIONE
- Va ESPLICITATO
- L'interlocutore ne riconosce la PATERNITÀ e ha la SENSAZIONE DI GESTIRE IL COLLOQUIO

L'obiettivo è CONDIVISIBILE per il **terapeuta**, quando:

- EMERGE dal racconto dell'interlocutore
- NON È ESPLICITATO dall'interlocutore
- È STABILITO DAL TERAPEUTA
- Il terapeuta ANTICIPA che sarà CONDIVISO, PERSEGUIBILE, VERIFICABILE/MISURABILE E INNESCA PROCESSI DI CAMBIAMENTO dall'interlocutore

Esempio di Domande che rispondono all'Obiettivo

(Estratto di dialogo tra due interlocutori: Terapeuta e Lisa)

• **Cosa pensa potrebbe esserle utile?**

Sarebbe bello che lei mi aiuti a trovare la mia serenità

• **In che modo questi nostri incontri pensa potrebbero essere d'aiuto per ritrovare la serenità?**

Dovrei trovare un modo per accettare questa mia nuova condizione

• **Su cosa pensa sia utile lavorare per accettare questa sua nuova condizione?**

Avere un rapporto diverso con mio marito, con il mio corpo, con i miei familiari e amici

• **Da cosa si accorgerebbe che qualcosa è cambiato?**

Mi sentirei più a mio agio con il mio corpo, accetterei di avvicinarmi all'intimità con mio marito, trovare un senso a questa vita

• **Ok. In che modo cambierebbe la sua routine?**

Uscirei la sera indossando con un abito attillato, che già ho in mente ed è nel mio armadio che non metto più. Ricomincerei ad avere un'intimità con mio marito.

5) FASE CINQUE. SELEZIONARE E APPLICARE LE STRATEGIE E LE TECNICHE (TERAPEUTICHE)

Ogni prospettiva è tanto più legittimata quanto più ancorata a mappe, prassi metodologiche e linguaggi che utilizza

- Ristrutturazioni narrative (metaforizzazioni)
- Esercizi esperenziali

Premessa Teorica:

Lisa ha parole severe verso il suo corpo. Questo seno deturpato dal cancro, ormai nei suoi racconti non è più un seno, il suo seno. È percepito fuori di sé; non ha più diritto di cittadinanza nel suo corpo, nell'immagine di sé, nella propria *Identità* di donna/femmina/moglie/mamma; infatti, deturpata e altro da sé è percepita la propria femminilità, intimamente connessa, nella nostra cultura, all'immagine corporea.

«L'uso del corpo non è mai separabile dal **contesto**, e dai **generi narrativi** ...»; « Non possiamo capire il disagio corporeo se prima non ci occupiamo dei **modi in cui abbiamo inteso il corpo** e dei **filoni teorici** che abbiamo usato per leggerlo» (Elena Faccio, *Le identità corporee. Quando l'immagine di sé fa star male*, 2007).

Esempio dell'uso delle **metaforizzazioni** e nella ristrutturazione del costruito di "Identità Corporea"

(Estratto di dialogo tra due interlocutori: Terapeuta e Lisa)

“La fiaba dell’opossum e del muflone”

“Non erano mai entrati in contatto con i loro rispettivi esemplari della propria specie, perciò non sapevano quale fosse il loro aspetto fisico.

I due animali tanto incuriositi dalle reciproche forme, quanto incapaci di capire la propria, poiché ciascuno dei due può vedere l’altro, ma non completamente sé stesso, si interrogarono a vicenda per cogliere la forma dalle parole altrui.

L’intreccio porta i protagonisti a credere di essere degli animali diversi da quello che sono nella realtà e a comportarsi in modo appropriato alla descrizione resa dall’interlocutore. Descrizione che alla lunga avvertono come distante dal modo in cui si sentono, ma che sanno essere «vera» per chi la pronuncia.

Le esperienze confermano progressivamente questa distanza, tuttavia nessuno dei due scoprirà mai chi è in realtà”.

L’UNICA IDENTITÀ NOTA SARÀ QUELLA «VERA» PER L’ALTRO.

RIFLESSIONI CON LISA, IL PUBBLICO E GLI INTERLOCUTORI IN SALA:

- *Come capire le nostre forme se non attraverso «specchi», siano essi reali o il prodotto delle idee degli altri su di noi?...*
- *Non è forse vero che sebbene ogni parte del corpo parli di noi, inspiegabilmente si creano delle zone dalle quali ci sentiamo meglio rappresentati ed altre alle quali toglieremmo volentieri il diritto di cittadinanza?...*
- *Un rigetto talmente forte da indurci a confidare nell’idea che cambiare forma significhi cambiare anche il senso, il merito e il valore della propria identità”.*

Esempio di **esercizi esperenziali** (immagine corporea)

(Estratto di dialogo tra due interlocutori: Terapeuta e Lisa)

1. Antropologo sociale: “Vorrei che andasse in giro ad osservare per il mondo, in TV tra le conoscenze, in quali e quanti modi le donne possono essere e sanno essere femminili. Attraverso quali segni osservati, Lei può dire che quella donna è una Donna?”
2. Ricerca delle Eccezioni: “Osservi nella propria quotidianità e prenda nota in quali occasioni, atteggiamenti, parole e situazione emerge il Suo essere Donna”

...E LE CAREZZE DELL’INTIMITÀ?!

DICHIARAZIONE SULLA SALUTE SESSUALE PER IL III MILLENNIO (W.A.S. & F.I.S.S. 2007 - Sydney)

8. Riconoscere il piacere sessuale come una componente del benessere

“La salute sessuale va al di là dell’assenza di malattia. Il piacere e la soddisfazione sessuale sono parte integrante del benessere e richiedono universale riconoscimento e promozione”

Esempio di **Counseling Sessuologico**

(Estratto di dialogo tra due interlocutori: Terapeuta e Lisa)

- **Mi diceva che è da tanto che Lei e Marco non vi accarezzate nella vostra intimità**

Si, non ne ho il desiderio. Forse perché il mio corpo fa schifo. E poi penso: ma cosa se ne fa un marito di una donna come me, se non sono capace neanche di soddisfarlo?!

- **Cosa pensa suo marito del suo corpo? Fa schifo anche a lui?**

«No lui no. Lui, anzi vorrebbe toccarmi.... Ma a me, quando mi tocca mi infastidisce perché penso che il mio corpo non può piacere...»

- **La infastidisce vedere scene in TV in cui i partner si toccano?**

No, non credo. Piuttosto infastidirebbe mio marito, Marco. Vorrebbe passare subito all’azione.

- **Che lavoro fa suo marito?**

«Regista»

- **Possiamo spiegargli che una cosa è fare e un’altra è vedere un film, insieme?**

Lui è un maschio alfa, vuole avere il controllo...Che poi...se ci penso... è ciò che mi ha fatto innamorare di lui...mi piace questo suo lato....»

- **Le piace il maschio «alfa». Gliel’ha mai fatto notare?**

Effettivamente no, non gliel’ho mai detto.... a parole almeno...Ma adesso a parlare sono anche i fatti...

- È un primo punto. Gli dica che tiene a lui, che tiene che lui sia un maschio alfa, ma che adesso per Lei è difficile.

Si, penso che lo farò...

- Possiamo valutare che suo marito possa accarezzare, toccare altre parti del suo corpo, provando a trarne piacere?

Basta che non mi tocchi il seno e le parti intime

- Se ci addentriamo in discorsi o fatti che la infastidiscono mi alzi la mano e proviamo a rileggerli insieme.

Si, direi che i piedi può toccarli, se mi fa un massaggio... la fronte, le gambe e le mani....Mi potrebbe piacere se si fermasse ad accarezzarmi la testa.....

- Caspita! Piedi, gambe mani, fronte. Baci, grattini...è tanta roba Lisa! Non è zero. Non è non avere desiderio. È tanto!

Beh, si, effettivamente....

- Vediamo insieme un film romantico con risvolti erotici e poniamo dei limiti: non toccarsi da qui a lì. Cosa è vietato toccare/accarezzare

Vietato toccare il seno, il collo le spalle e le braccia, anche le parti intime. Può toccarmi sicuramente dalle cosce in giù e dal collo in su, la testa ...le mani...

- Bene. In questo modo starebbe bene.

Questa non è la fine della storia di Lisa. Salutandoci ebbe inizio...*l'altra storia, una nuova possibile storia tra le storie e i racconti di Lisa...* (altrove, oltre la stanza della psicoterapia)



“Non esistono cose impossibili, ma solo cose poco probabili.

È nella breve distanza tra queste interpretazioni della realtà che spesso ama insinuarsi il miracolo”
(F.Privitera)

Parte 3 – Dott.ssa Irene Guglieri

6) FASE SEI. LA VALUTAZIONE DI ESITO

- INDICATORI DISCORSIVI/NARRATIVI
- INDICATORI DI PROCESSO/DIREZIONE

Lo strumento dell'Autocaratterizzazione (Kelly, 1961) è una tecnica costruttivista che indaga i sistemi di costrutti della persona e che segue due principi fondamentali:

– il **criterio ermeneutico**, che assume come ogni conoscenza non può che essere interpretazione; il circolo ermeneutico che si esplicita con un costante dialogo tra domanda e risposta porta alla fusione di orizzonti dell'interprete con la sua precomprensione e dell'interpretato che porta con sé il suo vissuto

– l'**approccio credulo** (opposto a quello del sospetto), che consiste nel vedere come la persona strutturi un mondo in relazione al quale mantiene un certo tipo di ruolo; *“se non sai che non va in una persona chiediglielo: te lo può dire”* (Kelly, 1961).

La persona viene invitata a descriversi attraverso un breve scritto offerto all'interpretazione dello psicologo clinico. Alla persona viene data dunque la seguente consegna:

“Vorrei che scrivesse un bozzetto del carattere di XY, proprio come se fosse il personaggio principale di una commedia. Lo scriva come potrebbe scriverlo un amico molto benevolo con lei e che la conoscesse molto

intimamente, forse meglio di chiunque l'abbia conosciuta. Si ricordi di scriverlo in terza persona; per esempio inizi dicendo XY è.....”

I criteri di lettura si basano su differenti tecniche tra cui:

- Osservazione sequenza transizioni
- Osservazione organizzazione
- Riflessione contro il contesto
- Collazione
- Spostamento accento
- Ridefinizione argomento
- Analisi aree contestuali e tematiche

Oltre a queste è possibile indagare ulteriormente ponendo alla persona domande dirette su quanto scritto o attraverso la ridefinizione dell'argomento: riformulazione di una frase o dell'intero protocollo. Per quanto riguarda le possibili domande da sottoporre possono essere del tipo:

- Se un passante dovesse trovare per strada questo foglio, cosa ne penserebbe?
- Qual è secondo lei la frase più importante?

Nella presentazione del caso di Lisa è stata presentata una autocaratterizzazione iniziale ed una scritta alla fine dell'intervento psicoterapico e sono state fatte considerazioni in merito in base alle tecniche di lettura ed ai possibili indicatori di cambiamento dei costrutti personali alla luce delle differenze e dei cambiamenti tra l'autocaratterizzazione iniziale e quella finale.

TAVOLA ROTONDA E RIFLESSIONI CON IL PUBBLICO IN SALA

Domanda (Giuseppe Deledda e Laura Dal Corso): “Sarebbe interessante conoscere quali sono gli strumenti metodologici di cui si avvale il modello Interazionista per rendere operazionalizzabile il lavoro psicoterapeutico. La comunità scientifica si avvale di strumenti metrici e parametrici che sono ampiamente utilizzati nei contesti ospedalieri accreditati per la ricerca. E attraverso i quali è possibile ricavare dei dati significativi per la valutazione degli esiti”

Risposta: *«E' stato validato lo strumento MADIT (G.P. Turchi) che è in grado, attraverso operazioni non – parametriche e a partire da un dato qualitativo/narrativo/dialogico, di interpretare e trasformare tale dato in un dato quantitativo numerico, da cui è possibile, dunque, ricavare un'analisi di statistica inferenziale -non parametrica, che può essere usata nella valutazione degli esiti, anche per quei contesti ospedalieri o altri istituti che sostengono un accreditamento per la ricerca».*

Domanda (Luisa Nadalini): “ Ho sentito più volte nominare l'importanza che l' approccio interazionista dà al costrutto di significato. Mi domando se ci sia un'assonanza, ovvero diversità, rispetto a modello psicoanalitico di Lacan, il quale opera una distinzione tra “significante” e “significato”. Dunque possiamo, anche nel caso del modello Interazionista, parlare di una distinzione tra significato «cosciente» e significato «inconscio»?

Risposta: *«Lo psicoterapeuta interazionista pratica un' «etnoscienza» che lo trasforma in un esperto locale di taluni procedimenti semiotici, in particolare semantici e pragmatici. Per esempio, egli è colui che induce il proprio cliente a rielaborare immagini, narrazioni, discorsi, convinzioni e i relativi codici interpretativi generativi l'esperienza di ciò che lo affligge»*

Parlare lingue diverse significa abitare mondi diversi.

Ad esempio, in alcune forme dialettali pedemontane, la parola “sorridere” non esiste; esiste solo la parola “ridere”. Così, mentre ve lo sto dicendo, ci sembrerà di non poter percepire attraverso questa parola un pedemontano che sorride, bensì un pedemontano che ride. Nella nostra cultura, un sorriso è percepito diversamente che dal riso.

Esistono mille linguaggi quante sono le persone. Gli eschimesi per esempio: posseggono ben nove termini per definire nove tipologie diverse di neve.

Dunque esistono mille linguaggi quanti sono i contesti che abitiamo.

Così, il dialetto, l'italiano e l'eschimese sono linguaggi capaci di costruire mondi altri e diversi.

Il compito dello psicoterapeuta interazionista è quello di osservare e studiare quelle che sono le matrici universali del linguaggio parlato dal proprio interlocutore e attraverso le quali si delinea un modo unico, il suo (dell'interlocutore), di percepire e agire la propria realtà; a partire dalle quali l'individuo costruisce il proprio mondo che è “unico”. E attraverso “parole altre” il terapeuta interazionista costruirà un' “esperienza emozionale correttiva”, un momento positivo/altro rispetto a quella riferita dalla persona.

Ampliando le sue possibilità dell'essere e dell'agire in un determinato contesto interattivo tra sé stesso, l'altro e il mondo.

Al contrario, se dico a una persona che è "dislessico", dunque la tratto come una persona che non sa leggere e continuo a definirla tale secondo questa stessa "etichetta verbale" (con cui ci si riferisce ad una diagnosi), quella persona passerà tutta la vita a sentirsi, percepirsi, atteggiarsi e rispondere a quei modi che rispondono all'essere "dislessico". Non potrà che abitare "il mondo dei dislessici"

N.B. Per ragioni di tempo, le risposte non possono ritenersi esaustive. Per questa ragione, la richiesta dalla platea è stata quella di potere approfondire queste argomentazioni in una prossima occasione ufficiale, nella quale potere meglio argomentare i presupposti, la teoria e i metodi dell'approccio Interazionista alla psicoterapia e alla psico-oncologia.

Bibliografia

Salvini A., Bottini R. (2011), *Il nostro inquilino segreto*, Ponte alle Grazie, Milano

Salvini A., Dondoni M. (2011), *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*, Giunti Editore, Firenze

Faccio E. (2007), *Le identità corporee. Quando l'immagine di sé fa star male*, Giunti Editore, Firenze

Nardone, G., Salvini, A. (2004). *Il dialogo strategico*. Milano: Ponte alle Grazie.

Mead, G.H. (1934). *Mente, sé e società*, Firenze, Giunti-Barbera, 1966.

Turchi, G.P., Della Torre C. (2007) – "Psicologia della Salute" – Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico: generare e gestire processi trasformativi nell'ambito della "salute"", Armando Editore, Roma.

Jaynes J. (1976) *Il crollo della mente bicamerale e l'origine della coscienza*. Adelphi, Milano, 1984.

World Association for Sexual Health (WAS) (2007). *Dichiarazione per la salute sessuale del III millennio – Atti del Congresso*, Sidney.

Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs, Vol. 1: Clinical diagnosis and psychotherapy*. New York: Norton. (Tr. it. *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità*. Milano: Raffaello Cortina, 2004).

PSICOTERAPIA DELLA GESTALT

Moderatori: Dr.ssa Roberta Bommassar

Relatori: Dr.ssa Alessandra Vela, Dr. Claudio Agostinone, dr.ssa Letizia Iannopolo



Dott.ssa Roberta Bommassar



Dott.ssa Alessandra Vela



Dott. Claudio Agostinone



Dott.ssa Letizia Iannopolo

I CONCETTI BASE DELL'EPISTEMOLOGIA DELLA GESTALT:

Osservazione fenomenologica

- Il metodo fenomenologico è quel processo che, attraverso l'epochè (l'astensione dal giudizio), consente di cogliere l'essenza dei fenomeni
- La fenomenologia viene intesa in una dimensione osservativa, più che interpretativa, rispetto alle percezioni e al senso dell'esperienza soggettiva dell'individuo, già in essa è implicita una *compartecipazione* della coppia terapeutica al processo di conoscenza del paziente
- L'approccio fenomenologico privilegia il «*come, dove e quando*» rispetto al «*perché*», la Gestalt considera la risposta agli eventi come unicamente soggettiva, individuale e sensibile al *campo* (Taylor, 2016)

Campo organismo/ambiente

«In ogni indagine di natura biologica, psicologica o sociologica, è sempre necessario cominciare con l'analizzare il rapporto che intercorre tra l'organismo e il suo ambiente. [...] Questa integrazione tra l'organismo e il suo ambiente nello svolgimento di ogni funzione la chiameremo 'campo organismo/ambiente'» (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, p. 38)

- “La prospettiva di campo nella psicoterapia della Gestalt ci invita a non pensare in modo dicotomico [...] Innanzitutto occorre dire che ci riferiamo a un concetto di campo fenomenologico, dunque esperienziale, che però non è una realtà meramente soggettiva” (Spagnuolo Lobb, 2011, p. 73)
- Individuo e ambiente non sono entità separate ma parti di una stessa unità in costante interazione. Il campo è «esperienza» del confine di contatto tra organismo e ambiente

Contatto

«L'esperienza è in ultima analisi contatto, funzionamento del confine tra organismo e ambiente [...] Il contatto consiste nella consapevolezza del campo o nella risposta motoria nel campo [...] Principalmente, il contatto è la consapevolezza della novità assimilabile e il comportamento assunto nei suoi confronti; nonché il respingimento della novità non assimilabile» (Perls, Hefferline e Goodman, 1997, pp. 39-40)

Il confine di contatto è il luogo del farsi del sé e dell'esperienza

- L'esperienza di contatto viene descritta secondo quattro fasi, ciascuna con un accento diverso nella dinamica figura/sfondo (Spagnuolo Lobb, 2011)
- Il terapeuta è parte della situazione clinica, si colloca nel ruolo di cura, sostiene il movimento relazionale restando al confine di contatto con i sensi aperti. Si chiede: "da quale sfondo di questa situazione emerge la figura che il paziente sta creando?"

Il sé come processo, funzione ed evento di contatto

- È movimento nel campo organismo/ambiente inteso come processo unitario (dinamico)
- Formazione co-creata figura/sfondo (co-creazione)
- Processo del fare contatto (come, processuale)
- La capacità di adattarsi all'ambiente: il confine di contatto in azione

«Il sé [...] è concepito in Teoria e pratica della Terapia della Gestalt come la capacità dell'organismo di fare contatto con il proprio ambiente – in modo spontaneo, deliberato e creativo. La funzione del sé è di contattare l'ambiente» (Spagnuolo Lobb, 2011, p. 74)

- In Psicoterapia della Gestalt il sé ha il potere di integrare l'esperienza passata con la sollecitazione del presente per fare un passo verso il futuro

«Il presente è un passaggio dal passato verso il futuro; e questi sono gli stadi di un atto del sé mentre stabilisce il contatto con la realtà. È importante notare il fatto che la realtà contattata non è un immutabile stato di cose "oggettivo" di cui ci si appropria, ma una potenzialità che nel contatto diventa reale» (Perls, Hefferline e Goodman, 1997, p. 182)

Il sé è considerato in una posizione mediana tra organismo e ambiente, quindi in una posizione relazionale

In questo suo muoversi verso il contatto, il sé esprime delle specifiche capacità dell'organismo di relazionarsi con il mondo: l'es, l'io, la personalità. «L'es è lo sfondo senso-motorio dell'esperienza, percepito "come se" fosse "dentro la pelle"; la personalità è concepita come assimilazione dei contatti precedenti; e l'io come il motore che muove le due suddette funzioni e determina ciò che gli appartiene e ciò da cui si aliena» (Spagnuolo Lobb, 2011, p. 76)

Se la spontaneità, la qualità che accompagna l'essere pienamente presenti al confine di contatto, con la consapevolezza di sé, nel pieno uso dei propri sensi, si blocca, il contattare avviene con ansia e avviene attraverso:

- Introiettare: lo sviluppo dell'eccitazione è interrotto attraverso l'uso di una regola («non dovresti essere espansiva»);
- Proiettare: lo sviluppo dell'eccitazione è interrotto attribuendola all'ambiente («mio padre mi rifiuta»);
- Retroflettere: lo sviluppo dell'eccitazione è interrotto ritorcendola su di sé e non espirando («non ne ho bisogno»);
- Egotismo: c'è il contatto ma si interrompe prima che la novità venga assimilata («sapevo che abbracciarlo non sarebbe stato nulla di nuovo per me»);
- Confluire: l'eccitazione è assente, non c'è differenziazione tra organismo e ambiente

La psicopatologia e il sintomo in PdG

- È l'adattamento creativo alle situazioni difficili, è una scelta creativa, in un campo situazionale difficile, per evitare che l'eccitazione del processo di contatto, in assenza di contenimento relazionale, diventi ansia.

- Il contatto c'è sempre, si modifica la qualità del contattare, si perde la spontaneità, cioè "l'arte di integrare la capacità di scegliere deliberatamente (funzione-io) con due tipi di sfondi esperienziali: le sicurezze corporee acquisite (funzione-es) e le definizioni sociali – o relazionali – di sé (funzione personalità)" (Spagnuolo Lobb, 2011, 64)

Sviluppo polifonico dei domini (M. Spagnuolo Lobb, 2011)

- In PdG ci si focalizza sul modo in cui la persona armonizza le proprie capacità di contatto all'interno di uno stile di contatto globale e contestualizzato
- Indica la complessità che anima il fare contatto nel presente, attraverso il sostegno di diverse competenze, armonizzate tra loro
- Dominio: ambito esperienziale relativo a una certa capacità di contatto
- I domini sono "competenze chiaramente differenziate, che hanno il loro proprio sviluppo per tutto il corso della vita e interagiscono reciprocamente, facendo emergere l'armonia (la gestalt) della competenza nel qui e ora della persona"
- Come terapeuti della Gestalt, vediamo lo sviluppo come un viaggio verso la complessità dei contatti, piuttosto che come una progressione da stadi meno maturi a stadi più maturi (che ci riporterebbe a una prospettiva intra-psichica)
- Il nostro compito clinico consiste nell'osservare, non il livello di maturazione della persona, bensì come quella persona affronta la complessità delle sue percezioni...
- ...e nell'osservare il campo fenomenologico e la reciprocità, il reciproco muoversi-verso-l'altro che caratterizza la vita
- Scopo della terapia è il ripristino della spontaneità nel contattare l'ambiente

Dominio	Eccitazione sperimentata al confine di contatto	Competenze vitali	Rischi del contattare
Confluenza	Essere parte dell'ambiente	Empatia incarnata	Confusione, follia
Introiettare	Dare nomi	Apprendere	Depressione
Proiettare	"Gettarsi" nel mondo	Immaginazione, scoperta, coraggio	Esperienza paranoica
Retroflettere	Essere chiaramente confinati entro se stessi	Sicurezza, conoscenza	Solitudine Grandiosità
Egotismo	Piacere e orgoglio di essere se stesso	Autonomia Trovare strategie nelle situazioni difficili	Controllo, noia, vuoto

"Sviluppo polifonico dei domini" (Spagnuolo Lobb, 2015, p. 41)

LA CONSAPEVOLEZZA

«La consapevolezza è caratterizzata dal contatto, dalla percezione sensoriale, dall'eccitazione e dalla formazione della gestalt. Il suo funzionamento adeguato è il regno della psicologia normale; ogni disturbo passa sotto il titolo della psicopatologia» (Perls, Hefferline e Goodman, 1997, p. 29)

- “Il concetto di consapevolezza, ben diverso da quello di coscienza, esprime l’essere presenti ai sensi nel processo del contattare l’ambiente, l’identificarsi in modo spontaneo e armonico con l’intenzionalità di contatto. La consapevolezza è una qualità del contatto e ne rappresenta la ‘normalità’. La nevrosi è al contrario il mantenere l’isolamento (nel campo organismo-ambiente) attraverso un’esasperazione della funzione della consciousness, della coscienza” (Spagnuolo Lobb, 2011, p. 41)

Estetica della relazione

- Il contatto ha a che fare con aspetti fisiologici dell'esperienza (i sensi)
- Il termine estetico deriva dal greco *aistetikós* e significa relativo ai sensi, quindi, estetica è la conoscenza attraverso i sensi:
- Nel campo abbiamo già un criterio estetico
- Il criterio estetico, nell’epistemologia gestaltica, è di grande importanza poiché rappresenta una guida dell’intenzionalità terapeutica. Lo psicoterapeuta della Gestalt non lavora affinché il paziente raggiunga uno standard sano o maturo di vissuto e comportamento, ma è una guida in quanto rappresenta l’alterità in grado di “aiutare la persona a riconoscere l’esperienza creativa del proprio adattamento, riappropriandosene in modo incarnato, senza ansia, ossia con spontaneità; e nel portare a termine le intenzionalità interrotte, portando a compimento la trasformazione in bellezza” (Spagnuolo Lobb, 2011, p. 31)

La conoscenza relazionale estetica (M. Spagnuolo Lobb, 2017)

- È l’intelligenza sensoriale del campo fenomenologico condiviso
- La consapevolezza del terapeuta è un’esperienza immediata che si sviluppa con, ed è parte di, una costante transazione organismo/ambiente nel presente
- Processo di consapevolezza come co-creazione nel campo organismo/ambiente
- L’empatia incarnata e la risonanza diventano competenze del terapeuta, fondamentale risulta la qualità della presenza al confine di contatto

«Le mie aspettative di vita sono molto confuse adesso.

Quale sarà il percorso temporale?

È una situazione che ti crea confusione.

Ma senza speranza non c’è vita.

È davvero così.

La gente si crea sempre delle speranze»

Daan van Praag

L’esperienza somatica del sé in oncologia

Gli autori gestaltici considerano il corpo l’organo di contatto privilegiato che racconta la storia dei propri contatti e la novità di quelli attuali: il corpo è ciò che per eccellenza ci dà l’idea di essere individui, «la conoscenza della persona che sono non può lasciare da parte il corpo che mi sostiene e che mi permette di accumulare vissuti, conoscenze, abilità, pace, amore, ricordi che arricchiscono la mia vita» (Schnake, 2003-2005, p. 95)

È chiaro, quindi, come la diagnosi destabilizzi il ground di sicurezze scontate del sé: «il tumore attiva la fantasia di un nemico interno, invisibile, vivo, cattivo, persecutorio mentre si è in una condizione di totale impotenza» (Partinico, Conte e Mione, 2003-2005, p. 10). O ancora: «mi sono sentito tradito dal mio corpo – non posso fidarmi del mio corpo. E questa è una grande perdita», sono queste le parole di van Praag D. (intervistato da Parlett, 2003-2005, p. 57), psicoterapeuta della Gestalt in seguito a diagnosi di malattia neoplastica.

Una volta diagnosticata la malattia, questa mette in evidenza un corpo non più efficiente, non più in grado di portare a termine l'intenzionalità di contatto

Il Sé

Il sé in un campo psiconcologico si concretizza a partire dai vissuti corporei generati dalla malattia (**funzione es**), si sviluppa nella ridefinizione delle scelte terapeutiche ed esistenziali (**funzione io**), fino all'accettazione consapevole della patologia (**funzione personalità**)

Nel lavoro in oncologia, inoltre, ci si trova spesso ad ascoltare vissuti e storie interrotte, conseguenza di un'energia bloccata dalla notizia della malattia, di una figura incompleta e di un disorientato muoversi nell'ambiente

SCHEDA CLINICA

Prime impressioni del terapeuta:

Aspetti fisiologici di rilievo:

Istituto Gestalt Human Communication Center Italy
 Scuola di Specializzazione in Psicoterapia
 Riconosciuta dal Ministero dell'Università, della Ricerca e della Ricerca
 (02) 806.80394 - 0712001-2470108 - 2040111
 Sedì riconostrate: Siracusa - Palermo - Milano

Quaderni di Gestalt EAGT
 Scuola di Specializzazione in Psicoterapia

SCHEDA CLINICA
 Adattata da Spagnuolo Lobb M. (2001), in: Spagnuolo Lobb M. (a cura di),
 Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica. Milano: FrancoAngeli, pp. 155-157

Paziente _____ Data _____
 Luogo di nascita _____ Data _____
 Indirizzo _____ Telefono _____
 Invio _____

Prime impressioni del terapeuta:

- Aspetto esterno della persona: (2-3 aggettivi immediati)
 descrizione di ciò che si vede.
 -
 -
- Aspetti fisiologici di rilievo: malattie in atto; respiro; postura e corazza caratteriale (irrigidimento muscolare legato a retroflessioni); grounding, tensioni muscolari, sguardo diretto o meno, mimica facciale; ritmo sonno/veglia; abitudini alimentari; flessibilità/capacità di adattamento dei processi corporei.
- Farmacoterapia: il paziente assume farmaci? Se sì, quali? In passato ha assunto farmaci?
- Altri specialisti? E' mai stato in cura da altri specialisti? Se sì, quando?

Sede di Siracusa
 Sede legale e amministrativa
 Via E. Scialoja 38
 56100 Siracusa
 Tel (+39 051) 48 16 46
 email: siracusa@gestalt.it

Sede di Palermo
 Via Lincoln 19
 90133 Palermo
 Tel (+39 091) 61 61 270
 email: palermo@gestalt.it

Sede di Milano
 Via C.P. da Platina 2 (vicolo C, piano 2)
 20124 Milano
 Tel (+39 02) 09 26 71 71
 email: milano@gestalt.it

Fig. 1 of 7

Aspetti fisiologici di rilievo:

- respiro?
- postura, trasmette un senso di radicamento corporeo?

Nel gennaio 2018 diagnosi di carcinoma duttale infiltrante della mammella destra [cT2, pN0 (I_s), cM0; stadio IIA; HER2 positivo (score 3+)], intervento di quadrantectomia sinistra con svuotamento ascellare

1. Anamnesi

1.1 Famiglia di origine

- **Struttura** (disegnare l'albero genealogico della famiglia di origine)
- **Clima familiare** (descrizione dei rapporti all'interno della famiglia): rilassato/teso; caldo/freddo; aggressivo/placante; accettante/squalificante
- **Rapporti tra fratelli**
- **Rapporti tra i genitori** (coppia placante? aggressiva e accusatoria?)

- **Rapporti genitori/figli** (indicare in particolare: preferenze/imparzialità, se i ruoli genitoriali e filiali sono rispettati)
- **Eventi rilevanti del ciclo vitale familiare** (morti, trasferimenti, aborti, incidenti, ospedalizzazioni, separazioni, traumi di vario genere ecc.)
 Inserire sempre la data in cui sono stati riportati i singoli eventi nella narrazione del paziente.
- **Miti, segreti, tabù della famiglia d'origine**

1.2 Vissuto attuale

Famiglia attuale (se esiste descriverne la sua struttura, clima che c'è all'interno e eventi rilevanti)

Adattamento sociale (descrivere lo stile di vita, organizzazione quotidiana, relazioni e attività lavorativa/studio)

1.3 Sintomo (che tipo di sofferenza porta il paziente e che racconto ne fa)

- **Prospettiva diacronica:** storia del sintomo (o sofferenza): quando è iniziato, cosa succedeva nella vita del paziente? come ha cercato di far fronte alla sofferenza? Ha avuto la sensazione di farcela o di fallire? Come ha sentito il rapporto organismo/ambiente in questi tentativi di risolvere la sofferenza? In quale momento critico del ciclo vitale personale e transgenerazionale si è verificato il crollo? Quale mancanza di sostegno ambientale si è verificata e quale tipo di sostegno personale è mancato?, poiché appare importante mantenere in evidenza la stretta correlazione tra sostegno ambientale e sostegno personale.
- **Prospettiva sinchronica:** descrizione del sintomo (o sofferenza) attuale. Come ne parla? Descrivere la funzione-es e la funzione-personalità rispetto alla descrizione del sintomo. Ci si riferisce al "qui ed ora del racconto", a come il sé si costituisce qui e ora nelle parole che sceglie.

Adattamento sociale: laureata, lavoro dirigenziale, relazioni familiari molto buone e stile coeso, è ritenuta il punto di riferimento per il marito, la sorella e le nipoti (alle quali dedica molto tempo e attenzione). Pratica sport e altri hobbies (legge e viaggia)

Adattamento sociale (descrivere lo stile di vita, organizzazione quotidiana, relazioni e attività lavorativa/studio)

1.3 Sintomo (che tipo di sofferenza porta il paziente e che racconto ne fa)

- **Prospettiva diacronica:** storia del sintomo (o sofferenza): quando è iniziato, cosa succedeva nella vita del paziente? come ha cercato di far fronte alla sofferenza? Ha avuto la sensazione di farcela o di fallire? Come ha sentito il rapporto organismo/ambiente in questi tentativi di risolvere la sofferenza? In quale momento critico del ciclo vitale personale e transgenerazionale si è verificato il crollo? Quale mancanza di sostegno ambientale si è verificata e quale tipo di sostegno personale è mancato", poiché appare importante mantenere in evidenza la stretta correlazione tra sostegno ambientale e sostegno personale.
- **Prospettiva sincronica:** descrizione del sintomo (o sofferenza) attuale. Come ne parla? Descrivere la funzione-es e la funzione-personalità rispetto alla descrizione del sintomo. Ci si riferisce al "qui ed ora del racconto", a come il sé si costituisce qui e ora nelle parole che sceglie.

Prospettiva diacronica: all'età di 22 anni durante il percorso universitario ricorda un episodio ansioso-depressivo. Lisa ricorda, inoltre, un rapporto con i genitori a tratti conflittuale, soprattutto con la madre, che descrive molto esigente e responsabilizzante nei confronti dei fratelli più piccoli e dello studio. Riferisce pertanto di essersi sempre caricata di molte responsabilità in ambito scolastico e familiare con vissuto di colpa.

- Senso di solitudine e di mancanza di sostegno da parte dei genitori?
- Ha cercato di conseguire risultati brillanti in tutti i campi?
- Sensazione di essere inadeguata?

Adattamento sociale (descrivere lo stile di vita, organizzazione quotidiana, relazioni e attività lavorativa/studio)


1.3 Sintomo (che tipo di sofferenza porta il paziente e che racconto ne fa)

- **Prospettiva diacronica:** storia del sintomo (o sofferenza): quando è iniziato, cosa succedeva nella vita del paziente? come ha cercato di far fronte alla sofferenza? Ha avuto la sensazione di farcela o di fallire? Come ha sentito il rapporto organismo/ambiente in questi tentativi di risolvere la sofferenza? In quale momento critico del ciclo vitale personale e transgenerazionale si è verificato il crollo? Quale mancanza di sostegno ambientale si è verificata e quale tipo di sostegno personale è mancato", poiché appare importante mantenere in evidenza la stretta correlazione tra sostegno ambientale e sostegno personale.
- **Prospettiva sincronica:** descrizione del sintomo (o sofferenza) attuale. Come ne parla? Descrivere la funzione-es e la funzione-personalità rispetto alla descrizione del sintomo. Ci si riferisce al "qui ed ora del racconto", a come il sé si costituisce qui e ora nelle parole che sceglie.

Prospettiva sincronica: riferisce forte tristezza e uno stato di elevata ansia reattiva.

Riferisce, inoltre, una forte chiusura a livello sociale, rifiuta gli inviti degli amici, non risponde più ai messaggi sul telefono ed evita anche il contatto con le nipoti e i familiari più stretti i quali sono molto preoccupati per la sua reazione.


- Percepisce il terapeuta al confine di contatto?
- Vi è *ground* corporeo (o vi è desensibilizzazione corporea)?
- Presenza incarnata?


 Istituto di Gestalt Human Communication Center Italy
 Scuola di Specializzazione in Psicoterapia
 Seregno - Palermo - Milano

2. Formazione figura/sfondo


2.1 Sfondo (riportare la descrizione di cosa cogliamo dello sfondo del paziente, del suo collocarsi nel mondo)

- **Funzione es** (descrivere come il paziente fa contatto per mezzo del suo corpo, come si muove nell'ambiente, come respira, il ground)
- **Funzione personalità** (copia verbale del sé, come il paziente si definisce)
- **Sviluppo polifonico dei domini** (guardare nel qui ed ora della seduta allo sviluppo del paziente. Quando lo sentiamo fluido, spontaneo e presente ai sensi e quando invece sentiamo che non è pienamente presente e sentiamo il confine desensibilizzato. Come integra l'introiettare, il proiettare, il retroflettere, la confluenza facendo contatto con il terapeuta? (descrivere cosa il paziente ha imparato nella sua storia in termini di domini, quali sono le sue "abitudini" su come si colloca nel mondo, quali "resistenze protettive" ha appreso nel tempo. Per esempio, come ha imparato a introiettare nel passato?)


 Pg. 5 of 7

Funzione es: lo sfondo è carico di paura: gli adattamenti creativi messi in atto fino a ora non sono più efficaci e la portano a sentire la paura di essere inadeguata e di non essere interessante per gli altri (“non potrò più avere figli”, “la mia vita non ha più senso”, “il mio corpo fa schifo, non sono più una donna”, “cosa se ne fa un marito di una donna come me” “tutti i sacrifici fatti fino ad ora non servono più a nulla”).


- Può contare sul *ground* dato dalla funzione-es? Com'è il respiro?
- Quando emerge un'emozione nel contatto terapeutico, viene sentita o desensibilizzata?
- I piedi aderiscono al terreno?
- Quali sono i vissuti corporei generati dalla malattia?


 Istituto di Gestalt Human Communication Center Italy
 Scuola di Specializzazione in Psicoterapia
 Seregno - Palermo - Milano

2. Formazione figura/sfondo


2.1 Sfondo (riportare la descrizione di cosa cogliamo dello sfondo del paziente, del suo collocarsi nel mondo)

- **Funzione es** (descrivere come il paziente fa contatto per mezzo del suo corpo, come si muove nell'ambiente, come respira, il ground)
- **Funzione personalità** (copia verbale del sé, come il paziente si definisce)
- **Sviluppo polifonico dei domini** (guardare nel qui ed ora della seduta allo sviluppo del paziente. Quando lo sentiamo fluido, spontaneo e presente ai sensi e quando invece sentiamo che non è pienamente presente e sentiamo il confine desensibilizzato. Come integra l'introiettare, il proiettare, il retroflettere, la confluenza facendo contatto con il terapeuta? (descrivere cosa il paziente ha imparato nella sua storia in termini di domini, quali sono le sue "abitudini" su come si colloca nel mondo, quali "resistenze protettive" ha appreso nel tempo. Per esempio, come ha imparato a introiettare nel passato?)


 Pg. 5 of 7

Funzione personalità: sa di essere una donna con belle risorse, si definisce una persona determinata, precisa, ordinata, socievole, affettuosa, con una buona attività sessuale, sportiva, che ama leggere e viaggiare.

- Come si definisce quando gli altri non si accorgono del suo valore e/o della sua solitudine?
- Vi è un'accettazione consapevole della malattia?
- Come si definisce davanti al senso di frammentazione e destrutturazione dei propri ruoli familiari e sociali, che segue la diagnosi, l'intervento chirurgico e la proposta di una chemioterapia adiuvante?


Istituto di Gestalt Human Communication Center Italy
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia
Sireusa - Palermo - Milano

2. Formazione figura/sfondo


2.1 Sfondo (riportare la descrizione di cosa cogliamo dello sfondo del paziente, del suo collocarsi nel mondo)

- **Funzione es** (descrivere come il paziente fa contatto per mezzo del suo corpo, come si muove nell'ambiente, come respira, il ground)


- **Funzione personalità** (copia verbale del sé, come il paziente si definisce)

- **Sviluppo polifonico dei domini** (guardare nel qui ed ora della seduta allo sviluppo del paziente. Quando lo sentiamo fluido, spontaneo e presente ai sensi e quando invece sentiamo che non è pienamente presente e sentiamo il confine desensibilizzato. Come integra l'introiettare, il proiettare, il retroflettere, la confluenza facendo contatto con il terapeuta? (descrivere cosa il paziente ha imparato nella sua storia in termini di domini, quali sono le sue "abitudini" su come si colloca nel mondo, quali "resistenze protettive" ha appreso nel tempo. Per esempio, come ha imparato a introiettare nel passato?)

Pag. 5 of 7



- dominio dell'essere confluyente (NOI): presenza piena con tutti i sensi aperti al confine di contatto, intuizione dell'altro, è alla base dell'*empatia*: «relazioni familiari molto buone e stile coeso, lei è ritenuta il punto di riferimento per il marito, la sorella e le nipoti»
- dominio dell'introiettare (IO attraverso il TU): assimilazione di stimoli ambientali, mettere dentro ciò che deriva dall'ambiente, è alla base dell'*apprendimento*: «la paziente è compliant e accoglie l'invito del medico». Rischio: se il mondo entra dentro senza ricevere in cambio energia, l'organismo è depresso perché è incapace di dare un nome a ciò che non sente come proprio: «Riferisce pertanto di essersi sempre caricata di molte responsabilità in ambito scolastico e familiare con vissuto di colpa»


Istituto di Gestalt Human Communication Center Italy
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia
Sireusa - Palermo - Milano

2. Formazione figura/sfondo


2.1 Sfondo (riportare la descrizione di cosa cogliamo dello sfondo del paziente, del suo collocarsi nel mondo)

- **Funzione es** (descrivere come il paziente fa contatto per mezzo del suo corpo, come si muove nell'ambiente, come respira, il ground)

- **Funzione personalità** (copia verbale del sé, come il paziente si definisce)

- **Sviluppo polifonico dei domini** (guardare nel qui ed ora della seduta allo sviluppo del paziente. Quando lo sentiamo fluido, spontaneo e presente ai sensi e quando invece sentiamo che non è pienamente presente e sentiamo il confine desensibilizzato. Come integra l'introiettare, il proiettare, il retroflettere, la confluenza facendo contatto con il terapeuta? (descrivere cosa il paziente ha imparato nella sua storia in termini di domini, quali sono le sue "abitudini" su come si colloca nel mondo, quali "resistenze protettive" ha appreso nel tempo. Per esempio, come ha imparato a introiettare nel passato?)

Pag. 5 of 7



- dominio del proiettare (TU): affidare la propria energia all'altro, all'ambiente, uso del corpo come promotore del cambiamento nel contatto con l'ambiente, esplorazione dell'altro, è alla base dell'*immaginazione*, del *coraggio della scoperta*: «laureata, lavoro dirigenziale, una persona determinata, precisa, ordinata, socievole, affettuosa, con una buona attività sessuale, sportiva, che ama leggere e viaggiare»
- dominio del retroflettere (IO): capacità di stare con se stesso, di sentire la pienezza della propria energia confinata/tenuta al sicuro all'interno del corpo e del sé, alla base della capacità di *fidarsi* e *sentirsi al sicuro con se stessi*. Rischio: solitudine, creatività del soggetto che si rivela all'altro come grandiosità: «riferisce anche una forte chiusura a livello sociale»

2. Formazione figura/sfondo

2.1 Sfondo (riportare la descrizione di cosa cogliamo dello sfondo del paziente, del suo collocarsi nel mondo)

- **Funzione es** (descrivere come il paziente fa contatto per mezzo del suo corpo, come si muove nell'ambiente, come respira, il ground)

- **Funzione personalità** (copia verbale del sé, come il paziente si definisce)

- **Sviluppo polifonico dei domini** (guardare nel qui ed ora della seduta allo sviluppo del paziente. Quando lo sentiamo fluido, spontaneo e presente ai sensi e quando invece sentiamo che non è pienamente presente e sentiamo il confine desensibilizzato. Come integra l'introiettare, il proiettare, il retroflettere, la confluenza facendo contatto con il terapeuta? (descrivere cosa il paziente ha imparato nella sua storia in termini di domini, quali sono le sue "abitudini" su come si colloca nel mondo, quali "resistenze protettive" ha appreso nel tempo. Per esempio, come ha imparato a introiettare nel passato?)

- Dominio dell'egotismo: capacità di essere orgogliosi di essere se stessi, è l'arte del controllo deliberato, è alla base dell'autonomia, della capacità di trovare una strategia nelle situazioni difficili e di offrirsi al mondo con la propria individualità

2. Formazione figura/sfondo

2.1 Sfondo (riportare la descrizione di cosa cogliamo dello sfondo del paziente, del suo collocarsi nel mondo)

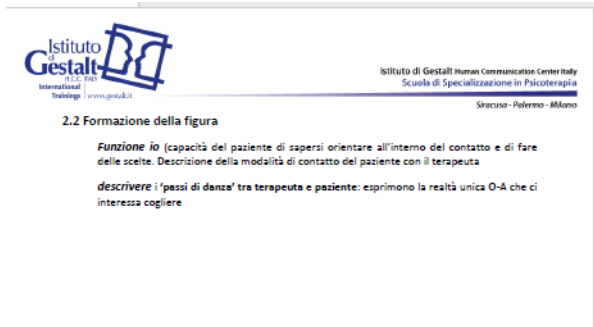
- **Funzione es** (descrivere come il paziente fa contatto per mezzo del suo corpo, come si muove nell'ambiente, come respira, il ground)

- **Funzione personalità** (copia verbale del sé, come il paziente si definisce)

- **Sviluppo polifonico dei domini** (guardare nel qui ed ora della seduta allo sviluppo del paziente. Quando lo sentiamo fluido, spontaneo e presente ai sensi e quando invece sentiamo che non è pienamente presente e sentiamo il confine desensibilizzato. Come integra l'introiettare, il proiettare, il retroflettere, la confluenza facendo contatto con il terapeuta? (descrivere cosa il paziente ha imparato nella sua storia in termini di domini, quali sono le sue "abitudini" su come si colloca nel mondo, quali "resistenze protettive" ha appreso nel tempo. Per esempio, come ha imparato a introiettare nel passato?)

- Sfondo di solitudine e di timore di non valere poiché non si è sentita sufficientemente vista nei propri bisogni e

- riconosciuta nella sua intenzionalità di raggiungere i genitori (la madre) cercando di essere come loro la volevano?
- La retroflessione ha sfavorito la ricerca della reciprocità?
- Presenza di introietti negativi?



«Passi di danza» Il focus di osservazione è la reciprocità: il reciproco muoversi verso l'altro che caratterizza la vita di tutti.

L'esperienza della situazione include l'esperienza dell'altro, che è un moderatore importante del senso di sé (Stern, 1985)

- A) Costruire insieme il senso del ground;
- B) Percepirsi l'un l'altro;
- C) Riconoscere l'intenzionalità dell'altro;
- D) Adattarsi l'un l'altro;
- E) Fare passi coraggiosi insieme;
- F) Divertirsi;
- G) Raggiungersi;
- H) Lasciarsi andare all'altro/intimità

2.2 Formazione della figura

Funzione io (capacità del paziente di sapersi orientare all'interno del contatto e di fare delle scelte. Descrizione della modalità di contatto del paziente con il terapeuta)

descrivere i 'passi di danza' tra terapeuta e paziente: esprimono la realtà unica O-A che ci interessa cogliere

3. Diagnosi

3.1 Diagnosi Descrittiva

- **Criteri DSM-5**

3.2 Diagnosi gestaltica – conoscenza relazionale estetica: sintonizzazione e risonanza

Criterio estetico: grazia (intesa come buona forma), ritmo (inteso come regolazione emozionale) fluidità (intesa come movimento) + vibrazione del terapeuta (in quale espressione del paziente il terapeuta sente il dramma vibrante?)

Diagnosi gestaltica: in PdG la diagnosi non riguarda il singolo individuo ma i fenomeni relazionali co-creati nel qui e ora del contatto terapeutico

Criterio estetico: attraverso la conoscenza relazionale estetica: ha fatto esperienza della vicinanza dell'altro? Agisce come se l'altro non ci fosse? L'intenzionalità di contatto è alla ricerca dell'altro?

- **Criterio Fenomenologico e di campo:** descrizione dei vissuti di campo e dei movimenti. Come il terapeuta descrive la propria esperienza di fare contatto con il paziente? Come il paziente descrive la propria esperienza del fare contatto con il terapeuta? Quale sensazione il terapeuta coglie nel campo che si crea nella seduta?

- **L'ansia è data principalmente da...**(quale situazione fa scattare l'ansia?)

3.3 Intenzionalità di contatto da sostenere nella terapia (Now for next terapeutico)

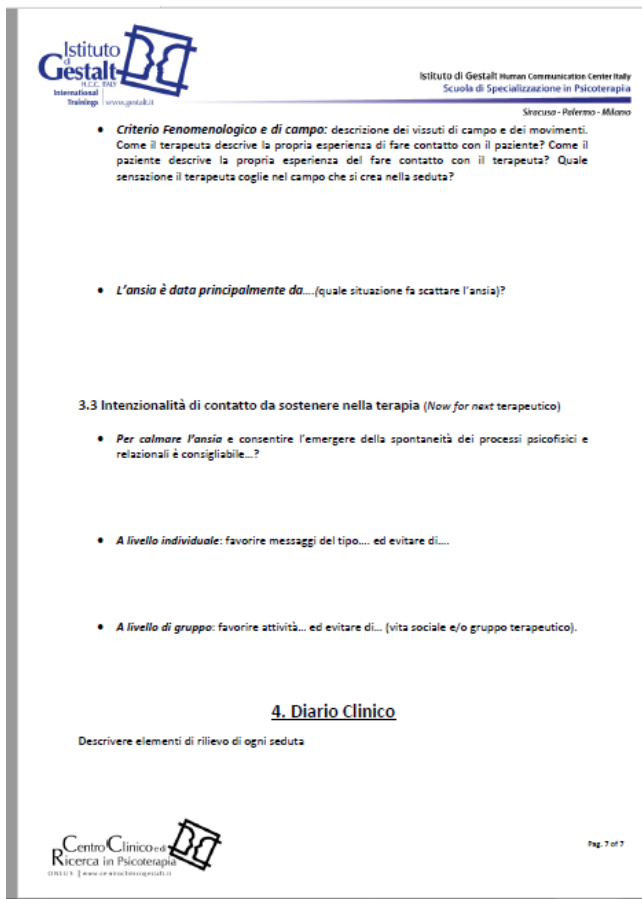
- **Per calmare l'ansia** e consentire l'emergere della spontaneità dei processi psicofisici e relazionali è consigliabile...?
- **A livello individuale:** favorire messaggi del tipo... ed evitare di...
- **A livello di gruppo:** favorire attività... ed evitare di... (vita sociale e/o gruppo terapeutico).

4. Diario Clinico

Descrivere elementi di rilievo di ogni seduta

Criterio fenomenologico e di campo: senso di solitudine? Senso di irraggiungibilità?

L'ansia...: non trovare radicamento relazionale che possa far fronte a una situazione quale quella di diagnosi di cancro? Il timore di non essere vista e riconosciuta nella sua sofferenza?



Per calmare l'ansia: aiutarla a fare l'esperienza che lo stare con l'altro gli dà sostegno contro la sua solitudine; aiutarla a sviluppare la consapevolezza corporea; sostenere il passaggio dalla coscienza di sé alla consapevolezza

A livello individuale: sostenere un processo di integrazione della malattia nella propria vita e nella propria esperienza corporea

A livello di gruppo: imparare a mostrare il proprio bisogno e desiderio dell'altro

CORE-OM (The Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure, Barkham, Evans, McGrath, Mellor-Clark, Milne, Graeme, 1998), è stato messo a punto da un gruppo di ricercatori e clinici, in relazione al nuovo paradigma dell'evidenza basata sulla pratica con la finalità di valutare le psicoterapie

È composto da tre strumenti interdipendenti:

1. **una scheda di inizio terapia (CORE-A, Assessment)**, è una scheda compilata dal terapeuta che permette di raccogliere informazioni tra cui il contesto familiare, l'utilizzo in passato dei servizi, l'utilizzo di psicofarmaci, le valutazioni del clinico sulle criticità riscontrate, la severità (scala a 4 punti) e sulla durata del disturbo. Nella scheda vengono elencati diversi problemi (depressione, ansia, psicosi, disturbi di personalità, difficoltà di apprendimento disturbi del comportamento alimentare, problemi fisici, dipendenze, abusi, problemi interpersonali, problemi sociali-abitativi), che sono stati identificati dal terapeuta all'incontro di valutazione

CORE-A Scheda di valutazione iniziale

Codice e sede terapia _____ N. _____
 Paziente _____ Femmina Maschio
 Età _____ Occupazione _____ Origine etnica _____
 Inviante/i _____ Data richiesta appuntamento _____
 Numero totale di visite di valutazione _____
 Data prima visita di valutazione _____ Data ultima visita di valutazione _____
 Paziente già noto al servizio Se sì, mesi trascorsi dall'ultimo contatto _____
 Si tratta di una visita di rivalutazione?

Condizioni di vita del paziente:

- Vive solo/ a
- Vive con il partner
- Ha uno o più figli di meno di 5 anni di età
- Ha uno o più figli di 5 anni di età
- Vive con i genitori o altro tutore
- Vive con altri parenti o amici
- Vive con un/ a badante a tempo pieno (disabili, anziani, etc.)
- Vive in una struttura comune (es. collegio studentesco)
- Vive in una struttura temporanea (es. ostello)
- Vive in una struttura residenziale/ ospedale
- Altro

Ricorso ad aiuto per problemi psichici (in passato o in corso)? Possibili risposte multiple				
Livello assistenziale	Descrizione	In corso	Meno di 1 anno fa	Più di 1 anno fa
Primario	Medicina Generale (MMG)			
Secondario	c/o Centro di Salute Mentale			
	c/o SERT			
	c/o Unità Operativa di Psicologia Clinica c/o ambulatorio ospedaliero c/o NPI			
Terziario	c/o day-hospital			
	Ricovero ospedaliero ≤ 10 giorni			
	Ricovero ospedaliero ≥ 11 giorni c/o Comunità terapeutica			
Altro	Consellieri, c/o associazioni di volontariato, religiose, lavorative, scolastiche, ...			

È stata prescritta al paziente recentemente una terapia psicofarmacologica? Sì No

Se sì, si prega di indicare di che tipo:

Antipsicotici Antidepressivi Ansiolitici- ipnotici Altro

Problemi identificati (per ciascuna voce, indicare inoltre durata e gravità):

Gravità	Problema	< 6 mesi	6- 12 mesi	> 12 mesi	Ricorrente-continuativo
	Depressione				
	Ansia/ stress				
	Psicosi				
	Problemi di personalità				
	Problemi cognitivi/ di apprendimento				
	Disturbi del comportamento alimentare				
	Problemi somatici				
	Abuso di sostanze				
	Stress post-traumatico, abuso o violenza				
	Reazione di lutto				
	Autismo				
	Problemi Interpersonali/relazionali				
	Problemi di sussistenza				
	Problemi lavorativi/ di studio				
	Altro (specificare)				

Rischio (per ciascuna voce, indicare la gravità : nessun rischio, lieve, moderato, grave)

	Nessuno	Lieve	Moderato	Grave
Suicidio				
Atti autolesivi				
Atti eterosessivi				
Lesioni/ ferite				

Codifica ICD-10:

1. codice principale, sub-codice _____ 2. codice principale, sub-codice _____
 3. codice principale, sub-codice _____ 4. Codice principale, sub-codice _____

Cosa ha fatto il paziente per fare fronte o evitare il suo problema? Segnare e descrivere quanto fatto dal paziente:

Azioni positive: _____

Azioni negative: _____

Esito della valutazione al paziente:

- Valutazione (una sola visita)
- Press in carico psicoterapico
- Press in carico per periodo di prova
- Lunga consultazione (una volta al mese) Incontri mensili di supporto
- Invio ad altro Servizio *
- Non indicata la psicoterapia allo stato attuale *

* In questi casi, specificare brevemente il motivo per cui il paziente non entra in terapia:

2. un questionario clinico (CORE-OM, Outcome Measure, valutazione routinaria degli esiti della psicoterapia–indicatori di risultato). È un questionario di 34 item compilato dal paziente, in cui ogni affermazione viene valutata su una scala a 5 punti. È composto da 4 domini: *benessere soggettivo*, *problemi e sintomi* (sintomi depressivi, sintomi ansiosi, sintomi fisici ed effetti del trauma), *dominio del funzionamento* (relazioni significative, funzionamento generale e sociale), *rischio* (atti auto ed etero-lesivi)

Il punteggio finale si ottiene sommando i punteggi dei singoli item diviso per il numero di risposte. Esso corrisponde al livello di disagio psicologico al momento della misurazione, con punteggi maggiori che corrispondono a problemi maggiori

Il confronto tra la misurazione prima del trattamento e alla fine del trattamento costituisce l'esito e ci dice se il livello di disagio del paziente è diminuito e in che misura

Importante- da leggere prima della compilazione
Questo questionario contiene 34 affermazioni che possono descrivere come si è sentito nel corso dell'ULTIMA SETTIMANA. Legga ogni affermazione, cercando di ricordare quante volte si è sentito così negli ultimi 7 giorni. Segni quindi la risposta che più vi si avvicina. La preghiamo di usare una penna (non una matita) e di segnare in modo chiaro le caselle.

Nell'ultima settimana

1. Mi sono sentito terribilmente solo e isolato 0 1 2 3 4 5

2. Mi sono sentito teso, ansioso o nervoso 0 1 2 3 4 5

3. Ho sentito di avere qualcuno a cui rivolgermi per ricevere un sostegno quando ne ho avuto bisogno 0 1 2 3 4 5

4. Mi sono sentito a posto con me stesso 0 1 2 3 4 5

5. Mi sono sentito completamente privo di energia e di entusiasmo 0 1 2 3 4 5

6. Sono stato violento fisicamente verso altre persone 0 1 2 3 4 5

7. Mi sono sentito capace di adattarmi in caso di difficoltà 0 1 2 3 4 5

8. Sono stato disturbato da malesseri, dolori o altri problemi fisici 0 1 2 3 4 5

9. Ho pensato a farmi del male 0 1 2 3 4 5

10. Non ho avuto la forza di parlare con le persone 0 1 2 3 4 5

11. La tensione e l'ansia mi hanno impedito di fare cose importanti 0 1 2 3 4 5

12. Sono stato contento per le cose che ho fatto 0 1 2 3 4 5

13. Sono stato disturbato da pensieri e stati d'animo indesiderati 0 1 2 3 4 5

14. Ho avuto voglia di piangere 0 1 2 3 4 5

Nell'ultima settimana

15. Ho provato panico o terrore 0 1 2 3 4 5

16. Ho progettato di mettere fine alla mia vita 0 1 2 3 4 5

17. Mi sono sentito sopraffatto dai miei problemi 0 1 2 3 4 5

18. Ho avuto difficoltà ad addormentarmi o a mantenere il sonno 0 1 2 3 4 5

19. Ho provato calore o affetto per qualcuno 0 1 2 3 4 5

20. Mi è stato impossibile mettere da parte i miei problemi 0 1 2 3 4 5

21. Sono stato in grado di fare la maggior parte delle cose che dovevo fare 0 1 2 3 4 5

22. Ho minacciato o intimidito qualcuno 0 1 2 3 4 5

23. Mi sono sentito affranto o senza speranza 0 1 2 3 4 5

24. Ho pensato: "Sarebbe meglio essere morto"

25. Mi sono sentito orfinito da altre persone 0 1 2 3 4 5

26. Ho pensato di non avere amici 0 1 2 3 4 5

27. Mi sono sentito infelice 0 1 2 3 4 5

28. Sono stato turbato da immagini o ricordi indeciderati 0 1 2 3 4 5

29. Mi sono sentito irritato mentre ero con altre persone 0 1 2 3 4 5

30. Ho pensato che è mia la colpa dei problemi e delle difficoltà che ho 0 1 2 3 4 5

31. Mi sono sentito ottimista per il mio futuro 0 1 2 3 4 5

32. Ho ottenuto ciò che volevo 0 1 2 3 4 5

33. Mi sono sentito umiliato o messo in imbarazzo da altre persone 0 1 2 3 4 5

34. Mi sono fatto del male fisicamente o ho messo seriamente in pericolo la mia salute 0 1 2 3 4 5

GRAZIE DEL TEMPO DEDICATO A COMPLETARE IL QUESTIONARIO!

Punteggio totale

Punteggio medio

3. una scheda di fine terapia (End of Therapy Form)

CORE – E Scheda di valutazione finale

Codice sede e terapia _____ (N. _____)
 Paziente _____
 Numero di sedute pianificate No Sì N. _____
 Numero di sedute effettuate Numero di sedute saltate _____
 Data di inizio intervento _____ Data di fine intervento _____
 Tipo di intervento clinico concordato:
 Consultazione Psicoterapia Lunga consultazione di supporto
 Sono stati definiti gli obiettivi e/o il focus della terapia Sì No

Che tipo di intervento clinico è stato condotto con il paziente? Possibili risposte multiple:

- Psicodinamico
- Comportamentale
- Centrata sulla persona
- Sistemica
- Altro (specificare)
- Cognitiva
- Cognitivo-comportamentale
- Integrata
- Di sostegno

In che modalità l'intervento clinico è stato condotto? Possibili risposte multiple:

Individuale Di gruppo Familiare Di coppia

Con che frequenza è stato visto il paziente?

Settimanale Quindicinale A frequenza variabile Altro _____

In che modo è stato concluso l'intervento?

- Non programmata: Programmata:
- Per un momento di crisi del paziente Dall'inizio della terapia
- Per interruzione del contatto Concordata durante la terapia
- Per decisione del paziente Concordata verso la conclusione
- Altro (specificare) _____

Valutazione attuale dei problemi identificati precedentemente: per ciascuna voce indicare inoltre la gravità (1= lieve 2= moderato 3= grave) e se affrontato

Gravità	Problema	Affrontato (fare crocetta se sì)
	Depressione	
	Ansia/stress	
	Psicosi	
	Problemi di personalità	
	Problemi cognitivi di apprendimento	
	Disturbi del comportamento alimentare	
	Problemi somatici	
	Abuso di sostanze	
	Stress post traumatico, abuso o violenza	
	Reazione di lutto	
	Auto-stima	
	Problemi interpersonali/relazionali	
	Problemi di sussistenza	
	Problemi lavorativi di studio	
	Altro (specificare)	

Rischio (per ciascuna voce, indicare la gravità: nessun rischio; lieve; moderato; grave)

	Nessuno	Lieve	Moderato	Grave
Suicidio				

Atti autolesivi				
Atti eterolesivi				
Legale/forense				

Fattori contestuali (per ciascuna voce specificare il livello)

	Scarso	Discreto	Buono
Motivazione			
Alleanza terapeutica			
Mentalizzazione			

Benefici dell'intervento clinico

	Migliorato	Non migliorato	Non affrontato
Introspezione o consapevolezza			
Espressione di sentimenti o difficoltà			
Esplorazione di sentimenti o difficoltà			
Capacità di adattamento (strategie, tecniche)			
Richiesta d'aiuto			
Controllo/pianificazione/capacità di prendere decisioni			
Benessere soggettivo			
Sintomi			
Funzionamento quotidiano			
Relazioni interpersonali			
Altri effetti (Specificare)			

C'è stata una modifica della terapia psicofarmacologica nel periodo di presa in carico?

Sì No Non valutabile

Se sì, è possibile che il cambiamento sia stato vantaggioso per il paziente?

Sì No

Descrizione del cambiamento:

- Introdotta terapia
- Interrotta terapia
- Aumentato dosaggio
- Diminuito dosaggio
- Modificata

Al paziente è stato dato un appuntamento per una visita di controllo? Sì No

A quanti mesi di distanza dall'ultima visita? _____

Il CORE-OM permette di fare una distinzione tra un Reliable Clinical Change (RCC-cambiamento affidabile della condizione clinica) del paziente e un Clinical Significant Change (CSC–cambiamento clinicamente significativo)

- Un RCC del paziente viene definito come un cambiamento di 5 punti o più sulla scala CORE-OM
- Un CSC è un cambiamento dove è presente un cambiamento affidabile come definito prima, ma con la condizione che il punteggio iniziale è sopra 10 e il punteggio finale sotto 10 punti

In breve si può affermare che, per definire i pazienti “guariti”, il punteggio al CORE-OM iniziale deve essere maggiore o uguale a 10, la differenza nel punteggio iniziale e finale deve essere maggiore di 5 (per garantire una certezza di miglioramento) e, infine, per stabilire un cambiamento clinicamente significativo, il punteggio finale del CORE-OM del paziente deve essere meno di 10

Oggi l’anima esperienziale e quella relazionale formano una trama di qualità diversa dal passato; Yontef (2005, p. 92): «qualunque modo di concepire il cambiamento in psicoterapia che non comprenda sia un *lavoro sperimentale e fenomenologico sulla consapevolezza, sia una cura rispettosa e dialogica del contatto relazionale, risulterebbe incompleto*»

Bibliografia

- Parlett M. (2003-2005). “Affrontare la morte. Daan van Praag intervistato da Malcolm Parlett”, Quaderni di Gestalt, 36/41: 55-65
- Perls F.S., Hefferline R.F., Goodman P. (1997). Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana. Roma: Astrolabio
- Schnake A. (2003-2005). “Presenza e attualità dell’approccio gestaltico olistico alla malattia”, Quaderni di Gestalt, 36/41: 91-100
- Spagnuolo Lobb M. (2011). Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna, Milano: FrancoAngeli
- Spagnuolo Lobb M. (2012), “Lo sviluppo polifonico dei domini. Verso una prospettiva evolutiva della psicoterapia della Gestalt”, Quaderni di Gestalt, XXV, 2: 31-50, Milano: FrancoAngeli
- Spagnuolo Lobb M. (2015). Il sé come contatto. Il contatto come sé. Un contributo all’esperienza dello sfondo secondo la teoria del sé della psicoterapia della Gestalt. Quaderni di Gestalt, vol. XXVIII, 2, pp. 25-56
- Spagnuolo Lobb M., Conte E., Mione M. (2017), “La scheda clinica gestaltica: presentazione di uno strumento di lavoro”, Quaderni di Gestalt, XXX, 2: 67-81, Milano: FrancoAngeli
- Spagnuolo Lobb M. (2017), “La conoscenza relazionale estetica del campo. Per uno sviluppo del concetto di consapevolezza in psicoterapia della Gestalt e nella clinica contemporanea”, Quaderni di Gestalt, XXX, 1: 17-33, Milano: FrancoAngeli
- Taylor M. (2016). Psicoterapia del trauma e pratica clinica. Corpo, Neuroscienze e Gestalt. Milano: FrancoAngeli
- Yontef G. (2005). Gestalt Therapy Theory of Change. In A. Woldt and S. Toman (eds.). Gestalt Therapy: History, Theory and Practice. Thousand Oaks, CA: Sage

PSICOTERAPIA PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

Moderatori: Dr.ssa Margherita Zanoni

Relatori: Dr. Alessandro Failo, dr.ssa D'Ovidio, dr.ssa Maria Montanaro Dr.ssa Luisa Nadalini



Dott.ssa Margherita
Zanoni



Dott. Alessandro
Failo



Dott.ssa Luisa
Nadalini



Dott.ssa Silvia
D'Ovidio



Dott.ssa Maria
Montanaro

Quando si parla di oncologia pediatrica, si pensa ad un mondo fatto di attenzioni, di buone prassi, di procedure. Questo ovviamente da un punto di vista medico, ma anche in quello psicosociale. Esistono molti approcci psicoterapici, interventi psico-sociali, protocolli declinati a seconda della realtà clinica. Ma c'è un generale consenso, una direzione, delle linee guida?

Se cerchiamo in letteratura le evidenze a supporto, troviamo che la prima metanalisi sugli effetti degli interventi psicosociali in oncologia pediatrica per la riduzione del distress e dello sviluppo dell'adattamento risale al 2006 (Pai et al., 2006). Ciò che emerge è che gli effetti significativi e con un buon effect-size sono solamente per i genitori, ovvero i beneficiari secondari degli interventi, mentre sui bambini gli effetti sono minimi e solo sul fronte del distress. L'aspetto che sorprende è che gli autori, nel citare le chiavi di ricerca non hanno minimamente considerato la parola "psicoterapia". È stata una scelta o una mancanza?

Circa 10 anni dopo, una revisione sistematica sullo stesso argomento (Coughtrey et. al.2018), ma più mirata nel definire gli outcomes (es. sintomatologia ansioso-depressiva, qualità della vita, autostima, sintomi del cancro, aderenza ai trattamenti, dolore), sostiene che i vari tipi di intervento sono significativamente efficaci per ridurre la sintomatologia ansiosa e depressiva così come la qualità della vita. Una quota minore di studi riporta un impatto positivo sui sintomi fisici e sul benessere percepito incluso il distress ed il dolore procedurale. E la questione delle chiavi di ricerca? Meglio, perché questa volta è stato incluso anche il termine "psicoterapia". Ma anche qui troviamo una povertà nello specificare quali forme di psicoterapia, o meglio, gli studi specificano solo "cognitivo-comportamentale" o "centrata sulla famiglia" e tra l'altro, l'insieme di queste psicoterapie sono meno della metà degli studi identificati (5 su 12). Intelligentemente gli autori si sono resi conto della discrepanza tra il tipo di psicoterapie e la realtà clinica e concludono affermando che vi è una scarsa progettazione di studi RCT che tengano conto degli altri approcci psicoterapeutici nonostante la loro larga diffusione nella clinica.

Proseguendo con un altro ambito importante e specifico in oncologia pediatrica, ovvero il dolore procedurale, emerge come la distrazione (nelle diverse declinazioni) sia la tecnica più efficace autoriportata dai bambini e adolescenti nel ridurre l'intensità del dolore (Bukola & Dawson, 2017). Ma è davvero così? Purtroppo, ci sono molti bias dovuti alla grande eterogeneità degli studi ed al numero esiguo di RCT.

E per quanto riguarda l'ansia legata ai trattamenti per il cancro, le tecniche non farmacologiche sono efficaci? Una recente revisione sistematica con metanalisi di Nunns e colleghi (2018) sottolinea come l'ipnosi (rappresentata in 8 studi su 15 identificati) sia efficace per i bambini e gli adolescenti nel ridurre sia il dolore che l'ansia anche se con risultati a volte contrastanti e che le tecniche "non ipnotiche" (musica, realtà virtuale,

CBT) non riportino evidenze nella stessa direzione. Anche qui vi sono diversi bias e bassa numerosità dei campioni di studio.

Cambiando argomento, senza ovviamente esaurire i temi salienti - ma che per questioni di tempo obbligano ad una scelta dei topics da presentare -, parliamo ora di cosa accade nei bambini e adolescenti che perdono un fratello od un genitore a causa del cancro. La revisione di Hoffmann, Kaiser & Kersting (2018) sottolinea come vi siano degli elevati gradi di adattamento nei bambini e adolescenti tali da non evidenziare variazioni rispetto alle popolazioni "normali" di riferimento, a differenza degli adulti dove i livelli di distress sono significativamente maggiori. Gli autori concludono lanciando un messaggio molto importante: sono necessari studi che approfondiscano l'importanza della comunicazione aperta sia nelle fasi attive di malattia che nel fine vita, inoltre sarebbe importante indagare quali sono le caratteristiche emergenti nei lutti prolungati, visto che nessuno studio se ne è occupato.

Il "take home message" è che, pur nei limiti di indagine che si palesano a fronte degli interventi psicoterapici, come terapeuti dovremmo integrare meglio la clinica con la ricerca per portare quelle evidenze utili a definire «linee guida e buone pratiche». Il comitato intersocietario della SIPO e dell'AIEOP ha stilato un "position paper" a riguardo che sta gettando le basi future in questa direzione. L'Italia si sta portando avanti.

Il cartoon sul cancro: ri-animiamo le famiglie

Uno dei primi pensieri del genitore cui viene diagnosticata una malattia oncologica è proteggere i propri figli da una realtà che appare emotivamente ingestibile e troppo angosciante. Il pensiero di proteggerli non dicendo niente della malattia si scontra con l'impossibilità di nascondere veramente la malattia e le cure. Il genitore si sente inadatto al compito di informare: percepisce la difficoltà del "come" e del "quanto" dire ai figli rispetto ad una realtà – il cancro e le terapie – nella quale egli stesso è stato proiettato all'improvviso e che ha difficoltà a comprendere pienamente.

Da qui nasce il progetto "La malattia spiegata a mio figlio", nato nell'UOSC di Ematologia Oncologica dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Napoli a cura di Gabriella De Benedetta, Silvia D'Ovidio e Antonello Pinto. Il progetto, attraverso un libro illustrato ed un cartoon animato, accompagna i genitori che devono parlare ai bambini della malattia e della chemioterapia (con una particolare attenzione agli effetti collaterali). Entrambi questi strumenti sono di sostegno ai genitori attraverso le parole e le immagini, che si fondono in una favola pensata per bambini di ogni età.

La favola è fruibile sia sotto forma di libro che sotto forma di cartone animato e viene utilizzata all'interno di un "protocollo d'intervento" che sarà presentato fase per fase in questo workshop. Il libro è una favola composta da testo ed immagini ed affronta, in maniera dettagliata e veritiera, ma anche rassicurante e speranzosa, i temi riguardanti la malattia oncologica, la chemioterapia e gli effetti collaterali della terapia. Il cartoon è un video, sviluppato in una tecnica mista 2D e 3D, che racconta la storia attraverso una voce narrante ed è visibile liberamente sul sito: <https://lamalattiaspiegataamiofiglio.com/>

Bibliografia

Pai et al. (2006). A meta-analysis of the effects of psychological interventions in pediatric oncology on outcomes of psychological distress and adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(9), 978-988

Coughtry et al. (2018). The Effectiveness of Psychosocial Interventions for Psychological Outcomes in Pediatric Oncology: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55, 1004-1017.

Bukola & Paula (2017). The Effectiveness of Distraction as Procedural Pain Management Technique in Pediatric Oncology Patients: A Meta-analysis and Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(4), 589–600.

Nunns et al., (2018). Effectiveness of nonpharmacological interventions to reduce procedural anxiety in children and adolescents undergoing treatment for cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 27(8), 1889-1999

Hoffmann, R., Kaiser, J., & Kersting, A. (2018). Psychosocial outcomes in cancer-bereaved children and adolescents: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 27(10), 2327–2338

Bertolotti M, Blom J, Clerici C.A, Di Giuseppe S, Favara C, Montanaro M, Pinto A.M., Scarponi D. (2017) *Interventi Psicologici In Oncoematologia Pediatrica - Position Paper*. Comitato Intersocietario Societa' Italiana Di Psico Oncologia (Sipo) E Associazione Italiana Di Ematologia E

Oncologia Pediatrica (Aieop).

Alcuni spunti di articoli di vari approcci:

Damreihani, N., Behzadipour, S., Haghpanh, S., & Bordbar, M. (2018). The effectiveness of positive psychology intervention on the well-being, meaning, and life satisfaction of mothers of children with cancer: A brief report. *Journal of Psychosocial Oncology*, 36(3), 382-388

Alemi, M., Ghanbarzadeh, A., Meghdari, A., & Moghadam, L. (2016). Clinical Application of a Humanoid Robot in Pediatric Cancer Interventions. *International Journal of Social Robotics*, 8(5), 743-759

Lutz Stehl, M., Kazak, A. E., Alderfer, M. A., Rodriguez, A., Hwang, W.-T., Pai, A. L. H., ... Reilly, A. (2009). Conducting a Randomized Clinical Trial of an Psychological Intervention for Parents/Caregivers of Children with Cancer Shortly after Diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, (8), 803-816

Peek, G., & Melnyk, B. M. (2010). Coping Interventions for Parents of Children Newly Diagnosed with Cancer: An Evidence Review with Implications for Clinical Practice and Future Research. *Pediatric Nursing*, 36(6), 306-313

Barrera, M., Chung, J. Y. Y., & Fleming, C. F. (2004). A Group Intervention For Siblings Of Pediatric Cancer Patients. *Journal Of Psychosocial Oncology*, (2), 21-39

Pitillas, C. & Martín, J., 2018. Knowing What To Do, When, and How: An Integrative Approach to the Use of Psychoanalytic Play Therapy with Children Affected by Cancer. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 17(3), 198–212.

Adamo SMG, de Falco R, 2012. The Role of Play in the Psychotherapy of a Child Suffering from Cancer. *Psychoanalytic Social Work*. 19(1-2):101-120.

Segal, B. (2013). Psychoanalytic work on a teenage cancer ward. *Psycho-Analytic Psychotherapy in South Africa*, 21(2), 105-123

Oppenheim D. (2000). Psychoanalytic work in a paediatric oncology department. *Archives Francaises de Pediatrie*. 47(6):425-428

di Gallo, A., Netzer-Stein, A., & Winkler, R. (2001). Drawing as a means of communication at the initial interview with children with cancer. *Journal of Child Psychotherapy*, 27(2), 197–210.

Mindell, N. (1998). Children with cancer: Encountering trauma and transformation in the emergence of consciousness. *The Arts in Psychotherapy*, 25(1), 3–20.

Beaupin, L. K. et al. Photographs of Meaning: A Novel Social Media Intervention for Adolescent and Young Adult Cancer Patients. *Psycho-Oncology*. (In Press, 2018)

Manuali introduttivi psiconcologia

Axia V (a cura di) (2004) *Elementi di psico-oncologia pediatrica*. Torino: Carrocci faber

Guarino A. (a cura di) (2006) *Psiconcologia dell'età evolutiva*. Trento: Erickson

Adduci A., Poggi G. (2011) *I bambini ed il tumore*. Milano: Franco Angeli

Oppenheim D. (2007) *Crescere con il cancro*. Trento: Erickson

Manuali ambito psicoterapia in oncologia

Kearney, J. & Bartell, A. S. (2011) *Psychotherapy with Paediatric and Adolescent Cancer Patients*. New Jersey: John Wiley and Sons.

Adamo S. (a cura di), (2008) *La cura della relazione in oncologia pediatrica*. Milano: Raffaello Cortina

La valutazione degli esiti in psico-oncologia: equibus rebus

Moderatore: Dr.ssa Virginia Avesani

Relatori: Dr.ssa Luisa Nadalini, Dr. Giuseppe Deledda



Dott.ssa Virginia Avesani



Dott.ssa Luisa Nadalini



Dott. Giuseppe Deledda

La valutazione dell'esito di un intervento è un processo complesso che si sviluppa a partire dalla valutazione diagnostica che permette di orientare in modo specifico l'intervento stesso.

La diagnosi assume quindi un ruolo fondamentale che conduce a scelte successive molto differenti, che a loro volta possono avere ricadute rilevanti sull'esito. La valutazione psicodiagnostica in ambito oncologico, inoltre, deve tenere conto dell'impatto degli aspetti legati alla malattia, delle terapie mediche, degli effetti collaterali dei farmaci e degli interventi terapeutici, che spesso influiscono sulla sintomatologia.

Formulata la diagnosi appropriata del caso, nel contesto della malattia oncologica, è opportuno scegliere degli indicatori di processo e di esito che siano sensibili e che consentano una modulazione dell'intervento più adeguata e individualizzata.

La valutazione degli esiti (outcome) in psicoterapia è fondamentale per aumentare il grado di conoscenza su come fornire prestazioni sempre più appropriate in risposta a bisogni assistenziali e di cura. Il terapeuta attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione appropriati è in grado di mantenere un atteggiamento critico nei confronti del proprio operato, accrescendo così la qualità dei trattamenti (Reitano et al, 2004).

Tra le varie definizioni proposte per il costrutto di esito nei trattamenti psicologici, ci si riferisce all'esito come: "il risultato della valutazione (prima, durante e dopo l'erogazione di una prestazione terapeutica) dei comportamenti, degli stati d'animo e della capacità di adattamento dei pazienti che sono correlate significativamente ai motivi per cui è stata richiesta una terapia psicologica". L'elemento centrale di questa definizione di esito è l'enfasi posta sulle ragioni, sui motivi per cui il paziente ha chiesto aiuto o è stato inviato (Reitano et al, 2004).

Esito/ valutazione di esito: Exitus (ex ire) uscita, fine, risultato, conclusione

- In medicina : è restitutio ad integrum ovvero/oppure cura fin dove è possibile, togliere/diminuire il danno causato dalla malattia; se non curabile accompagnare verso la fine con competenza, efficacia, tempestività (es: gestione liste d'attesa per interventi e ricoveri), in ciascuna delle fasi
- Per la persona : è in relazione allo stare bene soggettivo (che non è detto che sia il meglio (vedasi ad esempio: il rifiuto delle cure); Il desiderio di stare bene può l' oggettivamente rilevabile e non è detto che sia raggiungibile)
- Nelle organizzazioni : ISO 9001 l'esito viene dichiarato in relazione al progetto/ programma descritto, con i processi previsti, con quelle procedure e le istruzioni date. Il risultato è altresì correlato al mantenimento degli strumenti, dell'adeguatezza della struttura, obiettivo cogente è correggere gli errori da rilevare sempre.

- In Psicologia : la valutazione di esito può essere considerata legata al raggiungimento degli obiettivi dell'intervento psicologico/psicoterapeutico previsto che sia congruo con la tecnica?

L'attuale modello di riferimento dell'organizzazione sanitaria pone in primo piano la necessità di dotarsi di strumenti di valutazione degli esiti di ciò che accade realmente nella pratica clinica, allo scopo di fornire programmi di assistenza a livello diagnostico, terapeutico e riabilitativo che si siano dimostrati efficaci nella pratica ed adeguati ai contesti organizzativi ed ai pazienti a cui sono stati forniti. Gli strumenti sono: la ricerca e la costruzione, produzione e diffusione di linee guida cliniche basate sulle evidenze di ciò che funziona nella pratica con il duplice scopo: a) di fornire un'adeguata informazione all'utenza ed ai clinici in un contesto di generale povertà di informazioni affidabili statisticamente e metodologicamente significative nel campo degli esiti clinici, e b) di supportare i processi di scelta clinica ed organizzativa. Ma, oltre a queste considerazioni di metodo ve ne sono altre di merito, una sorta di imperativo deontologico e professionale per gli psicologi del servizio sanitario nazionale di fornire le evidenze di come le prestazioni soddisfino le richieste e i bisogni dell'utenza e siano erogate in maniera efficace ed appropriata (Reitano, 2004).

Ecco un elenco provvisorio di alcune utilizzazioni dei risultati delle misurazioni degli esiti:

- Contribuire ai processi di audit e di monitoraggio del servizio.
- Contribuire alla valutazione degli esiti clinicamente significativi dei trattamenti psicologici.
- Definire un profilo clinico dell'utenza afferente ad ogni servizio o sede di servizio e documentare in maniera globale l'efficacia clinica raggiunta nei confronti degli utenti.
- Fornire prove e documentazioni per lo sviluppo delle evidenze basate sulla pratica clinica nei servizi psicologici.
- Paragonare gli esiti di prestazioni simili in aree e servizi differenti.
- Paragonare gli esiti di differenti gruppi di pazienti nello stesso servizio.
- Stimolare la pratica delle valutazioni in corso di trattamento psicologico (di processo) allo scopo di valutare se i pazienti stiano rispondendo ai trattamenti che gli sono offerti e come lo stanno facendo.
- Contribuire alla formazione continua dei professionisti stimolando la valutazione dell'efficacia clinica del proprio operato.

La valutazione degli esiti, è quindi rivolta alla rilevazione degli effetti delle attività e delle prestazioni volte al miglioramento della salute e del benessere psicofisico della popolazione clinica, in relazione alle risorse e ai livelli essenziali di assistenza di riferimento, possono trovare delle evidenze nel Programma Nazionale valutazione degli E siti (PNE) (vedi ad es. l'esperienza PNE in Veneto e in Sicilia) e dall' Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e può essere tratta dalle seguenti fonti:

- volumi attività
- Ospedalizzazione
- Esito (nel senso di ex itus: risultato, conclusione in merito alla salute).

Quale tipo di efficacia?

Recentemente si è assistito a una progressiva integrazione della pratica basata sull'evidenza (*Evidence based practice*), che si avvale principalmente dei trial clinici randomizzati e controllati, con l'evidenza basata sulla pratica (*Practice based evidence*). Questo ha determinato l'interesse per strumenti di valutazione che possano essere utilizzati routinariamente nel mondo clinico reale, lontano dai laboratori sperimentali.

In termini metodologici si possono considerare i seguenti costrutti:

- **EFFICACIA TEORICA o EFFICACY:** i trattamenti sono teoricamente efficaci quando sono più benefici che dannosi per i pazienti che li utilizzano
- **EFFICACIA PRATICA o EFFECTIVENESS:** i trattamenti sono praticamente efficaci quando recano più beneficio che danno in pazienti ai quali sono offerti. L'effectiveness può riguardare la compliance o legata ad eventuali comorbidità, etc...
- **EFFICIENZA:** è la misura del rapporto tra risultati ottenuti e ciò che si è speso in termini di denaro, risorse e tempo

Il processo di aziendalizzazione del Servizio sanitario e il progressivo impoverimento delle risorse economiche del Welfare e della sanità hanno portato al centro dell'attenzione concetti quali:

- l'efficacia, intesa come capacità di realizzare gli obiettivi assegnati con il miglior uso delle risorse;
- l'efficienza, intesa come razionalizzazione nell'impiego delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di salute;
- l'appropriatezza, intesa come precisione nella definizione degli obiettivi di salute e dei percorsi assistenziali da intraprendere per raggiungerli;

Questo cambiamento di paradigma ha implicato anche una modificazione della funzione organizzativa stimolando la capacità di costruire e raggiungere obiettivi specifici e adeguati alle diverse domande e ai differenti contesti (Palmieri et al, 2006).

Il contesto di cambiamento ha stimolato l'area psicologia e psichiatrica ad avviare una riflessione per riposizionare il proprio ruolo all'interno del Servizio sanitario, allo scopo di superare il tradizionale modello del lavoro psicoterapeutico con il singolo utente "portatore di disagio" e rapportarsi al contesto multidimensionale in cui il Servizio sanitario si trova ad agire, con un orientamento al cliente e al servizio, potenziando una politica per la riorganizzazione ed il governo delle risorse professionali e dei processi d'intervento.

Nei servizi si è cominciato a riflettere sui percorsi di cura legati all'intervento psicoterapeutico in diverse condizioni di disagio psichico, sui livelli di presa in carico terapeutica e cioè sulla durata del trattamento in relazione alla diagnosi, agli obiettivi terapeutici condivisi e all'efficacia clinica nella pratica; si è cominciato a verificare "sul campo" l'efficacia di modelli integrati di trattamento psicoterapeutico e si è posta l'attenzione sull'efficacia in relazione al contesto organizzativo in cui le cure vengono erogate (Reitano, 2005).

Requisiti degli indicatori

Nella scelta degli indicatori di esito, è opportuno considerare le seguenti requisiti:

- Validità: specifico e coerente con l'outcome che si vuole raggiungere in un tempo dato
- Comprensibilità: chiarezza nella formulazione degli item. Gli strumenti utilizzati devono tenere conto del target a cui gli strumenti di misura vengono proposti (età, tipologia di patologia, fase di malattia, ecc.)
- Applicabilità: scelta di indicatori che siano realistici e che siano fattibili
- Affidabilità: misurabilità e replicabilità
- Controllabilità e Confrontabilità dei gruppi. I gruppi a confronto dovrebbero essere simili per tutti i fattori capaci di influire sui risultati del trattamento: ad esempio, età o gravità del disturbo o del problema in esame.
- Comparabilità e Confrontabilità delle rilevazioni. Le rilevazioni dei risultati dovrebbero basarsi su strumenti oggettivi e, per quanto possibile, quantitativi (ad es., test psicologici, questionari, osservazioni strutturate) applicati prima, al termine e a distanza del trattamento. Per confermare l'efficacia di un trattamento si dovrebbe rilevare una differenza statisticamente significativa e nella

direzione desiderata (ad es., riduzione dei sintomi, miglioramento del funzionamento sociale) tra i dati raccolti prima e quelli raccolti dopo.

- Utilità e Rilevanza dei risultati. Dovrebbero essere valutati i risultati importanti per la qualità di vita della persona (non solo riduzione dei sintomi e del disagio psicologico, ma anche aumento del benessere, dell'autostima, della consapevolezza, dell'autonomia e del funzionamento sociale).
- Economicità

Requisiti per verificare il raggiungimento degli obiettivi

La scelta degli indicatori da utilizzare per la valutazione degli esiti, necessità di un'attenta considerazione e identificazione degli indicatori di processo e di esito:

- **indicatore di processo**(output -svolgimento dell'attività); es. Processo: lista d'attesa per l'intervento chirurgico: indicatore: modifica per ridurre lista attesa. Per la psicologia ES: procedura ACCOGLIENZA, RATTAMENTO, CONCLUSIONE
- **indicatore di esito:** (outcome -influenzato dagli interventi introdotti, che sono in esame). er valutare l'esito in un tempo dato: es: confronto lista dopo 3 mesi dalla introduzione modifica con i 3 mesi precedenti, e/o confronto con gli stessi 3 mesi dell'anno precedente presi in esame
Un esempi di indicatore di esito, può consistere nel: 1) valutare il cambiamento rispetto allo stato generale di benessere e di salute ottenuta dai soggetti dopo un ciclo di trattamenti specifici contro il Distress (GRA) VS gruppo di controllo che non li esegue (GRB); 2) valutazione di esito nella cardiopatia post-infartuale: con intervento di psico-rilassamento in corso di riabilitazione cardiologia

Fattori dipendenti che influenzano l'esito di un trattamento psicoterapeutico di un paziente oncologico

- Esordio di malattia o fase successiva (precisare)
- Gravità di malattia (trattamenti concomitanti)
- Variabili psico cliniche in anamnesi remota
- QoL percepita (sex, lavorativa, sociale, ecc.)
- Variabili socio-demografiche
- Variabili cliniche personologiche (maturazione personale, ecc..)
- Eventi stressanti concomitanti
- Supporto familiare

Variabili di interesse nella valutazione degli esiti

La valutazione degli esiti deve tenere in considerazione della complessità legata allo stato psico-fisico del paziente e alla complessità legata ai fattori ambientali/contextuali (abitazione, reddito, presenza e tipo di relazioni familiari, organizzazione dell'ospedale). La valutazione degli esiti può tenere in considerazione i seguenti aspetti:

- Distress
- Dolore
- Storia pregressa di Disturbi dell'umore
- Disturbi psicologici reattivi alla patologia oncologica
- Disturbi psicologici iatrogeni ai trattamenti per la cura del tumore

- Rischio suicidario
- Disturbi di personalità
- Capacità di adattamento
- Aspetti funzionali, Qualità di vita
- Sintomi: Ansia, depressione.....
- Immagine corporea
- Consapevolezza di malattia

I fattori terapeutici di minima, trasversali, sono (Luborsky, Mintz, 1984):

- La comprensione di sé
- Esperienza di alleanza nel pervenire al cambiamento
- Assimilazione del risultato (fattore tempo): ai malati oncologici può capitare di tutto nel frattempo.

In ambito pediatrico (e adolescenziale)

- Possono confliggere i bisogni del paziente dalla famiglia, la quale è tutrice
- Possono confliggere gli obiettivi degli operatori con la famiglia (esempio)
- Possono diversificarsi gli obiettivi degli psicologi dalla famiglia e dagli operatori

In ambito adulto

- Le variabili della malattia, delle cure, degli esami frequenti/periodici , dei cambiamenti nelle relazioni familiari, quanto incidono sulla valutazione di esito psicologico? Cioè è misurabile l'attività terapeutica/ di sostegno/ e di consulenza svolta, come effetto a se stante rispetto ad altre variabili?
- Il miglioramento del coping dipende dall'intervento psicologico e non da altro? come misurarlo?
- La qualità della vita (costrutto personale) quanto migliora a causa dell'intervento psicologico, come misurarlo?
- il trattamento psiconcologico (qualunque sia) andrebbe sempre considerato anche in funzione dell'esito che vuole raggiungere, con coerenza tecnica, con strumenti atti a misurare il cambiamento, all'interno di una coerenza metodologica

Strumenti di Misura per la valutazione degli esiti

Ad oggi è possibile apprezzare una molteplicità di strumenti utilizzati coerentemente con l'approccio di riferimento e di strumenti più trasversali, validati per poter misurare l'esito degli interventi psicoterapeutici. In molti casi si osserva un utilizzo molto eterogeneo di strumenti, rendendo in tal modo il confronto dei dati tra servizi estremamente difficile. La pratica clinica richiede sempre di più strumenti che valutino sia la parte sintomatologica che di funzionamento, utili in questo senso anche per confrontare diverse psicoterapie. Molte scale hanno pochi dati riferiti alla validazione, in particolare quelle che vengono tradotte da altre lingue. Spesso non hanno dati riferiti all'accettabilità per diversi gruppi etnici o rispetto a lingue diverse, rischiando così di determinare grossi *bias* nella misurazione (Reitano, 2006).

Inoltre, negli ultimi anni in ambito oncologico, l'outcomes research (O.R.) si è molto orientata nello studio degli esiti soggettivi ed oggettivi degli effetti del trattamento e nel valutare la prospettiva del paziente sugli effetti dei trattamenti. Tali "misure centrate sul paziente" o "*patient-oriented measures*".

Lo strumento ideale dovrebbe essere relativamente breve, adatto a somministrazioni ripetute, accettabile da tipologie di pazienti e di *setting* diversi, sostanzialmente accettabile sia dai ricercatori che dai clinici. Un tale strumento può trovare utilità sia a livello individuale, per valutare i cambiamenti del paziente nel corso

del trattamento, sia a livello di Servizio per delinearne il profilo, il tipo di utenza, per confrontarlo con altri Servizi e quindi monitorarne la qualità.

In conseguenza della necessità di indagare l'effettiva utilità ed efficacia dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici, si è avvertito il bisogno di disporre di prove psicodiagnostiche specificamente costruite per verificare e documentare l'efficacia nella pratica (effectiveness) degli stessi trattamenti, erogati sia nei servizi pubblici che in ambito privato (Strupp e Headley, 1977, Waskow, 1975).

Prove, dunque, che siano utilizzabili con tutte le persone in trattamento psicologico, indipendentemente dal setting di trattamento, dai problemi/ disturbi presentati dalla persona, dall'orientamento teorico del trattamento e dalle tecniche utilizzate, e che indaghino gli aspetti e i costrutti essenziali, nucleari ("core") sui quali qualsiasi trattamento si prefigge di intervenire. Prove che siano ripetibili (in particolare prima e dopo, ma anche nel follow-up) e sensibili, cioè in grado di evidenziare gli eventuali cambiamenti nella condizione psicologica che avvengano nel corso del trattamento, che risultino valide e mostrino relazioni con gli strumenti maggiormente utilizzati per misurare gli aspetti e i costrutti più rilevanti in ambito clinico (Michielin, 2009).

Altri requisiti necessari sono la brevità, la facilità di somministrazione, di scoring e di interpretazione (questo esclude strumenti multifasici o ad ampio spettro, come l'MMPI-2, il Millon, la Batteria CBA 2.0-Scale Primarie o strumenti come il test di Rorschach), la disponibilità di dati normativi sia per la popolazione normale che per gruppi clinici e la capacità di discriminare tra soggetti normali e clinici. Circa i costrutti psicologici e psicopatologici che una prova psicodiagnostica nucleare dovrebbe indagare non vi è, a tutt'oggi, accordo.

Per individuare tali costrutti, alcuni autori (Froyd, Lambert e al., 1996) e la Society for Psychotherapy Research (Kantrowitz, 1993) sono partiti dagli strumenti più frequentemente utilizzati per la diagnosi clinica e la valutazione degli esiti: il BDI-Beck Depression Inventory e la HRSD-Hamilton Rating Scale for Depression (sintomi depressivi), lo STAI-State Trait Anxiety Inventory (ansia di stato e di tratto), la HRSA-Hamilton Rating Scale for Anxiety e il BAI-Beck Anxiety Inventory (sintomi ansiosi), la SCL- Symptom Checklist 90R e l'MMPI-Minnesota Multiphasic Personality Inventory (vari domini nosografici), l'IPP-Inventory of Interpersonal Problems (diversi tipi di problemi interpersonali) e la SAMS-Social Adjustment Scale (adattamento sociale) e, infine, la Scala di Autostima di Rosenberg. L'American Psychological Association ha raccolto un sufficiente consenso (Strupp, Lambert e al., 1997) sul fatto che una prova psicodiagnostica nucleare dovrebbe indagare l'umore, l'ansia e le caratteristiche disadattive della personalità.

Contemporaneamente è cresciuta la consapevolezza che la prova non possa rivolgersi unicamente ai sintomi e al disagio psicologico, ma debba prendere in esame anche costrutti "positivi", come il benessere psicologico, l'adattamento, le capacità di coping, l'autostima e l'autoefficacia (Michielin, 2009).

Tra i vari strumenti presenti in letteratura, in questa sede citeremo due strumenti maggiormente utilizzati e validati per la valutazione degli esiti degli interventi in ambito sanitario e recentemente utilizzati anche in ambito psiconcologico:

- **CBA-VE (Cognitive Behavioral Assessment - Valutazione dell'Esito)**, test per valutare l'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici, di Michielin, Bertolotti, Sanavio, Vidotto, Zotti (2009). Il CBA per la valutazione degli esiti è un questionario volto a valutare in maniera oggettiva l'efficacia dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici. Si compone di 80 item che fanno riferimento alla condizione psicologica degli ultimi 15 giorni e sono strutturati per comodità sintattica in tre parti. Gli item, con risposta su scala a 5 punti, fanno riferimento alle seguenti aree: 1) Ansia, 14 item (es. "Mi sono turbato per cose di poco conto"); 2) Benessere, 15 item (es. "Ho fatto cose che mi hanno interessato e coinvolto"); 3) Percezione di cambiamento positivo, di poter affrontare le difficoltà e di ricevere sostegno dagli altri, 11 item (es. "Ho cercato di affrontare le difficoltà anziché evitarle"); 4) Depressione, 19 item (es. "Sono tormentato dai sensi di colpa"); 5) Disagio psicologico, sintomi di

disturbo gravi e scarso controllo degli impulsi, 21 item (es. “Mi sono sentito svalutato o preso in giro”).

- **CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation (Outcome Measure);** Ewans, 2000), è un questionario autosomministrato a 34 items sull'efficacia degli esiti degli interventi psicoterapeutici nei contesti di cura, utile a valutare l'esito degli interventi psicologici, soprattutto nell'ambito del Servizio Pubblico. Nel questionario ogni affermazione viene valutata su una scala a 5 punti (da Mai a Molto spesso o sempre) e si riferisce all'ultima settimana. Il questionario si compone di 4 domini: Benessere: 4 items (unico costrutto), Sintomi/problemi: 12 items (4 clusters: sintomi depressivi, ansiosi, fisici ed effetti di trauma), Funzionamento: 12 items (3 clusters: relazioni significative, funzionamento generale e sociale) Rischio: 6 items (auto e eterolesivo)

Modalità di somministrazione e professionisti coinvolti nella rilevazione degli esiti in psiconcologia

Un'attenzione particolare è utile rivolgerla ai professionisti coinvolti nella rilevazione degli esiti, i quali devono essere specificatamente formati, in tutte le fasi della rilevazione, a partire dalla somministrazione e dalla raccolta e l'interpretazione dei dati.

Nel percorso di studi dello psicoterapeuta e quindi dello psiconcologo, è data molta rilevanza agli strumenti di valutazione, e solo attraverso uno studio attento permette di comprendere la complessità della materia e gli errori che un operatore non esperto potrebbe ingenuamente commettere in qualsiasi fase della rilevazione. Inoltre i differenti strumenti di misura richiedono una formazione specifica e un continuo aggiornamento rispetto l'evoluzione degli stessi strumenti.

Un operatore non esperto e non qualificato potrebbe facilmente andare in contro a bias di vario tipo, e se da un lato ad esempio il problema dei falsi positivi potrebbe non gravare sul paziente (pur gravando sulla corretta allocazione delle risorse), dall'altro lato il problema dei falsi negativi potrebbe gravare pesantemente sulla salute psico-fisica del paziente, e portare a conseguenze anche molto negative sugli stili di vita e sull'aderenza ai trattamenti medici.

Per tale motivi è facile comprendere la rilevanza della figura dello psiconcologo nel contesto della valutazione degli esiti, che come dicevamo poc'anzi, inizia dalla corretta valutazione del disagio del paziente nelle primissime fasi di contatto con la struttura ospedaliera.

In quest'ottica il lavoro multidisciplinare, consente allo psiconcologo di comprendere in modo più adeguato il contesto di vita e di malattia del paziente e di effettuare una valutazione tempestiva, ottimizzando i benefici dell'intervento in ogni fase di cura.

Bibliografia

Barkham M, Mellor-Clark J, Connell J, Cahill J. A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and application of the CORE-OM and CORE System. *Counselling and Psychotherapy Research* 2006; 6(1): 3-15.

Derogatis LR. SCL-90-R: Administration, scoring, & procedures: Manual II. Towson, MD: Clinical Psychometric Research, 1983.

Evans C, Connell J, Barkham M, Margison F, McGrath G, Mellor-Clark J, & Audin, K. *Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM*. *British Journal of Psychiatry* 2002; 18: 51-60.

- Evans C, Mellor-Clark J, Margison F, Barkham M, Audin K, Connell J, McGrath G. CORE: Clinical Outcome in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health* 2000; 3: 247-255.
- Froyd JE, Lambert MJ, Froyd JD. A review of practices of psychotherapy outcome measurement. *Journal of Mental Health* 1996; 5: 11-15.
- Kantrowitz JL Outcome Research in Psychoanalysis: Review and Reconsiderations. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1993; 41S: 313-29.
- Klerman G, Weissman M, Rousanville B *Psicoterapia interpersonale della depressione*. Torino: Bollati Boringhieri, 1989.
- Michielin P, Morosini PL *Efficacia degli interventi psicologici, psicoterapeutici e psicosociali*. In: Moderato P, Rovetto F (a cura di) *Psicologo: verso la professione*. Milano: McGraw Hill, 2006.
- Michielin P, Sica C. CBA – Forma Benessere Giovanile: alcuni dati preliminari. In: Sanavio E, Vidotto G. (a cura di). *Batteria CBA: dieci anni di ricerche*. Torino: Upsel Editore, 1996.
- Michielin P., Bertolotti G., Sanavio E., Vidotto G. & Zotti A.M. (2009). CBA-VE: Un test per valutare l'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici. *La professione di psicologo*, 3, 8-11 ISSN: 1828-7646
- Palmieri G, Evans C, Hansen V, Brancaleoni G, Ferrari S, Porcelli P, Reitano F, Rigatelli M. Validation of Italian version of the COREOM. *Book of abstract 38th International Meeting Madison: Society for Psychotherapy Research*, 2007.
- Palmieri G, Evans C, Hansen V, Brancaleoni G, Ferrari S, Porcelli P, Reitano F, Rigatelli M. *Validation of the Italian version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM)*. *Clin Psychol Psychother* 2009;16(5):444-9.
- Reitano F *Efficacia degli interventi di psicoterapia in un servizio di psicologia*. *Psicologia e Psicologi* 2002; 2: 7-72.
- Reitano F. *La Cultura e la Pratica della Valutazione nei Servizi di Psicologia*, *Nuove Tendenze della Psicologia* 2005; 2: 241 - 260.
- Reitano F, Soldà M. Valutazione "sul campo" degli esiti degli interventi psicoterapeutici. *Practice – Based Evidence e Servizi di Psicologia*, *Nuove Tendenze della Psicologia* 2004; 2: 357-383
- Ruini C, Ottolini F, Rafanelli C, Ryff C, Fava GA. La validazione italiana delle Psychological Well-being Scale (PWB). *Rivista di Psichiatria* 2003, 38: 117-130.
- Sanavio E, Bertolotti G, Michielin P, Vidotto G, Zotti AM. *CBA 2.0 Scale Primarie: Manuale*. Firenze: OS, 1986.
- Strupp HH, Hadley SW. A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. *American Psychologist* 1977; 32: 187-96.
- Strupp HH, Lambert MJ, Horowitz LM (a cura di). *Measuring patient changes in mood, anxiety and personality disorders: Toward a core battery*. Washington DC: American Psychological Association, 1997.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *State-Trait Anxiety Inventory – Forma Y*. Firenze: OS, 1989.
- Waskow IE. Selection of a core battery. In I.E. Waskow, M.B. Parloff (a cura di), *Psychotherapy change measures*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1975.