

psicoterapeuti in-formazione

Semestrale a cura degli studenti della Scuola di Specializzazione in
Psicoterapia Cognitiva e dell'Associazione di Psicologia Cognitiva

Numero 1, Giugno 2008

ISSN 2035-2328

CONTENUTI

Andrea Novelli	<i>Il trattamento cognitivo-comportamentale nella disfluenza verbale</i>	pag. 5
Natascia Duca	<i>Il trattamento del DPTS</i>	pag. 21
Laura Grigoletti	<i>Il trattamento cognitivo-comportamentale dell'insonnia</i>	pag. 53
Milena Pedrotti	<i>L'assertività</i>	pag. 90

CASI CLINICI

Monia Scoponi	<i>Un caso di disturbo oppositivo-provocatorio</i>	pag. 121
---------------	--	----------

Direzione: Claudia Perdighe

COMITATO SCIENTIFICO

Ludovica Bedeschi, Carla Boselli, Nunzia Brusca, Brigida de Camillis, Emanuela Celliti, Alessandra Ciolfi, Simona Cirillo, Anna Maria Di Filetto, Marta Lepore, Elisa de Matteis, Martina Migliore, Emanuele Muscolo, Marianna Pacciolla, Lina Pagliuca, Mara Romiti, Alessandra Salvini, Rosa Maria Sepe, Katia Tenore, Marzia Toscano.

COMITATO DI REDAZIONE

GRUPPO ETA' EVOLUTIVA E SCUOLA:

Carla Boselli, Alessandra Ciolfi, Simona Cirillo, Elisa De Matteis, Lina Pagliuca, Katia Tenore

GRUPPO DISTURBI D'ANSIA E DELL'UMORE:

Carla Boselli, Simona Cirillo, Martina Migliore, Alessandra Salvini, Rosamaria Sepe, Katia Tenore

GRUPPO DISTURBI DI PERSONALITÀ:

Ludovica Bedeschi, Brigida De Camillis, Anna Maria Di Filetto, Marta Lepore, Marianna Pacciolla, Mara Romiti, Rosamaria Sepe, Marzia Toscano

GRUPPO DISTURBI ALIMENTARI:

Nunzia Brusca, Elisa de Matteis, Marzia Toscano, Alessandra Salvini

GRUPPO STRUMENTI E TECNICHE:

Mara Romiti, Katia Tenore.

GRUPPO DISTURBI PSICOTICI:

Nunzia Brusca, Emanuela Celliti, Brigida De Camillis, Alessandra Ciolfi, Marta Lepore, Lina Pagliuca

Iscrizione ISSN 2035-2328

Psicoterapeuti in formazione è frutto del lavoro di un progetto di studio degli specializzandi delle scuole di formazione APC e SPC. Sede di Roma: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193

Mail: psicoterapeutiinformazione@apc.it

www.apc.it e www.scuola-spc.it

psicoterapeuti
in-formazione
Semestrale a cura degli studenti della Scuola di
Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva e
dell'Associazione di Psicologia Cognitiva

PRESENTAZIONE

Psicoterapeuti In-formazione è una rivista scientifica on-line d'impostazione cognitivo-comportamentale la cui principale finalità vuole essere quella di fornire un agevole strumento di aggiornamento scientifico, uno spazio di dibattito per tutti coloro che studiano od operano nel settore della psicoterapia, ed una palestra per i colleghi in formazione.

Proprio questi ultimi rappresentano gli utenti privilegiati della rivista; riteniamo, infatti, che gli studenti delle scuole di specializzazione in psicoterapia di diverso orientamento potranno avvalersi con beneficio di questo strumento realizzato da specializzandi della Scuola di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale SPC – APC Roma.

Il comitato di redazione è costituito da un gruppo di studenti coordinati della dott.ssa Claudia Perdighe. Le funzioni del comitato riguardano: ricevere i contributi proposti; operare una selezione dei lavori costituiti da review di studi internazionali già pubblicati, da tesi di specializzazione in psicoterapia e da casi clinici pervenuti dagli stessi studenti; accogliere critiche e consigli che possano aiutarci a migliorare e ad avvicinarci di più alle esigenze dei nostri lettori. A questo fine, ci sembra necessario invitare gli studenti ad inviarci i loro contributi; daremo la preferenza a quei lavori con maggiore attenzione al rigore metodologico, ad una bibliografia aggiornata e che presenteranno argomenti rilevanti e ben sviluppati.

I lavori possono riguardare: rassegne e metanalisi di letteratura, studi clinici, clinico-sperimentali e di ricerca di base, così come studi approfonditi su casi singoli ma anche presentazioni di protocolli di ricerca e, soprattutto, protocolli e procedure di trattamento.

Per una più adeguata organizzazione della rivista, il comitato di redazione si è riservato di selezionare diversi temi clinici oggetto di interesse tra i quali: disturbi dell'età evolutiva e interventi nelle scuole, disturbi di personalità, disturbi psicotici, disturbi del comportamento alimentare, disturbi d'ansia e dell'umore, strumenti diagnostici.

Di norma i lavori vanno redatti in lingua italiana, ma sono ammessi i lavori scritti nelle tre lingue ufficiali dell'Associazione internazionale di Psicologia (Inglese, Francese, Spagnolo).

Inoltre, tutti gli specializzandi sono invitati a segnalare tutto ciò che potrebbe essere d'interesse per i colleghi: novità librarie, iniziative, convegni, siti internet ed attività internazionali.

Per chi desidera pubblicare su Psicoterapeuti In formazione il comitato invita ad inviare i propri contributi alla redazione.

Vi ringraziamo per l'attenzione, fiduciosi di condividere con voi l'entusiasmo di questa iniziativa.

Comitato di Redazione

Ludovica Bedeschi
Carla Boselli
Nunzia Brusca
Brigida de Camillis
Emanuela Celliti
Alessandra Ciolfi
Simona Cirillo
Anna Maria Di Filetto
Marta Lepore
Elisa de Matteis
Martina Migliore
Emanale Muscolo
Marianna Pacciolla
Lina Pagliuca
Mara Romiti
Alessandra Salvini
Rosa Maria Sepe
Katia Tenore
Marzia Toscano

Il trattamento cognitivo-comportamentale nella disfluenza verbale

Andrea Novelli¹

¹Studio di Psicologia e Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Rimini

Riassunto

L'articolo presenta il trattamento cognitivo comportamentale della balbuzie, un metodo articolato e completo che include un intervento, non soltanto verso l'instaurazione della fluency del linguaggio, ma anche sulle numerose altre difficoltà concomitanti, tra cui l'evitamento delle situazioni, i pensieri automatici, la passività, le difficoltà sociali ed i tic che concorrono al mantenimento del disturbo.

Dopo un breve excursus sui principali criteri diagnostici e sulle caratteristiche della disfluenza, vengono trattati i principali metodi di trattamento, in particolare ci si sofferma sulla terapia operante e sulla sua evoluzione, la terapia cognitivo-comportamentale.

La CBT ha come obiettivi: eliminare o ridurre la balbuzie, proporre una tecnica di rilassamento per la gestione dell'ansia, aiutare il paziente ad affrontare le situazioni temute anziché continuare a evitarle, analizzare i pensieri negativi o irrazionali del paziente e sostituirli con pensieri razionali, aiutare il paziente a comunicare in modo assertivo, insegnare tecniche per aumentare la stima di sé, rendere il paziente consapevole delle emozioni e aiutarlo a gestirle.

Il protocollo di trattamento comprende: tecniche di respirazione e tecniche di instaurazione della fluency, tecniche di rilassamento, desensibilizzazione sistematica, terapia cognitiva, training assertivo e trattamento operante dei tic, qualora siano presenti.

Summary

This article illustrates the Cognitive-Behavioral Treatment of stuttering, a complex methodology which includes not only fluency training but also aims to intervene in all other concomitant disturbances, amongst them avoidance of activities, automatic thoughts, passivity, social difficulties and tics.

After a brief analysis of the main diagnostic criteria and of the characteristics of stuttering the article deals with the main treatments available, with a particular focus on the operant therapy and in its latest iteration, the cognitive-behavioural therapy.

The CBT aims to achieve the following goals: reduce/eliminate stuttering, propose a relaxation technique targeting anxiety management, help the patient reduce activities avoidance, analyze the patient's maladaptive or irrational thoughts and replace them with rational ones, teach techniques to improve self-esteem, make the patient aware of his emotions and help him manage them.

Treatment includes: breathing and fluency implementation techniques, relaxation techniques, systematic desensitization, cognitive therapy, assertiveness training and, where present, tic treatment.

La disfluenza verbale: classificazione diagnostica

La disfluenza verbale o balbuzie ha come aspetto verbale necessario la ripetizione e il prolungamento

Novelli A. Il trattamento cognitivo-comportamentale nella disfluenza verbale, N. 1, 2008, pp. 5-20

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: Roma, viale Castro Pretorio 116, Roma Tel. 06 44704193 pubblicata su www.apc.it e su www.scuola-spc.it

di fonemi o di sillabe, pause tese, visibili o udibili nel corso dell'espressione che causano disagio a chi le produce, in conseguenza di una dinamica d'interazione.

Il disturbo si manifesta con movimenti irregolari, che interessano i muscoli della respirazione, dell'articolazione e della fonazione in generale, che compaiono all'inizio e durante l'eloquio, così da rendere alquanto penoso il normale fluire del linguaggio. Il balbuziente, tuttavia, quando è solo parla fluentemente.

Così è definita dal DSM-IV:

1. Anomalia del normale fluire e della cadenza dell'eloquio (inadeguati per l'età del soggetto) caratterizzata dal frequente manifestarsi di uno o più dei seguenti elementi: ripetizioni di suoni o sillabe; prolungamento di suoni; interiezioni; interruzioni di parole (cioè pause all'interno di una parola); blocchi udibili o silenti (cioè pause del discorso colmate o non colmate); circonlocuzioni (sostituzioni di parole per evitare parole problematiche); parole emesse con eccessiva tensione fisica; ripetizione di intere parole monosillabiche (per esempio «Ho - o - o - o - o fame»).
2. L'anomalia interferisce con i risultati scolastici o lavorativi, o con la comunicazione sociale.
3. Se è presente un deficit motorio della parola o un deficit sensoriale, le difficoltà nell'eloquio vanno al di là di quelle di solito associate con questi problemi.

La balbuzie può essere accompagnata da sincinesie, ossia movimenti involontari di alcune parti del corpo, tic facciali o del collo, embolofrasie, ossia interiezioni ripetute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica la balbuzie come disturbo specifico dello sviluppo, «un disordine del ritmo della parola nel quale il paziente sa con precisione quello che vorrebbe dire, ma nello stesso tempo non è in grado di dirlo».

I dati statistici rilevano un'incidenza molto alta tra le disfluenze tipiche; secondo studi italiani ed europei circa l'1-1,3% della popolazione italiana adulta ne è affetta e circa l'85% dei casi presenta i primi sintomi in età prescolare.

È stata inoltre ipotizzata una possibile ereditarietà, confermata da storie familiari di balbuzie in circa un terzo dei casi. Si tratta, secondo i molti studi, di ereditarietà non tanto della balbuzie in sé quanto di una sensibilità accentuata del bambino verso alcuni fattori psicologici e relazionali quali ansia dei genitori.

I numerosi studi sulla balbuzie indicano una prevalenza nel sesso maschile statisticamente significativa, che in Italia si manifesta con un rapporto con il sesso femminile 1:3, 1:4.

A livello di personalità, il balbuziente mostra maggiori difficoltà nella relazione e negli adattamenti sociali.

Molti autori indicano 4 fasi nell'episodio di balbuzie:

1. la fase di prebalbuzie, in cui il soggetto cerca di dominare l'angoscia perché anticipa cognitivamente ed emotivamente l'evento temuto. Il suo dialogo interno può essere questo: «Adesso calmati, parla correttamente!»;
2. la fase della balbuzie, in cui il soggetto balbetta effettivamente. In questa fase si assiste a una drastica caduta della tensione;
3. la fase della risoluzione, in cui il soggetto è riuscito finalmente a parlare e quindi si è calmato;
4. la fase postbalbuzie, in cui il balbuziente giudica se stesso. Il suo dialogo interno potrebbe essere il seguente: «Hai fatto una figuraccia! Che vergogna non parlerò mai bene!». Questa parte giudicante punisce e nello stesso tempo rinforza i meccanismi mentali che si ripresenteranno nelle situazioni ritenute pericolose. Il funzionamento mentale del soggetto è tutto proteso a controllare la balbuzie e, poiché la balbuzie è già un controllo, paradossalmente il paziente cerca di controllare un controllo. I meccanismi di mantenimento infatti si manifestano nelle fasi di pre e postbalbuzie intrappolando il soggetto.

Aspetti cognitivi e comportamentali della disfluenza verbale

Il balbuziente presenta una serie di parole «critiche» sulle quali tende a incepparsi e che spesso evita, giungendo a sostituire parole o intere frasi.

Frequentemente si osservano dei tic o movimenti associati dei muscoli mimici, che provocano un ulteriore disagio nel soggetto. Questi movimenti all'inizio sono usati volontariamente per superare l'ostacolo determinato dallo spasmo tonico o clonico del linguaggio, ma poi finiscono per diventare ripetuti, obbligati, involontari fino alla crisi parossistica. Questi tic sono appresi secondo il paradigma del condizionamento operante Antecedente (parola critica) Comportamento (Tic) Conseguente (riduzione della tensione). La riduzione della tensione mantiene tutto il processo e rende il tic automatico e involontario.

È importante sottolineare come il paziente affetto da balbuzie abbia sviluppato in misura maggiore o minore, a seconda del caso, una «logofobia», ossia una vera e propria fobia per il parlare che condiziona tutta la sua vita e le relazioni con gli altri. Perciò, in fase di assessment è importante valutare anche il variare dell'intensità della logofobia a seconda delle situazioni in cui il paziente si trova e che è assente quando parla da solo.

Bisogna sempre tenere in considerazione che nel balbuziente la preoccupazione del disturbo domina il controllo del sistema del linguaggio proprio quando occorre parlare. Il sentimento dell'attesa ansiosa del blocco verbale lo agita e lo disorganizza. Ogni volta che avverte la possibilità del blocco, il balbuziente cerca inutilmente di dominarlo (con evitamenti, uso di sinonimi, pause «strategiche», ecc.) giungendo alla fine con un sentimento di forte frustrazione.

Epidemiologia

Riportiamo alcuni dati di ricerca condivisi da numerosi ricercatori europei e d'oltre oceano (Van Riper, 1953; Sheehan, 1951):

- La balbuzie è presente in tutte le culture e gruppi sociali (circa 1% della popolazione mondiale).
- Esiste una predisposizione ereditaria.
- La balbuzie colpisce maggiormente il sesso maschile che quello femminile.
- Il balbuziente mostra maggiori difficoltà a controllare i processi di produzione della parola, richiedendo tempi maggiori per coordinare e organizzare l'atto verbale.
- La balbuzie è un disturbo che generalmente insorge nell'età infantile, di solito nel periodo dei 2-6 anni.

La terapia operante della disfluenza verbale

Questa terapia è fondata sui principi della teoria dell'apprendimento e ha posto le basi della terapia cognitivo-comportamentale.

Il presupposto teorico di questo intervento considera la balbuzie come un disturbo acquisito e mantenuto secondo i principi dell'apprendimento operante..

Nell'ottica dei comportamenti appresi secondo il paradigma del condizionamento classico, la balbuzie può essere vista come la risposta a uno stimolo che da neutro qual era in precedenza è diventato condizionato in seguito alla reazione punitiva dell'ambiente. Così, ad esempio, i genitori che, di fronte a un bambino che mostra delle normali disfluenze, esprimono deplorazione e rimproveri, favoriscono la modificazione in stimolo condizionato di talune parole del repertorio del bambino prima prive di carica ansiogena.

Considerata come un'operante, la balbuzie non è altro che una classe di risposte nei confronti di determinati stimoli discriminativi le cui conseguenze possono essere varie.

A tal proposito, Sheehan (1958) asserisce che la balbuzie è mantenuta poiché precede un evento rinforzante rappresentato dall'emissione della parola successiva a quella balbettata; Goldiamond (1965) ha osservato che due tipi di contingenze possono mantenere la balbuzie, rinforzandola: l'ottenimento di una ricompensa (ad esempio l'attenzione, la comprensione e l'interesse degli altri) e la prevenzione di una possibile punizione o minaccia (come nei casi in cui possono essere richieste delle risposte immediate a taluni quesiti: in tali circostanze, se la risposta del soggetto non è molto adeguata, gli viene offerta una seconda possibilità di rispondere, a differenza di quanto si verificherebbe con soggetti non balbuzienti) .

L'approccio comportamentale alla rieducazione del soggetto balbuziente consiste in una serie di tecniche che, pur presentando delle difficoltà interne dal punto di vista operativo, conservano alla radice un preciso legame con le teorie dell'apprendimento. Ci si soffermerà soprattutto sulle tecniche operanti e, in misura minore, sugli interventi che possono essere di sostegno nella terapia della balbuzie, tra cui la

terapia assertiva, la terapia cognitiva e la desensibilizzazione sistematica.

Uno dei principali compiti del terapeuta, consiste nel riuscire a individuare e isolare il maggior numero di stimoli discriminativi che elicitano la risposta di balbuzie. Egli deve inoltre stabilire quale tipo di balbuzie ha di fronte, con quale frequenza si presenta, quali sono le parole su cui il soggetto si blocca, quali movimenti accompagnano il comportamento disfluente, e quali sono le situazioni o le persone rinforzanti che mantengono la balbuzie. In sostanza, occorre identificare tutte quelle variabili che agiscono sul comportamento balbuziente e operare un controcondizionamento, tenendo conto del peso che nell'ambito del condizionamento operante assumono gli eventi antecedenti e quelli immediatamente successivi al comportamento.

L'intervento si articolerà, quindi, in un primo momento valutativo (assessment) e in seguito su un programma riabilitativo.

L'assessment

Il procedimento di valutazione della balbuzie si attua tramite l'osservazione diretta del comportamento verbale del soggetto. I principali parametri su cui il terapeuta dovrà inizialmente soffermarsi sono la frequenza e la durata del comportamento balbuziente. Un tipo di osservazione utile è quella a intervalli variabili; infatti, in simili circostanze, al soggetto non è consentito di tenere un atteggiamento «non autentico», come potrebbe verificarsi utilizzando il metodo a intervalli fissi, poiché l'osservazione ha luogo per un determinato periodo di tempo e con un preciso intervallo medio stabilito dal terapeuta.

L'utilizzo di grafici può essere molto utile, in quanto una volta avviata la rieducazione, sarà possibile verificare i progressi o i regressi del soggetto stesso; inoltre, la quantificazione è di particolare aiuto al terapeuta poiché gli fornisce un feedback circa l'efficacia o meno del trattamento e infine rappresenta un possibile rinforzo positivo per il soggetto, dal momento che lo pone direttamente dinnanzi al suo eventuale miglioramento.

Come si è già detto, il terapeuta deve registrare non soltanto i momenti di disfluenza del soggetto, ma anche, secondo il paradigma *antecedente-comportamento-consequente*, quegli eventi che sono concomitanti agli episodi di balbuzie. Pertanto, durante il colloquio occorre valutare sia quei fenomeni motori che accompagnano la balbuzie, sia i comportamenti interni, quali i momenti d'ansia, l'eccitazione, la visione che il soggetto ha di se stesso e quella che gli altri, a suo avviso, hanno di lui e così via.

Inoltre, per ottenere un quadro preciso del comportamento del soggetto, è necessario esaminare le circostanze in cui si presenta la balbuzie (Shames e Egolf, 1976). Una volta effettuata la raccolta dei dati relativi alla balbuzie (frequenza, durata, forma, circostanze e così via) occorre passare alla fase terapeutica vera e propria. L'obiettivo dell'intervento del terapeuta è quello di instaurare e rafforzare il comportamento obiettivo (la fluenza) ed eliminare il comportamento problematico (la balbuzie).

Il primo tipo di intervento si attua tramite il rinforzo positivo (es. verbale o mimico) e rinforzo

negativo, che tende a far cessare una situazione che risulta penosa o sgradevole.

Il secondo tipo di intervento si effettua attraverso l'estinzione e la punizione.

Durante il processo di estinzione, i comportamenti verbali inappropriati non devono essere rinforzati: il terapeuta li ignora. Infine, la punizione può consistere o nella somministrazione di un stimolo avversivo (spiacevole) oppure nella sottrazione di un rinforzo positivo quando compare una risposta inappropriata, come ad esempio, corrugare la fronte o scuotere il capo in segno di disapprovazione o ancora riprendere verbalmente il soggetto.

L'approccio cognitivo-comportamentale alla balbuzie

I principi di base sono quelli della terapia operante con l'integrazione degli aspetti cognitivi. Nei primi anni di vita vi sono disfluenze spontanee che scompaiono successivamente. Se il bambino, di fronte alle sue normali disfluenze, viene punito, inizierà a provare ansia. Infatti, i bambini reagiscono con ansia alle disapprovazioni dei genitori e trasferiscono poi la carica ansiogena al parlare. Da qui l'associazione tra il dialogo e l'ansia, per paura della disapprovazione, che accompagnerà l'individuo.

La paura di balbettare porta a una costante attenzione sul *come* si deve dire che nel soggetto balbuziente è di gran lunga più importante del *cosa* dire. Si innesca così il circolo vizioso dell'eccesso di controllo.

Il mantenimento del disturbo è spiegato dal condizionamento operante.

Questo paradigma di apprendimento sottolinea l'importanza degli effetti del comportamento sull'ambiente. "Quali sono i vantaggi della balbuzie?", verrebbe da chiedersi. Innanzitutto il balbuziente attira l'attenzione, e spesso viene addirittura aiutato a terminare la parola o la frase. Frequentemente l'interlocutore adotta questo comportamento per "togliersi da una situazione imbarazzante", ma così facendo rinforza il processo.

Un rinforzo secondario importante della balbuzie è l'evitamento delle responsabilità.

Spesso chi balbetta non viene interrogato a scuola, e viene agevolato perché per molti insegnanti è penoso e imbarazzante ascoltare un balbuziente che parla. La balbuzie diventa così una scusa per non affrontare le incombenze e per delegarle agli altri anche nell'età adulta. Non dimentichiamo poi che il sollievo dall'ansia è un altro importante effetto positivo della balbuzie che sopraggiunge quando il balbuziente è riuscito finalmente a pronunciare la parola temuta. La persona con balbuzie sa benissimo su quali parole balbeterà e più si avvicina al pronunciarle, più aumenta l'ansia di non riuscire. Quando finalmente, pur balbettando, è riuscita a dire la parola "critica", ottiene un potente rinforzo. Il calo di tensione mantiene tutto il processo.

L'assessment nell'ottica cognitivo-comportamentale

L'assessment è molto simile a quello della terapia operante, il principale lavoro iniziale sta nel

condurre l'analisi funzionale del problema (che si effettua identificando gli antecedenti, ossia le situazioni che elicitano la balbuzie, il tipo di disturbo, e le conseguenze che esso produce sugli altri; non a caso il balbuziente quando è solo parla fluentemente).

Durante la conversazione, che viene registrata, il paziente sa che verranno monitorati gli episodi di balbuzie.

Sempre insieme al paziente verrà costruito il grafico con in ascissa i minuti di conversazione e in ordinata gli episodi di balbuzie, questo sarà utile anche come automonitoraggio del paziente durante la terapia. Se possibile, può dare maggiori informazioni l'utilizzo del biofeedback, soprattutto in età evolutiva, dove le informazioni verbali potrebbero essere molto ridotte.

Riguardo alle situazioni o variabili, Shames ed Egolf (1976) suggeriscono di considerare le seguenti: numero di persone; tempo; lunghezza del discorso; ruoli delle persone che ascoltano.

Sempre in fase di assessment è opportuno indagare insieme al paziente la reale *volontà* al cambiamento perché spesso l'atteggiamento verso la guarigione è ambivalente: da un lato il paziente vorrebbe parlare bene e liberarsi per sempre dalla balbuzie, dall'altro ha paura di non avere più la scusa per atteggiarsi a vittima e quindi evitare le responsabilità.

Alla luce di queste considerazioni, è basilare nella terapia della balbuzie agire sull'autostima dei pazienti, perché l'innalzamento dell'autostima permetterà di vincere la paura di non avere più la scusa per non affrontare la vita.

Il trattamento

Nella terapia degli adulti, il trattamento è dato dalla combinazione di più tecniche che tengono conto delle varie aree problematiche. Soltanto con un approccio terapeutico completo e articolato, la balbuzie può essere eliminata o ridotta e la fluenza mantenuta nel tempo.

La terapia ha come obiettivi: eliminare o ridurre la balbuzie, proporre una tecnica di rilassamento per la gestione dell'ansia, aiutare il paziente ad affrontare le situazioni temute anziché continuare a *evitarle*, analizzare i pensieri negativi o irrazionali del paziente e sostituirli con pensieri razionali (l'ansia è alimentata da pensieri negativi che la persona, in modo automatico, produce su di sé e sulle situazioni che incontra), aiutare il paziente a comunicare in modo assertivo, insegnare tecniche per aumentare la stima di sé, rendere il paziente consapevole delle emozioni e aiutarlo a gestirle.

Il trattamento può essere così schematizzato:

- tecniche di respirazione e tecniche di instaurazione della fluenza;
- rilassamento;
- desensibilizzazione sistematica;
- terapia cognitiva;
- training assertivo;

- trattamento dei tic, qualora siano presenti.

È necessario che il paziente sia informato di ogni passo del programma terapeutico, che diventi parte attiva del suo cambiamento, e che accetti di fare sedute di un' ora e mezza e di effettuare anche delle sessioni nella vita reale. La fluenza, infatti, dallo studio si deve trasferire nelle situazioni quotidiane, in cui il paziente deve essere guidato ad affrontare eventi e responsabilità evitate per anni.

Alla fine di ogni seduta, è opportuno programmare quello che verrà effettuato nella seduta successiva e stabilire i compiti, che verranno poi esaminati all'inizio della seduta successiva per valutare i miglioramenti.

Nei casi di balbuzie più grave, in cui la guarigione è impossibile, si dovrà lavorare sull'accettazione del miglioramento ottenuto da parte del paziente.

L'apprendimento delle tecniche di instaurazione della fluenza

Innanzitutto è importante insegnare al balbuziente una corretta respirazione. Infatti, l'alterazione dei movimenti respiratori è costante, anche se variabile da caso a caso, e interessa soprattutto gli impulsi espiratori. In genere, l'inspirazione è brusca, l'espirazione è invece rapida, per cui il soggetto è costretto a parlare con l'aria residua, fenomeno alquanto penoso per il senso di mancanza o fame di aria. Il fenomeno respiratorio va considerato soltanto come un sintomo: infatti non è presente quando il soggetto tace o quando parla da solo.

Un altro importante fattore da considerare è che la laringe del balbuziente presenta movimenti bruschi e resta fissata con contrattura e incoordinazione dei muscoli prelaringei. Alla laringoscopia si può osservare, infatti, una maggiore prevalenza dei muscoli abduttori sugli adduttori..

Per regolarizzare la respirazione e favorire lo sblocco dei muscoli prelaringei, si insegna al paziente che, quando sta per pronunciare la parola critica, deve inspirare profondamente, pensare alla parola e pronunciarla in fase espiratoria. Questa tecnica (Ryan, 1974) dovrà essere appresa dal paziente e messa in atto a ogni inizio di inceppamento; si compone delle seguenti fasi:

- inspirazione profonda;
- anticipazione cognitiva della frase;
- esposizione in fase espiratoria.

È importante far esercitare molto il paziente che tende a perseverare nella condotta sbagliata, ossia espirare bruscamente e, senza più aria a disposizione, rimanere bloccato sulla parola critica.

Dopo aver fatto un certo numero di esercizi su questo, si introduce la tecnica del time-out (Costello, 1975), che consiste nel far parlare il soggetto per un tempo stabilito (si parte da 5 minuti e gradualmente si aumenta fino ad arrivare a 25-30) su un argomento precedentemente concordato. Durante il monologo, il paziente deve mettere in pratica la tecnica precedente. Se non lo fa, dopo ogni episodio di balbuzie, è

bloccato dal terapeuta con la parola «stop», e deve rimanere in silenzio per 10 secondi, durante i quali il terapeuta distoglie lo sguardo da lui; poi, a un cenno del terapeuta, deve ripetere la parola espirando. La pausa di 10 secondi permette di eliminare due potenti rinforzi: l'attenzione del terapeuta, che distoglie lo sguardo, e la riduzione dell'ansia dopo l'episodio di balbuzie, in quanto è stato bloccato.

Con il progredire delle sedute si aumenta il numero dei minuti del monologo del paziente. È consigliabile partire da argomenti neutri fino ad arrivare a quelli più coinvolgenti dal punto di vista emotivo. I grafici vengono sempre costruiti assieme al paziente alla fine della registrazione. La soddisfazione del paziente per i progressi ottenuti funge da rinforzo e mantiene alta la motivazione. Quando il paziente è sufficientemente sicuro, si può passare alla fase di *time-out autogestito*, nel senso che il paziente, da solo, si blocca dopo ogni episodio di balbuzie, mantiene la pausa dei 10 secondi e autonomamente ripete la parola critica.

Quando la fluenza è quasi raggiunta, si diminuisce gradualmente la pausa dei 10 secondi fino a eliminarla. Dopo il successo ottenuto in studio si prepara la seconda parte della terapia: quella delle uscite nella vita quotidiana con il paziente.

Contemporaneamente alle tecniche di instaurazione della fluenza, si insegna al paziente una tecnica di rilassamento.

Il rilassamento

Essendo il paziente balbuziente molto ansioso, è importantissimo insegnargli una tecnica che gli permetta di acquisire il controllo dell'ansia. Oltre ad aiutarlo nella gestione delle situazioni critiche, essa permetterà poi di applicare la desensibilizzazione sistematica, che è la tecnica successiva, senza la quale non si può aiutare il soggetto ad affrontare le situazioni ansiogene. Le tecniche di rilassamento possono essere:

- il training autogeno di Schulz;
- il rilassamento progressivo di Jacobson;
- il rilassamento preipnotico.

La desensibilizzazione sistematica

Per eliminare ansie e paure specifiche che, di solito, accompagnano il disturbo, si usa la tecnica della desensibilizzazione sistematica, dapprima in immaginazione e poi in vivo. I recenti studi effettuati sul cervello hanno dimostrato che l'emisfero destro non distingue la realtà dalla fantasia e che, quindi, anche al solo pensiero di affrontare una situazione temuta, si innesca il meccanismo dell'ansia. Inoltre, è stato dimostrato che la persona che teme una certa situazione tende a evitarla, mantenendo in tal modo la paura e la fobia. Il comportamento di evitamento è cruciale nel mantenimento della fobia. Si arriva anche a evitare di pensare alla situazione temuta, perché anche il solo pensiero, come ho già spiegato, determina

la risposta d'ansia. Il paziente elenca le situazioni per lui ansiogene e assieme al terapeuta costruisce una gerarchia in cui le situazioni stesse sono ordinate dalla meno alla più ansiogena. La costruzione della gerarchia è un punto molto importante della desensibilizzazione sistematica, perché una gerarchia sbagliata può compromettere il buon esito della procedura.

Come strumenti per favorire la costruzione della stessa, possono essere usati il *termometro dell'ansia* e il *biofeedback*.

Con l'utilizzo del primo, si chiede al paziente di valutare l'ansia evocata dalla situazione secondo una scala da 0 a 10, in cui lo 0 sta a indicare assenza di ansia e il 10 il massimo dell'ansia. Sicuramente più attendibile è il *biofeedback*, in cui si riesce a monitorare con più certezza il livello d'ansia.

In seguito o parallelamente alla costruzione della gerarchia, il paziente è addestrato al training di rilassamento di Jacobson (o a un altro training). Quando il paziente ha acquisito una buona capacità di rilassarsi, gli si fa immaginare la situazione meno ansiogena della gerarchia e il paziente deve sostituire all'ansia, provata nella situazione, il rilassamento appreso, secondo il principio del controcondizionamento. Anche in questo caso, il *biofeedback* può essere utilissimo per monitorare il livello di rilassamento raggiunto in quel particolare gradino della gerarchia, per poi passare al livello successivo. La procedura viene ripetuta fino a esaurire tutte le situazioni della gerarchia. Successivamente si fa affrontare al paziente la situazione temuta nella realtà e lo si incoraggia a continuare a farlo, poiché non basta una volta sola, ma bisogna insistere fino a creare una nuova abitudine più adattiva.

Si costruiscono tante gerarchie quante sono le situazioni temute dal paziente, come ad esempio parlare al telefono, chiedere informazioni per strada, ordinare al bar o al ristorante in presenza di estranei, ecc.

Il paziente deve affrontare più volte la situazione nella realtà e, assieme a lui, si programmano delle sedute fuori dallo studio in cui lo si accompagnerà al bar. In definitiva, con questa procedura si aiuta il paziente a trasferire nelle situazioni quotidiane la fluenza acquisita nello studio e ad affrontare - anziché evitare - le situazioni temute e, di conseguenza, le proprie responsabilità.

La terapia cognitiva

Il paziente balzubiente ha una serie di idee, convinzioni e modi di pensare che contribuiscono a mantenere il suo disturbo, il suo disagio e la sua sofferenza.

Al paziente deve essere spiegato che sentimenti, emozioni e comportamento possono essere influenzati negativamente da particolari forme di ragionamento errato che prendono il nome di *distorsioni cognitive*. È quindi necessario correggere il nostro programma mentale, il modo sbagliato di vedere il mondo, per migliorare il nostro stato d'animo.

Ellis (1993) ha dimostrato che le persone ansiose e depresse, o comunque con una bassa autostima, hanno nel loro dialogo interno le seguenti idee irrazionali che devono essere confutate e sostituite con altre più razionali e realistiche, e che si analizzano assieme al paziente.

- *Bisogna essere amati, approvati e accettati da tutti.*
- *Bisogna essere sempre all'altezza delle situazioni per considerarsi degni di valore. Non si può sbagliare.*
- *Il passato e il carattere sono come un marchio indelebile.*
- *Chi fa soffrire gli altri sarà punito.*

Oltre a queste idee irrazionali, attraverso l'educazione e la cultura di appartenenza vengono assorbiti anche altre idee e modi di pensare errati che, come ho già detto, vengono definiti *distorsioni cognitive* e causano difficoltà, ansia e depressione.

Assieme al paziente queste distorsioni cognitive devono essere comprese e sostituite con modi più idonei di pensare. A questo scopo il terapeuta fornisce al balbuziente la scheda ABC.

Dopo aver discusso con il paziente sulle distorsioni cognitive, si fornisce lo schema per la riflessione sui pensieri negativi, le distorsioni cognitive e i pensieri positivi.

Una volta individuati i pensieri negativi e le distorsioni cognitive sottostanti, è importante imparare a metterli in discussione.

La prima interpretazione che di solito viene data di un evento potrebbe non essere quella corretta. Purtroppo spesso non siamo flessibili e non solo pensiamo che la prima interpretazione sia quella giusta, ma spesso non pensiamo nemmeno che potrebbero essercene delle altre. Questo accade perché siamo stati educati non alla flessibilità, ma alla rigidità di pensiero. Una volta appreso, questo modo rigido di pensare diventa difficile da sradicare. Purtroppo, però la prima interpretazione di un evento è spesso la più errata. Perciò è necessario imparare a sospendere il giudizio finché non si saranno ottenute maggiori informazioni e, di conseguenza, la situazione verrà percepita in modo più obiettivo. Assieme al paziente si concorda di affrontare a questo punto un altro importante passo del trattamento: il *training assertivo*.

Il training assertivo

Si spiega al paziente che per *comportamento assertivo* o *assertività* si intende non l'ostinato atteggiamento di chi vuole ottenere a tutti i costi ciò che vuole, ma la decisa volontà di far valere i propri diritti, esprimere le proprie opinioni, sentimenti e desideri quando lo si ritenga opportuno, in modo chiaro, sincero, diretto, appropriato e rispettoso senza violare i diritti del proprio interlocutore. Il comportamento assertivo si basa sul rispetto di sé e dell'altro, sulla considerazione dei propri bisogni e sulla possibilità di negoziare in caso di conflitto.

Nei rapporti interpersonali, invece, il balbuziente oscilla tra due atteggiamenti opposti: la *passività* o *compiacenza* e *l'aggressività*.

Partendo dal presupposto che nemmeno i fratelli la pensano allo stesso modo, pur avendo la stessa famiglia, è inevitabile che in qualsiasi rapporto prima o poi sorgano delle divergenze e si renda quindi necessario esprimere il proprio punto di vista. La persona *passiva* non esprime le sue opinioni e i suoi

bisogni e non difende i suoi diritti perché ha paura di incrinare il rapporto con l'altro, di sembrare cattiva o egoista o di far soffrire l'altro. Può anche arrivare a esprimere le sue critiche, ma lo fa in modo poco chiaro e incisivo per cui difficilmente viene presa in considerazione. In questo modo, fornisce agli altri l'opportunità di approfittarsi di lei. La sua eccessiva compiacenza la porta a subire troppo, fino a che, non potendone più, può interrompere bruscamente la sua relazione interpersonale oppure può esplodere diventando aggressiva.

È *aggressiva*, invece, la persona che esprime i suoi diritti, bisogni e critiche in modo inappropriato, attaccando, opprimendo, colpevolizzando o umiliando l'interlocutore. Il comportamento aggressivo può essere una reazione all'eccessiva compiacenza oppure un tentativo di dominare l'altro. In tutti i casi, la persona aggressiva rovina irrimediabilmente i suoi rapporti e si sente spesso in colpa per quello che ha detto o fatto durante il suo scoppio d'ira. Si parla di «sindrome del pendolo» quando una persona passa da una di queste modalità comportamentali all'altra. La persona può essere prevalentemente passiva o prevalentemente aggressiva, oppure può essere aggressiva con alcune persone e compiacente con altre.

Per diventare assertivi, è importante saper distinguere tra quelli che sono i diritti degli altri e i loro desideri o aspettative: non è giusto ledere i diritti degli altri, ma non è neanche giusto andare contro se stessi per soddisfare i desideri altrui.

Oltre a fare degli esempi generici o tratti dalla vita del paziente, è spesso importante fare il *role-playing* delle situazioni più frequenti nella sua vita per fargli identificare gli errori nella comunicazione non verbale e verbale per poi strutturare attivamente il cambiamento, insegnando le abilità assertive.

Dopo aver discusso su queste premesse con giochi di ruolo e situazioni frequenti nella vita del paziente che gli creano ansia e disagio, si individuano le modalità comportamentali errate e le convinzioni irrazionali che le sostengono. Si presentano poi al paziente e si esaminano con lui le abilità assertive, che sono:

- come esprimere gli elogi;
- come riceverli;
- come esprimere i propri desideri;
- come disarmare la collera;
- come proteggersi dall'aggressività e dalla prepotenza altrui;
- come fare una critica;
- come ricevere una critica.

Il trattamento dei tic

Esistono vari disturbi del sistema muscolo-scheletrico che si manifestano attraverso risposte motorie disfunzionali come i tic. Generalmente non si trova un riscontro organico a questi disturbi. Il tic è spesso

invalidante per il paziente al punto che influisce sulle attività quotidiane. È inoltre molto imbarazzante e, spesso, il paziente arriva a limitare i suoi contatti sociali.

Secondo Azrin e Nunn (1973), il tic è mantenuto anche dal rinforzo sociale costituito dall'attenzione da parte degli altri.

Il trattamento parte dal presupposto che il tic è un'abitudine appresa che ha raggiunto la sua massima intensità nell'abitudine. È possibile perciò estinguere l'abitudine, costruendone un'altra negativa o incompatibile con il tic, e lo si può fare attraverso la tecnica chiamata *pratica massiva o negativa* (Hersen e Eisler, 1973), che consiste nella ripetizione dei tic nel modo più accurato possibile, senza pause, durante un periodo stabilito. I movimenti che costituiscono il tic all'inizio sono usati volontariamente per riuscire a superare lo spasmo tonico o clonico della balbuzie. Essi successivamente finiscono per diventare obbligati e involontari, assumendo la configurazione del tic. Inoltre, questi movimenti hanno lo scopo di deviare l'attenzione dalla parola, con conseguente riduzione della tensione. La procedura è la seguente:

- si pone il paziente davanti allo specchio con il compito di ripetere il tic, il più accuratamente possibile, per 5 minuti;
- si passa poi alla ripetizione del tic per 10 minuti;
- si procede alla ripetizione accurata del tic senza pause per 15 minuti;
- progressivamente, si aumentano i tempi fino al massimo di 45 minuti.

Questa procedura dovrà poi essere ripetuta con gli eventuali altri tic del paziente. In questo modo verrà eliminato un tic alla volta.

Il presupposto di questa efficace tecnica è che con la ripetizione estenuante del tic si otterranno due grandi vantaggi:

- si instaurerà l'abitudine negativa di non produrre il tic, incompatibile con quella positiva di produrlo;
- il tic cesserà di essere rinforzato perché essendo l'ansia del paziente intermittente, non sarà accompagnata da una risoluzione della pulsione e dagli effetti secondari.

Verrà così interrotto il meccanismo che mantiene tutto il processo.

È opportuno, comunque, spiegare al paziente l'intero procedimento e l'utilità di questa tecnica, dicendogli che, sapendo in partenza la parola su cui si balbeterà, si diventa tesi e l'aumento di tensione favorisce la balbuzie. Il movimento che la persona fa in quel momento e che le permette di superare la situazione critica riduce la tensione e distrae momentaneamente la persona facendole dire la parola "critica". Questo processo favorirà il mantenimento del tic nel tempo rendendolo automatico.

La procedura della pratica massiva permette di eliminare tutte le conseguenze positive del tic, e inoltre,

producendo fastidio, noia, tensione e a volte anche dolore, creerà un'abitudine a non produrlo più.

Un'altra tecnica per eliminare il tic è quella di Azrin e Nunn (1973) basata sul *controcondizionamento*. In questa procedura, il pattern di comportamento disadattivo viene sostituito da un atto motorio con esso incompatibile. Lo scopo principale di questa strategia è incrementare una risposta fisicamente competitiva che interferisce con quella acquisita mediante il tic e, parallelamente, rinforzare i gruppi di muscoli antagonisti atrofizzati per il disuso. Inoltre, il paziente acquisisce la consapevolezza dei comportamenti motori disadattivi che sono diventati automatici.

La tecnica comprende:

- a. una procedura di *descrizione della risposta* in cui il paziente descrive dettagliatamente i movimenti che costituiscono il tic, guardandosi allo specchio;
- b. una procedura di *identificazione della risposta* in cui al paziente viene insegnato a identificare e controllare ogni parte del movimento disadattivo;
- c. una procedura di *allarme* in cui il paziente identifica il movimento iniziale della catena motoria;
- d. una *pratica della risposta competitiva* nella quale si insegna al paziente a tendere per breve tempo i muscoli incompatibili con quelli del tic, impedendone la manifestazione stessa.

Le risposte motorie competitive e incompatibili con il tic devono essere poco appariscenti, in modo da non interferire con la vita normale del paziente, e devono essere ripetute per circa 3 minuti ogni volta che si manifesta lo stimolo iniziale del tic. In questo trattamento vengono coinvolti anche i familiari del soggetto in modo da rinforzare la nuova abitudine appresa.

Bibliografia

- Alberti R.E. & Emmons M.L. (1994), *Your perfect right: a guide to assertive behavior* (2^a ed.). San Luis Obispo, Impact Press.
- Attili G. & Ricci Bitti P. (1973), *Comunicare senza parole*, Roma, Armando.
- Azrin N.H. & Holz W. (1966), Punishment. In Honig W.N. (a cura di) *Operant behavior: Areas of research and application*. New York, Appleton-Century-Crofts.
- Azrin U.E. & Nunn R. (1973), *Habit reversal: A method of eliminating nervous habit sand tics*. Behavior Research and Therapy, 11, pp. 619-628.
- Azrin U.E. & Nunn R (1974), *A rapid method of eliminating stuttering by a regulated breathing approach*. Behavior Research and Therapy, 12, 279-286.
- Bandura A (1996), *Il senso di autoefficacia*, Trento, Erickson.
- Bandura A (2000), *Autoefficacia: teoria e applicazioni*, Trento, Erickson.
- Beck A.T. (1967), *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, Harper & Row.
- Beck A.T. (1988), *Principi di terapia cognitiva. Un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi*.

Roma, Astrolabio.

Beck A.T. (1990), *L'amore non basta. Come risolvere i problemi del rapporto di coppia con la terapia cognitiva*. Roma, Astrolabio.

Camaioni L. (1975), *Sviluppo del linguaggio ed interazione sociale*, Bologna, Il Mulino.

Cohen M., Lezine T., Kocher K, Brauner A, Lentin L., Tabouret, Keller A. & Francescato G. (1970), *Il linguaggio del bambino*, Firenze, La Nuova Italia.

Cooper E. B. (1976), *Personalized fluency control therapy: an integrated behavior and relationship therapy for structurers*. Austin, TX, Learning Concepts.

Costello J. (1975), *The establishment of fluency with time-out procedure: three case studies*. J. Speech Hear. Disord., 40, 216.

D'Ambrosio M. (2005), *Balbuzie – Percorsi teorici e clinici integrati*. Milano, Mc Graw Hill.

De Silvestri C. (1981), *I fondamenti teorici e clinici della terapia razionale emotiva*. Roma, Astrolabio.

De Silvestri C. (1999), *Il mestiere dello psicoterapeuta*. Roma, Astrolabio.

Dinville C. (1982), *La balbuzie*, Milano, Masson.

Ellis A (1993), *L'autoterapia razionale emotiva. Come pensare in modo psicologicamente efficace*, Trento, Erickson.

Ellis A (1994), *Reason and emotion in psychotherapy* (revised and updated). New York: Carol Publishing.

Ellis A, Harper R. (1968), *A new guide to rational living*, New York, Prentice Hall.

Goldiamond L (1965), *Stuttering and fluency as manipulable operant responses classes*. In Krasner and Ullman (a cura di), *Research in behavior modification*, New York, Holt Inc.

Goleman D. (1996), *Intelligenza emotiva*, Milano, Rizzoli.

Hanna R, Owen B. (1977), *Facilitating transfer and maintenance of fluency in stuttering*, Jour. Speech Hear. Dis., 42, 65-76.

Jacobson E. (1938), *Progressive relaxation*. Chicago, University of Chicago Presso Jacobson E. (1977), *Tecniche di terapia del comportamento*. Milano, Franco Angeli.

Johnson W. (1938), *The role of evaluation in stuttering behavior*, J. Speech Dis., 3, p. 85.

Johnson W. (1955), *The descriptive principle and the principle of static analysis*. In Johnson W., Leutenegger R (a cura di), *Stuttering in children and adults*, Minneapolis, University of Minnesota Press.

Lazarus A (1976), *Multi-modal behavior therapy*. New York, Springer.

Lazarus A & Abramovitz A (1962), *The use of emotivity imagery in the treatment of children's phobias*. Journal of Mental Science, 108, pp. 191-195.

- Lurija AR (1971), *Linguaggio e comportamento*, Roma, Editori Riuniti.
- Lurija AR (1975), *Problemi fondamentali di neurolinguistica*, Roma, Armando.
- Maslow A (1971), *Verso una psicologia dell'essere*, Roma, Astrolabio..
- Maslow A (1996), *Motivazione e personalità*, Roma, Armando.
- Master W.H. e Johnson V.E. (1986), *Il sesso e i rapporti amorosi*, Milano.
- Piaget J. (1955), *Il linguaggio e il pensiero del fanciullo*, Ed. Universitario.
- Piaget J. (1968), *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo*, Firenze, Giunti Barbera.
- Ricci Bitti P. E., Cortesi S. (1977), *Comportamento non verbale e comunicazione*, Bologna, Il Mulino.
- Shames G. H., Egolf D. (1976), *Operant conditioning and management of stuttering*, New York, Prentice Hall Inc.
- Sheehan J.G. (1951), *The modification of stuttering through nonreinforcement*. Jour. Abn. Soc. Psych., 46, 51-63.
- Sheehan J. (1958), *Conflict theory of stuttering*. In Eisenson J. (a cura di), *Stuttering: a symposium*, New York, Harper and Brothers.
- Skinner B. F. (1976), *Il comportamento verbale*, Roma, Armando.
- Steiner C., Perry P. (1999), *L'alfabeto delle emozioni*, Milano, Sperling & Kupfer.
- Strocchi M. C. (2003), *Baluzie: il trattamento cognitivo comportamentale*. Trento, Erickson
- Stromsta C. (1959), *Experimental blockage of phoniation by distorted sidetone*, Journal of Speech and Hearing Research, 2, 286-301
- Van Riper C. (1953), *Speech therapy*, New York, Prentice Hall.
- Van Riper C. (1954), *Speech correction principles and method*, 3° ed., New Jersey, Prentice Hall.
- Van Riper C. (1963), *Speech correction: principles and methods*. New York, Prentice Hall.
- Vygotskij L. S. (1969), *Pensiero e linguaggio*, Firenze, Giunti.
- Walen S. & Hauserman N.M., Lavin P. (1977), *Clinical guide to behavior therapy*. Baltimore, Williams & Wilkinss.
- Wolpe J. (1958), *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Calif., Stanford University Press.
- Wolpe J. (1971), *Identifying the anxiety antecedents of a psychosomatic reaction: A transcript*. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2, pp. 45-50.
- Wolpe J. (1972), *Tecniche di terapia del comportamento*, Milano, Franco Angeli. Wolpe J., Lagn P.J. (1964), *A fear survey schedule for use in behavior therapy*. Behavior Research and Therapy, 2, pp. 27-30.
- Yates A. J. (1970), *Behavior therapy*. New York, J. Wiley & Sons Inc.

Specializzato SPC Ancona, Training C. Conti, R. Mosticoni, C. Perdighe

e-mail: novandrea@yahoo.it

Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo post-traumatico da Stress

Natascia Duca¹

¹ Società Italiana di Psicologia e Psichiatria (SIPsi), Rimini e Fano

Riassunto

L'articolo presenta una definizione del Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) in termini descrittivi secondo il DSM IV, da una prospettiva psicobiologica e in particolare secondo il modello cognitivo-comportamentale. Si evidenzia l'importanza di ampliare la definizione di "trauma" rispetto a quella presentata nel DSM, considerando come traumatici non solo gli eventi che implicano una minaccia alla vita o all'integrità fisica, ma anche quelli percepiti dall'individuo come tali per particolari caratteristiche, come la valenza negativa, l'imprevedibilità e la non controllabilità. Queste caratteristiche insieme a diversi fattori di vulnerabilità e di rischio si associano all'esordio, sviluppo, mantenimento e gravità del disturbo, ed è importante conoscerli per realizzare interventi efficaci nel singolo individuo. Viene poi preso in considerazione il trattamento del DPTS, in particolare le linee guida, la terapia cognitivo-comportamentale – di cui sono presentate le principali componenti: esposizione, interventi di ristrutturazione cognitiva, prevenzione delle ricadute – e altri tipi di intervento cognitivo-comportamentale, quali la Terapia di Ripetizione Immaginativa e lo *Stress Inoculation Training*.

Summary

The article presents a definition of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in descriptive terms according to the DSM IV, from a psychobiological perspective and particularly according to the cognitive-behavioural model. It's pointed out the importance of extending the trauma's definition as compared with that presented in the DSM, considering traumatic not only the events that entail a threat to the life or to the physical integrity, but also those perceived in this way by the individual for particular characteristics, such as the negative valence, the unpredictability and the not controllability. These characteristics together with different factors of vulnerability and of risk join the exordium, development, maintenance and severity of the disorder, and it's important to know them to realize effective interventions in the single case. Afterwards the PTSD's treatment is considered, particularly the guide lines, the cognitive-behavioural therapy – of which the main components are presented: exposure, cognitive restructuring, prevention of relapses – and other types of cognitive-behavioural interventions, such as the Imagery Rehearsal Therapy and the Stress Inoculation Training.

Introduzione

Un trauma è sempre un catalizzatore di cambiamento e adattamento. La maggior parte delle persone esposte ad un trauma presenta una reazione adeguata alla drammaticità dell'evento che ha vissuto e, con il tempo, si riprende. E' stato anche evidenziato che per alcune persone gli eventi traumatici e le perdite

stimolano un processo di guarigione, nel senso che l'esperienza traumatica può portare l'individuo a riordinare una precedente esistenza disorganizzata ridefinendo valori ed obiettivi. Per esempio, alcuni sopravvissuti a catastrofi ambientali hanno riferito conseguenze positive quali aver imparato a fronteggiare efficacemente situazioni critiche e sentirsi migliorati dopo aver affrontato quella sfida. Dall'altra parte, invece, alcune persone in seguito ad un evento traumatico sviluppano un disturbo psichiatrico post-traumatico (Fullerton e Ursano 2001). Per riuscire a mantenere il controllo in situazioni che cambiano drasticamente, infatti, è necessaria una ristrutturazione rapida dei propri punti di riferimento, ristrutturazione che non sempre si verifica facilmente. Sono ancora poco chiari il momento in cui le reazioni acute a stress assumono rilevanza clinica e i meccanismi che facilitano l'insorgenza del disturbo, visto che non tutti gli individui che subiscono un trauma sviluppano poi il DPTS. È, dunque, necessario focalizzarsi sulle differenze individuali che costituiscono possibili fattori di rischio o fattori protettivi (Ardino 2006).

L'esperienza di un evento stressante o traumatico è tipicamente associata soprattutto ai seguenti disturbi:

- Disturbo Post-Traumatico da Stress
- Disturbo Acuto da Stress
- Disturbi dell'Adattamento
- Disturbo Psicotico Breve con Rilevante Fattore di Stress

Relativamente al Disturbo Acuto da Stress (DAS), esso può svilupparsi negli individui che esperiscono gravi eventi traumatici (così come indicato più avanti per il DPTS) e i criteri diagnostici del DSM IV includono la presenza di almeno tre sintomi dissociativi, uno o più sintomi intrusivi, marcato evitamento degli stimoli che evocano ricordi del trauma e *iper-arousal*. Questi sintomi si associano a sofferenza clinicamente significativa o menomazione del funzionamento lavorativo e/o sociale e durano da due giorni ad un mese. In genere i sintomi appaiono entro le prime 24 ore dopo il trauma, sebbene essi possano svilupparsi in qualsiasi momento durante il mese successivo all'evento. La presenza dei sintomi di stress acuto è un forte predittore del DPTS fino a due anni dopo l'esperienza traumatica. Quando il DAS è stato introdotto nella nosologia del DSM nel 1994, alcuni studiosi hanno considerato la diagnosi controversa; tuttavia, la ricerca successiva ha confermato la sua validità (Connor e Butterfield 2003). Inoltre, l'introduzione nel DSM IV di questa categoria diagnostica enfatizza l'importanza di differenziare le risposte acute agli eventi traumatici da quelle a lungo termine.

Sembra esistere anche un'altra forma di disturbo da stress traumatico, il DPTS complesso o complicato, che riguarda gli effetti a lungo termine di abusi prolungati e ripetuti che hanno inizio in un'età precoce. Si tratta dei casi più gravi, in cui si può sviluppare un complesso quadro clinico con sintomi sovrapposti di DPTS e di disturbo borderline di personalità. Questa condizione è descritta dalle seguenti caratteristiche:

sintomi di disregolazione affettiva, dissociazione, somatizzazione, alterazioni nelle relazioni interpersonali e percezioni alterate di sé e degli altri (Connor e Butterfield 2003; Adshead 2000). Tuttavia non è una categoria diagnostica riconosciuta e non è incluso nel DSM.

Questi e gli altri disturbi sopra indicati riscontrabili in seguito all'esperienza di eventi traumatici sottolineano l'importanza della diagnosi differenziale di queste diverse forme di psicopatologia per la necessità di pianificare e realizzare interventi appropriati alle specifiche condizioni psicopatologiche (Fullerton e Ursano 2001; Andrews et al. 2003). Pochi studi hanno infatti valutato l'andamento cronologico delle reazioni psicologiche e psichiatriche al trauma; tuttavia, le risposte acute e quelle a lungo termine sembrano differire abbastanza dal punto di vista clinico e potrebbe rivelarsi molto importante distinguere le due forme (Fullerton e Ursano 2001).

Definizione del Disturbo Post-Traumatico da Stress

Il Disturbo post-traumatico da stress (DPTS) è una condizione psicopatologica classificata nel DSM IV all'interno dei disturbi d'ansia ed è caratterizzata da una sintomatologia di tipo ansioso-depressivo che compare in seguito ad un episodio traumatico. E' proprio la presenza, nella storia del paziente, di un trauma a contraddistinguere il DPTS e, dunque, a differenziarlo da altre sindromi (Ranzato 2005).

Il DPTS è stato inserito ufficialmente nel manuale diagnostico dell'*American Psychiatric Association* (DSM) nel 1980, ma già nella letteratura del Novecento è stato descritto con dizioni differenti (es., nevrosi da guerra, cuore del soldato, shock post-traumatico) per indicare una patologia che insorge acutamente in conseguenza dell'esposizione ad eventi stressanti di gravità estrema che mettono a repentaglio la propria o altrui incolumità. Mentre nella letteratura dei primi anni Ottanta si faceva riferimento prevalentemente alle conseguenze psicologiche di soggetti esposti a operazioni di guerra, da qualche anno le situazioni potenzialmente in grado di portare allo sviluppo del DPTS sono aumentate, mantenendo nel DSM IV il riferimento alla "gravità oggettiva estrema" della situazione (Fullerton e Ursano 2001).

Nel DSM IV TR viene fatto riferimento a: eventi traumatici vissuti direttamente, come aggressione personale violenta, rapimento, tortura, disastri naturali o provocati, gravi incidenti automobilistici, diagnosi di malattia minacciosa per la vita; eventi vissuti in qualità di testimoni, come l'osservare il ferimento grave o la morte innaturale di un'altra persona, il trovarsi inaspettatamente di fronte ad un cadavere; eventi vissuti da altri ma di cui si è venuti a conoscenza, come aggressione personale violenta, grave incidente o gravi lesioni subite da un familiare o da un amico stretto, malattia minacciosa per la loro vita (American Psychiatric Association 2002). Nel definire un evento "traumatico", il DSM IV TR si basa anche sulla risposta della persona all'evento, risposta che deve comprendere paura intensa, sentimenti d'impotenza o d'orrore (nei bambini comportamento disorganizzato o agitato).

I sintomi (che devono durare almeno un mese) includono:

- Rivivere continuamente l'evento traumatico, sintomi del *re-experiencing* (per la diagnosi di DPTS ne deve essere presente almeno uno): ricordi spiacevoli e intrusivi sotto forma d'immagini, pensieri o percezioni; incubi; agire o sentire come se l'evento si stesse ripresentando (sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, episodi dissociativi e di *flashback*); disagio psicologico e/o reattività fisiologica intensi all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che rievocano l'evento.
- Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (ottundimento) (per la diagnosi di DPTS devono essere presenti almeno tre di questi sintomi): evitamento di pensieri, sentimenti o conversazioni che riguardano l'evento; evitamento di situazioni, luoghi o persone che possono ricordare il trauma; amnesia per qualche aspetto importante dell'evento; marcata diminuzione dell'interesse o della partecipazione ad attività prima piacevoli; sentirsi distaccato o estraneo nei confronti delle altre persone; marcata riduzione della capacità di provare emozioni; senso di diminuzione delle prospettive future.
- Sintomi costanti d'aumentato *arousal* (per la diagnosi di DPTS ne devono essere presenti almeno due): difficoltà a addormentarsi o a mantenere il sonno; irritabilità o scoppi di collera; difficoltà a concentrarsi; ipervigilanza; esagerate risposte d'allarme.

Il DSM definisce il DPTS *acuto* se i sintomi durano meno di 3 mesi, *cronico* se durano più di tre mesi, *ad esordio ritardato* se i sintomi iniziano almeno 6 mesi dopo l'evento stressante.

Le modalità di evitamento possono interferire con le relazioni interpersonali e portare a conflitti coniugali, divorzio o perdita del lavoro. In alcuni casi gravi e cronici possono essere presenti allucinazioni uditive ed ideazione paranoide. Inoltre, possono essere presenti: sentimenti di colpa per il fatto di essere sopravvissuti a differenza di altri o per ciò che hanno dovuto fare per sopravvivere; compromissione della modulazione affettiva; comportamento autolesivo e impulsivo; lamentele somatiche; sentimenti di inefficienza, vergogna, disperazione; sentirsi irrimediabilmente danneggiati; perdita di convinzioni precedentemente sostenute; ostilità; ritiro sociale; sensazione di minaccia costante; cambiamento delle precedenti caratteristiche di personalità (American Psychiatric Association 2002).

Il DPTS spesso viene sottostimato a causa di diversi aspetti, tra i quali: la scarsa familiarità di molti medici con questa diagnosi; l'alta frequenza di disturbi che compaiono in comorbilità col DPTS e che possono portare a diagnosi come depressione maggiore, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo di panico, fobia sociale, fobia specifica o disturbo da abuso e dipendenza da sostanze; l'impossibilità di individuare l'evento traumatico nella storia del paziente (Fullerton e Ursano 2001).

Eziologia, fattori di vulnerabilità e di rischio

Studi sui fattori di vulnerabilità e di rischio per il DPTS si sono focalizzati sulle tre fasi: pre-trauma, peri-trauma e post-trauma.

Relativamente ai *fattori di vulnerabilità pre-trauma*, sebbene siano emerse poche tendenze chiare, alcune evidenze sembrano indicare un rischio maggiore di DPTS nelle persone con un livello di istruzione

e socioeconomico basso, sposate, di sesso femminile, con difficoltà relazionali, con una storia di pregressi disturbi psichiatrici e/o di personalità. Le variabili relative all'ambiente sociale che possono influire sulla capacità della persona di fronteggiare uno *stressor* traumatico sono: l'indigenza, il livello di violenza, la trascuratezza, la presenza di disturbi mentali nelle figure di accudimento, una storia familiare di comportamento antisociale, la precoce separazione dai genitori. (Carlson 2005; Andrews et al. 2003; Connor e Butterfield 2003).

Alcune ricerche (True et al. 1993) hanno evidenziato che una parte della varianza nelle risposte al trauma dipende da fattori genetici, ma il meccanismo di influenza è ancora sconosciuto. Una possibile spiegazione è che la soglia oltre cui si resta sconvolti dalla paura e dal senso di impotenza varia da una persona all'altra in parte in funzione di differenze genetiche nelle risposte fisiologiche ed emozionali agli *stressor*, specialmente nella propensione alle risposte ansiose. E' stata avanzata anche l'ipotesi di una predisposizione biologica non genetica, ossia fattori ambientali (es., esposizione a tossine o ormoni nell'utero materno o nelle prime fasi dello sviluppo) ed esperienze di vita (es., esposizione a *stressor*) possono produrre cambiamenti biologici permanenti. Infine, è stato rilevato che in risposta a esperienze traumatiche precedenti, si possono verificare alterazioni biologiche predisponenti al DPTS. In generale e in accordo con i modelli diatesi-stress, è probabile che: le persone con una predisposizione biologica all'ansia sviluppino reazioni più gravi se esposte a un trauma; i traumi infantili precipitino un disturbo mentale in una persona biologicamente predisposta; le persone biologicamente vulnerabili siano più a rischio di esposizione agli *stressor* traumatici (Carlson 2005).

Rispetto al fattore 'precedenti esperienze traumatiche', la questione è complessa e in letteratura esistono due diversi modi di inquadrare le loro conseguenze sulla capacità di fronteggiare ulteriori esperienze di stress. (1) Il fatto di aver vissuto eventi stressanti può aumentare la resistenza della persona alle successive circostanze stressanti; *stressor* poco frequenti e di livello relativamente basso potrebbero avere un effetto di rafforzamento che desensibilizza la persona agli effetti di *stressor* successivi e possono essere significativi rispetto alla successiva capacità di gestire il pericolo, dando l'opportunità di apprendere e praticare abilità di adattamento e sviluppando modelli interiori del sé e del mondo più flessibili che permettano di assorbire più prontamente i traumi futuri. (2) Gli eventi stressanti del passato potrebbero menomare la capacità individuale di fronteggiare un trauma (minori risorse emozionali e cognitive a cui attingere); previsione suffragata dalla maggior parte degli studi che rilevano una maggiore incidenza di DPTS nelle popolazioni di persone che vivono in circostanze più stressanti e un'associazione tra esposizione a eventi traumatici in passato (soprattutto se si tratta di abusi fisici e sessuali nell'infanzia) e aumento del rischio di DPTS (Andrews et al. 2003; Connor e Butterfield 2003; Carlson 2005).

Carlson (2005) ha sviluppato un modello teorico che potrebbe spiegare i due effetti opposti degli *stressor* precedenti: (a) contenimento: quando essi fanno apparire un trauma più controllabile e meno negativo; (b) sensibilizzazione: quando lo fanno apparire meno controllabile e più negativo.

La *fase peritraumatica* riguarda il periodo di tempo che comprende la situazione al momento del trauma e immediatamente dopo. La maggior parte degli studi ha evidenziato che i migliori predittori dell'insorgenza di un DPTS sono la gravità del trauma (es., un elevato livello di minaccia per la vita), la sua durata e la prossimità dell'individuo all'evento traumatico (Andrews et al. 2003; American Psychiatric Association 2002). Svolgono un ruolo importante anche la prevedibilità e la controllabilità: è più probabile che le persone si adattino meglio ad alti livelli di stress se questi sono almeno in parte attesi. Le impressioni e percezioni soggettive della persona possono quindi influire sulla natura e intensità percepite del trauma (es., un uomo minacciato che è convinto di sapersi difendere percepisce l'evento meno intenso rispetto a un uomo che crede di poter essere ucciso) (Carlson 2005).

Infine, alcuni studi hanno rilevato che la dissociazione peritraumatica è un predittore del DPTS migliore rispetto alle caratteristiche oggettive del trauma. E' stato proposto che l'*arousal* ansioso peritraumatico aumenta la memoria correlata al trauma e sensibilizza i sistemi neurobiologici implicati nella patogenesi del DPTS (Andrews et al 2003; Brunet et al. 2001).

Riguardo ai *fattori di vulnerabilità post-trauma*, un buon sostegno sociale e le abilità di gestione dello stress possono modulare lo sviluppo del disturbo e facilitare il processo di guarigione (Connor e Butterfield 2003; Andrews et al. 2003; Fullerton e Ursano 2001). Il sostegno sociale, infatti, può contribuire a ristabilire il senso di controllo della persona e a ridurre la valenza negativa dell'esperienza (tanto più nei bambini, che, per assorbire le loro esperienze emozionali, dipendono molto dagli altri) (Carlson 2005).

Alcuni studi hanno inoltre evidenziato dei fattori che si associano a un maggiore rischio di sviluppare un DPTS cronico e/o caratterizzato da sintomi più gravi al *follow-up*, quali: un grave danno fisico, una rabbia persistente, una grave depressione, assistere alla morte o alla lesione di un'altra persona, la dissociazione, un ridotto supporto sociale, l'esperienza di nuovi traumi nei periodi di *follow-up*, un numero maggiore di sintomi di evitamento e di altri sintomi DPTS, disturbi psichiatrici o medici in comorbilità (Davidson 2002; Mellman et al. 2002; Perkonig et al. 2005; Connor e Butterfield 2003). Mentre le misure delle iniziali reazioni al trauma spiegano la significativa variazione nel predire il DPTS, i processi che avvengono durante i primi 1-2 mesi dopo il trauma sembrano essere importanti fattori determinanti della progressione o risoluzione della sofferenza post-traumatica (Mellman et al. 2002).

Aspetti psicobiologici e neurofisiologici del DPTS

Le esperienze traumatiche hanno effetti neurofisiologici che si intrecciano al significato psicologico che l'individuo attribuisce all'esperienza e alle credenze circa se stesso e il mondo (Adshead 2000). Il disturbo post-traumatico da stress, infatti, è in genere considerato un disturbo psicologico: in risposta a uno stress

estremo, una persona manifesta un nucleo di rivissuti, evitamento e sintomi di *iper-arousal*, che l'individuo esperisce soggettivamente come d'origine psicologica o emotiva. In anni recenti, però, gli psichiatri hanno sempre più riconosciuto che il DPTS dovrebbe essere considerato anche secondo una prospettiva biologica. Una serie di studi di *brain imaging*, elettrofisiologici, psicofisiologici su ormoni, neurotrasmettitori e legami recettoriali, hanno cominciato a caratterizzare la natura biologica del disturbo. Questi studi supportano la convinzione che un grave trauma psichico possa provocare anomalie della risposta neurobiologica del paziente allo stress, anche dopo anni dall'evento originale, e che queste anomalie di vecchia data possano essere responsabili dei diversi disturbi e sintomi di cui comunemente si lamentano i pazienti affetti da DPTS (Southwick et al. 2001).

Assumendo una prospettiva psicobiologica, il DPTS è una reazione psicofisica normale a un evento stressante di natura estrema. In condizioni di stress, l'organismo si attiva per fronteggiare la situazione che minaccia il benessere psicofisico, le strategie di *coping* e l'adattamento all'ambiente (Carlson 2005). Nella risposta di un organismo alle situazioni stressanti o pericolose riveste un ruolo importante il sistema nervoso simpatico (SNS). Anche se gruppi funzionali di fibre simpatiche si possono attivare autonomamente, in condizioni di stress estremo il sistema tende a comportarsi come un'unità che mobilita e utilizza l'energia al massimo livello. La scarica simpatica coordinata aumenta la frequenza cardiaca e la pressione sanguigna, con conseguente maggiore perfusione dei muscoli e degli organi vitali; le pupille si dilatano, cosicché nell'occhio possa entrare più luce; i vasi cutanei si contraggono per limitare la perdita di sangue in caso di ferite; il sangue è smistato dai distretti corporei momentaneamente non necessari ai gruppi muscolari attivi; vi è un rapido aumento di fornitura di energia alla muscolatura scheletrica grazie alla mobilitazione di glucosio nel sangue e alla facilitazione dell'ossidazione di vari prodotti alimentari. La forte scarica del SNS stimolato da una condizione d'emergenza prepara l'organismo a quello che Cannon (1914) definì risposta di "attacco o fuga" (*flight-or-fight*). Dunque, l'individuo, che percepisce o è colpito da un trauma, entra in allarme; istintivamente (senza apprendimento) è attivata la risposta biologica agli *input* stressogeni; si attiva il sistema nervoso affinché sia emessa la risposta di attacco o fuga, caratterizzata da un'intensa attivazione fisiologica e affettiva, solitamente vissuta come paura o rabbia. Il corpo risponde così in modo automatico controllando il sistema circolatorio, ormonale e muscolare perché siano pronti ad affrontare il trauma. In alcuni animali che si trovano nell'imminenza di un pericolo è stata osservata anche una reazione di *congelamento*, che potrebbe essere un modo per aumentare le possibilità di sopravvivenza in situazioni in cui non è possibile fuggire o combattere. A differenza della risposta di *fight-or-flight*, accompagnata da un elevato livello di attivazione, la risposta di congelamento sarebbe caratterizzata da una risposta fisiologica parasimpatica e da un appiattimento affettivo (Southwick et al. 2001; Ardino 2006; Carlson 2005).

L'esperienza di un evento traumatico determina alterazioni anche di altri sistemi neurobiologici. Relativamente al sistema degli oppiati, lo stress violento provoca un aumento del rilascio degli oppioidi endogeni e un conseguente aumento dell'analgesia. Soprattutto dopo aver subito ferite, questo incremento dell'analgesia sembra rivestire un ruolo adattativo che consente all'organismo di spostare l'attenzione sui comportamenti necessari alla sopravvivenza (Southwick et al. 2001).

Diversi studi concordano nel sostenere un ruolo della disregolazione serotoninergica nel DPTS. Il fatto che sintomi specifici del DPTS includano l'aggressività, l'impulsività, la depressione e il rischio di suicidio (nella cui regolazione riveste un ruolo importante questo ormone) suggerisce che le alterazioni della regolazione della serotonina possono essere coinvolte nella formazione dei sintomi di questo disturbo. Alcuni studi hanno infatti riscontrato un'aumentata sensibilità dei recettori serotoninergici nei pazienti con DPTS. Il coinvolgimento della serotonina è ulteriormente supportato dall'evidenza della parziale efficacia degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) nel trattamento dei sintomi specifici del DPTS (Southwick et al. 2001; Connor e Butterfield 2003).

La dopamina è implicata nel controllo di locomozione, cognizione e affetto. I dati clinici che sostengono un suo ruolo nella risposta allo stress e nel DPTS includono gli alti livelli di sintomi psicotici osservati tra gli individui con questo disturbo e le elevate concentrazioni di dopamina urinaria nei bambini in seguito ad anni di gravi maltrattamenti (Connor e Butterfield 2003).

L'attività catecolaminergica aumenta durante lo stress e i risultati delle ricerche suggeriscono che la sua disfunzione, soprattutto della norepinefrina, può giocare un ruolo nello sviluppo dei sintomi specifici del DPTS. Nell'esposizione allo stress, la norepinefrina viene rapidamente rilasciata dal *locus coeruleus*, portando ad aumenti del battito cardiaco e della pressione sanguigna e a sintomi di *iper-arousal*. E' anche probabile una relazione tra un'aumentata attività della norepinefrina e un'intensificata memoria a lungo termine dell'evento traumatico e i sintomi di *re-experiencing* del DPTS (Connor e Butterfield 2003).

Lo stress determina anche un'aumentata attività del sistema noradrenergico, e questo può contribuire ai sintomi di *iper-arousal* e *re-experiencing* del DPTS. Al momento del trauma si verifica una maggiore reattività del sistema noradrenergico, con conseguente maggior rilascio di noradrenalina e questo crea una condizione di ipersensibilità o di iperamnesia verso le informazioni collegate al trauma. Lo stato emozionale ha una forte influenza nell'imprimere i ricordi e un'associazione stimolo-risposta appresa in uno stato emotivo intenso non viene dimenticata. E' stato evidenziato che la noradrenalina ha una relazione a forma di U invertita con il consolidamento della memoria: livelli sia molto alti sia molto bassi di attività noradrenergica del SNC interferiscono con il meccanismo dell'immagazzinamento dell'informazione (Gidaro e Oleari 2003).

Le persone affette da DPTS possono presentare alterazioni nelle regioni cerebrali centrali nella risposta neurobiologica di paura, in modo specifico l'amigdala e l'ippocampo. Queste strutture fanno parte del

sistema limbico, l'area cerebrale implicata nella regolazione delle emozioni e della memoria. L'amigdala svolge un ruolo nella valutazione del pericolo, nelle emozioni e nel condizionamento alla paura; l'ippocampo è implicato nell'apprendimento e nella memoria (Connor e Butterfield 2003).

Ardino (2006) riporta che gli effetti dello stress sull'amigdala e sull'ippocampo sono diversi. Il rilascio di adrenalina e cortisolo inizialmente stimola la memoria dichiarativa; il SNS e gli ormoni rilasciati fanno sì che gli eventi con forte carica emotiva siano trattenuti nella memoria. Tuttavia, uno stress prolungato e intenso associato ad elevati livelli di cortisolo, tende ad influire negativamente sul funzionamento dell'ippocampo, danneggiando a sua volta la memoria dichiarativa. Viceversa, il funzionamento dell'amigdala è sempre più stimolato all'aumentare dei livelli di stress. "I due diversi sistemi anatomici della memoria e gli effetti dello stress su questi forniscono una base neurale per i ricordi accessibili a livello verbale o di immagini e per i sintomi del DPTS. I ricordi accessibili a livello verbale, che sono flessibili e soggetti alla modificazione, ma spesso vaghi, disorganizzati e ricchi di incoerenze, probabilmente sono legati all'attivazione dell'ippocampo. Al contrario, i ricordi accessibili tramite immagini, che sono di natura percettiva o sensoriale, vengono elicitati automaticamente e vissuti come se succedessero nel momento della loro rievocazione. Ciò suggerisce che le forme di ricordo indipendenti dall'ippocampo si organizzano in forme di memoria che non possono essere codificate in un rapporto passato *versus* presente in cui la mancanza di un contesto temporale" ha come conseguenze il fatto che "quando i ricordi sono rievocati vengono rivissuti nel presente", e che "la rappresentazione dell'attuale minaccia comporta distorsioni mnestiche e attentive".

Come riferito ancora da Ardino (2006), "le neuroscienze cognitive hanno evidenziato l'importanza dell'amigdala nell'attivazione delle risposte di paura e i diversi percorsi neurali che portano le informazioni sul trauma a questa area del cervello". Nel caso in cui l'informazione arrivi all'amigdala attraverso l'attivazione dell'ippocampo, l'elaborazione dell'esperienza è "il risultato di un set coerente di rappresentazioni che arrivano alla consapevolezza dell'episodio, disponibile per una libera rievocazione". Nei casi in cui, invece, l'informazione arriva all'amigdala attraverso l'attivazione di altre aree, il ricordo non è disponibile a una libera rievocazione o rintracciabile in un ampio spazio temporale; è però "accessibile immediatamente se ci sono stimoli provenienti dal mondo esterno assimilabili a quelli presenti durante l'esperienza traumatica".

L'ipotesi che l'amigdala rivesta un ruolo centrale nell'eziologia e nella fisiopatologia del DPTS è sostenuta da una serie di studi e osservazioni, in cui è stato rilevato che la stimolazione elettrica delle strutture amigdalee provoca risposte comportamentali tipiche del DPTS, come apprensione, comportamento impulsivo, sentimenti di terrore e paura, *déjà-vu* e accentuazione della reazione di trasalimento (Shalev 2001).

Un modello cognitivo-comportamentale del Disturbo Post-Traumatico da Stress

Il trauma, oltre a effetti fisiologici e neurobiologici, sia associa a distorsioni cognitive e comportamenti maladattativi (Solomon e Heide 2005). Da qui l'importanza di modelli cognitivi e comportamentali del DPTS.

Nell'ambito del modello cognitivo del DPTS, alcune teorie postulano un conflitto con credenze preesistenti, ossia un'esperienza traumatica può svelare che quegli assunti di base riguardo se stessi e il mondo, che normalmente forniscono struttura e significato alla vita della persona facendo da sfondo ad aspettative, comportamento e giudizio (es., identità, visione del mondo, sicurezza, stima, potere, indipendenza, etc.), sono sbagliati, insufficienti o inadeguati. Gli assunti patogeni (es., vulnerabilità, sfiducia, senso di impotenza) possono in seguito sostituirsi ai precedenti assunti e generalizzarsi a molte aree di vita (Shalev 2001). Questo favorisce lo sviluppo dei sintomi di intrusività, evitamento e *iperarousal* del DPTS. Dopo un evento traumatico il sistema cognitivo cerca di elaborare le informazioni ad esso associate e non ancora integrate e continua a valutarle incompatibili e minacciose per il modello schematico del sé e del mondo. Questa continua valutazione nella memoria fa sì che la persona sperimenti una costante attivazione e riattivazione del "modulo paura". Le persone traumatizzate sperimentano una sensazione continua di essere in pericolo, le valutazioni delle informazioni legate al trauma irrompono nella coscienza in modi diversi, dal pensiero intrusivo agli incubi. Inoltre la presenza nell'ambiente di stimoli ricollegabili al trauma vengono elaborati in modo selettivo e nella memoria attivano le informazioni correlate al trauma, favorendo la comparsa di fenomeni intrusivi. Conseguentemente, l'individuo mette in atto meccanismi difensivi, tra cui l'evitamento di stimoli che ricordano il trauma (Yule 2000).

Il modello comportamentale sostiene che i sintomi del DPTS derivano dagli effetti combinati di processi di condizionamento classico e operante (teoria bifattoriale di Mowrer e modello del doppio-condizionamento, il *dual-conditioning model*, di Keane et al., 1985). In base al condizionamento classico, all'esposizione all'evento traumatico (stimolo incondizionato) la persona reagisce con paura e uno stato di elevato *arousal* (risposta incondizionata), e in seguito continua a mostrare la stessa risposta (risposta condizionata) quando esposta a stimoli (neutri) che ha associato all'evento traumatico (stimoli condizionati). Normalmente, con il passare del tempo l'ansia condizionata si estingue se l'individuo si espone allo stimolo condizionato in assenza di pericoli, poiché egli apprende una nuova associazione, cioè che lo stimolo condizionato non segnala una situazione di pericolo. Tuttavia, la normale estinzione della paura condizionata può essere ostacolata da un processo di condizionamento operante, come accade nel DPTS. Se la persona mette in atto comportamenti di evitamento, non avviene un'esposizione allo stimolo condizionato in assenza di stimoli negativi abbastanza prolungata da consentire l'apprendimento della nuova associazione e l'estinzione della paura condizionata. I comportamenti di evitamento tendono a

ripetersi in quanto permettono di evitare l'ansia, ossia sono rinforzati negativamente. Le riduzioni di angoscia e tensione compensano l'evitamento di diversi stimoli interni ed esterni che sono vagamente associati al trauma. Tale evitamento compensato impedisce l'estinzione della risposta condizionata nel corso del tempo e determina la generalizzazione del comportamento evitante (Shalev 2001; Connor e Butterfield 2003).

Un limite del modello comportamentale è l'incapacità di spiegare la comparsa spontanea dei ricordi angoscianti del trauma (come incubi e *flashback*), lo stato di allarme permanente e le eccessive reazioni di trasalimento tipici del DPTS. Foa e Rothbaum (1989) hanno perciò proposto un modello cognitivo-comportamentale che prevede un'integrazione tra proposizioni significanti e condizionamento: nello sviluppo del DPTS un ruolo centrale sarebbe svolto non solo dal condizionamento, ma anche dalla percezione di controllabilità e prevedibilità di un paziente (e i conseguenti attributi di minaccia) (Shalev 2001).

Nell'ambito di questo approccio, Carlson (2005) ha sviluppato un modello teorico per comprendere e spiegare gli effetti delle esperienze traumatiche, prendendo in considerazione (1) gli elementi che rendono un'esperienza traumatica, (2) le risposte psicologiche all'evento e (3) le ragioni del persistere dei sintomi dopo la conclusione dell'esperienza traumatica.

Il primo punto è stato sviluppato nel tentativo di spiegare il motivo per cui un evento potenzialmente traumatico evoca una risposta traumatica soltanto in certe persone e non in altre. La definizione del DSM IV di evento "traumatico" risulta riduttiva, in quanto: non è stato empiricamente dimostrato che eventi che non comportano il rischio di morte o ferite non abbiano effetti traumatici, vs. emergono sempre più prove del fatto che simili eventi possono essere *stressor* traumatici; inoltre, la persona, al momento del trauma, può fare esperienza di una "dissociazione peri-traumatica" (es., depersonalizzazione, derealizzazione, vuoti di coscienza), che, se è molto intensa, può portare ad escludere le risposte emozionali. Il modello sviluppato da Carlson, individua tre caratteristiche che definiscono un evento "traumatico": la mancanza di controllabilità, la valenza negativa e la repentinità (dati confermati anche da altre ricerche, Kira 2001).

L'autore rileva che esistono prove a sostegno dell'identificazione della percezione di non controllabilità come un fattore causale importante nelle reazioni a un trauma. "La ricerca ha dimostrato che le persone e gli animali sono vittime dello stress quando non possono controllare quello che sta loro accadendo, soprattutto se si tratta di esperienze dolorose" (Carlson 2005). Tra i riscontri clinici ed empirici vi sono le seguenti osservazioni. "Le persone traumatizzate spesso sono molto disturbate dal fatto di non aver potuto fare nulla per controllare quello che stava accadendo e riferiscono frequenti pensieri fastidiosi del tipo "Se soltanto...", "E se...?". Inoltre, i sopravvissuti a traumi "convinti di poter avere in futuro il controllo su eventi simili spesso hanno sintomi psicologici meno numerosi e di intensità inferiore". Va sottolineato che perché un evento sia traumatico, la sua non controllabilità deve raggiungere una certa soglia, che varia a

seconda delle persone (in quanto dipende dalle esperienze personali e dalle aspettative di controllabilità) e del grado di negatività degli eventi (minore è la valenza negativa dell'evento, maggiore è il grado di incontrollabilità che si riesce a tollerare).

Il secondo elemento che secondo Carlson rende traumatiche certe esperienze è la percezione soggettiva di una loro valenza molto negativa perché provocano o potrebbero causare lesioni o dolore fisico o sofferenza psicologica (in quest'ultimo caso la valenza negativa è connessa al significato psicologico che l'evento ha per l'individuo, per es. di minaccia all'idea di sé). A supporto di questa concezione vi è la prospettiva evolucionistica: la paura è un'emozione funzionale alla sopravvivenza in quanto porta ad evitare le situazioni potenzialmente pericolose. Una conferma all'ipotesi che il dolore psicologico (ossia eventi che non comportano una minaccia di lesioni fisiche o morte) rientri fra i possibili agenti causali nella traumatizzazione viene dalla ricerca e dalla clinica, che ha evidenziato come anche eventi improvvisi e incontrollabili, dolorosi solo sul piano psicologico, possono provocare gravi reazioni post-traumatiche. E' importante notare che la valenza negativa di un evento, per essere traumatica, deve raggiungere una certa soglia, che varia a seconda della persona e del tipo di trauma.

Il terzo elemento che rende traumatica un'esperienza è la sua repentinità. "Gli eventi che comportano una sofferenza fisica o psicologica imminente hanno una maggiore probabilità di scatenare terrore", in quanto la persona non ha la "possibilità di proteggersi o di prepararsi psicologicamente alle conseguenze". Quando, invece, le esperienze negative avvengono gradualmente e in modo incrementale, l'individuo ha la possibilità di "adattarsi cognitivamente ed emozionalmente a questi cambiamenti modificando poco alla volta i propri schemi riguardo a sé e al mondo" (Carlson 2005)..

Carlson individua risposte primarie (essenziali) ai traumi e risposte secondarie (correlate). Le risposte primarie al trauma comprendono le manifestazioni cognitive, affettive, comportamentali e fisiologiche di ripetizione dell'esperienza e di esitamento (vedi Figura 1).

Il persistere dei sintomi di ripetizione ed evitamento è spiegato tramite i modelli dell'apprendimento classico e operante, e le teorie cognitive. Foa e Kozak (1986), per esempio, hanno osservato che le percezioni e le aspettative dell'individuo al momento del trauma mediano la reazione, in quanto determinano la valenza dell'esperienza e la percezione di controllabilità/incontrollabilità. Da esse dipende anche quali stimoli ambientali diventeranno degli stimoli condizionati (es., la razza). "Inoltre, le persone che hanno subito diversi traumi sviluppano delle reti cognitive per l'elaborazione degli indizi di pericolo che le inducono a interpretare come minacce una grande varietà di stimoli", in quanto le risposte ad ogni trauma "si combinano per creare un modello di risposta ancora più complesso" (Ibidem).

Le differenze individuali nelle risposte agli *stressor* traumatici, ossia il fatto che alcune persone sviluppano disturbi post-traumatici e altre no, e che in persone diverse predominano sintomi differenti, sono dovute all'influenza di vari fattori pre-, peri- e post-traumatici, raggruppabili in cinque principali

gruppi: i fattori biologici, il livello di sviluppo al momento del trauma, la gravità del trauma, il contesto sociale prima e dopo il trauma, le circostanze stressanti precedenti e successive al trauma. Questi fattori condizionano la percezione della valenza, dell'incontrollabilità e della repentinità dell'evento, e possono sia esacerbare sia mitigare la risposta individuale a un'esperienza potenzialmente traumatica (vedi i fattori di vulnerabilità e di rischio).

	Sintomi di ripetizione dell'esperienza	Sintomi di esitamento
Livello cognitivo	Pensieri intrusivi, immagini mentali, incubi, <i>flashback</i> , vuoti di coscienza, distorsioni percettive.	Tentativo consapevole di non pensare all'evento e a tutto ciò che è collegato, amnesia, derealizzazione, depersonalizzazione.
Livello affettivo	Ansia, rabbia (emozioni che riflettono lo stato d'animo vissuto al momento del trauma: la paura e l'ansia possono essere aspetti della risposta di fuga, la rabbia della risposta di lotta difensiva), appiattimento affettivo (quando la reazione al trauma è una risposta di congelamento).	Appiattimento emozionale (la persona evita ogni emozione forte), isolamento dell'affetto (la persona descrive l'evento traumatico senza dare segni di emozione).
Livello comportamentale	Comportamenti simili a quelli messi in atto al momento del trauma, come l'agitazione, l'attività intensa, l'aggressività difensiva (fisica o verbale).	Tentativi di evitare luoghi, attività o persone che evocano il trauma.
Livello fisiologico	Attivazione autonoma e sensazioni fisiche, come ipervigilanza, risposte di trasalimento esagerate, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione, analgesia (quando la risposta al trauma è stata di congelamento con ottundimento delle sensazioni fisiche).	Analgesia, ottundimento sensoriale (può essere funzionale ad evitare sensazioni negative associate al trauma).

Figura 1. Classificazione dei sintomi di Carlson

L'ultima parte del modello di Carlson prende in considerazione le risposte secondarie e associate al trauma, ossia quelle risposte non causate direttamente dall'esperienza traumatica", bensì dai "problemi di ripetizione dell'esperienza e di evitamento (r. secondarie), e dall'ambiente sociale o altre circostanze che accompagnano o seguono il trauma (r. associate). Questi sintomi sono molto influenzati dalle percezioni soggettive individuali riguardo all'evento traumatico e alle sue circostanze; i più comuni sono:

- la depressione: il modello basato sulla teoria dell'impotenza appresa di Seligman (1975) afferma che "la convinzione di non poter controllare ciò che influisce sulla propria vita può portare alla depressione. Quando una persona subisce circostanze negative e dolorose senza poterle controllare, impara che i suoi tentativi di proteggersi da ciò che le può nuocere non sono utili, e così smette di provare a fare qualcosa per il proprio bene. [...] Inoltre, la componente cognitiva dell'impotenza

appresa è un fattore critico per l'insorgenza e il perdurare della depressione. A volte le persone che hanno subito un trauma continuano a sentirsi impotenti anche se hanno già riacquisito da tempo un certo controllo” (Carlson, 2005, p. 151);

- l'abuso di sostanze, a cui la persona può ricorrere “come a una cura o per controllare i sintomi intrusivi o l'eccesso di attivazione”;
- le malattie fisiche, che possono essere sintomi secondari in quanto: “lo stress cronico può sfociare nella malattia”, per es. in seguito ad un'attivazione fisiologica eccessiva e/o cronica; “lo stress connesso ai traumi può indebolire la funzione immunitaria”; l'esperienza traumatica può indurre la persona a comportamenti più pericolosi;
- il calo di autostima conseguente, per es., alle difficoltà lavorative e sociali dovute a sintomi d'ansia e depressivi;
- i disturbi dell'identità, per es. “confusione circa la propria identità, sensazione di essere in balia di una forza esterna, confusione riguardo ai propri desideri o scopi personali”. I problemi di identità possono essere provocati anche dai sintomi dissociativi di depersonalizzazione e amnesia: la persona può sentirsi “irreale, distaccata da sé o priva di controllo sul proprio comportamento”, che “combinati con l'incapacità di rievocare certi aspetti dell'esperienza traumatica, possono interferire con la percezione di sé e la memoria autobiografica”;
- i comportamenti aggressivi, che possono essere un sintomo secondario al “senso di frustrazione per i sintomi traumatici primari” o “una risposta associata al trauma derivante da esperienze di apprendimento sociale, condizionamento classico o operante”;
- relazioni interpersonali problematiche, in seguito a sintomi quali “paura, rabbia, comportamenti aggressivi, appiattimento affettivo, evitamento sociale”;
- il senso di colpa e la vergogna, per es.: la persona traumatizzata “si sente responsabile del male subito da altri al momento del trauma” o per il fatto di essere sopravvissuta quando altri invece sono morti; a volte si vergogna di come si è comportata al momento del trauma (Carlson 2005).

Trattamento del Disturbo Post-Traumatico da Stress

Scopi del trattamento del DPTS

Andrews e coll. (2003) rilevano come il trattamento del DPTS dovrebbe idealmente servire a eliminare tutti i sintomi del disturbo e a far tornare la persona al livello di funzionamento pretrauma. Ma, continuano gli autori, questo in realtà non è sempre possibile: l'efficacia del trattamento può essere influenzata da fattori quali la gravità del disturbo, la cronicità e la comorbilità (soprattutto in Asse II). Per cui, nei casi acuti di DPTS, ci si può porre obiettivi come l'eliminazione dei sintomi, il ritorno al precedente livello di funzionamento e un basso rischio di ricaduta; invece nei casi cronici di DPTS gli obiettivi possono

consistere nell'aiutare la persona a gestire meglio i sintomi e ridurre il loro impatto sulla qualità della vita, sulle relazioni e sul funzionamento generale.

Come riportato da Lo Iacono (2005), i principali scopi del trattamento delle sindromi di stress sono:

- stabilire un senso di sicurezza
- migliorare le abilità decisionali e di fronteggiamento adattivo
- stabilire un'idea realistica di sé, come persona stabile, coerente, competente e degna
- migliorare la competenza per le funzioni sociali, familiari, personali
- migliorare la preparazione razionale e la resilienza agli *stressor* futuri.

Il *National Center for Post-Traumatic Stress Disorder* (NCPTSD 2006) ha individuato le componenti comuni nei trattamenti per il DPTS, sebbene sottolinei che la terapia deve iniziare con un *assessment* accurato e la conseguente formulazione di un piano di trattamento specifico per i bisogni del singolo paziente. In genere il trattamento specifico per il DPTS inizia quando la persona non è più esposta alla fonte di sofferenza o in seguito al trattamento di altre condizioni urgenti, quali grave depressione, idee di suicidio, crisi di panico, disorganizzazione del pensiero, abuso di sostanze, ecc. Le componenti comuni ai vari trattamenti sono:

1. **Informazione:** nella prima fase del trattamento il paziente e i suoi familiari devono essere informati su come si sviluppa il DPTS, sulle sue ripercussioni sulla persona che ne soffre e sulle persone vicine, e sulle caratteristiche degli altri problemi compresenti. Il paziente deve comprendere che il DPTS è un disturbo d'ansia riconosciuto che compare quando la persona si trova in condizioni molto stressanti.
2. **Esposizione:** il paziente viene sollecitato a ripercorrere mentalmente l'episodio. Questo permette di riviverlo in un ambiente sicuro o controllato, e di esaminare le reazioni e le convinzioni relative all'evento.
3. **Elaborazione emozionale:** il paziente viene sollecitato ad analizzare e risolvere i suoi sentimenti di rabbia, vergogna o colpa.
4. **Abilità di fronteggiamento:** il paziente impara a fronteggiare meglio i ricordi, le reazioni e i sentimenti post-traumatici così da non lasciarsi sconvolgere da tutto ciò o da evitare l'appiattimento affettivo. In genere, con la psicoterapia i ricordi traumatici non spariscono, ma diventano più gestibili grazie all'utilizzo di nuove abilità di fronteggiamento (Lo Iacono 2005).

Il trattamento del DPTS: linee guida

Negli ultimi anni si è verificato un notevole sviluppo di interventi per il trattamento del DPTS. Diverse ricerche hanno dimostrato l'efficacia di tre approcci in particolare:

1. Terapia di Esposizione
2. Terapia Cognitiva

3. *Stress Inoculation Training.*

Le Linee Guida per la gestione dello stress post-traumatico nella pratica clinica pubblicate nel 2004 dal Dipartimento degli Affari dei Veterani e dal Dipartimento della Difesa degli Stati Uniti, sulla base della valutazione della riduzione della gravità dei sintomi e del miglioramento del funzionamento globale del paziente, confermano l'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici sopra indicati e del *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), sebbene riguardo a quest'ultimo vi siano dati discordanti. Le linee guida forniscono anche le seguenti ulteriori indicazioni (come riportato da Lo Iacono 2005):

- la combinazione di diversi metodi terapeutici cognitivo-comportamentali (es., terapia di esposizione e ristrutturazione cognitiva) pur essendo efficace non si è dimostrata superiore alle componenti singole;
- può essere utile integrare le terapie specialistiche per il DPTS con metodi mirati su problemi specifici o con farmacoterapia;
- le tecniche psicoterapeutiche specifiche possono non essere ugualmente efficaci con tutti i pazienti. Nella scelta di una specifica modalità terapeutica, bisogna prendere in considerazione certe caratteristiche del paziente, come il sesso, il tipo di trauma e la storia passata, nonché orientarsi sui metodi di efficacia provata;
- la scelta degli interventi individuali si dovrebbe basare su: le preferenze del paziente; il livello di abilità e familiarità del clinico con una data modalità; il tentativo di aumentare al massimo i benefici e ridurre al minimo i rischi per il paziente; una valutazione di fattibilità e disponibilità di risorse.

Relativamente all'*intervento psicoeducativo* esistono pochi studi sulla sua efficacia nel trattamento del DPTS, tuttavia è considerato importante, per esempio, sul piano preventivo in persone che hanno subito traumi ma che non soddisfano tutti i criteri per la diagnosi di DPTS. In generale, come sottolineato da Young et al. (2002) è comunque importante fornire al paziente e ai suoi familiari informazioni sui sintomi di stress post-traumatico, inquadrandoli come normali risposte di stress con una funzione adattiva specifica, e sui vari trattamenti disponibili. Spiegare la risposta di attacco-fuga-congelamento, sottolineando il suo valore per la sopravvivenza: “reagire” può significare darsi da fare per prevenire ulteriori danni; “fuggire” può significare trovare un posto sicuro per superare il pericolo; “restare immobili” può servire a guadagnare tempo per valutare la situazione e pianificare una risposta intelligente (Lo Iacono 2005). Spiegare che il senso di impotenza e i pensieri relativi sono normali e realistici durante il trauma, ma che se la persona non trova modi costruttivi per riacquistare un senso di controllo positivo nella vita, l'impotenza può diventare depressione oppure uno stile di comportamento basato sull'ipercontrollo con conseguenze negative sulle relazioni interpersonali (Lo Iacono 2005). Spiegare che lo stress, l'impotenza, lo shock per il trauma possono portare a reazioni di dolore, colpa, confusione, irritabilità, problemi di sonno e sentimenti di disorientamento”, e che per gestirle il modo migliore è

“affrontarle con un atteggiamento costruttivo, per esempio con un intervento medico o psicologico/psicoterapeutico (Lo Iacono 2005).

Il *trattamento psicofarmacologico* prevede l'impiego di tutte le famiglie di psicofarmaci. Gli antidepressivi incidono significativamente sul nucleo sintomatologico del DPTS e sulle condizioni di depressione, insonnia e ansia associate, sebbene l'ampiezza delle risposte sia inferiore a quella riscontrata nei pazienti affetti da depressione o disturbo di panico. In particolare gli SSRI hanno dimostrato di agire prevalentemente sul *core* della sintomatologia del DPTS con un'efficacia ed un grado di tollerabilità superiore rispetto ad altri antidepressivi. Gli studi sulle benzodiazepine hanno prodotto risultati eterogenei, per esempio: l'alprazolam non ha un effetto specifico sui sintomi del DPTS, mentre il clonazepam determina un miglioramento del sonno e una riduzione di incubi, *flashback* e attacchi di panico. Inoltre, sono stati descritti gravi sintomi da sospensione in pazienti affetti da DPTS trattati con alprazolam. Studi in corso con stabilizzatori del tono dell'umore, come litio, valproato di sodio e carbamazepina, rilevano una riduzione dell'irritabilità, un miglioramento del controllo degli impulsi e dei sintomi del *re-experiencing*. Tuttavia, questi dati devono essere confermati con ulteriori studi controllati. Il sollievo dai sintomi offerto dai farmaci può rendere più facile l'adesione del paziente a un trattamento psicoterapeutico, mentre di rado la sola farmacoterapia è sufficiente a stimolare una remissione completa del DPTS. Il trattamento farmacologico viene quindi spesso combinato alla psicoterapia nel trattamento efficace del disturbo (Shalev 2001; Adshear 2000; Connor e Butterfield 2003).

La terapia cognitivo-comportamentale del Disturbo Post-Traumatico da Stress

Nel trattamento del DPTS, la terapia cognitivo-comportamentale si focalizza sulle distorsioni cognitive (con lo scopo di correggerle), sui processi di *appraisal*, sulle intrusive memorie traumatiche (con lo scopo di estinguerle) e quindi sulla desensibilizzazione del paziente agli stimoli associati al trauma attraverso l'esposizione ripetuta (Connor e Butterfield 2003). E' dunque un approccio che comprende la combinazione di più componenti e di seguito (e nei prossimi paragrafi) saranno presentate le principali.

Andrews e coll. (2003) rilevano come primo passo importante il prendere in considerazione il fatto che “il DPTS è un disturbo d'ansia caratterizzato da una persistente attivazione, con elevati livelli di paura correlati ai ricordi e agli stimoli che evocano il trauma”. Nelle persone che hanno vissuto un trauma, questo in genere si combina con una scarsa comprensione delle proprie reazioni psicologiche, determinando una condizione di vulnerabilità e scarso senso di controllo. Di conseguenza, è importante rivolgere le prime fasi di trattamento all'insegnamento di “strategie di gestione dell'attivazione e della sofferenza psicologica”, strategie che si riveleranno utili anche per affrontare il successivo processo di esposizione.

La gestione dell'ansia può essere realizzata, secondo Andrews e coll., con interventi rivolti agli ambiti fisico, cognitivo e comportamentale. Un buon punto di partenza sono le strategie a orientamento fisico

dirette all'eccessiva attivazione delle reazioni allo stress traumatico, ad esempio: tecnica di controllo della respirazione, rilassamento muscolare progressivo, esercizio aerobico, consiglio di ridurre l'assunzione di stimolanti come caffeina e nicotina. Questi interventi aiutano la persona ad avere un primo controllo sui sintomi fisici di eccessiva attivazione e l'esperienza clinica rileva che spesso producono rapidi miglioramenti del senso di autoefficacia e aumenti delle aspettative di guarigione.

L'utilità delle strategie a orientamento cognitivo è evidenziata dalla "natura intrusiva dei ricordi traumatici e dalla tendenza di molti pazienti ad avere una ruminazione mentale dell'esperienza traumatica", quindi "hanno lo scopo di dare al paziente un certo controllo sui suoi ricordi limitando il tempo che passa pensando all'evento e il malessere" associato. "Si deve fare attenzione a non trasmettere messaggi contraddittori, per esempio: sottolineare che pensare all'evento traumatico non è di per sé negativo, anzi che pensarci in modo controllato per periodi di tempo limitati è un'importante componente del trattamento; d'altra parte, i ricordi persistenti o che invadono spesso la mente contro la propria volontà, provocano grande malessere e impediscono al paziente di concentrarsi su altro". Alcuni interventi cognitivi sono quindi diretti a: (1) "controllare la frequenza e la durata degli eventi cognitivi che creano sofferenza", come l'arresto del pensiero e le tecniche di distrazione; (2) "modificare il contenuto, come l'uso di frasi di adattamento dirette a se stesso e il dialogo interno guidato". "Interventi cognitivi più intensivi in genere sono necessari negli stadi successivi del trattamento".

Sempre secondo Andrews e coll. (2003), "gli interventi comportamentali sono spesso... mirati a specifici bisogni del paziente". Possono essere utili interventi di programmazione delle attività e strutturazione delle giornate del paziente e reinserimento sociale (come nel trattamento della depressione), in quanto spesso tra le reazioni allo stress traumatico vi sono il ritiro e l'isolamento sociale. Questo "significa incoraggiare a riprendere le normali attività quotidiane il più presto possibile dopo il trauma", in quanto la "ripresa della normale routine aiuta l'individuo a riguadagnare un senso di struttura e controllo. Altri interventi comportamentali sono utili per problemi specifici come il sonno, le abilità comunicative e l'assertività".

Donald Meichenbaum ha ideato lo *Stress Inoculation Training (SIT)*, una psicoterapia cognitivo-comportamentale che si pone proprio l'obiettivo di favorire l'apprendimento di strategie di gestione dell'ansia e dello stress, e che consta di tre fasi (come riportato da Lo Iacono 2005):

1. la concettualizzazione: a) informazione sullo stress; b) ristrutturazione delle idee errate sullo stress;
2. acquisizione e prova delle abilità di fronteggiamento: a) *problem solving*; b) tecniche di rilassamento; c) alcune strategie cognitive, tra cui la ristrutturazione; d) autoaffermazioni positive, ossia preparare insieme al paziente dei ragionamenti da ripercorrere nei momenti critici e nelle fasi di esposizione alle situazioni ansiogene, "al posto dei pensieri automatici che inducono reazioni comportamentali ed affettive disfunzionali";

3. applicazione e richiamo delle abilità: a) prova immaginativa, in cui “il paziente immagina di accostarsi alle situazioni difficili, identifica i punti critici e li affronta efficacemente sul piano dell’immaginazione”; b) prova comportamentale, *role-playing*, *modeling*; c) esposizione graduale in vivo; d) prevenzione delle ricadute.

Specificatamente, nel trattamento del DPTS, “il SIT inizia con una prima fase psicoeducativa in cui si descrive al paziente lo sviluppo delle risposte d’ansia, si parla di condizionamento classico, stimoli ansiogeni e reazioni d’ansia”. Il terapeuta incoraggia il paziente “a identificare gli stimoli che suscitano in lui risposte di ansia ed esitamento [...] e spiega che l’ansia si può esprimere con reazioni fisiologiche, pensieri e comportamenti. Il paziente apprende abilità per gestire tutte e tre le componenti dell’ansia. Impara varie tecniche di rilassamento [...] che vengono combinate con approcci cognitivi” (es., arresto del pensiero, dialogo interno guidato) ed è incoraggiato ad esercitarsi nell’applicazione di queste tecniche.

Dopo essersi esercitato nel far fronte alle reazioni fisiologiche e ai pensieri indesiderati, il paziente impara tecniche di ripetizione immaginativa e di *role-playing* per affrontare l’evitamento comportamentale esercitandosi ad utilizzare metodi di fronteggiamento nelle situazioni ansiogene (in quanto “le vittime di traumi tendono a generalizzare e a considerare pericolose molte situazioni”). Il terapeuta discute col paziente la differenza tra ansia adeguata e realistica e reazioni ansiose innescate da stimoli associati al trauma. Per affrontare i problemi di evitamento, bisogna incoraggiare il paziente a usare le sue abilità di fronteggiamento insieme alla procedura di *stress inoculation*, che consiste nel: 1) valutare obiettivamente la probabilità che l’evento traumatico si ripeta; 2) gestire la tendenza all’evitamento comportamentale; 3) controllare la tendenza all’autocritica e all’autosvalutazione; 4) eseguire i comportamenti temuti; 5) concedersi delle ricompense per i tentativi comportamentali e per l’impegno a seguire il protocollo.

Il terapeuta “deve analizzare il modo in cui ogni abilità di fronteggiamento può essere applicata per compiere con successo un determinato passo dello *stress inoculation* (es., usare il dialogo interno per controllare la tendenza all’autocritica)”; inoltre, può utilizzare il *problem solving* per incoraggiare il paziente, che dopo un trauma si sente confuso e impotente, “a prendere decisioni e ad agire per dominare i problemi” (Lo Iacono 2005).

Infine, “viene introdotto il concetto di gerarchia delle situazioni ansiogene, spiegando che le situazioni temute possono essere scomposte in piccoli passi. Il terapeuta aiuta il paziente a preparare le sue gerarchie di situazioni ansiogene; si utilizzano il *role-playing*, la ripetizione immaginativa e varie abilità di gestione dell’ansia. Prima della fine del trattamento, il terapeuta esamina le abilità di fronteggiamento del paziente e lo incoraggia a utilizzarle affinché l’evitamento non si consolidi” (Lo Iacono 2005).

Se da un lato sono pochi gli studi di efficacia del SIT nel trattamento del DPTS, dall’altro l’esperienza clinica suggerisce che la gestione dell’ansia è un passo importante per preparare le persone alla successiva terapia di esposizione (Andrews et al. 2003).

L'esposizione

All'inizio, i trattamenti di esposizione si basavano sul presupposto che la paura fosse acquisita e mantenuta dal condizionamento classico e operante degli stimoli correlati all'evento traumatico. Il concetto di estinzione, o abitudine, è stato utilizzato per spiegare la riduzione della paura conseguente all'esposizione prolungata agli stimoli traumatici. Più recentemente, Foa e Kozak (1986) hanno proposto il concetto di elaborazione emotiva per spiegare la riduzione dell'ansia durante l'esposizione. Gli autori sostengono che l'elaborazione di informazioni correttive produce cambiamenti nella rete dei ricordi traumatici, modificando le relazioni stimolo-risposta e il significato attribuito all'esperienza (Andrews et al. 2003).

Il nucleo della terapia di esposizione consiste appunto nell'aiutare il paziente a confrontarsi con gli stimoli temuti fino a che la paura diminuisce (Lo Iacono 2005). Nel trattamento della maggior parte dei disturbi d'ansia è generalmente accettato che l'esposizione in vivo è più efficace di quella per immagini. Nel DPTS, l'esposizione in vivo si utilizza per stimoli esterni (attività, luoghi, oggetti o persone) che provocano ansia in conseguenza del trauma. Tuttavia, nel caso del DPTS, essendo i ricordi traumatici il principale stimolo temuto, gran parte dell'esposizione è immaginativa, chiedendo alla persona di raccontare in dettaglio l'esperienza traumatica. Si chiede alla persona di riferire il suo livello d'ansia e sofferenza a intervalli regolari. Queste informazioni, insieme alle osservazioni del clinico, aiutano a modulare l'esposizione e indicano quando si verifica la riduzione dell'ansia (Andrews et al. 2003).

Vediamo più specificamente come si realizza l'intervento di esposizione, prendendo in considerazione l'approccio di Foa e Rothbaum (1998) e quello di Marks e coll. (1998), che hanno lo stesso protocollo, eccetto per il fatto che nel primo è previsto anche il riapprendimento della respirazione. In pratica, la terapia di esposizione implica delle sedute di esposizione immaginativa agli eventi traumatici, seguite da sedute di esposizione in vivo a stimoli associati al trauma privi di rischio ma fonti di sofferenza. Gli esercizi di esposizione sono organizzati gerarchicamente, dagli stimoli meno dolorosi a quelli più dolorosi. Nel caso dell'esposizione immaginativa, se vi sono più ricordi traumatici, si può stabilire una gerarchia di ricordi e cominciare l'esposizione partendo dal più facile da affrontare. Nel caso di eventi traumatici singoli, si può graduare l'esposizione consentendo al paziente, negli esercizi iniziali, di saltare le parti più disturbanti del ricordo, di tenere gli occhi aperti, mentre in seguito gli si chiederà di tenerli chiusi rendendo le immagini più vivide, di usare un tempo passato nel racconto, mentre in seguito gli si chiederà di raccontare al presente, di immaginare l'evento da lontano o su uno schermo televisivo. Dosando questi accorgimenti, il terapeuta riesce a mantenere il malessere e l'ansia a livelli sufficientemente intensi da rappresentare un obiettivo terapeutico, ma abbastanza bassi da poter essere controllati dando un senso di padronanza al paziente. Si chiede quindi al paziente di rivivere l'esperienza del trauma descrivendola ad alta voce, parlando in prima persona e al tempo presente, con gli occhi chiusi e per 45-60 minuti (ossia un

tempo sufficientemente lungo da ridurre l'ansia). Si incoraggia il paziente a usare il maggior numero possibile di particolari come odori, suoni, ecc., specialmente ricordi sensoriali, pensieri e stati d'animo vissuti durante l'evento. Infatti, per essere terapeutica, l'esposizione al ricordo deve essere in grado di suscitare emozioni (chi soffre di DPTS, invece, si abitua a raccontare la propria storia in modo distaccato e privo di coinvolgimento emotivo). Il paziente descrive la vicenda per tre volte, con una particolare focalizzazione sugli aspetti dell'evento più disturbanti, mentre il terapeuta audioregistra. Dopo l'esposizione immaginativa, per facilitare l'integrazione cognitiva si discutono l'esperienza appena fatta e le intuizioni sul trauma avvenute durante l'esposizione. Infine, si assegna al paziente l'*homework* di ascoltare più volte (in genere un'ora al giorno) l'audioregistrazione per facilitare un'ulteriore abituazione.

Successivamente, viene realizzata l'esposizione in vivo, prima in seduta col terapeuta e poi da solo a casa (Stapleton et al. 2007; Lo Iacono 2005; Andrews et al. 2003). Paziente e terapeuta devono essere d'accordo su che cosa fare, su come farlo esattamente, dove, con quale frequenza, etc. Anche a casa è opportuno cominciare con una situazione relativamente facile, in modo che la prima prova si concluda con un rapido successo (Andrews et al. 2003).

Affinché l'esposizione sia efficace è necessario rispettare alcune linee guida (come riportato da Lo Iacono 2005):

- a. L'esposizione alla situazione deve durare "abbastanza a lungo da consentire all'ansia e alla sofferenza di ridursi". Molti clinici, invece, tendono a interrompere l'esposizione ai primi segni di sofferenza nel paziente per proteggerlo; questo provoca il rischio di anticipare e anche di aggravare la risposta ansiosa, "rinforza l'evitamento del trauma e impedisce l'elaborazione emozionale" (che è ciò che accade nel DPTS cronico non trattato). Inizialmente al paziente deve "essere preannunciata e normalizzata" una certa dose di sofferenza. "Poiché il ricordo del trauma [...] di per sé non è pericoloso, l'affetto associato al trauma diminuirà se gliene si darà la possibilità". La persona deve "imparare che non ha motivo di temere i suoi ricordi del trauma. Il compito del terapeuta è aiutare il paziente a tollerare l'ansia all'interno di un ambiente sicuro, finché non diminuisce significativamente e/o non scompare".
- b. "Incoraggiare il paziente a usare il maggior numero possibile di dettagli, soprattutto per le parti peggiori del trauma". Alcuni clinici, invece, tendono a lasciare che il paziente sintetizzi o eviti di riferire completamente le parti peggiori" dell'evento.
- c. Procedere secondo il ritmo del paziente, soprattutto nella prima esposizione, dove probabilmente sperimenterà in modo intenso gli affetti connessi al trauma ed è quindi importante "evitare di insistere affinché il paziente rievochi i particolari". Inoltre, il terapeuta deve tenere in considerazione le differenze individuali nella velocità di abituazione e nella risposta alle situazioni ansiogene. "Non bisogna passare a un nuovo ricordo traumatico o al livello successivo della gerarchia nell'esposizione in vivo se non c'è tempo sufficiente perché avvenga l'abituazione. Se l'ansia e la sofferenza del paziente

non calano significativamente prima della fine della seduta, si deve dedicare del tempo ad aiutarlo a rilassarsi [...] in modo che apprenda che può pensare al trauma e provare” emozioni negative intense “e ciò nonostante continuare a stare bene”.

- d. Il terapeuta deve regolare gli interventi “tenendo conto delle reazioni del paziente all’esposizione. Le reazioni problematiche tendono a ricadere in due estremi: il paziente ha difficoltà a coinvolgersi nel ricordo o a provare le emozioni connesse al trauma, oppure il paziente è così preso dal trauma che è sopraffatto dalle emozioni associate”. Nel primo caso il terapeuta può “cercare di coinvolgere il paziente nel ricordo [...] sollecitandolo a rievocare più dettagli, facendo domande sulle emozioni e sui pensieri avuti durante il trauma, cercando di fare emergere i ricordi sensoriali. [...] Durante le fasi di preparazione all’esposizione è importante incoraggiare i pazienti a concedersi di provare quelle emozioni e rispondere ai loro timori riguardo a ciò che succederà se proveranno a farlo”. Alla fine dell’esposizione è importante rinforzare questo messaggio e gli sforzi fatti dal paziente. La situazione opposta è quella in cui il paziente è troppo preso dal trauma e durante l’esposizione “fatica a ricordare che in quel momento non si trova realmente nella situazione traumatica” (es., coinvolgimento eccessivo con vividi *flashback*), condizione in cui “non è possibile modificare l’intreccio di ricordi traumatici”, come riferito da Andrews e coll. (2003). In questi casi, “il terapeuta deve riportare il paziente nel “qui ed ora”, per esempio dicendogli di aprire gli occhi, guardarsi intorno, toccare la sedia, descrivere la stanza, controllare la data, l’ora e il luogo, etc.”, ricordandogli che si trova in un posto sicuro, che il terapeuta è lì accanto a lui e che ciò che sta affrontando è soltanto un ricordo. In questo modo il paziente prende un po’ le distanze dall’esposizione e l’affetto associato al trauma è più gestibile (Lo Iacono 2005; Andrews et al. 2003).

Un trattamento di esposizione efficace riduce i ricordi intrusivi e diminuisce gli affetti dolorosi associati, permette alla persona traumatizzata di recuperare il controllo dei ricordi traumatici. Con l’esposizione il paziente viene messo di fronte a informazioni dolorose che preferirebbe evitare, e questo confronto è fondamentale per la terapia del trauma. E’ importante ricordare che in genere nella prima metà del trattamento i pazienti si sentono peggio (più ricordi intrusivi, riduzione di sonno, maggiore depressione, ecc.), ma questi problemi di solito si risolvono quando il trauma viene elaborato (Lo Iacono 2005).

Interventi di ristrutturazione cognitiva

Per i terapeuti cognitivisti i principali obiettivi consistono nell’identificare e correggere specifici schemi disfunzionali e aiutare il paziente a mettere in atto alternative più funzionali (Shalev 2001). In generale, come evidenziato da Lo Iacono (2005), le teorie cognitive dei disturbi emozionali si basano sul principio secondo cui esiste una connessione fra disturbi psicologici e disturbi del pensiero, pensieri automatici negativi e distorsioni interpretative. Le interpretazioni o i pensieri negativi derivano dall’attivazione di

convinzioni negative immagazzinate nella memoria a lungo termine. “Lo scopo della psicoterapia cognitiva è modificare i pensieri e le convinzioni negative, e i relativi comportamenti associati, che mantengono i disturbi psicologici. [...] i disturbi emozionali sono legati all’attivazione di schemi disfunzionali. Gli schemi sono strutture mnestiche che contengono due tipi di informazioni: le convinzioni e gli assunti. Le convinzioni sono costrutti di base riguardanti sé e il mondo che hanno carattere assoluto e generale (es., “sono vulnerabile”) e che vengono tenuti per veri. Gli assunti, invece, sono relativi e specifici e sono la rappresentazione di relazioni specifiche fra eventi e valutazioni riferite a sé” (es., “non sono in grado di affrontare alcuno stress”). “Gli schemi disfunzionali che caratterizzano i disturbi emozionali sono più rigidi, inflessibili e definiti di quelli delle persone normali”. Inoltre, il contenuto dello schema è connesso in modo specifico al tipo di disturbo. Per esempio, “gli schemi dell’ansia riguardano convinzioni e assunti relativi al pericolo e all’incapacità di fronteggiare una situazione; nella depressione, invece, riguardano i temi della triade cognitiva”, ossia concetti negativi relativi a sé, al futuro e al mondo. (Lo Iacono 2005).

Per quanto riguarda più specificatamente il DPTS, Andrews e coll. (2003) sottolineano che la ristrutturazione cognitiva “ha lo scopo di aiutare il paziente a identificare e modificare i pensieri e le convinzioni disfunzionali sul mondo, sugli altri o su se stesso, che possono essere stati presenti già prima dell’evento traumatico, ma che spesso dipendono dall’influenza del trauma sulle visioni precedenti riguardo a temi fondamentali” quali fiducia negli altri, senso di sicurezza, fiducia in sé e valore personale. Sono stati identificati cinque tipi di cambiamento nella visione di sé e del mondo dovuti all’esperienza traumatica:

1. l’esperienza traumatica può rafforzare una precedente visione negativa del sé e/o del mondo e degli altri come pericolosi (es., “questo dimostra che davvero non valgo nulla”);
2. l’esperienza traumatica può scardinare precedenti convinzioni irrealistiche relative al sé di competenza e invulnerabilità e/o del mondo sempre sicuro, lasciando il paziente confuso e insicuro;
3. giudizio negativo sul comportamento avuto durante l’evento traumatico (es., “avrei dovuto lottare”, “non posso più fidarmi di me stesso”);
4. interpretazioni dei sintomi del DPTS (es. “non mi riprenderò mai”);
5. opinioni sulle reazioni altrui (es., “pensano tutti che sia stata colpa mia”).

Si aiuta il paziente a identificare le convinzioni disfunzionali insorte o peggiorate in seguito all’evento traumatico e a considerarle come ipotesi e non come fatti. Inoltre, si realizzano la discussione e la confutazione delle convinzioni disfunzionali e la loro sostituzione con altre più realistiche e funzionali. “E’ meglio iniziare la ristrutturazione cognitiva durante l’esposizione: il terapeuta deve essere pronto a iniziare gli interventi di confutazione cognitiva quando durante l’esposizione emergono i pensieri e le convinzioni disfunzionali” (Ibidem).

Spesso i pazienti “cercano rassicurazioni irrealistiche, per esempio...sul fatto che non vivranno mai più un’esperienza simile. Il terapeuta lavora col paziente per arrivare a una valutazione realistica del rischio che l’evento si ripeta e dell’entità dei suoi effetti, contrastando la tendenza a illudersi della totale assenza di pericolo, a sopravvalutare la probabilità di un evento temuto e a esagerarne le conseguenze negative. [...] Il terapeuta deve anche aiutare il paziente a concentrarsi sui pochi aspetti positivi: è sopravvissuto, si sta riprendendo ed ha appreso alcune tecniche che lo aiuteranno a stare meglio” nella sua vita in generale (Andrews et al. 2003).

Un esempio di trattamento cognitivo al DPTS è la *Terapia di elaborazione cognitiva (CPT)*, sviluppata da Resick e Mechanic (1995), che, come riferito da Lo Iacono (2005), “mira ad alleviare il DPTS e i disturbi emozionali aiutando il paziente ad elaborare il trauma in modo completo, ad accettare che è accaduto e ad adattare gli schemi esistenti per includervi le nuove informazioni. Un punto focale della terapia è l’identificazione e modificazione degli *stuck point*” (“punti d’arresto”), ossia le aree di elaborazione incompleta. Gli *stuck point* spesso si manifestano sotto forma di distorsioni cognitive, come la negazione (es., “non si è trattato veramente di uno stupro”), l’autobiasimo (es., “me la sono cercata perché ho bevuto troppo”) e l’ipergeneralizzazione (es., “tutti gli uomini sono pericolosi”). La valutazione degli *stuck point* dura per tutto il processo terapeutico e si concentra principalmente nella parte centrale del trattamento”. Sono diverse le situazioni che possono portare al formarsi degli *stuck point*: (1) quando “il trauma entra in conflitto con gli schemi preesistenti” (es., in una persona aggredita da un conoscente si può formare uno *stuck point* relativo alla fiducia); (2) “quando altre persone inculcano nella vittima informazioni conflittuali (es., la biasimano per il trauma che ha subito)”; (3) quando il paziente è predisposto a utilizzare l’evitamento come strategia difensiva; (4) quando non è in grado di elaborare l’evento perché gli appare del tutto estraneo e quindi non possiede degli schemi validi in cui classificarlo. “Per favorire l’elaborazione del trauma, la CPT utilizza l’informazione, l’esposizione e mezzi di ristrutturazione cognitiva. Il terapeuta fornisce informazioni sul DPTS e dimostra la relazione esistente fra pensieri ed emozioni. Gli *stuck point* vengono individuati sollecitando i ricordi del trauma con gli affetti connessi. Quindi, le convinzioni erranee o conflittuali vengono messe in discussione e risolte. Il terapeuta si concentra sugli effetti del trauma in cinque aree di funzionamento [...] sicurezza, fiducia, potere, autostima e intimità”, realizzando una ristrutturazione cognitiva in riferimento a questi temi principali (Andrews et al. 2003; Lo Iacono 2005).

Terapia di Ripetizione Immaginativa

La Terapia di Ripetizione Immaginativa (*Imagery Rehearsal Therapy, IRT*), ideata da Barry James Krakow, è un nuovo approccio terapeutico cognitivo-comportamentale per il trattamento degli incubi e dell’insonnia, sintomi frequenti nelle persone con DPTS, ma che solo raramente vengono trattati in modo diretto e specifico (Krakow et al. 2001; Tucker 2001). Nella IRT si incoraggia il paziente a “cambiare

l'incubo in qualsiasi modo egli desidera" e poi a ripetere il "nuovo sogno" da sveglia (Krakow, Johnston et al. 2001).

Nella fase iniziale della terapia, si danno al paziente informazioni sui sogni associati al trauma, specificando che (1) gli incubi possono essere controllati con successo trattandoli come abitudini o comportamenti appresi, (2) lavorare sulle immagini durante la veglia influenza gli incubi perché le cose a cui si pensa durante il giorno si associano a ciò che si sogna la notte, (3) è possibile cambiare gli incubi in nuove immagini positive, (4) ripetere la nuova immagine ("nuovo sogno") mentre si è svegli riduce o elimina gli incubi. Il passo successivo consiste nell'insegnare metodi per sviluppare immagini mentali piacevoli (Lo Iacono 2005; Krakow, Hollifield et al. 2001). Dopo di che il paziente deve: 1) scegliere un incubo che ha avuto; 2) metterlo per iscritto identificando tutti i particolari; 3) provare a immaginarlo diverso (per es., nel finale) in modo da creare una nuova versione non angosciante; 4) ripassare mentalmente il nuovo sogno per 5-20 minuti ogni giorno finché non diminuisce significativamente la frequenza dell'incubo. Attraverso la ripetizione può, quindi, essere modificato il contenuto degli incubi (Lo Iacono 2005; Krakow, Hollifield et al. 2001).

Viene utilizzata anche la ristrutturazione cognitiva, perché in genere i pazienti con DPTS legano inestricabilmente gli incubi e il trauma, creando così un ostacolo al cambiamento. I pazienti sono quindi incoraggiati a tenere in scarsa considerazione il trauma passato e invece a considerare che "gli incubi che sono trauma-indotti possono diventare sostenuti dall'abitudine" (cioè, incubi come funzione non solo di esperienze traumatiche, ma anche di comportamenti appresi). Si insegna ai pazienti come gestire (mediante strumenti cognitivo-comportamentali) le immagini spiacevoli che possono svilupparsi mentre si stanno esercitando nelle immagini piacevoli o nel "nuovo sogno".

Altre indicazioni importanti sono: (a) le descrizioni delle esperienze traumatiche e del contenuto traumatico degli incubi devono essere scoraggiate per tutta la durata del programma per ridurre al minimo l'esposizione diretta; (b) inizialmente il paziente va istruito a selezionare i sogni disturbanti meno intensi e, se possibile, che non siano un *replay* o una "rimessa in scena" del trauma, per facilitare l'apprendimento della tecnica; (c) il paziente non deve lavorare su più di due "nuovi sogni" contemporaneamente durante ogni settimana (Krakow et al. 2001).

Alcuni studi hanno dimostrato che questo approccio breve è efficace nel diminuire (per frequenza e intensità) gli incubi, migliorare la qualità del sonno, ridurre la gravità globale dei sintomi del DPTS (pensieri intrusivi, evitamento e *iper-arousal*), della depressione e dell'ansia, e che tali miglioramenti si mantengono nel lungo termine (Connor e Butterfield 2003; Lo Iacono 2005; Moore e Krakow 2007; Forbes et al. 2003; Krakow, Hollifield et al. 2001).

Prevenzione delle ricadute

Il trattamento cognitivo-comportamentale del DPTS deve prevedere interventi volti a prevenire le ricadute, frequenti soprattutto nella forma cronica. E' importante avvertire e preparare il paziente di questa possibilità, in modo che possa prevenirle o almeno ridurne l'intensità e la durata. Andrews e coll. (2003) descrivono come segue le diverse fasi implicate nella prevenzione delle ricadute:

- I. Rendere il paziente consapevole del fatto che potrà talvolta stare ancora male nelle situazioni che gli ricordano l'evento traumatico, ma che si tratta di una reazione normale, almeno se il malessere non è troppo grave e non dura troppo.
- II. Identificare con il paziente le situazioni a rischio (es., circostanze, eventi o persone che ricordano l'evento; ricevere notizie di un evento simile; sperimentare altri eventi traumatici; periodi molto stressanti in famiglia o al lavoro).
- III. Paziente e terapeuta elaborano insieme un piano scritto su come affrontare le situazioni rischiose e i sintomi iniziali di ricaduta: chi potrà chiamare, quali tecniche apprese dovrà utilizzare, quali autoistruzioni potrà usare (es., "Il ricordo mi turba, ma è normale. Sono in grado di resistere a questo malessere. Passerà. Mi devo concentrare sulle tecniche che ho imparato per controllare questa reazione e stare di nuovo bene presto").

Ostacoli al trattamento del DPTS

Comorbidità. Come nel trattamento di ogni disturbo è necessario prendere in considerazione i disturbi in comorbidità, che frequentemente nel DPTS sono l'abuso di sostanze e la depressione. Andrews e coll. (2003) riferiscono che l'abuso di sostanze, soprattutto di alcool, nelle persone che hanno vissuto un trauma può costituire un modo di gestire i sintomi di intrusione e di attivazione, può quindi essere considerato una manifestazione di evitamento. Si deve perciò "essere cauti quando si chiede al paziente di non bere. E' difficile decidere se trattare prima l'abuso di alcool e poi il DPTS, oppure se trattarli contemporaneamente. Alcuni sostengono che, poiché il paziente beve troppo principalmente per attenuare i sintomi del DPTS, ci si deve proporre di ridurre il consumo di alcool solo dopo aver lavorato su questi sintomi, o al massimo contemporaneamente. La tesi alternativa è che non è possibile avere una buona rielaborazione dei ricordi traumatici se il paziente continua ad abusare di sostanze. Alcuni ritengono che la decisione vada presa in base alla storia: se il paziente consumava la sostanza anche prima dell'evento traumatico, l'abuso andrebbe trattato separatamente e prima del DPTS; invece, se l'abuso è iniziato dopo l'evento, sarebbe meglio trattarlo insieme allo stress traumatico". Secondo gli autori, il consumo di sostanze dovrebbe essere moderato e sotto controllo, per cui ci si deve porre l'obiettivo di ridurlo "già nelle prime fasi del trattamento, prima di arrivare alle fasi di esposizione e ristrutturazione cognitiva".

Anche nel caso di depressione in comorbidità secondo gli autori "si pone la questione di quale sia il disturbo da trattare per primo". Per esempio, è necessario verificare se la depressione è primaria o

secondaria al DPTS e valutarne la gravità, in quanto “le forme più lievi hanno maggiori probabilità di risolversi con il miglioramento dei sintomi del DPTS e non interferiscono troppo col suo trattamento”, mentre le forme più gravi possono “influire negativamente su andamento ed esito del trattamento”. In caso di diagnosi di depressione moderata o grave è, quindi, importante “prestare attenzione a questo disturbo prima di affrontare i sintomi del DPTS”, ricorrendo sia ai farmaci sia alla psicoterapia.

Vantaggi secondari. I vantaggi secondari possono determinare il mantenimento del disturbo. Tra questi vi è soprattutto il risarcimento in denaro. Secondo Andrews e coll. (2003), “idealmente, sarebbe bene che le richieste di indennizzo fossero risolte prima di iniziare il trattamento, ma poiché questo nella realtà non è possibile, spesso occorre affrontare direttamente il problema col paziente discutendo con lui le implicazioni. Il terapeuta deve valutare se e in quale misura il paziente vuole conservare i suoi sintomi per ottenere il risarcimento. In alcuni casi, si può discutere col paziente che un buon recupero psicologico contribuirà al suo benessere e alla sua felicità molto più di qualunque somma di denaro”. Il terapeuta non deve eseguire perizie mediche a scopo di indennizzo o per altre finalità medico-legali, poiché “il conflitto di ruoli...potrebbe avere un impatto negativo sugli esiti del trattamento. Può essere opportuno spiegare apertamente al paziente la situazione sin dall’inizio”, indicandogli un collega per la perizia.

Precedenti eventi traumatici. Secondo Andrews e coll. (2003), da una parte, “presupporre l’esistenza di eventi traumatici precedenti o tentare di “far emergere” ricordi di eventi dimenticati è pericoloso e deontologicamente scorretto”. Dall’altra, un evento traumatico precedente può influire sul funzionamento attuale del paziente. Il terapeuta deve quindi evitare “di incoraggiare il paziente a generare falsi ricordi e allo stesso tempo creare un ambiente rassicurante in cui il paziente possa spontaneamente riferire altre eventuali esperienze traumatiche. A questo scopo, possono essere utili domande generali non direttive, come: [...] “Ci sono state altre volte nella sua vita in cui si è sentito così?”. Si deve pensare alla presenza di precedenti esperienze traumatiche soprattutto quando il paziente progredisce meno di quanto atteso”.

Sensi di colpa. Eventuali sensi di colpa vanno affrontati sin dall’inizio, in quanto possono interferire con il trattamento. “Talvolta il paziente riferisce spontaneamente i sensi di colpa, ma in qualche caso, quando l’emozione è particolarmente forte, può non ammetterlo neanche in risposta a domande precise”. Un possibile indice di sensi di colpa irrisolti “è la mancanza di progressi nel trattamento”, per cui è necessario “indagarne nuovamente la presenza con domande appropriate. [...] La discussione del senso di colpa può rappresentare una svolta nel trattamento” (Andrews et al. 2003).

La vergogna. L’esperienza di vergogna è strettamente collegata ai sentimenti di depressione, colpa e umiliazione. La vergogna e la colpa possono essere difficili da distinguere: sebbene entrambe implicino valutazioni di sé negative, i sentimenti di colpa si possono correlare di più al comportamento, mentre la vergogna può riflettere bassa autostima e autocritica. I pazienti con esperienze post-traumatiche di vergogna tendono a descrivere meno fenomeni di intrusione e di *re-experiencing* associati al DPTS.

Invece, essi descrivono esperienze di ruminazione su cosa è andato male, come hanno fallito, il loro senso di disperazione e impotenza, e altre cognizioni relative a sé (come la colpa). I pensieri e i sentimenti dolorosi sembrano aver meno a che fare con la paura della morte e più con la perdita di un senso interiore di fiducia in sé e stima. Tali aspetti sono rintracciabili nel DPTS complesso. In questi casi lo scopo della terapia è cercare di aiutare il paziente a ristabilire un senso di significato rispetto al proprio senso di sé. Le sedute si focalizzano sulle credenze relative al sé e agli altri e sull'esperienza di sentimenti dolorosi come la vergogna e la rabbia. In molti pazienti, infatti, la vergogna si associa a una profonda e pervasiva rabbia, la cui identificazione ed espressione sono aspetti importanti del processo terapeutico. In questi casi, la ripetizione dei dettagli dell'esperienza traumatica mediante l'esposizione può essere controindicata, perché può aumentare la sofferenza e la vergogna nel paziente (il quale ha già poche capacità di gestire tali sentimenti). Lo scopo terapeutico è invece creare col paziente un ambiente in cui possono essere esplorati in modo sicuro tali sentimenti; può essere necessario insegnare al paziente strategie per calmarsi e contenere l'*arousal* e potenziare le sue strategie di *coping* (Adshead 2000).

Studi di efficacia

La terapia di esposizione è la modalità di trattamento del DPTS più fondata empiricamente e in diverse linee guida è considerata una delle più efficaci. Le *Export Consensus Guidelines* per il trattamento del DPTS (1999), ad esempio, indicano l'esposizione come il trattamento più veloce per questo disturbo e come uno dei preferiti in varie popolazioni di persone traumatizzate. Attualmente, una serie di evidenze empiriche rilevano che la terapia di esposizione determina significativi miglioramenti dell'ansia, della depressione e dei sintomi di *re-experiencing*, e una riduzione dei sentimenti di autoaccusa, rabbia, colpa e vergogna. Infine, è stato evidenziato che le persone trattate con l'esposizione mostrano un miglioramento continuo e duraturo, con meno ricadute al *follow-up* rispetto ad altre forme di trattamento (Dietrich et al. 2000; Andrews et al. 2003; Lo Iacono 2005; Connor e Butterfield 2003).

Relativamente alla terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento del DPTS diversi studi ne hanno dimostrato l'efficacia in differenti tipi di trauma, con un miglioramento dei sintomi del DPTS, dell'ansia e della depressione (Rothbaum e Schwartz 2002; Ehlers e Clark 2003; Sijbrandij et al. 2007; Bisson e Andrew 2005; Bisson et al., 2007). Questa efficacia è spiegata nel modo seguente: 1) la ripetuta esposizione immaginativa all'evento traumatico determina una riduzione della paura, per abitudine alle risposte emozionali nel rivivere l'evento traumatico; 2) le convinzioni irrazionali relative all'essere incapace e indifeso vengono corrette mediante l'apprendimento di tecniche di gestione dell'ansia, il rilassamento e la ristrutturazione cognitiva, che aiutano i pazienti a gestire con successo la propria ansia, sviluppando il senso di auto-efficacia (Sijbrandij et al. 2007); 3) le convinzioni negative associate al DPTS sono disconfermate dalle informazioni a cui la persona è messa di fronte durante l'esposizione e

ulteriormente modificate tramite procedure cognitive, e questo si associa a una riduzione globale della gravità dei sintomi del DPTS (Foa e Rauch 2004).

Bibliografia

- Adshead, G. (2000). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 144-148.
- American Psychiatric Association (2001). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth editino, text revision. Washington, D.C. Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 4ª ed. rivista (DSM-IV-TR)*. Milano: Masson, 2002.
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. & Page, A. (2003). *The Treatment of Anxiety Disorders. Clinician Guides and Patient Manuals – Second Edition*. Cambridge: Cambridge University Press. Trad. it. *Trattamento dei disturbi d'ansia. Guide per il clinico e Manuali per chi soffre del disturbo* (pp. 447-487). Torino: Centro Scientifico Editore.
- Ardino, V. (2006). Il disturbo post-traumatico da stress e le credenze cognitive centrali. In S. Sassaroli, R. Lorenzini & G.M. Ruggiero (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'ansia. Rimuginio, controllo ed evitamento* (pp. 281-292). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Baldwin, S.A., Williams, D.C. & Houts, A.C. (2005). Storia critica del DPTS. *Cognitivismo Clinico*, 2(2), 118-141.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2005, April). *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)*. *Cochrane Database Syst Rev.*, 18(2), CD003388.
- Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Brunet, A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Best, S.R., Neylan, T.C., Rogers, C., Fagan, J. & Marmar, C.R. (2001, September). The Peritraumatic Distress Inventory: A Proposed Measure of PTSD Criterion A2. *American Journal Psychiatry*, 158, 1480-1485.
- Buckely, T.C., Blanchard, E.B. & Neill, W.T. (2000, November). Information processing and PTSD: a review of the empirical literature. *Clinical Psychological Review*, 20(8), 1041-65.
- Carlson, E.B. (2005). Un modello concettuale per gli effetti delle esperienze traumatiche. *Cognitivismo Clinico*, 2(2), 142-170.
- Connor, K.M. & Butterfield, M.I. (2003). Posttraumatic Stress Disorder. *Focus*, 1, 247-262.
- Davidson, J.R.T. (2002). Surviving disaster: what comes after the trauma? *The British Journal of Psychiatry*, 181, 366-368.
- Dietrich, A. (2001, April). Risk factors in PTSD and related disorders: theoretical, treatment and research implication. *Traumatology*, 7(1), 23-50.

- Dietrich, A., Baranowsky, A., Devich-Navarro, M., Gentry, J., Harris, C. & Figley, C. (2000, December). A review of alternative approaches to the treatment of post traumatic sequelae. *Traumatology*, 6(2).
- Dubner, A.E. & Motta, R.W. (1999, June). Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 367-373.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2003, May). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: a review. [javascript:AL_get\(this, 'jour', 'Biol Psychiatry.'\);](#) *Biological Psychiatry*, 1, 53(9), 817-26.
- Foa, E.B. & Kozak, M. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E.B. & Rauch, S.A. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 879-884.
- Foa, E.B., Riggs, D., Massie, E. & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B. (1998). *Treating the trauma of rape: a cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: the Guilford Press.
- Foa, E.B., Steketee, G. & Rothbaum, B.M. (1989). Behavioral-cognitive conceptualisations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Forbes, D., Phelps, A.J., McHugh, A.F., Debenham, P., Hopwood, M. & Creamer, M. (2003, October). Imagery rehearsal in the treatment of posttraumatic nightmares in Australian veterans with chronic combat-related PTSD: 12-month follow-up data. *Journal of Trauma Stress*, 16(5), 509-513.
- Fullerton, C.S. & Ursano, R.J. (2001). *Disturbo post-traumatico da stress. Le risposte acute e a lungo termine al trauma e al disastro*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Gidaro, E. & Oleari, A. (2003). Disturbo da stress post traumatico. In L. Isola & F. Mancini (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza* (pp.217-225). Milano: FrancoAngeli Editore.
- Kira, I.A. (2001, June). Taxonomy of trauma and trauma assessment, *Traumatology*, 7(2), 73-86.
- Krakov, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T.D., Tandberg, D., Lauriello, J., McBride, L., Cutchen, L., Cheng, D., Emmons, S., Germain, A., Melendrez, D., Sandoval, D. & Prince H. (2001). Imagery Rehearsal Therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with Post-Traumatic Stress Disorder. *JAMA*, 286(5), 537-545.
- Krakov, B., Johnston, L., Melendrez, D., Hollifield, M., Warner, T.D., Chavez-Kennedy, D. & Herlan, M.J. (2001, December). An open-label trial of evidence-based cognitive behavior therapy for nightmares and insomnia in crime victims with PTSD. *American Journal Psychiatry*, 158, 2043-47.

- Lamprecht, F. & Sack, M. (2002). Posttraumatic Stress Disorder Revisited. *Psychosomatic Medicine*, 64, 222-237.
- Lo Iacono, G. (2005). Introduzione alla psicoterapia del disturbo post-traumatico di stress / DPTS. *Cognitivismo Clinico*, 2(2), 171-194.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Exposure and/or Cognitive Restructuring. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Mellman, T.A., Bustamante, V., Fins, A.I., Pigeon, W.R. & Nolan, B. (2002, October). REM Sleep and the Early Development of Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal Psychiatry*, 159, 1696-1701.
- Moore, B.A. & Krakow, B. (2007). Imagery Rehearsal Therapy for acute posttraumatic nightmares among combat soldiers in Iraq. *American Journal Psychiatry*, 164, 683-684.
- Perkonig, A., Pfister, H., Stein, M.B., Höfler, M., Lieb, R., Maercker, A. & Wittchen, H.U. (2005). Longitudinal Course of Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in a Community Sample of Adolescents and Young Adults. *American Journal Psychiatry*, 162, 1320-27.
- Ranzato, L. (2005). Prefazione. Storia, teoria e psicoterapia del Disturbo Post-traumatico di Stress. *Cognitivismo Clinico*, 2(2), 115-117.
- Rothbaum, B.O. & Schwartz, A.C. (2002). Exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *American Journal Psychotherapy*, 56(1), 59-75.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Shalev, A.Y. (2001). Acuto verso cronico: eziologia e fisiopatologia del DPTS – Un approccio psicobiologico. In C.S. Fullerton & R.J. Ursano, *Disturbo post-traumatico da stress. Le risposte acute e a lungo termine al trauma e al disastro*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J.B., Carlier, I.V.E., de Vries, M.H. & Gersons, B.P.R. (2007). Treatment of Acute Posttraumatic Stress Disorder With Brief Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Controlled Trial. *American Journal Psychotherapy*, 164, 82-90.
- Solomon, E.P. & Heide, K.M. (2005, January). The biology of trauma: implications for treatment. *Journal Interpersonal Violence*, 20(1), 51-60.
- Southwick, S.M., Yehuda, R. & Charney, D.S. (2001). Anomalie neurobiologiche nel DPTS: rassegna della letteratura clinica. In C.S. Fullerton & R.J. Ursano, *Disturbo post-traumatico da stress. Le risposte acute e a lungo termine al trauma e al disastro*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Stapleton, J.A., Taylor, S. & Asmundson, G.J.G. (2007). Efficacy of various treatments for PTSD in battered women: case studies. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21(1), 91-102.

- True, W., Rice, J., Eisen, S., Heath, A., Goldberg, J., Lyons, M. & Nowak, J. (1993). A twin study of genetic and environmental contributions to the liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 50, 257-264.
- Tucker, G. (2001, September). Controlling nightmares with Imagery Rehearsal Therapy. *Journal Watch Psychiatry*, 5.
- Young, J., Ford, J., Ruzek, J., Friedman, M. & Gusman, F. (2002). *L'assistenza psicologica nelle emergenze*. Trento: Edizioni Erickson.
- Yule, W. (2000). *Il disturbo post-traumatico da stress: aspetti clinici e terapia*. Milano: McGraw-Hill.

Dott.ssa Natascia Duca

**Società Italiana di Psicologia e Psichiatria (SIPsi), Rimini e Fano
Specializzata SPC Ancona, Training C. Conti, R. Mosticoni, C. Perdighe**

e-mail: natasciaduca@libero.it

Il trattamento cognitivo-comportamentale dell'insonnia

Laura Grigoletti¹

¹Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Centro OMS, Ospedale Policlinico "G.B. Rossi"

Riassunto

L'insonnia consiste nel provare un sonno inadeguato, insufficiente o non ristoratore, nonostante si trascorra molto tempo a letto. Pur essendo il disturbo del sonno più comune, è assolutamente poco riconosciuto e sottotrattato. Sebbene non siano ancora ben chiare le cause dell'insonnia primaria, ci sono sufficienti prove che dimostrano come fattori cognitivi e comportamentali siano determinanti nel mantenimento del disturbo. La terapia cognitivo comportamentale per l'insonnia (TCC-I) è riconosciuta come il trattamento di prima scelta per l'insonnia primaria cronica, e può essere applicata da sola o in associazione ai farmaci ipnotici, permettendo inoltre di ridurne l'uso. Si è visto anche che permette di migliorare il sonno in quei pazienti che soffrono di insonnia primaria in comorbidità con altre patologie mediche o psichiatriche. La TCC-I comprende tre moduli, uno di psico-educazione, uno cognitivo ed uno comportamentale, ciascuno composto da un protocollo strutturato ed una serie di procedure standardizzate. Le ricerche mostrano che questa terapia è efficace per circa il 70% dei pazienti, permettendo di ottenere una sensazione di controllo sul proprio sonno. I miglioramenti nel sonno sono conservati per lungo tempo dopo la fine del trattamento, riducendo il rischio di ricadute.

Summary

Insomnia is the experience of inadequate, insufficient or non restorative sleep despite ample time in bed. Although it is the most frequent sleep disturbance, is an under-recognized and under-treated problem. Even if the underlying pathophysiology of primary insomnia remains poorly understood, there are evidence that cognitive and behavioural factors are determinant in the maintenance of this disorder. The cognitive behavioural therapy for insomnia (CBT-I) is recognized as the first line treatment for chronic primary insomnia. It can be used as monotherapy or to augment hypnotic drugs, and it can help to reduce sleep medication use. Furthermore patients with chronic insomnia in comorbidity with other medical or psychiatric disorders exhibit significant improvement in sleep when treated with this therapy. CBT-I includes an educational, a cognitive and a behavioural module, each one composed by a well defined set of procedures and instructions. The evidence shows that this therapy is effective for about 70% of patients, and that enables to regain a feeling of control over sleep. Sleep improvements are well sustained after treatment completion, reducing the risk of relapses.

Introduzione

La maggior parte delle persone ha avuto modo di provare, nel corso della propria vita, cosa significhi trascorrere una o più notti senza dormire, e questo accade perché il sonno è legato a processi fisiologici e psicologici estremamente sensibili e delicati, che possono venire influenzati da numerosissimi fattori. Tra questi vi sono l'alimentazione, l'alcool, l'ambiente, lo stress legato al lavoro, le preoccupazioni per la giornata successiva, l'esercizio fisico, le abitudini, lo stato emotivo e così via. Anche la qualità del sonno è

strettamente connessa agli eventi della vita quotidiana: ad esempio una grande gioia o un grande dolore possono rendere il sonno molto leggero e frammentato, e a volte anche eventi che riteniamo non averci particolarmente colpiti possono invece arrivare a disturbare il sonno.

Inoltre spesso le persone, invece di andare ad indagare ed affrontare i motivi che hanno causato questo problema, si preoccupano piuttosto del fatto che non dormono bene: capita frequentemente che un'insonnia occasionale, legata a cause contingenti, continui e si cronicizzi anche quando i motivi scatenanti sono scomparsi.

Nonostante i problemi legati al sonno siano comuni ed ampiamente diffusi nella popolazione generale, l'insonnia è un problema relativamente poco studiato, sottovalutato e sottotrattato (Terzano et al. 2006; Morin et al. 2006).

A.	L'alterazione prevalente è la difficoltà ad iniziare o a mantenere il sonno, o il sonno non ristoratore, per almeno 1 mese.
B.	L'alterazione del sonno (o l'affaticabilità diurna associata) causa disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo, o di altre aree importanti.
C.	L'alterazione del sonno non si verifica esclusivamente durante il decorso di Narcolessia, Disturbo del Sonno Correlato alla Respirazione, Disturbo del Ritmo Circadiano del Sonno o di una Parasomnia.
D.	L'alterazione non si verifica esclusivamente durante il decorso di un altro disturbo mentale (per es., Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo d'Ansia Generalizzato, un delirium).
E.	L'alterazione non è dovuta agli effetti fisiopatologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco)

Tabella 1. Criteri diagnostici per l'insonnia primaria secondo il DSM IV- R

Soffrire di insonnia significa provare un sonno inadeguato, insufficiente, di scarsa qualità, nonostante si passi molto tempo a letto, descritto da uno o più dei seguenti sintomi: difficoltà ad iniziare o mantenere il sonno, risveglio precoce mattutino e sonno poco ristoratore. Oltre ai sintomi notturni, definiti indicatori dell'insonnia, sono spesso presenti anche disturbi diurni quali astenia, sonnolenza, difficoltà di concentrazione, irritabilità. Questi disturbi possono avere importanti effetti negativi sulla salute e sulla qualità della vita. Se sono presenti soltanto i sintomi notturni l'insonnia viene definita "insonnia di primo livello", mentre se questi sono accompagnati da manifestazioni diurne la si descrive come "insonnia di secondo livello". Nella tabella sono riportati i criteri diagnostici secondo la classificazione del DSM IV.

Prevalenza e incidenza

L'insonnia è il disturbo del sonno più comune, ma nonostante questo la sua epidemiologia non è stata studiata in modo approfondito, soprattutto perché spesso le persone che soffrono di disturbi del sonno non si ritengono affetti da insonnia e non si rivolgono a nessuno per ottenere un trattamento.

Dai dati disponibili in letteratura si rileva che la prevalenza dell'insonnia, diversamente definita nei vari studi, negli Stati Uniti è stimata intorno al 33%, con il 9% delle persone che presenta regolari

difficoltà di sonno; in Francia circa il 29% della popolazione lamenta difficoltà di sonno almeno tre volte la settimana per un mese e in Finlandia il numero sale al 37.6%. Nei Paesi asiatici la prevalenza è del 17% nella Corea del Sud e del 24% in Giappone (Wang et al. 2005), in Canada si va da un 29% della popolazione che riporta sintomi di insonnia ad un 10-13% che incontra i criteri per la sindrome da insonnia (Tjepkema 2005; Morin et al. 2006).

In Italia, tra il 2000 ed il 2003, sono stati condotti dall'Associazione Italiana Medicina del Sonno (AIMS) gli studi osservazionali Morfeo 1 e Morfeo 2 (Terzano et al. 2004a e b; Terzano et al. 2005; Terzano et al. 2006). La popolazione oggetto di studio riguardava i pazienti che si rivolgono ai medici di base, in quanto gli autori hanno stimato che analizzare questo campione fosse il metodo migliore per ottenere dati epidemiologici il più possibile esatti, idea confermata anche da altri studiosi (Morin et al. 2006). I risultati riportano un'incidenza dell'insonnia del 41%, suddivisa per pazienti che soffrono di insonnia di secondo livello, associata a disturbi diurni (incidenza pari al 44%), e pazienti con insonnia di primo livello, che, secondo la definizione degli autori, andrebbe sempre trattata (incidenza pari al 20%). Emerge come i sintomi dell'insonnia siano spesso persistenti per più di un anno, ricorrano più di una volta a settimana, e siano accompagnati da conseguenze diurne.

I dati epidemiologici suggeriscono che l'insonnia, non complicata da comorbidità con altri disturbi psichiatrici, medici, o con abuso di alcool, aumenta in modo sostanziale i costi e l'utilizzazione dei Servizi Sanitari, ed è responsabile di 3,5 giorni al mese di disabilità nelle persone che ne soffrono. Contribuisce inoltre a ridurre la produttività, favorisce gli incidenti sul lavoro e aumenta il consumo di alcool, le cadute tra gli anziani e un senso generale di essere in cattive condizioni di salute (Edinger & Means 2005; Morin 2007).

Per questi motivi un trattamento efficace dell'insonnia comporta riduzioni dei costi economici e sociali, oltre al miglioramento della qualità della vita dei pazienti.

Valutazione dell'insonnia

Il disagio riferito dai pazienti in caso di insonnia primaria spesso non è in relazione con la perdita effettiva di sonno. La quantità di sonno perso è solitamente inferiore a quello che invece perdono persone affette da altre patologie, quali le apnee da sonno o sindromi dolorose croniche, ad esempio. Queste persone spesso presentano frammentazione del sonno e risvegli frequenti, seguiti da sonnolenza diurna. Le conseguenze della deprivazione prolungata da sonno possono essere importanti sia per la qualità della vita che per le prestazioni cognitive. Nell'insonnia primaria, piuttosto che parlare di sonnolenza diurna si deve però parlare di stanchezza. Le persone che soffrono di insonnia infatti non sono in grado di dormire nemmeno durante il giorno, ma non sembrano, come si diceva in precedenza, soffrire di particolari deficit nelle prestazioni. Nonostante questo, l'impatto che i problemi legati al sonno possono avere sul benessere psicologico e sulla qualità della vita è molto alto. Non sono state invece trovate relazioni causali

significative tra insonnia e problemi legati alla salute fisica, nonostante i pazienti spesso siano preoccupati che il loro sonno disturbato possa portare a sviluppare malattie.

Per un'adeguata valutazione del problema è necessario effettuare un'anamnesi approfondita, sotto forma di intervista. Morin e Espie (Morin & Espie 2004) propongono uno schema che può guidare il clinico nell'indagare i vari aspetti che permettono di capire a che tipo di disturbo ci troviamo di fronte. Le principali aree relative al sonno da indagare sono:

- come si svolge una notte-tipo
- il giudizio sulla qualità
- le conseguenze diurne
- come si è sviluppato il disturbo
- l'anamnesi remota, come dormiva in precedenza il paziente
- lo stato di salute generale e l'anamnesi medica
- l'anamnesi dello stato psicologico.

Oltre a queste aree, per effettuare una diagnosi differenziale, è bene indagare anche se vi siano:

- disturbi della respirazione correlati al sonno
- movimenti periodici degli arti durante il sonno o sindrome delle gambe senza riposo
- disturbi del ritmo circadiano
- parasonnie
- narcolessia.

Infine è bene indagare se il paziente stia assumendo o abbia assunto in passato dei farmaci per dormire e sapere quali siano le eventuali strategie che il paziente ha già tentato in passato, per quanto tempo e quali siano stati i risultati.

Alcune scale che permettono di effettuare un'assessment dell'insonnia sono:

- il *Pittsburgh Sleep Quality Index* (Buysse et al. 1989);
- un'intervista strutturata proposta da Spielman e Anderson (Spielman & Anderson 1999) sulla base delle categorie dell'*International Classification of Sleep Disorders* (ICSD);
- l'*Insomnia Interview Schedule* (Morin 1993).

Oltre all'anamnesi, che fornisce una visione retrospettiva del disturbo, è importante l'utilizzo del Diario del Sonno, introdotto da Bootzin e Engle-Friedman (Bootzin & Engle-Friedman 1981), che permette di avere informazioni sul sonno del paziente, registrate dal paziente stesso per diverse settimane. Le informazioni raccolte riguardano l'orario in cui il paziente si sveglia, si alza e si corica, la latenza di addormentamento (*Sleep Onset Latency SOL*), la frequenza e la durata totale dei risvegli dopo l'addormentamento (*Wake-time After Sleep-Onset WASO*) e il periodo totale di sonno (*Total Sleep Time TST*). Secondo Morin e Espie (Morin & Espie 2004) il diario del sonno è uno strumento fondamentale e

abbastanza affidabile, in quanto nonostante ci possano essere degli errori di valutazione, questi in genere sono costanti, il diario fornisce una stima del problema del sonno così come è vissuto dal paziente, e può essere utilizzato per tutta la durata dell'intervento, permettendo di registrare i cambiamenti che avvengono grazie al trattamento. L'uso costante di un diario del sonno per alcune settimane permette una sensibile riduzione di queste distorsioni e consente all'interessato una valutazione più consapevole ed appropriata del problema. Un possibile modello di diario del sonno è riportato in Appendice.

Per valutare l'impatto che il disturbo ha sulla vita del paziente si può utilizzare l'*Insomnia Severity Index* (ISI) (Bastien et al. 2001), che fornisce una misura di quanto l'insonnia influisca sull'efficienza diurna, quanto questo sia evidente agli altri, e quale sia il livello di distress e di soddisfazione globale per il proprio sonno.

La collaborazione di un osservatore esterno, come il partner o un familiare, può essere utile non tanto per verificare l'attendibilità dei dati ricavati dall'automonitoraggio, in quanto è probabile che l'osservatore non possa avere presente la durata e la frequenza dei risvegli notturni del paziente, quanto piuttosto per formulare una corretta diagnosi in caso di presenza di disturbi del sonno correlati alla respirazione (*Sleep-related Breathing Disorder*, SBD), o del disturbo da movimenti ripetuti degli arti (*Periodic Limb Movement Disorder*, PLMD); può inoltre fornire importanti informazioni su alterazioni dell'umore ed efficienza diurna del paziente.

Un approfondimento in fase di assessment proposto da Spielman e Glovinsky (Spielman & Glovinsky 1991) prevede una distinzione tra fattori predisponenti, scatenanti e di mantenimento. Tra i fattori predisponenti, che da soli non sono sufficienti a causare un problema di insonnia, rientrano la familiarità per un sonno leggero e disturbato o la tendenza ad una eccessiva preoccupazione per le proprie condizioni psicofisiche, ed una elevata attività metabolica. I fattori scatenanti in genere sono riconducibili a situazioni di stress, conflitti interpersonali e cambiamenti ambientali o professionali, che possono portare a un disturbo transitorio del sonno, il quale però spesso, grazie all'elasticità dei processi omeostatici che proteggono il sonno, sparisce quando questi fattori non sono più presenti. Perché il disturbo si cronicizzi servono dei fattori di mantenimento, che possono essere sia comportamentali che cognitivi ed emotivi.

Diagnosi differenziale dell'insonnia

Una descrizione sintetica delle principali categorie diagnostiche permette di avere un quadro dell'argomento, nel momento in cui sia necessario fare una diagnosi differenziale in fase di assessment. Per avere una descrizione dettagliata e approfondita di tutti i disturbi del sonno è però necessario fare riferimento all'ICSD-R.

- Insonnia: per quanto riguarda la definizione di insonnia, riportiamo quanto detto in precedenza: si tratta di una difficoltà persistente per almeno un mese nell'iniziare o mantenere il sonno, con tempi

di latenza di addormentamento e risvegli notturni di almeno 30 minuti, o risvegli mattutini precoci, con un tempo totale di sonno inferiore alle 6,5 ore, ed un'efficienza del sonno inferiore a 85%.

- Normali cambiamenti nel sonno connessi all'invecchiamento: nelle persone anziane qualità e quantità di sonno si riducono, e vi possono essere alterazioni del ritmo circadiano. Si può pensare a un reale problema di insonnia solo nel caso in cui vi sia un impatto negativo su diversi aspetti della vita del paziente.
- Disturbo del sonno correlato alla respirazione (*Sleep-related Breathing Disorder, SBD*): è una difficoltà respiratoria durante il sonno, in particolare apnee ostruttive, sovente legata ad eccessiva sonnolenza diurna.
- Sindrome delle gambe senza riposo (*Restless Legs Syndrome, RLS*) e disturbo da movimenti periodici degli arti (*Periodic Limb Movement Disorder, PLMD*): comportano agitazione motoria durante il sonno e in condizioni di rilassamento e movimenti involontari degli arti, sono associate a insonnia eccessiva e a sonnolenza diurna. Si presentano più spesso negli anziani o in persone di mezza età e in gravidanza.
- Disturbi circadiani: sono disturbi cronobiologici caratterizzati da desincronizzazione tra orari di sonno e di veglia basati su segnali fisiologici interni e orari di sonno e veglia socialmente condivisi. In questo modo si hanno fasi di sonno ritardate o anticipate al punto da provocare problemi di insonnia e/o di eccessiva sonnolenza. Le persone giovani sono più a rischio di sindrome da fase del sonno ritardata (*Delayed Sleep Phase Syndrome, DSPS*), gli anziani sono invece più a rischio di sindrome da fase del sonno anticipata (*Advanced Sleep Phase Syndrome, ASPS*).
- Narcolessia: dal momento che le persone affette da questo disturbo spesso dormono poco di notte, può essere confuso con l'insonnia. L'esordio però in questo caso dovrebbe essere intorno ai 15-25 anni, con episodi irresistibili di sonno ed eccessiva sonnolenza diurna, con disturbi notturni che si aggravano con il passare degli anni. Si associa a volte a cataplessia (perdita di tono muscolare scatenata dalle emozioni), allucinazioni ipnagogiche e paralisi da sonno.
- Parasonnie: sono comportamenti anomali durante il sonno NREM (come ad esempio bruxismo o sonnambulismo) e il sonno REM (ad esempio incubi), o nella transizione tra veglia e sonno (ad esempio sonniloquio), o si possono presentare anche come risvegli parziali.
- Problemi del sonno associati a patologie mediche o psichiatriche: si tratta in questo caso di insonnia secondaria, che può essere dovuta sia all'effetto diretto che ha la malattia sul sonno, sia al dolore o malessere provocati dalla patologia durante la notte, sia ai farmaci assunti per curare la patologia. Nel caso di disturbi psichiatrici le associazioni principali si hanno con depressione, panico e ansia generalizzata. Peraltro, insonnia ansia e depressione presentano molti sintomi comuni, come ad esempio sonno disturbato, stanchezza, diminuzione del livello di energia e problemi di

concentrazione, e l'insonnia è uno dei sintomi più frequenti anche nel Disturbo Acuto da Stress e nel Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) (Sanavio 2005). Per distinguerla dal disturbo da ansia generalizzata si deve osservare quale sia il tema di base delle preoccupazioni: se sono principalmente incentrate sulla carenza di sonno – in caso di insonnia primaria – o se invece sono di carattere più generale e più vario. Così mentre nell'insonnia la riduzione delle attività è legata alla stanchezza causata dalla mancanza di sonno, nella depressione questa è legata più alla diminuzione dell'interesse.

- Disturbi estrinseci del sonno, associati a utilizzo di farmaci o alcool: difficoltà a iniziare o mantenere il sonno possono essere legate all'assunzione di farmaci come ad esempio anti-ipertensivi, β -bloccanti, stimolanti del sistema nervoso centrale. L'alcool invece rappresenta una forma molto comune di automedicazione nel caso di insonnia, ma in realtà ha effetti negativi sul riposo notturno e può peggiorare un disturbo del sonno legato alla respirazione.

Per agevolare la diagnosi differenziale può essere utile ricorrere a degli strumenti che permettano la misurazione della sonnolenza diurna, che come si è visto è associata a molti disturbi del sonno, ma meno all'insonnia primaria. L'esame più utilizzato anche nelle ricerche sui disturbi del sonno è il *Multiple Sleep Latency Test* (MSLT) (Carskadon et al. 1986; Rosa & Bonnet 2000), eseguito in un setting di laboratorio, che permette di misurare la rapidità con cui sopravviene il sonno quando ai pazienti viene data la possibilità di fare dei sonnellini pomeridiani. Si può inoltre utilizzare l'*Epworth Sleepiness Scale* (ESS, Johns 1991), che permette di rilevare disturbi del sonno correlati alla respirazione ed eccessiva sonnolenza diurna.

Il trattamento cognitivo-comportamentale per l'insonnia

Vi sono molti processi cognitivi che giocano un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento dell'insonnia e sono stati studiati e approfonditi in modo diverso durante gli ultimi 50 anni. Harvey e coll. (Harvey et al. 2005) propongono una sorta di excursus storico che va dagli anni '60 fino alle ricerche più recenti, prendendo in esame le aree indagate nei diversi periodi.

I primi studi, negli anni '60 e '70, si indirizzarono principalmente a mettere in evidenza il ruolo che avevano nei pazienti la preoccupazione e il pensiero insistente di non essere in grado di dormire, e a verificare quanto fossero determinanti le aspettative nell'esperire i sintomi dell'insonnia. Anche la percezione del proprio sonno è stata oggetto di studio a partire dagli anni '70, permettendo di evidenziare come i pazienti spesso sovrastimino il tempo di latenza necessario per dormire, e sottostimino il tempo totale passato dormendo. Questo in alcuni casi si può tradurre in un disturbo diverso, la percezione alterata dello stato di sonno, ovvero quelle situazioni in cui si percepisce una difficoltà relativamente al sonno o a una sonnolenza eccessiva senza che questo sia supportato da prove oggettive di un disturbo del sonno. Questo problema, sommato al fatto che i pazienti con insonnia spesso confondono il sonno con la veglia, e

quindi non si rendono conto di quanto dormono, suggerisce che la percezione distorta del sonno può essere uno dei processi cognitivi fondamentali nel disturbo di insonnia. Studi anche recenti hanno confermato l'importanza della percezione soggettiva di come sia trascorsa la notte, nel mantenimento del disturbo.

Negli anni '80, lo studio di Lichstein e Rosenthal (Lichstein & Rosenthal 1980) sui pensieri intrusivi ha indirizzato molti degli studi successivi ad indagare proprio questa relazione e la correlazione tra l'attivazione cognitiva e la misurazione del sonno, e a vedere l'insonnia come il risultato dell'incapacità di interrompere pensieri ed immagini emotivamente molto carichi nel momento di andare a dormire. Dal momento che gli studi basati su resoconti personali sono poco affidabili, sono stati anche fatti studi sperimentali su questo tema, che hanno confermato l'importanza delle preoccupazioni e dell'incapacità di distrarsi nelle persone che non riescono a dormire (Haynes et al. 1981; Gross & Borkovec 1982).

Negli anni '90 si sono avuti due importanti contributi in questo settore: Bootzin, Kihlstrom e Schacter (Bootzin et al. 1990) pubblicarono "Sleep and Cognition", un libro che mise in primo piano l'importanza dei pensieri nei disturbi del sonno, mentre Morin (1993) condusse delle ricerche che evidenziarono l'importanza delle credenze errate nel mantenimento dell'insonnia. Gli importanti sviluppi conseguenti a questi contributi furono: che la TCC-I iniziò ad includere una parte mirata a contrastare le credenze erronee sul disturbo; che in molti modelli che spiegano l'insonnia viene adesso dato un ruolo importante a queste credenze nello sviluppo e mantenimento del problema; che la Disfunctional Beliefs about Sleep Scale (DBAS) è diventata lo strumento più usato per identificare le credenze disfunzionali relative al sonno (Morin 1993).

Gli anni '90 hanno anche visto i primi tentativi di riconoscere quale fosse il contenuto dei pensieri intrusivi che impediscono di dormire, identificati in: attività mentale e ripetitiva, pensieri relativi al sonno, preoccupazioni relative alla famiglia e al futuro, progetti positivi e ansia ad essi associata, preoccupazioni somatiche, preoccupazioni relative al lavoro e ad avvenimenti recenti. Questi argomenti sono comunque tuttora studiati, con metodologie più precise, che hanno permesso di vedere come i contenuti si possono far rientrare nelle seguenti categorie: ripetizione di fatti, pianificazione, tentativo di risolvere problemi; il sonno e le sue conseguenze; riflessioni sulla qualità dei propri pensieri; uno stato di attivazione; rumori esterni; esperienze fisiologiche; fattori procedurali e alzarsi dal letto.

Le due aree più studiate in questo momento sono da una parte la complessità di diverse forme di pensiero, e dall'altra la gestione dei pensieri indesiderati.

Per quanto riguarda il primo punto, si è visto che pensare in immagini porta alla risoluzione delle preoccupazioni, mentre avere pensieri in forma verbale porta al mantenimento delle preoccupazioni (Nelson & Harvey 2002). Sembra inoltre che le persone che soffrono di insonnia credano che preoccuparsi prima di addormentarsi porti a dei risultati positivi (Harvey 2003), e che i pazienti con insonnia tendano a

catastrofizzare le conseguenze del loro disturbo (Harvey & Greenall 2003). La ricerca è ora principalmente indirizzata alla distinzione tra preoccupazione, ruminazione e pensieri intrusivi, e alla comprensione della meta-cognizione nei disturbi del sonno.

Parlando invece della gestione dei pensieri indesiderati, dal momento che la maggior parte delle persone insonni percepisce che la causa del problema è il fatto che non riescono a governare la loro mente, è probabile che tentino in qualche modo di fermare, modificare o sopprimere questi pensieri indesiderati, ma che evidentemente questi tentativi siano controproducenti, e favoriscano piuttosto il mantenimento dell'attivazione cognitiva. Attualmente sembra che la tecnica più efficace da mettere in pratica per risolvere questo problema sia quella della distrazione (Harvey & Payne 2002).

Recentemente si è sviluppato un filone di ricerca che mira ad esplorare il ruolo dei processi attentivi, utilizzando come strumenti di indagine da una parte delle prove da svolgere al computer, dall'altra una grande varietà di metodi come il diario o le interviste, per massimizzare la validità ecologica dei risultati. Non vi sono ancora risultati determinanti, ma sembra che gli individui con insonnia tendano a prestare attenzione selettiva a minacce sia interne che esterne al proprio sonno (Semler & Harvey 2004a e b).

Gli studi svolti in tutti questi anni hanno permesso di approfondire le conoscenze sull'insonnia e di verificare quanto gli aspetti cognitivi siano fondamentali nel mantenimento del disturbo. I risultati di tante ricerche, e di quanto fatto nell'ambito della terapia volta a dare una risposta a questi problemi, hanno portato l'American Academy of Sleep Medicine's Practice Parameters ad indicare la TCC-I come il trattamento di prima scelta per l'insonnia primaria (Smith & Perlis 2006).

Come sostiene Morin (Morin & Espie 2004), la TCC si rivolge ai fattori che perpetuano l'insonnia nel tempo, i quali includono una eccessiva quantità di tempo passata a letto, l'abitudine ai sonnellini diurni, ritmi di risveglio e di addormentamento irregolari, preoccupazione eccessiva rispetto alla perdita di sonno, ruminazione sulle conseguenze diurne e ansia da prestazione.

Il primo obiettivo della TCC è di modificare le cattive abitudini legate al sonno. Un altro obiettivo è quello di regolare i ritmi sonno veglia, perché di solito le persone con insonnia cronica non mantengono solo abitudini di sonno errate, ma indulgono anche in orari di sonno irregolari. Inoltre punta a correggere credenze distorte e attitudini errate verso il sonno. Dal momento che l'*arousal* può essere un fattore significativo nel determinare insonnia, la TCC punta anche a ridurre l'iperattivazione fisiologica, cognitiva, ed emotiva. Un'altra meta importante consiste nell'aiutare il paziente a sviluppare migliori abilità di coping. Ci sono pochi casi di insonnia cronica che vengono interamente curati da un trattamento, e la maggior parte dei pazienti che completano qualsiasi tipo di terapia continueranno a provare alcuni persistenti disturbi del sonno. Per far sì che questi disturbi restino residui ed occasionali, la ristrutturazione cognitiva delle aspettative e delle credenze relative al sonno aiuta i pazienti ad adattarsi alla perdita del

sonno e minimizzare i suoi effetti. Questo procedimento serve anche da precursore per l'obiettivo finale della terapia, ovvero la prevenzione delle ricadute.

La TCC comprende tre componenti, comportamentale, cognitiva e di psicoeducazione o igiene del sonno, che si indirizzano a diversi aspetti dell'insonnia.

Le due pratiche più comuni, diffuse ed immediate per il trattamento dell'insonnia sono l'igiene del sonno ed il rilassamento. Sovente i pazienti hanno già provato da soli a seguire i consigli che vengono più spesso riportati rispetto all'igiene del sonno, ed è quindi importante andare a vedere cosa è stato tentato, ed eventualmente se nel paziente è presente la convinzione di aver già provato tutto il fattibile, dal punto di vista di comportamenti da adottare per cercare di sconfiggere il proprio problema. Questa convinzione, infatti, potrebbe essere di ostacolo all'impegno del paziente nelle attività e nelle pratiche che dovrà mettere in atto per la terapia.

Rilassamento

Si tratta della terapia non farmacologica per l'insonnia più comunemente utilizzata, anche perché da oltre trent'anni (Monroe 1967) si ritiene che l'insonnia sia legata ad un eccessivo livello di attivazione fisiologica, anche se vi sono studi che propendono più per legare l'insonnia all'attivazione cognitiva (Harvey 2000b). Questo metodo cerca quindi di ridurre i due tipi di *arousal* che si pensa possano interferire con il sonno, ovvero l'attivazione fisiologica e quella cognitiva. Le tecniche per il rilassamento autonomo, come ad esempio il rilassamento muscolare progressivo, il training autogeno e il biofeedback, puntano a ridurre la tensione muscolare e altri tipi di *arousal* fisiologico.

Le tecniche di rilassamento sono efficaci soprattutto nei casi di insonnia iniziale (Morin et al. 1999; Chesson et al. 1999). Il training immaginativo, la meditazione, e lo stop del pensiero sono alcuni dei metodi usati per contrastare l'*arousal* cognitivo. Le terapie che implicano il rilassamento richiedono allenamento e pratica quotidiana, e ci vuole un po' di tempo prima che il paziente ottenga dei risultati.

È importante che il paziente si crei una sorta di rituale di addormentamento, che inizia circa un'ora, un'ora e mezza prima dell'orario in cui è stabilito che vada a letto. Questo non deve diventare una fonte di ulteriore ansia e senso di costrizione, ma piuttosto una sorta di routine che aiuta a staccarsi gradualmente dalle attività quotidiane. La prima cosa da stabilire, infatti, è un orario costante di sospensione del lavoro o delle attività. È inoltre importante che il paziente non pretenda di avere il controllo sul proprio sonno, idea del tutto controproducente, ma piuttosto impari a lasciarsi andare. Come si diceva prima, le tecniche di rilassamento richiedono un programma di addestramento al quale è importante attenersi, per ottenere dei risultati. Inizialmente il rilassamento andrebbe praticato in momenti in cui non ci si aspetta di addormentarsi, in quanto in questo modo sarà possibile concentrarsi meglio sui contenuti da apprendere, e ottenere quello che è lo scopo degli esercizi, ovvero uno stato di rilassamento generale. Una volta appresa la tecnica, gli esercizi andrebbero svolti quando ci si è coricati, prima di dormire, perché vi sono maggiori

probabilità di addormentarsi se la mente ed il corpo sono rilassati. È bene approfondire con domande bene indirizzate il livello di compliance del paziente rispetto a questi esercizi, perché tante volte non vengono svolti per svariati motivi, come non ritenere che lo stato di rilassamento sia importante, o sentirsi in colpa per essere rilassati, o trovare difficoltà pratiche nello svolgimento degli esercizi. Spesso i pazienti sostengono di essersene dimenticati, quindi è bene discutere a fondo con loro quali siano i momenti migliori per dedicarsi a questa attività, che deve diventare una consuetudine. Secondo alcuni autori qualsiasi tecnica di rilassamento coinvolge meccanismi cognitivi, diminuendo o calmando l'attività cognitiva che si ha prima del sonno, riducendo le preoccupazioni verso il disturbo del sonno e favorendo un modo di vedere le cose più positivo (Harvey et al. 2005).

Igiene del sonno

I fattori esterni possono giocare un ruolo importante nei disturbi del sonno, e l'educazione all'igiene del sonno insegna ai pazienti che soffrono di insonnia a riconoscerli e minimizzarli. Quindi quando si parla di igiene del sonno ci si riferisce a tutto ciò che i pazienti possono fare sia per eliminare alcuni fattori ambientali e comportamentali che interferiscono con il sonno sia per migliorare la qualità dello stesso.

I fattori si possono distinguere in endogeni, relativi allo stile di vita, ed esogeni, relativi all'ambiente nel quale ci si trova, in questo caso abitualmente la camera da letto.

Per quanto riguarda i fattori endogeni, è importante che i pazienti imparino a seguire le seguenti regole:

- evitare la caffeina e tutti gli stimolanti dopo cena, in particolare nelle quattro ore precedenti il momento di andare a dormire;
- evitare di fumare quando è ora di andare a letto o durante i risvegli notturni;
- non bere alcool la sera tardi, perché può causare disidratazione, con la necessità di svegliarsi per bere o urinare, ed inquietudine e risvegli, soprattutto nella seconda metà della notte;
- fare attenzione alla dieta, in quanto mangiare eccessivamente prima di dormire non aiuta il sonno, come pure avere fame durante la notte, e l'essere sovrappeso crea problemi di sonno, come il russare o patologie delle vie aeree;
- non fare un bagno caldo meno di due ore prima di andare a dormire, perché la temperatura corporea eccessiva può disturbare il sonno;
- non fare esercizio fisico troppo vicino all'ora di andare a dormire, perché questo attiva il sistema nervoso e rende più difficile addormentarsi;
- fare esercizio regolare nel tardo pomeriggio o al mattino, perché questo può rendere il sonno più profondo.

La stanza in cui i pazienti dormono dovrebbe essere possibilmente poco rumorosa, con una temperatura intorno ai 18° C, perché il troppo caldo e il troppo freddo possono disturbare il sonno ed i

sogni, avere una buona circolazione d'aria e non essere troppo illuminata (anche dalle luci esterne). La buona qualità del materasso e del cuscino possono aiutare ad avere un sonno migliore.

Per valutare questi comportamenti può essere utilizzata la Sleep Hygiene Practice Scale (Lacks & Rotert 1986), che permette di identificare i problemi di cattiva igiene del sonno e di fornire una stima della comprensione del paziente riguardo questi fattori.

Terapia comportamentale: programmazione del sonno

Alle tecniche di rilassamento e all'igiene del sonno andrebbe associata la parte più prettamente comportamentale di questo modello di trattamento, che riguarda la programmazione del sonno, ovvero le terapie di controllo dello stimolo e di restrizione del sonno. È importante motivare il paziente spiegando che lo scopo della programmazione del sonno è quello di ripianificare il sonno, in modo tale da soddisfare le necessità individuali e sviluppare un solido pattern notturno. Spesso le persone insonni lamentano di non avere un reale pattern del sonno, e il fatto che il sonno vari da notte a notte induce a pensare che non sia controllabile. Fondamentale, ai fini di verificare lo stile e le abitudini del paziente, è il diario del sonno, che permette sia di stabilire quale sia la gravità del disturbo che di monitorare i progressi del trattamento. Spesso i pazienti non sono scontenti solo della quantità di sonno, ma anche della qualità, perché hanno frequenti risvegli durante la notte. Registrando il sonno per un paio di settimane, si può calcolare la media di ore dormite per notte, vedere come dormono i pazienti, e sulla base di questo organizzare gli interventi. Sembra inoltre che vi sia un "effetto diario del sonno", perché in alcuni studi (Creti et al. 2005; Harvey et al. 2005) si avevano dei miglioramenti nel sonno anche solo chiedendo ai pazienti di tenere il diario. Le ipotesi sono da una parte che l'accresciuta consapevolezza del proprio stile nel dormire possa aiutare ad alleviare il disturbo del paziente attraverso una riduzione dell'ansia legata al sonno, dall'altra il fatto di tenere un diario potrebbe in qualche modo far superare gli errori nella memoria e nella stima media di quanto si dorme, e quindi diminuire la percezione di aver dormito poco.

La parte della programmazione del sonno è quella che più facilmente presenta difficoltà per il paziente, ed è quindi molto importante che la motivazione ad applicare e seguire fino in fondo le regole sia forte. I pazienti vanno sostenuti ed incoraggiati, durante tutta l'applicazione del protocollo, ai fini di ottenere dei risultati migliori.

Controllo dello stimolo

L'American Academy of Sleep Medicine raccomanda questa tecnica come trattamento non farmacologico "standard" per l'insonnia (Chesson et al.1999).

Si tratta di una serie di istruzioni che puntano a riassociare il letto e la camera da letto con il sonno, e a ristabilire un programma di sonno-veglia regolare. Sebbene i disturbi del sonno siano solitamente causati da un fattore di stress o da una malattia, la vera insonnia è in genere il risultato di un comportamento disadattivo che prosegue anche oltre il termine dell'evento precipitante che vi era in origine. Una persona

con insonnia non risponde più ai tipici stimoli del sonno con sonnolenza e sonno, ma invece associa questi stimoli all'essere svegli.

Il "buon sonno" è visto come una conseguenza del controllo dello stimolo dell'ambiente camera da letto, le cui caratteristiche dovrebbero agire come stimoli discriminativi per un sonno efficace (Bootzin et al. 1991). Un questionario che può rivelarsi utile per la valutazione dei comportamenti correlati al sonno è The Sleep Behaviour Self-Rating Scale (Kazarian et al. 1979).

Il controllo dello stimolo consiste in cinque semplici istruzioni che aiutano il paziente a riassociare lo stimolo del sonno con il comportamento adeguato – cadere addormentati – e incoraggia a stabilire un programma adeguato di sonno e veglia.

1. Andare a letto solo quando si ha sonno. Le persone con insonnia spesso possono andare a letto particolarmente presto per aumentare la possibilità di essere addormentati al momento desiderato. Però il tempo in più passato a letto serve solo a far crescere l'attivazione, causando pensieri più intrusivi, preoccupazione e frustrazione rispetto all'incapacità di dormire. Il paziente deve essere aiutato ad imparare a riconoscere come stimoli discriminativi per il sonno segnali quali prurito agli occhi, mancanza di energie, muscoli doloranti, sbadigli, ecc. La stanchezza e la fatica inoltre non dovrebbero essere confuse con la sonnolenza.
2. Usare il letto e la camera da letto solo per dormire. Quando la camera da letto o il letto sono utilizzate per leggere, mangiare, guardare la televisione, o altre attività, l'ambiente diventa associato allo stare svegli anziché al dormire. Utilizzare invece questo luogo solo per dormire, e per le attività sessuali, aiuta a indurre la sonnolenza. La mancata associazione tra stimolo e risposta (letto=sonno) può essere particolarmente prevalente negli adulti anziani che passano una considerevole quantità di tempo a letto a causa di una malattia o di restrizioni fisiche.
3. Alzarsi dal letto se non si riesce a dormire. Se il paziente non riesce ad addormentarsi dopo 15 minuti passati a letto, deve andare in un'altra stanza e intraprendere qualche attività tranquilla (ad es. leggere, guardare la tv, ascoltare la radio). Questa istruzione è valida anche per i risvegli durante la notte. Quando il paziente si sente nuovamente assennato, dovrebbe tornare a letto, ma se ancora entro 15 minuti non si addormenta, dovrebbe alzarsi di nuovo. È una delle regole più difficili da mettere in pratica, perché molte persone pensano che alzarsi dal letto, quando non si riesce a dormire nei momenti di risveglio notturni, può causare un aumento dell'attivazione, ma seguire questa modalità aiuta in genere a velocizzare l'arrivo del sonno e, alla lunga, a riassociare il letto con un rapido insorgere del sonno.
4. Alzarsi alla stessa ora ogni mattina. Svegliarsi in modo regolare, sempre alla stessa ora, aiuta a ristabilire e risincronizzare i ritmi circadiani. A prescindere dalla quantità di sonno che le persone

che soffrono di insonnia riescono ad avere durante la notte, dovrebbe essere mantenuto un orario di risveglio regolare durante tutta la settimana, compresi i fine settimana.

5. Non fare sonnellini durante il giorno. Sebbene fare dei sonnellini diurni possa sembrare un buon modo per recuperare il sonno perduto durante la notte, in realtà serve solo a perpetuare il ritmo irregolare dei cicli circadiani, e rende difficile per i pazienti addormentarsi all'ora desiderata. La sospensione di tutti i sonnellini garantisce una migliore preparazione per un sonno notturno ininterrotto e più lungo. Dormire solo a letto aiuta anche a rinforzare il collegamento tra letto e sonno soddisfacente, mentre addormentarsi ad esempio su un divano in una stanza diversa dalla propria camera indebolisce questo legame e toglie tempo al sonno notturno. I sonnellini diurni possono invece essere appropriati nel caso di persone che soffrano di deprivazione da sonno.

Restrizione del sonno

Anche questa tecnica è indicata dall'American Academy of Sleep Medicine nelle linee guida per il trattamento dell'insonnia (Chesson et al. 1999). Questo metodo limita la quantità di tempo passato a letto alla quantità di tempo passato dormendo, creando una temporanea e lieve deprivazione da sonno. La funzione di questa tecnica è quella di ricreare una armonia nei ritmi circadiani, che regolano l'orologio biologico dell'organismo sulla base delle 24 ore, e di rinforzare la regolazione omeostatica, che tende a portare all'equilibrio la programmazione sonno-veglia. Si ottiene così una insorgenza del sonno più rapida, maggiore continuità e migliore qualità del sonno. Il metodo consiste nel chiedere a una persona che soffre di insonnia e abitualmente resta a letto per otto ore per notte, ma dorme per sei sole ore (dato che possiamo ricavare dall'analisi del diario del sonno), di limitare il tempo trascorso a letto alle sei ore, quella che viene chiamata la sua "finestra del sonno". Questa finestra di tempo viene quindi modificata settimanalmente in base alla efficienza di sonno che viene raggiunta. Lo scopo finale della restrizione del sonno è quello di raggiungere una efficienza del sonno pari all'85%. Nel momento in cui l'efficienza del sonno diventa superiore al 90% il paziente può passare altri 15 o 20 minuti a letto per notte. Invece se si ha una efficienza del sonno inferiore all'80% verrà applicata una ulteriore restrizione del tempo da trascorrere a letto, sempre di 15-20 minuti per notte. Per creare questa "finestra del sonno" il paziente deve innanzitutto stabilire un orario mattutino in cui alzarsi costante per tutta la settimana, quindi definire un momento soglia per andare a letto, sottraendo il periodo medio di sonno dall'orario in cui si è stabilito che si deve alzare al mattino.

Dal momento che la sonnolenza diurna può essere un effetto collaterale della restrizione del sonno, la finestra del sonno non dovrebbe essere mai inferiore alle cinque ore per notte, a prescindere dalla efficienza del sonno. Anche se questa sonnolenza è normale e temporanea, e si presenta prevalentemente nella prima settimana di restrizione del sonno, va tenuto conto del fatto che alcune persone possono avere

lavori che richiedono una attenzione tale per cui un eventuale assopimento può essere un pericolo per il paziente o per altre persone.

Nella programmazione del sonno, che come si è detto è la parte più prettamente comportamentale dell'intervento, vi sono degli elementi anche cognitivi. Alcuni studiosi hanno ipotizzato che la restrizione del sonno impedisca alle persone di stare a letto a preoccuparsi del fatto che non dormono, e che il controllo dello stimolo riduca sia l'ansia anticipatoria del sonno che l'attività cognitiva disfunzionale legata al sonno, e faccia sì che gli insonni siano meno preoccupati ed ansiosi rispetto al fatto che non dormono (Lichstein & Fischer 1985; Espie 2002).

Ristrutturazione cognitiva

Se da una parte sono i comportamenti disadattivi che perpetuano l'insonnia, le false credenze e le aspettative irrealistiche sul sonno e sull'insonnia sostengono questi comportamenti.

La terapia cognitiva si indirizza proprio a queste credenze erronee e tenta di alterarle. Il terapeuta fornisce una spiegazione di come i fattori cognitivi possano influenzare l'insonnia, e illustra come l'interpretazione e il giudizio personali di una determinata situazione possano modulare la risposta emotiva. Vengono identificati pensieri disfunzionali, che rivelano le false credenze sottostanti, e se vi siano pensieri intrusivi notturni. Spesso i temi riguardano convinzioni e atteggiamenti relativi all'assenza di sonno, diurna e notturna, e si è visto come le persone che soffrono di insonnia tendano a riferire pensieri più negativi sul sonno e su altri argomenti quali salute, lavoro e famiglia, sia nel periodo precedente l'addormentamento che durante i risvegli notturni; gli insonni tendono anche a impegnarsi in attività di automonitoraggio, come controllare l'orologio o verificare le proprie sensazioni corporee, e in comportamenti protettivi, come controllare quanto tempo resta ancora per dormire (Harvey, A. G., 2000a). La sensazione di sfiducia e di non poter avere aiuto è più forte nei pazienti con insonnia rispetto ai buoni dormitori, ed in particolare rispetto alla sensazione di non avere speranze la terapia cognitiva sembra permettere una modificazione importante (Carney, C. E. & Edinger, J. D., 2006).

Questo tipo di intervento è di natura verbale, spesso richiede più tempo rispetto alle procedure comportamentali per venire realizzato, ma è un elemento cruciale per un trattamento efficace dell'insonnia. Dopo aver identificato i pensieri disfunzionali e gli atteggiamenti verso il sonno, il terapeuta aiuta il paziente a riconoscere la scarsa accuratezza delle proprie idee, a identificare le proprie nozioni maladattive sul sonno, e offre delle interpretazioni alternative a quelle del paziente che perpetuano il disturbo, così che quest'ultimo possa iniziare a pensare alla propria insonnia in un modo diverso, e gli venga rinforzata la sensazione di poter gestire le difficoltà legate al sonno e alle conseguenze diurne. L'obiettivo di fondo della terapia cognitiva è quello di guidare il paziente nel considerare l'insonnia e le sue conseguenze da una prospettiva più realistica e razionale, e lo si può suddividere in sotto-obiettivi, legati e complementari tra loro.

Innanzitutto il trattamento deve contrastare le *idee errate sulle cause dell'insonnia*. Molti pazienti attribuiscono la loro insonnia a cause scatenanti specifiche o fattori stressanti, come il dolore legato ad una malattia, le allergie, l'età, la depressione o un cambiamento di lavoro, una separazione, un lutto. Il paziente quindi crede che queste condizioni debbano essere risolte prima che passi l'insonnia, e che l'insonnia passerà nel momento in cui l'agente stressante si è attenuato o la persona vi si è adattata. Sebbene tali fattori siano spesso coinvolti nei disturbi del sonno, attribuire l'insonnia soltanto a queste cause è controproducente, perché il paziente può avere poco controllo su di esse. Se una persona dà questa interpretazione, ovvero che il disturbo è un segno di mancanza di controllo, inizia a monitorare la carenza di sonno e a preoccuparsi delle sue conseguenze, alimentando il circolo vizioso dell'insonnia, una reazione a catena che porta a uno stato di ipervigilanza fisiologica ed emotiva. La terapia cognitiva è indirizzata alla comprensione del fatto che l'insonnia cronica riguarda sempre fattori sia comportamentali che psicologici, sui quali il paziente può avere un certo controllo. Va quindi incoraggiato a pensare che sebbene le cause esterne possano avere un ruolo, vi possono essere altri fattori, come una programmazione irregolare del sonno, sonnellini diurni, ecc., che possono influire sul problema e sui quali si può esercitare un certo controllo. Nel momento in cui il paziente comprende che l'insonnia non è causata solamente da fattori esterni, ma anche interni, diventa possibile sconfiggerli o adattarsi ad essi.

Un ruolo molto importante nel mantenere il disturbo lo hanno le *attribuzioni errate* riguardo l'insonnia. Per rendere il paziente consapevole dei propri pensieri automatici negativi riguardo all'insonnia è possibile insegnare ad usare gli ABC, registrando quotidianamente i pensieri relativi al sonno e all'insonnia e le emozioni ad essi associate. Per individuare alcune nozioni del paziente sul sonno si può fare anche uso della Disfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS) (Morin 1994), scala messa a punto da Morin, che indaga la presenza di cinque tipi di atteggiamenti e convinzioni che possono in vario modo favorire l'insonnia, cioè la tendenza ad amplificare le conseguenze dell'insonnia, la tendenza al fatalismo e all'impotenza, le aspettative sulle necessità di sonno, le teorie erranee sulla natura dell'insonnia o i fraintendimenti della reale natura del problema e le credenze ingenuo o erranee sui rimedi effettivamente utili a combattere l'insonnia. Per identificare i pensieri intrusivi si può utilizzare il registro del contenuto dei pensieri (Glasgow Content of Thoughts Inventory, GCTI) (Harvey & Espie 2004), che indaga le riflessioni del paziente prima del sonno. Una volta identificate le attribuzioni errate sull'insonnia, si deve aiutare il paziente a considerarle solo una delle interpretazioni possibili, e trovare insieme a lui delle alternative a questi pensieri disfunzionali. Grazie all'automonitoraggio, inoltre, lo si può aiutare a vedere quanto la reazione emotiva sia diversa a seconda della natura dei pensieri concepiti. Per fare questo si può ricorrere alla ristrutturazione cognitiva.

Un altro problema dei pazienti insonni è *l'amplificazione delle conseguenze diurne* del disturbo. Mentre alcuni pazienti possono esperire conseguenze diurne reali dell'insonnia, la paura di queste

conseguenze e la preoccupazione rispetto agli effetti sulla salute della perdita di sonno, ingrandisce il resoconto soggettivo di queste conseguenze e amplifica la natura disastrosa dell'insonnia. Stanchezza, irritabilità ed inefficienza possono essere soggettivamente attribuite ad una notte di sonno scarso, ma in realtà sono piuttosto limitate le misurazioni oggettive della sonnolenza diurna e della mancanza di attenzione vigile nei pazienti. È importante quindi chiedere al paziente se è possibile che i problemi esperiti durante il giorno siano conseguenza di qualcosa di diverso, ed aiutarlo a vedere come possibile fonte delle sue difficoltà la preoccupazione per fattori altri dalla mancanza di sonno, come il lavoro, le relazioni con altre persone, la famiglia, ecc. I resoconti sugli effetti avversi sono più alti negli individui più soggetti a preoccuparsi, infatti persone con insonnia soggettiva mostrano di più i postumi diurni degli eventi avversi rispetto a quelli con insonnia psicofisiologica, dove vi sono prove oggettive che il sonno è disturbato. La personalità tendente alla preoccupazione di molti pazienti con insonnia soggettiva può essere la causa di questo fenomeno, o può confermare la tendenza dei pazienti con insonnia psicofisiologica verso un *iperarousal* fisiologico, sia durante il giorno che durante la notte. In ogni caso, uno sguardo razionale alle conseguenze oggettive della mancanza di sonno può aiutare i pazienti a riattribuire le presunte conseguenze e vedere che la preoccupazione relativa all'insonnia può essere più dannosa per la loro salute di quanto non lo sia la reale perdita di sonno.

In alcune situazioni può essere che il paziente riduca drasticamente il proprio livello di attività diurna a causa della scarsità di sonno e della mancanza di energia. In questi casi è importante sia chiedere al paziente di non attribuire al sonno un valore eccessivo, cercando quindi di mantenere tutti gli impegni di vita normali, a prescindere da come ha dormito, sia verificare i motivi che portano a questa scelta, per vedere se vi siano dei vantaggi secondari, o qualche forma di depressione. Spingere il paziente a portare avanti le proprie abitudini e attività quotidiane, indipendentemente da come ha trascorso la notte, serve per distrarre l'attenzione dalla carenza di sonno e per far vedere che si può riuscire a fare tutto nonostante una notte di sonno scarso, e che quindi l'efficienza diurna non dipende esclusivamente da quanto si è dormito.

Aspettative irrealistiche verso il sonno. Ogni persona dorme in modo diverso: le persone con insonnia possono focalizzarsi eccessivamente sul raggiungimento di una "normale" durata, insorgenza, o qualità del loro sonno, confrontando le loro abitudini con quelle di amici o di compagni di letto. Sebbene dormire otto ore possa essere il tempo medio di sonno della maggior parte degli adulti, la pressione auto imposta di raggiungere questa durata del sonno può peggiorare le difficoltà di sonno o far sì che persone che hanno un ben definito disturbo del sonno pensino di soffrire di insonnia. In questi casi una valutazione clinica di base rispetto ai parametri del sonno rivela la severità e la significatività del disturbo del sonno e determina se esso sia patologico o se sia entro le normali fasce. Per quei pazienti che hanno aspettative irrealistiche, la terapia cognitiva può essere d'aiuto nel cambiare le aspettative rispetto al sonno e riconsiderare l'importanza clinica delle difficoltà nel dormire, mostrando loro che se qualche volta non si sentono

completamente riposati, non significa che questo sia patologico o che il sonno della notte precedente fosse disturbato, e verificare anche in questo caso come non sempre il benessere diurno sia legato a notti di maggiore sonno.

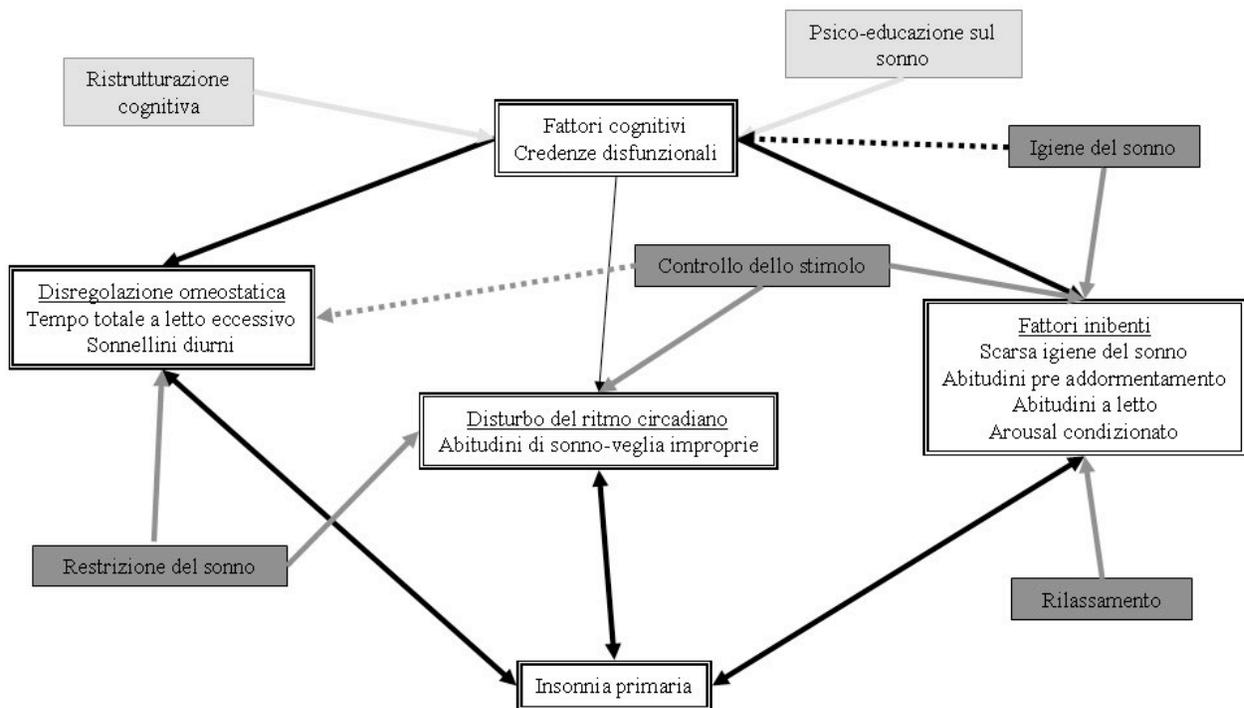
È importante anche valutare *l'ansia da prestazione e impotenza appresa*. Per molte persone l'insonnia costituisce una mancanza di controllo, in quanto la variabilità delle modalità del sonno tra una notte e l'altra porta ad una rappresentazione del sonno come imprevedibile e fuori dal proprio controllo. Quando il sentimento di impotenza cresce, i pazienti sentono una pressione ancora maggiore rispetto all'addormentarsi, e si crea un senso di ansia da prestazione che può peggiorare la situazione. Le strategie cognitive per risolvere questa situazione possono includere le raccomandazioni paradossali, che aumentano la percezione di avere il controllo da parte del paziente. Nel trattamento paradossale i tentativi controproducenti di dormire sono sostituiti dall'intenzione di rimanere passivamente svegli, o dalla cessazione di qualsiasi sforzo diretto di prendere sonno. Al paziente viene indicato di cercare di rimanere sveglio, di tenere gli occhi aperti, quando è a letto e al buio, "un po' di più", non cercare di dormire, ma congratularsi per essere riuscito a rimanere sveglio, e nel caso in cui si preoccupi del fatto che rimane sveglio, ricordarsi che sta seguendo proprio questa istruzione, e che quindi sta facendo la cosa giusta. Questo dovrebbe portare il paziente a superare la preoccupazione rispetto al sonno, favorendo un atteggiamento meno ansioso rispetto all'essere svegli. Tutto questo viene fatto perché, quando l'insonnia è imprevedibile e sembra non avere alcuna causa, i pazienti possono cadere in uno stato di impotenza appresa e credere che i farmaci ipnotici sono la sola fonte di prevedibilità o che non ci sarà mai alcun controllo. A questo punto i pazienti iniziano a vedere se stessi come vittime e catastrofizzano il potere, l'effetto e la durata dell'insonnia.

Credenze errate relativamente alle pratiche che promuovono il sonno., ovvero idee preconconcette rispetto alla risoluzione dell'insonnia possono solo peggiorare la situazione. La tattica controproducente più comunemente messa in atto dalle persone incapaci di dormire è lo stare a letto e insistere nel provare a dormire, o dormire al mattino per compensare il poco sonno, ma possono essere messe in atto altre pratiche, come bere alcool prima di dormire, o cercare di addormentarsi guardando la televisione, che aumentano il disturbo. La maggior parte delle pratiche erranee sono alterate dalla componente comportamentale della terapia, ma i pazienti hanno anche bisogno di una ristrutturazione cognitiva rispetto al modo in cui pensano alla promozione del sonno.

In generale si è visto come la terapia cognitiva per l'insonnia aiuti a cambiare le idee di fondo che perpetuano il problema dell'insonnia, e come le persone con insonnia dovrebbero imparare sei strategie cognitive di base: 1. avere aspettative realistiche, 2. non incolpare l'insonnia per tutti i problemi, 3. non provare mai a dormire, 4. non dare troppa importanza al sonno, 5. non catastrofizzare dopo una notte di

sonno scarso, 6. sviluppare tolleranza verso gli effetti dell'insonnia. La Figura 1 schematizza le cause che portano o mantengono l'insonnia, e gli aspetti sui quali vanno ad agire le diverse parti della TCC-I.

Con la TCC-I si ottiene un importante miglioramento nei problemi legati all'insonnia, sia notturni che diurni, e questo miglioramento sembra perdurare nel tempo anche dopo un anno che la terapia si è conclusa (Harvey et al. 2007). I risultati delle ricerche indicano che la TCC-I è efficace per il 70-80% dei pazienti, anche nel caso di persone anziane o con comorbidità con altre patologie (Morin 2007).



Le linee piene indicano un effetto diretto
Le linee tratteggiate indicano un possibile effetto secondario

Figura 1. Tradotta e adattata da Edinger e Means (Edinger & Means 2005).

Approccio farmacologico combinato con TCC

Gli studi che hanno preso in esame l'associazione di TCC e di farmaci per il trattamento dell'insonnia hanno dimostrato che l'introduzione della TCC, prima accanto e poi in sostituzione dei farmaci, porta ai risultati migliori; in particolare, in una fase acuta sembra che i risultati più rapidi si ottengano attraverso i farmaci o con le due terapie combinate, mentre nel breve e lungo periodo la TCC offre migliori garanzie di successo e di mantenimento dei risultati raggiunti (Vallieres et al. 2004; Vallieres et al. 2005; Mendelson 2007). Morin (Morin & Espie 2004) sostiene che "l'approccio sequenziale garantisce un

proseguimento della terapia dopo la graduale sospensione dei farmaci, fornendo quindi un'opportunità per integrare le capacità di autogestione appena apprese, in particolare nel momento in cui è probabile che l'insonnia di rimbalzo rinforzi nel paziente la convinzione di aver bisogno indefinitamente dei farmaci". L'autore afferma inoltre che "il fatto che il paziente attribuisca i benefici terapeutici iniziali al solo farmaco, senza l'integrazione delle capacità di autogestione, può ostacolare i risultati a lungo termine e rendere più difficoltoso il processo di sospensione dell'ipnotico".

Peraltro lo stesso Morin (2006) mette in rilievo che la decisione su quale trattamento iniziare prima, o se portarli avanti contemporaneamente, dipende da fattori quali la natura dell'insonnia, la storia del trattamento, condizioni di comorbidità, la possibilità di accettare il trattamento da parte del paziente e il costo o la disponibilità del trattamento stesso.

Il trattamento cognitivo-comportamentale, oltre a rendere più semplice la riduzione e quindi la cessazione dell'utilizzo delle BDZ (Baillargeon et al. 2003; Morin et al. 2004), aiuta a prevenire le ricadute che sono molto frequenti dopo l'interruzione del trattamento con farmaci ipnotici (Morin et al. 2005). È stato provato che la TCC può non solo aumentare l'effetto dei farmaci, ma anche sostituirli efficacemente (Morin 2004) e, in particolare nei pazienti anziani, è più efficace del trattamento con farmaci ipnotici (Sivertsen et al. 2006) e dà buoni risultati sia nel trattamento dell'insonnia primaria e secondaria, sia nel caso di pazienti con dipendenza da farmaci ipnoinducenti (Nau et al. 2005).

La qualità della vita nei pazienti insonni che assumono farmaci ipnotici risulta decisamente inferiore, se confrontata con quella della popolazione generale, in particolare rispetto alla salute fisica, e, se questi pazienti ricevono una TCC per l'insonnia, nell'arco di sei mesi si osserva un miglioramento significativo per quanto riguarda aspetti relativi al funzionamento fisico, emotivo e alla salute mentale (Dixon et al. 2006).

Generalmente le persone iniziano ad assumere farmaci durante i periodi di insonnia acuta situazionale, ma spesso continuano ad assumerli anche una volta che le difficoltà di sonno sono scomparse, come profilassi per evitare il ripresentarsi del problema. L'uso quotidiano porta però a tolleranza, con conseguente aumento del dosaggio. Nel momento in cui si è raggiunto il dosaggio massimo in assenza di rischio, il paziente si trova ormai in un circolo vizioso, dove i tentativi di interrompere l'assunzione di farmaci sono sempre associati a quella che viene chiamata insonnia di rimbalzo, caratterizzata da sintomi di astinenza e peggioramento delle difficoltà di sonno. A questo punto l'ansia del paziente cresce, si rinforza la convinzione di avere bisogno del farmaco per dormire, e tutto questo porta a sviluppare una forma di insonnia farmaco-dipendente. La diagnosi di insonnia ipnotico-dipendente implica che vi sia una difficoltà di sonno associata all'uso quasi quotidiano di un agente ipnotico, per un periodo minimo di tre settimane, con tolleranza ai farmaci ipnotici e effetti di astinenza in seguito alla loro sospensione (American Sleep Disorders Association, 1997).

Sospensione dei farmaci per l'insonnia con l'ausilio della TCC

Come nel momento in cui si deve attuare una psicoterapia, anche per la sospensione dei farmaci è fondamentale che il paziente sia motivato, che sia in un momento in cui è in grado di portare avanti il programma, ed è preferibile che la motivazione sia intrinseca piuttosto che estrinseca.

Se il paziente è preoccupato per i sintomi di astinenza e dall'insonnia di rimbalzo, va rassicurato facendo presente che si tratta di un programma molto graduale e che i sintomi da astinenza spariscono in tempi piuttosto brevi. Se il paziente dimostra di avere poca fiducia nelle proprie capacità di smettere il farmaco, si può presentare questo programma come un'opportunità per migliorare il proprio autocontrollo sul sonno e sulla propria vita in generale.

Una volta accertata la motivazione del paziente, si deve scegliere con lui la data di inizio del programma e la data finale in cui non dovranno più essere assunti farmaci, e il paziente viene incoraggiato a comunicare questa data a persone a lui vicine, come il partner, per favorire la motivazione e ottenere sostegno.

Prima di iniziare il protocollo va tenuto un diario del sonno e dei farmaci per un periodo di due settimane, dove devono essere registrati sia i parametri del sonno che tutti gli ausili, sia farmaci che alcool, che utilizza per dormire (tipo, dosaggio, frequenza di assunzione); questo allo scopo di definire il livello base da cui si parte, e progettare un programma di diminuzione e cessazione del farmaco. Il diario andrà poi portato avanti per tutta la durata del protocollo, stabilendo un obiettivo settimanale di riduzione del farmaco, e verificando che il paziente si senta in grado di seguire il programma. Nel caso in cui si dimostrasse poco sicuro di poter raggiungere l'obiettivo settimanale prefissato, è bene ridurlo, o spostarlo alla settimana successiva.

Se il paziente alterna più farmaci, o ne assume più di uno, va stabilizzarlo su una monoterapia prima di iniziare il trattamento.

Il dosaggio in genere viene ridotto del 25% in periodi che vanno da una a due settimane, sino ad arrivare al dosaggio minimo disponibile. La durata totale del programma di sospensione varia in genere da 4 a 12 settimane, anche se uno studio di Baillargeon e coll. (Baillargeon et al. 2003) ha dimostrato come, nel caso di pazienti che utilizzino i farmaci entro dosi terapeutiche, un periodo di 8 o 10 settimane dovrebbe essere adeguato. Nelle riduzioni di dosaggio è importante non scendere sotto la settimana, perché sarebbe alto il rischio di incorrere in insonnia di rimbalzo.

Una volta raggiunto il dosaggio minimo consigliato vanno introdotte quelle che Morin (Morin & Espie 2004) chiama le "vacanze del sonno", ovvero si istruisce il paziente ad assumere il farmaco inizialmente soltanto in un numero predeterminato di notti, e quindi secondo una programmazione fissa, e non in base alle necessità. Questa modalità, che prevede che il paziente debba prendere il farmaco non nelle notti in

cui sente di averne bisogno, ma a prescindere da questo, aiuta a indebolire la connessione fra la mancanza di sonno e l'assunzione di un farmaco.

Infine va sospeso definitivamente il farmaco, facendo presente ai pazienti spaventati da questa prospettiva che la quantità che stanno assumendo a questo punto ha degli effetti veramente minimi sulla qualità del loro sonno.

Per prevenire le ricadute è importante far presente che potrebbe servire un certo periodo di tempo senza farmaci prima che il sonno ritorni normale, e aiutare il paziente a riconoscere che vi possono essere situazioni più rischiose di altre rispetto alla difficoltà di dormire, ovvero quelle associate a situazioni di stress nella vita quotidiana. L'aiuto della TCC in questo senso è legato al fatto che il paziente da una parte può avere appreso tecniche comportamentali e di igiene del sonno che gli permettono di ridurre comunque l'insonnia, anche nelle situazioni stressanti, e dall'altra dovrebbe aver aumentato la propria capacità di interpretare queste notti in una giusta prospettiva, ovvero non come il ritorno del problema di insonnia, ma come conseguenze di un problema contingente.

È altresì importante far presente che, se si dovesse avere ancora bisogno di assumere farmaci per dormire, questo non significherà ritornare alla dipendenza, ma sarà comunque importante limitarne l'uso a una o massimo due notti consecutive, alla dose minima disponibile.

Si può prevedere una fase di mantenimento, effettuando telefonate di controllo o sessioni di follow-up per verificare la situazione del paziente.

Rispetto a frequenza e durata delle sedute, queste dovrebbero essere settimanali, e durare circa 20 minuti nel caso del solo protocollo di riduzione del farmaco, mentre dovrebbero avere la durata di una normale seduta terapeutica nel caso venga contemporaneamente messa in atto la TCC. È importante che le convinzioni errate del paziente rispetto al sonno e le sue preoccupazioni vengano analizzate a fondo e discusse. Ai fini di migliorare l'autostima del paziente, è bene concedere la massima libertà possibile rispetto al regime di sospensione graduale che viene concordato.

Come detto in precedenza, la sospensione dei farmaci viene aiutata dall'associazione con TCC (Baillargeon et al. 2003; Morin et al., 2004; Morin et al. 2005); nel caso in cui, però, vi siano pazienti che assumono più del doppio della dose più alta consigliata, si rende necessario un ricovero per la disintossicazione.

Trattamento individuale, di gruppo, altre forme

Il trattamento cognitivo comportamentale per l'insonnia può essere attuato sia in forma individuale che di gruppo, e vi sono alcuni studi che presentano i risultati di altre forme di trattamento, ad esempio tramite Internet o autosomministrato con audiocassette o per telefono (Morin 2007). I vantaggi e i limiti sono quelli comuni alle diverse situazioni.

La terapia individuale può essere personalizzata in base alle specifiche esigenze e particolarità del paziente, sia rispetto all'ordine con cui si possono proporre i diversi moduli dell'intervento, sia rispetto all'opportunità di proporli tutti o escluderne alcuni. Vedendo il paziente singolarmente, inoltre, è possibile affrontare anche problemi correlati al disturbo, che possono interferire con il processo terapeutico ed impedire il miglioramento del sonno. Come possibile lato negativo, oltre evidentemente al maggior costo, vi è quello che la terapia indirizzata all'insonnia potrebbe venire rallentata dal trattamento di altri aspetti che il paziente porta in seduta.

La terapia di gruppo, che ha un migliore rapporto costi-benefici rispetto all'individuale, presenta una serie di aspetti positivi. I pazienti possono rendersi conto di non essere soli, e condividere il proprio problema con gli altri partecipanti; il gruppo può diventare una sorta di rete di sostegno sociale; i pazienti più diligenti nel seguire le indicazioni del terapeuta possono servire da stimolo e da esempio per gli altri; infine, il fatto di trovarsi in gruppo impedisce di soffermarsi troppo su questioni personali, che esulano dal trattamento dell'insonnia. Il numero ottimale di partecipanti va da cinque ad otto, perché avere gruppi più numerosi impedisce di focalizzarsi sui diari del sonno di tutti, rende più difficile partecipare intervenendo, e può creare maggiore imbarazzo e soggezione tra i membri. È inoltre opportuno che vi sia una certa omogeneità tra i partecipanti del gruppo, soprattutto in termini di diagnosi di insonnia primaria (più indicata per il trattamento in questa forma) o secondaria. Quest'ultima può creare più problemi perché, nel momento in cui vi sono comorbilità importanti, diventa difficile rendere le sedute adattabili a tutti i pazienti. I partecipanti al gruppo dovrebbero iniziare e terminare tutti nello stesso momento, facendo lo stesso numero di incontri.

Dati recenti di letteratura hanno mostrato che la relazione terapeutica e le aspettative dei pazienti rispetto a cosa possono ottenere dalla terapia hanno un peso importante nell'efficacia dell'intervento, e che il fatto che i pazienti abbiano aspettative meno elevate e stabiliscano però una migliore alleanza con il terapeuta porta ad avere risultati migliori; un terapeuta percepito come molto critico, invece, può essere motivo di abbandono del gruppo (Constantino et al. 2007).

La terapia di gruppo è stata usata anche con pazienti affetti da malattie mentali gravi, ottenendo dei risultati positivi a livello di trattamento dell'insonnia, nelle capacità di generalizzare quanto appreso, nell'aumentato senso di autocontrollo e autoefficacia e nell'ottenere supporto dal gruppo per migliorare le proprie abilità (Dopke et al. 2004).

Forme alternative, come si diceva, prevedono l'utilizzo di video, Internet, sedute telefoniche, o anche uno o due incontri seguiti dall'utilizzo di un manuale di auto-aiuto.

Sebbene queste forme non permettano di ottenere gli stessi risultati che si hanno quando i pazienti vengono seguiti da un professionista, vi sono ricerche che mostrano come anche in queste situazioni si possano ottenere dei benefici, soprattutto nel caso di pazienti molto motivati e che presentano un problema

di insonnia senza altre complicazioni importanti (Bastien et al. 2004; Green et al. 2005; Jansson & Linton 2005; Rybarczyk et al. 2005).

Parametri del trattamento

Il protocollo elaborato da Morin (Morin & Espie 2004) prevede una durata da sei a dieci incontri, con cadenza settimanale. I primi due incontri dovrebbero riguardare la valutazione clinica, e contemporaneamente per due settimane va tenuto il diario del sonno. I successivi incontri costituiscono le sedute terapeutiche. Se dopo i primi incontri si ottengono buoni risultati, si può decidere di diminuire la frequenza a una seduta ogni due settimane, mentre nel caso di pazienti che continuino ad avere difficoltà di sonno dopo le dieci sedute è bene proseguire il trattamento, eventualmente distanziando gli incontri.

Nel caso di pazienti che presentino patologie concomitanti di tipo medico o psicopatologico, il trattamento dell'insonnia va spostato a dopo aver trattato questi altri problemi solo nel caso in cui queste condizioni possano compromettere il risultato del trattamento.

Le sedute di terapia individuale dovrebbero durare intorno ai 50 minuti, mentre quelle di terapia di gruppo dovrebbero essere di circa 90 minuti.

L'organizzazione di ogni seduta, per quanto varino i contenuti, dovrebbe essere strutturata come segue:

- esaminare il diario del sonno, chiedendo al paziente di darne un'interpretazione, al fine di aumentare la consapevolezza dei fattori che possono favorire o ostacolare il sonno;
- valutare la compliance nei confronti delle procedure cliniche e dei compiti assegnati;
- identificare le difficoltà incontrate durante la pratica a casa e le strategie per promuovere l'aderenza al trattamento: nel caso in cui si verifichi un problema in questo senso, cercare delle soluzioni concrete per risolverlo;
- presentare un nuovo elemento terapeutico ed il suo fondamento razionale;
- illustrare del materiale didattico a sostegno di tale elemento, e possibilmente fornire del materiale scritto che serva da promemoria;
- passare in rassegna gli incarichi da svolgere a casa durante la settimana successiva, dei quali sarebbe bene fornire un riassunto scritto.

Dal momento che la compliance del paziente è fondamentale per ottenere dei buoni risultati, è importante prestare particolare attenzione all'aderenza al trattamento.

Vi sono alcuni fattori che permettono di aumentarla. Innanzitutto è importante fornire un intervento flessibile, basato sulle risposte al paziente, cercando però di condurre l'intervento nel modo più rigoroso possibile, evitando che la personalizzazione dell'intervento porti ad eliminare elementi efficaci della terapia. Se ad esempio può essere vero che non per tutti il rilassamento ha un effetto importante, non si può però esimersi dal portare avanti il controllo dello stimolo, che dalle ricerche cliniche è risultato sempre associato a buoni risultati. Può esservi la tendenza ad omettere quelle componenti che risultano più

scomode al paziente; è opportuno invece fare un lavoro preparatorio per superare la resistenza del paziente. Si deve stabilire una buona relazione terapeutica, che tenga presente la gravità e l'influsso negativo del problema sulla vita del paziente. In ogni seduta il lavoro deve essere focalizzato e diretto, deve essere molto chiaro a tutti su cosa si è lavorato e ciò di cui si è discusso, quali sono gli accordi presi, e quali le azioni da intraprendere. È fondamentale avere sempre presente quanto il paziente è interessato e disposto ad attuare un cambiamento, sia in generale sia in relazione agli obiettivi specifici del programma, e fare il possibile per aumentare l'aderenza al trattamento. I progressi vanno sempre valutati in collaborazione con il paziente: si può dover ammettere che non si sono fatti grossi passi in avanti, e quindi prevedere una certa rielaborazione. Il problema non deve mai essere sottostimato, e proprio le difficoltà che si possono incontrare nel tentativo di mettere in atto un cambiamento sono un segnale della gravità del disturbo; bisogna quindi essere preparati ad insistere negli interventi. Infine, è importante trasmettere al paziente entusiasmo e dargli coraggio, fornendo anche dati relativi ai successi della terapia cognitivo comportamentale nel risolvere il problema dell'insonnia.

Conclusioni

Una revisione sistematica della letteratura relativa alla TCC per l'insonnia (Wang et al. 2005) dimostra che questo trattamento porta a cambiamenti significativi nei parametri relativi al sonno per i partecipanti agli studi con insonnia primaria cronica, e che il trattamento completo è superiore ad un trattamento effettuato con singole componenti, come il training di rilassamento, i programmi psicoeducativi, la farmacoterapia e altri trattamenti placebo.

In particolare grazie alla TCC si hanno importanti modificazioni nelle credenze e nelle attitudini verso il sonno, si può ridurre l'assunzione di farmaci senza che questo comporti un deterioramento nel sonno, nel livello di ansia o di depressione e l'effetto del trattamento dura a lungo nel tempo, mentre gli interventi con i farmaci hanno efficacia più breve; tutto questo non porta solo a un miglioramento nei sintomi, ma aumenta anche il senso di controllo del paziente rispetto ai problemi di sonno. Inoltre sembra che la depressione lieve possa migliorare grazie al trattamento dell'insonnia con TCC (Taylor et al. 2007), e che persone affette da PTSD, già curate efficacemente con la TCC, possano – nel caso in cui mantengano l'insonnia, anche slegata da incubi, dopo il trattamento – trarre importanti benefici dalla TCC-I (Zayfert & DeViva 2004; DeViva et al. 2005). Anche rispetto all'insonnia in comorbilità con molti altri disturbi di origine psichiatrica e medica, i dati disponibili indicano che la TCC-I permette di ottenere risultati abbastanza buoni, anche se non vi sono ancora molte ricerche effettuate in caso di insonnia secondaria (Smith et al. 2005).

Smith e Perlis (Smith & Perlis 2006), date le numerose prove che dimostrano che la TCC è efficace per trattare l'insonnia, propongono un algoritmo per selezionare i pazienti che possono essere sottoposti a questa terapia (Figura 2), tenendo conto di diversi aspetti:

- a) se i soggetti lamentano difficoltà nell'iniziare o mantenere il sonno (DIMS) che causano un pesante distress o creano seri problemi diurni, ad un punto tale per cui ha senso applicare il trattamento. Vanno inclusi i pazienti che lamentano questi problemi anche da un periodo di tempo breve, nel qual caso la TCC potrebbe essere intesa come intervento di profilassi, mentre vanno esclusi i pazienti che lamentano sonno non ristoratore, in assenza delle difficoltà sopra descritte, perché non ci sono sufficienti prove che indichino che la TCC è efficace in queste situazioni;
- b) se queste difficoltà non sono dovute ad alterazioni nei ritmi circadiani, come la fase del sonno ritardata o anticipata, poiché in questo caso esistono terapie (come la fototerapia o altri interventi crono-biologici) più efficaci. Se si ha una lieve forma di disregolazione crono-biologica in pazienti con insonnia, si possono abbinare i due diversi trattamenti (Lack et al. 1995);
- c) se queste difficoltà non sono dovute a una malattia fisica o psichiatrica instabile o non diagnosticata, perché in questo caso può essere che l'insonnia se ne vada quando passa la fase acuta della malattia, o se il disturbo primario impedisce, nella fase acuta, al paziente di applicarsi con profitto alla TCC (ad esempio nel caso di depressione grave), o infine se si sospetta che la TCC o qualche sua componente potrebbe aggravare la malattia.

Sebbene la TCC per l'insonnia sia considerata del tutto priva di rischi e con effetti collaterali minimi, alcune componenti possono risultare dannose per certe categorie di pazienti.

Il controllo dello stimolo, che prevede che il paziente si alzi dal letto se non riesce ad addormentarsi in 15/20 minuti, può essere difficile da eseguire, o anche dannoso, nel caso di pazienti fragili, con problemi di mobilità, o con condizioni mediche che portano ad un aumentato rischio di cadute.

La restrizione del sonno può aggravare alcune condizioni preesistenti, come l'epilessia, il disturbo bipolare, parasonnie o altri disturbi associati ad eccessiva sonnolenza diurna.

Il rilassamento è risultato associato a una reazione paradossale di ansia nel 15% dei casi (Heide & Borkovec 1983), anche se non è chiaro in che tipologia di pazienti questo avvenga.

Nonostante vi siano alcune componenti della TCC-I che possono risultare controindicate per alcuni pazienti, si deve considerare che è insolito che tutte le parti che compongono il trattamento siano controindicate per un particolare paziente, e questo è un aspetto incoraggiante, considerando che vi sono prove che dimostrano che – a parte il rilassamento, che è efficace, ma non tanto quanto le altre componenti – non c'è molta differenza nell'efficacia delle varie parti principali della TCC rispetto alle misure soggettive del sonno (Irwin et al. 2006).

Un ultimo aspetto da considerare per decidere se un paziente può trarre giovamento dalla TCC-I è se vi siano comportamenti maladattivi o stati di attivazione che interferiscono con il sonno, e che perpetuano il problema dell'insonnia. Nel caso in cui siano presenti tutti gli altri aspetti che vedono il paziente come un buon candidato per la terapia, ma non si abbiano comportamenti maladattivi o *iperarousal*, si deve

valutare se non ci sia un'altra condizione medica (incluso un diverso disturbo del sonno) o psichiatrica che sottostanno al problema. In questi casi potrebbe essere più indicato il trattamento farmacologico.

In conclusione, dai dati delle ricerche condotte nell'arco di molti anni, si può affermare che la TCC-I è un intervento efficace per il trattamento dell'insonnia in generale ed è applicabile alla maggioranza dei pazienti. È auspicabile che la sua pratica venga diffusa e riconosciuta, in particolare dai medici di medicina generale, solitamente i primi a venire a conoscenza di questi problemi, ed anche che una maggiore consapevolezza rispetto al disturbo porti chi ne soffre a chiedere aiuto, in modo tale da ridurre i costi che l'insonnia comporta, sia rispetto alla Sanità, che all'ambito lavorativo, che, ovviamente, alla qualità della vita.

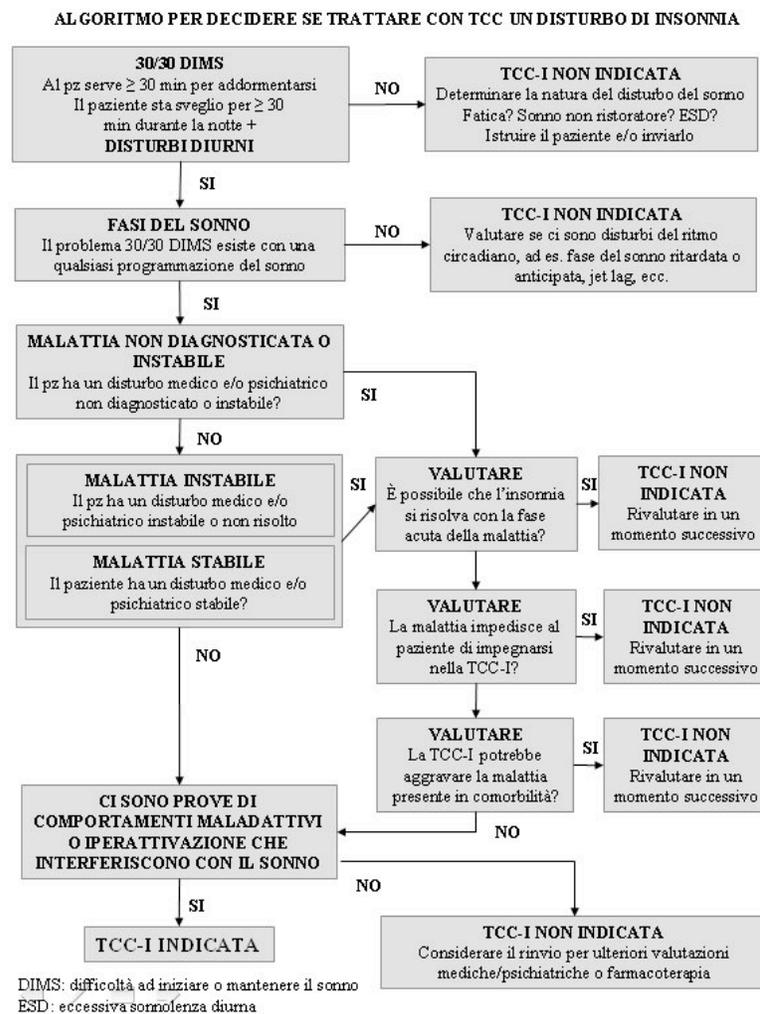


Figura 2. Tradotta e adattata da Smith e Perlis (Smith & Perlis 2006)

Diario del sonno

Istruzioni al paziente

Questo diario del sonno è stato ideato per fornire una registrazione della Sua esperienza riguardo al sonno e dell'utilizzo che fa di farmaci o alcool per favorire il sonno. Come vedrà, è possibile registrare le informazioni su sette notti, una settimana, in un unico modulo. Per favore, compili una colonna del diario ogni mattina, subito dopo essersi alzato. Si prenda qualche minuto per farlo, cercando di essere il più preciso possibile. Pur fornendo la valutazione più accurata possibile, cerchi di non prendere l'abitudine di guardare l'orologio durante la notte.

Nome _____

Settimana _____

Misurazione del pattern del sonno

	1	2	3	4	5	6	7
	giorno						
1. A che ora si è alzato questa mattina?							
2. A che ora è andato a letto ieri sera?							
3. Quanto tempo ha impiegato per addormentarsi?							
4. Quante volte si è svegliato durante la notte?							
5. Quanto tempo è rimasto sveglio durante la notte?							
6. Quanto tempo ha dormito in tutto (ore/minuti)?							
7. Quanto alcool ha assunto ieri sera?							
8: Quante pillole per dormire ha preso?							

Misurazione della qualità del sonno

1. Quanto si sente riposato questa mattina? 0 1 2 3 4 Per nulla Moderat. Molto							
1. Quanto è stato piacevole il sonno la scorsa notte? 0 1 2 3 4 Per nulla Moderat. Molto							

Riservato al terapeuta

SOL	WAKE	WASO	TST	TIB	SE

Inserire negli appositi riquadri i valori medi per le variabili:

SOL, latenza dell'esordio del sonno (domanda 3)

WAKE, numero dei risvegli (domanda 4)

WASO, tempo di veglia dopo l'esordio del sonno (domanda 5)

TST, periodo totale di sonno (domanda 6)

TIB, tempo trascorso a letto (domanda 2 meno domanda 1)

SE, efficienza del sonno (TST diviso per TIB, moltiplicato per 100).

Da: Bootzin, R. R. & Engle-Friedman, M. (1981). The assessment of insomnia. *Behavioral Assessment*, 3, 107-126.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed. Rev.)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. Text Rev.)*. Washington, DC.
- American Sleep Disorders Association (1997). *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual Revised*. MN: American Sleep Disorders Association.
- Bader, K., Schafer, V., Schenkel, M., Nissen, L., Kuhl, H. C., & Schwander, J. (2007a). Increased nocturnal activity associated with adverse childhood experiences in patients with primary insomnia. *J.Nerv.Ment.Dis.*, *195*, 588-595.
- Bader, K., Schafer, V., Schenkel, M., Nissen, L., & Schwander, J. (2007b). Adverse childhood experiences associated with sleep in primary insomnia. *J.Sleep Res.*, *16*, 285-296.
- Baillargeon, L., Landreville, P., Verreault, R., Beauchemin, J. P., Gregoire, J. P., & Morin, C. M. (2003). Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: A randomized trial. [References]. *Canadian Medical Association Journal*, *169*, 1015-1020.
- Bastien, C. H., Vallieres, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.*, *2*, 297-307.
- Bastien, C. H., Vallieres, A., & Morin, C. M. (2004). Precipitating factors of insomnia. *Behav.Sleep Med.*, *2*, 50-62.
- Bastien, C. H., Morin, C. M., Ouellet, M. C., Blais, F. C., & Bouchard, S. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia: Comparison of Individual Therapy, Group Therapy, and Telephone Consultations. [References]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 653-659.
- Bonnet, M. H. & Arand, D. L. (2003). Situational insomnia: consistency, predictors, and outcomes. *Sleep.*, *26*, 1029-1036.
- Bootzin, R. R. & Engle-Friedman, M. (1981). The assessment of insomnia. *Behavioral Assessment*, *3*, 107-126.
- Bootzin, R. R., Epstein, D., & Wood, J. (1991). Stimulus control instructions. In PJ Hauri (Ed.), *Case studies in insomnia* (pp. 19-28). New York: Plenum Press.
- Bootzin, R. R., Kihlstrom, J. F., & Schacter, D. L. (1990). Sleep and cognition. *Sleep and cognition.ix.*, *211.pp.Washington, DC., US.: American.Psychological.Association., American.*

- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., III, Kupfer, D. J., Thorpy, M. J., Bixler, E., Manfredi, R., Kales, A., Vgontzas, A., Stepanski, E., & Roth, T. (1994). Clinical diagnoses in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: a report from the APA/NIMH DSM-IV Field Trial. *Sleep, 17*, 630-637.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., III, Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res., 28*, 193-213.
- Carney, C. E. & Edinger, J. D. (2006). Identifying critical beliefs about sleep in primary insomnia. *Sleep, 29*, 444-453.
- Carskadon, M. A., Dement, W. C., Mitler, M. M., Guilleminault, C., Zarcone, V. P., & Spiegel, R. (1976). Self-reports versus sleep laboratory findings in 122 drug-free subjects with complaints of chronic insomnia. *Am.J.Psychiatry., 133*, 1382-1388.
- Carskadon, M. A., Dement, W. C., Mitler, M. M., Roth, T., Westbrook, P. R., & Keenan, S. (1986). Guidelines for the multiple sleep latency test (MSLT): a standard measure of sleepiness. *Sleep, 9*, 519-524.
- Cervena, K., Dauvilliers, Y., Espa, F., Touchon, J., Matousek, M., Billiard, M., & Besset, A. (2004) Effect of cognitive behavioural therapy for insomnia on sleep architecture and sleep EEG power spectra in psychophysiological insomnia. [References]. *Journal of Sleep Research* 13[4], 385-393..
- Chesson, A. L., Jr., Anderson, W. M., Littner, M., Davila, D., Hartse, K., Johnson, S., Wise, M., & Rafecas, J. (1999). Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine report. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. *Sleep, 22*, 1128-1133.
- Constantino, M. J., Manber, R., Ong, J., Kuo, T. F., Huang, J. S., & Arnow, B. A. (2007). Patient expectations and therapeutic alliance as predictors of outcome in group cognitive-behavioral therapy for insomnia. *Behav.Sleep Med., 5*, 210-228.
- Coradeschi, D., Novara, C., & Morin, C. M. (2000). Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire: Italian version and reliability analysis. [Italian]. [References]. *Psicoterapia.Cognitiva.e.Comportamentale.Vol.6.(1)*, -44.
- Creti, L., Libman, E., Bailes, S., & Fichten, C. S. (2005). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Insomnia Treatment in a Community Sample of Older Individuals: More Questions than Conclusions. [References]. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 12*, 153-164.
- Currie, S. R., Clark, S., Hodgins, D. C., & el-Guebaly, N. (2004). Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for insomnia in recovering alcoholics. [References]. *Addiction, 99*, 1121-1132.

- DeViva, J. C., Zayfert, C., Pigeon, W. R., & Mellman, T. A. (2005). Treatment of Residual Insomnia After CBT for PTSD: Case Studies. [References]. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 155-159.
- Dixon, S., Morgan, K., Mathers, N., Thompson, J., & Tomeny, M. (2006). Impact of cognitive behavior therapy on health-related quality of life among adult hypnotic users with chronic insomnia. [References]. *Behavioral Sleep Medicine, 4*, 71-84.
- Dopke, C. A., Lehner, R. K., & Wells, A. M. (2004). Cognitive-behavioral group therapy for insomnia in individuals with serious mental illnesses: A preliminary evaluation. [References]. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27*, 235-242.
- Edinger, J. D., Fins, A. I., Glenn, D. M., Sullivan, R. J., Jr., Bastian, L. A., Marsh, G. R., Dailey, D., Hope, T. V., Young, M., Shaw, E., & Vasilas, D. (2000). Insomnia and the eye of the beholder: are there clinical markers of objective sleep disturbances among adults with and without insomnia complaints? *Journal of Consulting. & Clinical Psychology, 68*(4):586.-93..
- Edinger, J. D. & Fins, A. I. (1995). The distribution and clinical significance of sleep time misperceptions among insomniacs. *Sleep: Journal of Sleep Research. & Sleep Medicine, Vol.18*(4) May., -239.
- Edinger, J. D. & Means, M. K. (2005). Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. [References]. *Clinical Psychology Review, 25*, 539-558.
- Espie, C. A. (2002). Insomnia: conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annu.Rev.Psychol., 53*:215-43., 215-243.
- Espie, C. A. (1991). *The psychological treatment of insomnia*. Chichester, United Kingdom.
- Espie, C. A., Inglis, S. J., Tessier, S., & Harvey, L. (2001). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav.Res.Ther., 39*, 45-60.
- Estivill, E., Bove, A., Garcia-Borreguero, D., Gibert, J., Paniagua, J., Pin, G., Puertas, F. J., & Cilveti, R. (2003). Consensus on drug treatment, definition and diagnosis for insomnia. *Clin.Drug Investig., 23*, 351-385.
- Green, A., Hicks, J., Weekes, R., & Wilson, S. (2005). A Cognitive-Behavioural Group Intervention for People with Chronic Insomnia: An Initial Evaluation. [References]. *British Journal of Occupational Therapy, 68*, 518-522.
- Gross, R. T. & Borkovec, T. D. (1982). Effects of a cognitive intrusion manipulation on the sleep-onset latency of good sleepers. *Behavior.Therapy, Vol.13*(1) Jan., -116.
- Harvey, A. G. (2000a). Pre-sleep cognitive activity: a comparison of sleep-onset insomniacs and good sleepers. *Br.J.Clin.Psychol., 39* (Pt 3), 275-286.
- Harvey, A. G. (2000b). Sleep hygiene and sleep-onset insomnia. *J.Nerv.Ment.Dis., 188*, 53-55.

- Harvey, A. G. & Greenall, E. (2003). Catastrophic worry in primary insomnia. *J.Behav.Ther.Exp.Psychiatry*, *34*, 11-23.
- Harvey, A. G. & Payne, S. (2002). The management of unwanted pre-sleep thoughts in insomnia: distraction with imagery versus general distraction. *Behav.Res.Ther.*, *40*, 267-277.
- Harvey, A. G., Sharpley, A. L., Ree, M. J., Stinson, K., & Clark, D. M. (2007). An open trial of cognitive therapy for chronic insomnia. *Behav.Res.Ther.*, *45*, 2491-2501.
- Harvey, A. G. (2003). Beliefs about the utility of presleep worry: An investigation of individuals with insomnia and good sleepers. [References]. *Cognitive.Therapy.and Research.Vol.27.(4) Aug.*, -414.
- Harvey, A. G., Tang, N. K. Y., & Browning, L. (2005). Cognitive approaches to insomnia. [References]. *Clinical Psychology Review*, *25*, 593-611.
- Harvey, K. J. & Espie, C. A. (2004). Development and preliminary validation of the Glasgow Content of Thoughts Inventory (GCTI): a new measure for the assessment of pre-sleep cognitive activity. *Br.J.Clin.Psychol.*, *43*, 409-420.
- Hauri, P. J. & Wisbey, J. (1992). Wrist actigraphy in insomnia. *Sleep*, *15*, 293-301.
- Haynes, S. N., Adams, A., & Franzen, M. (1981). The effects of presleep stress on sleep-onset insomnia. *J.Abnorm.Psychol.*, *90*, 601-606.
- Healey, E. S., Kales, A., Monroe, L. J., Bixler, E. O., Chamberlin, K., & Soldatos, C. R. (1981). Onset of insomnia: role of life-stress events. *Psychosom.Med.*, *43*, 439-451.
- Heide, F. J. & Borkovec, T. D. (1983). Relaxation-induced anxiety: paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. *J.Consult Clin.Psychol.*, *51*, 171-182.
- Irwin, M. R., Cole, J. C., & Nicassio, P. M. (2006). Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychol.*, *25*, 3-14.
- Jansson, M. & Linton, S. J. (2005). Cognitive-Behavioral Group Therapy as an Early Intervention for Insomnia: A Randomized Controlled Trial. [References]. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *15*, 177-190.
- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*, *14*, 540-545.
- Kales, A., Caldwell, A. B., Soldatos, C. R., Bixler, E. O., & Kales, J. D. (1983). Biopsychobehavioral correlates of insomnia. II. Pattern specificity and consistency with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Psychosom.Med.*, *45*, 341-356.
- Kazarian, S. S., Howe, M. G., & Csapo, K. G. (1979). Development of the Sleep Behavior Self-Rating Scale. *Behavior.Therapy.Vol.10(3) Jun.*, -417.

- Lack, L., Wright, H., & Paynter, D. (1995). The treatment of sleep onset insomnia with morning bright light. *Sleep Research*, 24A, 338.
- Lacks, P. (1987). *Behavioral treatment for persistent insomnia*. New York.
- Lacks, P. & Rotert, M. (1986). Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and good sleepers. *Behav.Res.Ther.*, 24, 365-368.
- Lalli, N. & Fionda, A. (1994). Clinica degli altri disturbi del sonno. In Liguori Editore (Ed.), *L'altra faccia della luna. Il mistero del sonno. I problemi dell'insonnia* (Napoli).
- Lichstein, K. L. & Fischer, S. (1985). Insomnia. In M.Hersen & AS Bellack (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults* (pp. 319-352). New York: Plenum Press.
- Lichstein, K. L. & Morin, C. M. (2000). *Treatment of Late-Life Insomnia*. Thousand Oaks, CA.
- Lichstein, K. L. & Rosenthal, T. L. (1980). Insomniacs' perceptions of cognitive versus somatic determinants of sleep disturbance. *J.Abnorm.Psychol.*, 89, 105-107.
- Means, M. K., Edinger, J. D., Glenn, D. M., & Fins, A. I. (2003). Accuracy of sleep perceptions among insomnia sufferers and normal sleepers. *Sleep Med.*, 4, 285-296.
- Mendelson, W. B. (2007). Combining pharmacologic and nonpharmacologic therapies for insomnia. *J.Clin.Psychiatry*, 68 Suppl 5, 19-23.
- Merica, H., Blois, R., & Gaillard, J. M. (1998). Spectral characteristics of sleep EEG in chronic insomnia. *Eur.J.Neurosci.*, 10, 1826-1834.
- Monroe, L. J. (1967). Psychological and physiological differences between good and poor sleepers. *Journal of Abnormal.Psychology*.72.(3):255.-64..
- Morin, C. M. (1994). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep: Preliminary scale development and description. *The Behavior Therapist*, 17, 163-164.
- Morin, C. M. (2007). Cognitive-behavioral management of insomnia: recent advances and innovations. *Sleep Medicine, Suppl 8*, S5-S9.
- Morin, C. M. (2006). Combined therapeutics for insomnia: Should our first approach be behavioral or pharmacologic? *Sleep Medicine*, 7S1, S15-S19.
- Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*, 281, 991-999.
- Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P., & Mérette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, 7, 123-130.
- Morin, C. M. (2004). Cognitive-Behavioral Approaches to the Treatment of Insomnia. [References]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 33-40.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York, NY, US.

- Morin, C. M., Bastien, C., Guay, B., Radouco-Thomas, M., Leblanc, J., & Vallieres, A. (2004). Randomized Clinical Trial of Supervised Tapering and Cognitive Behavior Therapy to Facilitate Benzodiazepine Discontinuation in Older Adults With Chronic Insomnia. [References]. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 332-342.
- Morin, C. M., Belanger, L., Bastien, C., & Vallieres, A. (2005). Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia: A survival analysis of relapse. [References]. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1-14.
- Morin, C. M. & Espie, C. A. (2004). *Insomnia. A Clinical Guide to Assessment and Treatment. "Insomnia. Guida alla valutazione e all'intervento psicologico."*
- Nau, S. D., McCrae, C. S., Cook, K. G., & Lichstein, K. L. (2005). Treatment of insomnia in older adults. [References]. *Clinical Psychology Review*, *25*, 645-672.
- Nelson, J. & Harvey, A. G. (2002). The differential functions of imagery and verbal thought in insomnia. *J.Abnorm.Psychol.*, *111*, 665-669.
- Nissen, C., Kloepfer, C., Nofzinger, E. A., Feige, B., Voderholzer, U., & Riemann, D. (2006). Impaired sleep-related memory consolidation in primary insomnia--a pilot study. *Sleep.*, *29*, 1068-1073.
- Pancheri, P., Brugnoti, R., Cirignotta, F., Ferini-Strambi, L., Muscettola, G., Rossi, A., & Terzano, M. (2007). Disturbi psichiatrici e alterazioni del sonno: i risultati di una survey. *Giornale Italiano di psicopatologia.Italian Journal of Psychopathology*, *13*, 1-24.
- Perlis, M. L., Smith, M. T., Andrews, P. J., Orff, H., & Giles, D. E. (2001). Beta/Gamma EEG activity in patients with primary and secondary insomnia and good sleeper controls. *Sleep.*, *24*, 110-117.
- Quesnel, C., Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2003). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in women treated for nonmetastatic breast cancer. *J.Consult Clin.Psychol.*, *71*, 189-200.
- Riedel BW & Lichstein, K. L. (2000). Insomnia and daytime functioning. *Sleep Med.Rev.*, *4*, 277-298.
- Robertson, J. A., Broomfield, N. M., & Espie, C. A. (2007). Prospective comparison of subjective arousal during the pre-sleep period in primary sleep-onset insomnia and normal sleepers. *J.Sleep Res.*, *16*, 230-238.
- Rosa, R. R. & Bonnet, M. H. (2000). Reported chronic insomnia is independent of poor sleep as measured by electroencephalography. *Psychosom.Med.*, *62*, 474-482.
- Roth, T., Kramer, M., & Lutz, T. (1976). The nature of insomnia: a descriptive summary of a sleep clinic population. *Compr.Psychiatry.*, *17*, 217-220.
- Rybarczyk, B., Lopez, M., Schelble, K., & Stepanski, E. (2005). Home-Based Video CBT for Comorbid Geriatric Insomnia: A Pilot Study Using Secondary Data Analyses. [References]. *Behavioral Sleep Medicine*, *3*, 158-175.

- Rybarczyk, B., Stepanski, E., Fogg, L., Lopez, M., Barry, P., & Davis, A. (2005). A Placebo-Controlled Test of Cognitive-Behavioral Therapy for Comorbid Insomnia in Older Adults. [References]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 1164-1174.
- Sadeh, A., Hauri, P. J., Kripke, D. F., & Lavie, P. (1995). The role of actigraphy in the evaluation of sleep disorders. *Sleep*, *18*, 288-302.
- Sanavio, E. (2005). *Come vincere l'insonnia*. Firenze.
- Savard, J., Laroche, L., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2003). Chronic insomnia and immune functioning. *Psychosom.Med.*, *65*, 211-221.
- Schneider-Helmert, D. (2007). Asymptomatic insomnia. *Sleep Med.*, *8*, 107-110.
- Semler, C. N. & Harvey, A. G. (2004b). An investigation of monitoring for sleep-related threat in primary insomnia. *Behav.Res.Ther.*, *42*, 1403-1420.
- Semler, C. N. & Harvey, A. G. (2004a). Monitoring for sleep-related threat: a pilot study of the Sleep Associated Monitoring Index (SAMI). *Psychosom.Med.*, *66*, 242-250.
- Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O. E., Kvale, G., Nielsen, G. H., & Nordhus, I. H. (2006). Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *JAMA.*, *295*, 2851-2858.
- Smith, M. T., Huang, M. I., & Manber, R. (2005). Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. [References]. *Clinical Psychology Review*, *25*, 559-592.
- Smith, M. T. & Perlis, M. L. (2006). Who Is a Candidate for Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia? [References]. *Health Psychology*, *25*, 15-19.
- Spielman AJ & Anderson MW (1999). The clinical interview and treatment planning as a guide to understanding the nature of insomnia: the CCNY Interview for Insomnia. In S.Chokroverty (Ed.), *Sleep disorders medicine: basic science, technical considerations and clinical aspects (2nd Edition)* (pp. 385-426). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Spielman AJ & Glovinsky PB (1991). The varied nature of insomnia. In P.Hauri (Ed.), *Case studies in insomnia* (pp. 1-15). New York: Plenum Press.
- Stepanski, E., Zorick, F., Roehrs, T., Young, D., & Roth, T. (1988). Daytime alertness in patients with chronic insomnia compared with asymptomatic control subjects. *Sleep.*, *11*, 54-60.
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Reidel, B. W., & Bush, A. J. (2005). Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep*, *28*, 1457-1464.
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Weinstock, J., Sanford, S., & Temple, J. R. (2007). A pilot study of cognitive-behavioral therapy of insomnia in people with mild depression. *Behav.Ther.*, *38*, 49-57.

- Terzano, M. G., Cirignotta, F., & Sommacal, S. (2004a). Studio Morfeo 2: sleep dissatisfaction and insomnia in a primary care setting¹. *Sleep*, 27, 574A.
- Terzano, M. G., Parrino, L., Cirignotta, F., Ferini-Strambi, L., Gigli, G., Rudelli, G., & Sommacal, S. (2004b). Studio Morfeo: insomnia in primary care, a survey conducted on the Italian population. *Sleep Med.*, 5, 67-75.
- Terzano, M. G., Cirignotta, F., Mondini, S., Ferini-Strambi, L., & Parrino, L. (2006). Studio Morfeo 2: survey on the management of insomnia by Italian general practitioners. *Sleep Med.*, 7, 599-606.
- Terzano, M. G., Parrino, L., Bonanni, E., Cirignotta, F., Ferrillo, F., Gigli, G. L., Savarese, M., & Ferini-Strambi, L. (2005). Insomnia in general practice : a consensus report produced by sleep specialists and primary-care physicians in Italy. *Clin. Drug Investig.*, 25, 745-764.
- Tjepkema, M. (2005). Insomnia. *Health Rep.*, 17, 9-25.
- Trajanovic, N. N., Radivojevic, V., Kaushansky, Y., & Shapiro, C. M. (2007). Positive sleep state misperception - a new concept of sleep misperception. *Sleep Med.*, 8, 111-118.
- Vallieres, A., Morin, C. M., & Guay, B. Sequential combinations of drug and cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: An exploratory study. [References]. *Behaviour Research and Therapy* 43[12], 1611-1630. 2005.
Ref Type: Generic
- Vallieres, A., Morin, C. M., Guay, B., Bastien, C. H., & LeBlanc, M. (2004). Sequential Treatment for Chronic Insomnia: A Pilot Study. [References]. *Behavioral Sleep Medicine*, 2, 94-112.
- Vizioli R (1982). Insonnia in neurologia e psichiatria. In Edizioni A Delfino (Ed.), *Il sonno e le insonnie*, Roma.
- Wang, M. Y., Wang, S. Y., & Tsai, P. S. (2005). Cognitive behavioural therapy for primary insomnia: A systematic review. [References]. *JAN Journal of Advanced Nursing*, 50, 553-564.
- World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zayfert, C. & DeViva, J. C. (2004). Residual Insomnia Following Cognitive Behavioral Therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 69-73.

Dott.ssa Laura Grigoletti

Ospedale Policlinico "G.B. Rossi", Verona

Specializzato APC Verona, Training B. Barcaccia, A. Nisi

e – mail: laura.grigoletti@tiscali.it

L'assertività

Milena Pedrotti

Riassunto

Le ricerche hanno ampiamente dimostrato che, nel cervello umano, le emozioni positive favoriscono reazioni a cascata tali da attivare il sistema immunitario ed in particolare i linfociti killer. Al contrario, gli stati di depressione emotiva portano ad un'inibizione della risposta immunitaria. Pertanto, il tono emotivo delle nostre relazioni, nonché il modo con cui entriamo in contatto con gli altri, assumono una rilevanza inimmaginabile. Il coinvolgimento prolungato in una relazione conflittuale porta a picchi improvvisi di ormoni dello stress, a livelli tali da danneggiare alcuni geni preposti al controllo delle cellule che combattono i virus. Rapporti sociali intensi che accentuano le sensazioni positive e limitano quelle negative sembra abbassino il cortisolo e stimolano la funzionalità del sistema immunitario sotto stress.

Attualmente è raro che una persona si presenti in terapia chiedendo un training assertivo, tuttavia le persone riportano spesso le loro difficoltà interpersonali e riferiscono di provare ansia collegata all'impossibilità di esprimere i propri sentimenti, le proprie idee in modo soddisfacente e socialmente efficace.

Siamo tutti costantemente inseriti in una rete di relazioni sociali in cui è necessario mediare fra le nostre esigenze e quelle degli altri pertanto il seguente lavoro si propone di illustrare l'applicazione dell'assertività come strumento utile per migliorare il rapporto con se stessi e con gli altri.

Introduzione al concetto di assertività

Quando si parla di "assertività" i nomi che vengono citati sono Wolpe (1958), Salter (1949), Lazarus (1971), Potter (1952) ma diamo uno sguardo al passato per saperne di più.

Le tecniche attuali per l'addestramento assertivo si basano perlopiù sugli scritti di Wolpe (Wolpe, 1958, 1969; Wolpe e Lazarus, 1966) e, in grado minore, sugli scritti di Salter.

In realtà Salter psichiatra americano (1949,1964) a partire dallo studio delle teorie di Pavlov scrive un testo dal titolo *Conditioned Reflex Therapy* (la Terapia del Riflesso Condizionato, pubblicato nel 1949) ed è il primo lavoro importante ad evidenziare il profilo del comportamento assertivo.

Secondo Salter quando un bambino nell'infanzia viene punito ripetutamente per alcuni suoi comportamenti sociali, e poiché il comportamento umano corrisponde all'eccitazione, questi comportamenti vengono inibiti e da adulto svilupperà una personalità inibita. Salter propone quindi di aumentare l'eccitazione con l'uso di alcuni esercizi che vengono compiuti in seduta, raccomandava dei

metodi assertivi (la sua definizione era *eccitanti*) per virtualmente ogni disturbo psicologico pensabile e per ogni cliente che veniva riconosciuto come sofferente di inibizioni.

Nel suo lavoro Salter aveva proposto 6 esercizi (Salter 1949):

1. uso di un *linguaggio emozionale* che secondo Salter includeva la pratica di esprimere letteralmente qualsiasi sentimento, addestrando la persona a parlare dei propri sentimenti e delle proprie emozioni;
2. uso di un *linguaggio mimico facciale*, con la pratica di fare movimenti facciali che normalmente accompagnano le emozioni per arrivare ad utilizzare l'espressione facciale coerentemente al contenuto dell'espressione dei sentimenti;
3. esercitarsi ad esprimere un'opinione contraddittoria quando si è in disaccordo, imparare quindi a sostenere un parere contrario a quello di un'altra persona;
4. esercitarsi nell'usare la parola "io", non rifugiandosi come invece molte persone fanno dietro a giudizi impersonali, preferendo il parere degli altri o nascondendosi dietro a frasi di tipo impersonale;
5. esercitarsi ad accettare un complimento, in tal modo a sapersi valorizzare e formulare apprezzamenti su se stessi;
6. esercitarsi ad improvvisare, imparare ad essere spontanei.

Il metodo di Salter includeva questi esercizi e una serie di esortazioni alla persona perché si comporti in modo più assertivo.

Nel 1959 J. Wolpe per primo usa il termine *assertion* che definisce come l'espressione esterna di tutti i sentimenti che non siano l'ansia. Wolpe non parla di soggetto inibito ma di persona che non sa come comportarsi in una determinata situazione, non necessariamente per un condizionamento di tipo avversivo ma potrebbe anche non avere mai imparato un comportamento alternativo o perché non ha avuto un modello di riferimento oppure perché non è stata abbastanza rinforzata.

Per una serie di ragioni sarà Wolpe e i suoi seguaci ad avere maggiore influenza rispetto a Salter, le ragioni potrebbero essere le seguenti:

- Maggior probabilità che le scuole psichiatriche e psicologiche fossero più disposte a prendere in considerazione un approccio comportamentale o basato sull'apprendimento nel 1958 quando fu pubblicata *la Psicoterapia tramite l'Inibizione Reciproca* di Wolpe, piuttosto che nel 1949, dopo che vennero approfonditi gli scritti di Dollard e Miller (1950) sulla teoria psicodinamica, e il lavoro comportamentale di Skinner (1953) inizia ad avere una notevole influenza;
- Essendo per Wolpe la desensibilizzazione sistematica e l'addestramento assertivo strettamente collegati e dato che la prima ebbe un'accettazione relativamente precoce risultò facilitata anche l'accettazione dell'addestramento assertivo;

- Salter si inimicò, con la sua tendenza a considerare il metodo assertivo come primo per ogni disturbo psicologico che fosse legato a sofferenze di inibizioni, la maggior parte dei clinici che in quei giorni avevano fatto grandi investimenti sul pensiero psicoanalitico.

Sia Salter che Wolpe utilizzavano l'addestramento assertivo, ma vi erano notevoli differenze tra i due, Wolpe infatti non riteneva che ogni cliente avesse bisogno in primo luogo dell'addestramento ed utilizzava tale strumento insieme ad altri quali il rilassamento e la desensibilizzazione. Inoltre, mentre Salter considerava l'assertività (eccitazione) come un tratto generalizzato, Wolpe non lo riteneva così.

Wolpe sosteneva che il semplice fatto che un cliente potesse non avere alcuna difficoltà, ad esprimere del risentimento o del dolore a un collega non assicurava in alcun modo che egli potesse comportarsi in modo simile con sua moglie.

E per ultimo, Wolpe si preoccupava molto delle conseguenze interpersonali (specialmente quelle negative) degli atti assertivi.

Altri due autori hanno contribuito in modo più o meno diretto alle tecniche di addestramento assertive dei nostri giorni. Uno è J.L. Moreno (1946, 1955) fondatore del psicodramma. Lo psicodramma implica la messa in scena di atteggiamenti e conflitti e in questo è molto simile alla strategia di recita di un ruolo, una delle principali tecniche assertive di Wolpe, anche se la meta dello psicodramma è generalmente quella della catarsi e della introspezione.

Un altro scrittore, anche se indirettamente collegato all'assertività è G. Kell (1955); viene da lui proposta una terapia del "ruolo fisso" in cui si chiede alla persona di cominciare a comportarsi come un individuo fittizio che sia libero dalle ansie e dalle inadeguatezze comportamentali che disturbano il cliente. Tale procedura assomiglia alle tecniche di ripetizione del comportamento usato nell'addestramento assertivo.

Ricordo poi il contributo di Lazarus (1971) che ha perfezionato il gioco dei ruoli sottolineando come sia fondamentale rappresentare attraverso la scena il comportamento alternativo fino alla scomparsa dell'ansia e comincia a riflettere sull'importanza del modeling nell'apprendimento dei comportamenti assertivi. Questo processo viene ripreso da Bandura che sottolinea in modo più chiaro il ruolo primo del modello per la modificazione dei comportamenti e che riconosce come l'espressione del corpo precede e stimola l'espressione dei sentimenti. Quindi la postura, la mimica facciale, la gestualità sono tutti antecedenti ai sentimenti che la persona vorrebbe provare.

Lieberman (1973) altro studioso di terapie assertive, le applica con risultati incoraggianti a pazienti psicotici e ritardati mentali. Nello stesso anno R.E. Alberti e M.H. Emmons mettono in risalto l'importanza di esprimere se stessi, ma allo stesso tempo di tenere conto dell'altro avendo ben presente i risultati a lungo termine.

Nel 1974 D.C. Rimm e J.S.Master applicano la terapia assertiva ai casi di frigidità, impotenza, vaginismo, omosessualità, con discreti risultati.

L'addestramento assertivo come si è visto nasce in ambito clinico rivolto al recupero dei gravi deficit comportamentali, tuttavia questi studi possono e trovano applicazione anche dove non si parli di patologia ma anche in presenza di una situazione in cui sia utile e funzionale una trasformazione, integrazione di quei comportamenti interpersonali presenti in modo discreto o da raffinare per permettere ed approfondire la conoscenza di se stessi e delle proprie potenzialità (ad esempio in ambito educativo ed aziendale).

Il comportamento non nasce da cause misteriose ma è il risultato dell'apprendimento; si tratta infatti di un processo grazie al quale ognuno di noi cresce e si sviluppa nel corso di tutta la vita. Ogni individuo non è il risultato esclusivo del proprio bagaglio ereditario ("quello che ha"), ma di "quello che è diventato". L'individuo è in continua relazione con il proprio ambiente e riceverà dei messaggi che andranno ad essere fondamentali per l'immagine che lui avrà di se stesso e degli altri.

Il comportamento è il frutto di acquisizioni che sono stati ulteriormente esplorati dalla psicologia cognitivo-comportamentale in riferimento al condizionamento classico, operante e all'apprendimento per imitazione.

Quando si parla di comportamento assertivo, non si deve pensare ad una "scoperta moderna" ma probabilmente ad un aspetto già presente e insito nell'essere umano e che, grazie alla ricerca, dispone oggi di più precisa e sistematica descrizione.

Competenza assertiva

Fin dagli anni Sessanta, all'interno della psicologia clinica, ha acquistato una crescente popolarità il concetto di ABILITA' ASSERTIVA e con essa il proliferare di studi diretti a perfezionare le tecniche applicative (*assertive training*).

Il termine "assertività" deriva:

- dall'inglese "assertiveness"
- dal latino "asserere" (affermare)
- in italiano "affermativo", che potremmo anche intendere "riuscito"

Fermandosi al termine linguistico l'assertività si riferisce all'affermare cioè al "dire", all'esprimere le proprie opinioni e i propri vissuti emotivi (sentimenti, emozioni) ed allo stesso tempo riuscire a risolvere in modo positivo la situazione e i problemi.

Sanavio descrive l'assertività come la capacità di far valere i propri diritti rispettando quelli degli altri, attraverso una comunicazione chiara, diretta e al tempo stesso, coerente e completa sul piano verbale e non.

Con lievi differenze tra i diversi studiosi, si ritiene che gli elementi costitutivi dell'assertività siano:

- difesa dei diritti (implica anche la capacità di rifiutare richieste irragionevoli),

- assertività sociale (come la capacità di iniziare, continuare e portare a termine le interazioni sociali, possibilmente con facilità e a proprio agio),
- espressione dei sentimenti (implica la capacità di comunicare i propri sentimenti “positivi” – assertività positiva – e “negativi” – assertività negativa – alle altre persone),
- assertività di iniziativa (riguarda l’abilità nel risolvere problemi e soddisfare bisogni personali come il chiedere favori, avanzare richieste),
- indipendenza (esprime la capacità di resistere attivamente a pressioni e influenze individuali o di gruppo nella direzione del conformismo, dando voce alle proprie credenze e opinioni).

Per comodità espositiva si parla di un continuum che va dal comportamento passivo al comportamento aggressivo e nell’area intermedia si situerebbe il comportamento assertivo.

<p>Rinuncia all’espressione di pensieri ed emozioni</p> <p>Sottomissione al volere dell’altro</p>	<p>Espressione dei propri pensieri ed emozioni nel rispetto dell’interlocutore</p> <p>Rispetto per l’individualità dell’altro: disponibilità a vedere il suo punto di vista e a raggiungere un accordo</p>	<p>Espressione dei propri pensieri ed emozioni tenendo in considerazione solo il proprio punto di vista</p> <p>Lotta di potere: attacco diretto o indiretto nei confronti dell’interlocutore</p>
PASSIVO	ASSERTIVO	AGGRESSIVO

Figura 1. Continuum comportamentale.

In realtà il comportamento assertivo non si trova tra quello passivo ed aggressivo, non possiamo pensare che vi sia una risposta assertiva definitiva quasi si trattasse di un dogma predefinito. Si deve infatti considerare la situazione in cui viene espressa, pertanto le componenti emozionali, cognitive ed espressive dovranno essere calibrate a seconda della situazione, delle aspettative, degli obiettivi della persona in quel dato momento. Ad esempio un comportamento definito “aggressivo” può essere considerato in alcuni casi un comportamento assertivo, immaginiamo il “silenzio”, di per sé può essere, a seconda della situazione e del momento un comportamento passivo, aggressivo o assertivo. Pertanto occorre considerare il contesto, al variare di questo, infatti, la persona competente socialmente sa adattare la sua azione e non applica in modo stereotipato l’assertività.

L’aspetto rilevante che ci permette di distinguere le varie modalità è quello della SCELTA, il comportamento assertivo infatti è il risultato di un atto intenzionale ragionato, la persona assertiva sceglie

il comportamento, la persona passiva o aggressiva subisce il comportamento, in un certo senso reagisce più che agisce.

Potremmo considerare passività e aggressività come le facce di una stessa medaglia, la persona che possiede solo questa moneta si troverà in una posizione non equilibrata, talvolta agirà in modo aggressivo e talvolta in modo passivo. Immaginiamo una situazione in cui una persona, subisce per molto tempo (come metafora possiamo pensare ad un vaso chiuso con all'interno tutti i "torti" subiti rappresentati da api) ad un certo momento, potrà avere un'esplosione di rabbia ("il vaso è stato aperto") e la sua risposta non sarà controllata, scelta e si rivelerà esagerata e perdente.

L'assertività può essere anche intesa come una "filosofia" di vita dove la persona mette l'amore per se stessa in primo piano, una sorta di *teoria del sano rispetto di sé* con la consapevolezza che nessuno può dare all'altro ciò che non ha dentro di sé. Sicuramente può rendere più semplice i rapporti interpersonali facendoci vivere meglio con noi stessi e con gli altri.

Un altro aspetto importante è che, in un certo senso, l'assertività è un *bene contagioso*, comportandosi in modo assertivo si offre all'altro la possibilità di assumere un atteggiamento analogo. Non si tratta di "dare lezioni di assertività", non servono le parole ma occorre agire, essere.

La persona assertiva è disposta a mettersi in discussione sia rispetto al contenuto sia al modo con cui comunica, si pone in relazione cooperativa con l'altro non sentendosi attaccato o svilto ma contando su una solida autostima che non viene messa in discussione davanti ad incomprensioni (ad esempio nella lite).

Essere assertivi vuol dire assumersi la responsabilità del proprio agire, significa guardare nel proprio intimo senza timore di conoscere come si è dentro ed allo stesso tempo uscire da modalità di interazione frutto del nostro apprendimento e che si rivelano poco funzionali al raggiungimento dei nostri scopi. Vuol dire non farsi carico quindi di "problemi" comunicazionali o irrazionali degli altri (ad esempio se una persona legge una mia richiesta posta in termini assertivi come comando od imposizione, non è un problema mio).

La modalità di relazione assertiva non ha come obiettivo quello di evitare il conflitto a tutti i costi. Essa ne favorisce la risoluzione positiva, ossia cerca di integrare le posizioni divergenti degli interlocutori in soluzioni che siano per entrambi funzionali al raggiungimento di un obiettivo che soddisfi tutte le parti coinvolte.

La valutazione della necessità dell'addestramento assertivo

È raro che una persona si presenti in terapia chiedendo un training assertivo, infatti non essendo molto pubblicizzato, pochi sanno di che cosa si parla quando parla di assertività, in questo caso spetta al terapeuta considerare l'utilità o meno di un addestramento assertivo.

Tuttavia le persone riportano le loro difficoltà interpersonali, riferiscono ad esempio di provare ansia collegata all'impossibilità di esprimere i propri sentimenti, le proprie idee in modo soddisfacente e socialmente efficace. Spesso l'ansia può essere circoscritta ad un particolare ambito o trasformarsi in ansia anticipatoria così intensa che il soggetto evita totalmente la situazione e questo conduce ad una frustrazione immediata e talvolta alla depressione.

Talvolta il terapeuta si trova davanti a persone che riferiscono difficoltà nell'impegnarsi in scambi significativi ma che non riportano ansia, ma una triste mancanza di abilità; oppure a persone che danno una descrizione verbale del loro comportamento che però si contraddice quando viene loro chiesto di impersonare il ruolo come se si trovasse in quella specifica situazione (recita di un ruolo).

Per riuscire ad diventare abili nel diagnosticare i problemi connessi con l'assertività occorre rinnegare l'idea che le persone sono assertive in generale o inibite in generale. Si tratta della stessa logica che si applica quando si decide di usare la desensibilizzazione sistematica, non si chiede se il cliente è pauroso o privo di timori, ma piuttosto di cosa ha paura e in che grado. In modo analogo dobbiamo chiederci quali sono le situazioni che costituiscono un "problema" per il paziente, le difficoltà infatti vengono affrontate in modo efficace solo quando sono viste come specifiche di una situazione e vengono descritte in modo operativo.

Per conoscere quali sono le abilità da noi possedute e quali invece quelle carenti occorre avere un punto di partenza che permetta di tracciare un possibile percorso verso la crescita e la consapevolezza personale.

L'analisi qualitativa del comportamento può avvenire tramite:

1. Colloquio clinico accurato.
2. Colloquio con osservatori esterni che hanno osservato il nostro comportamento e ci possono fornire un feed-back .
3. Osservazione comportamentale in situazione strutturata o durante il role-play, in questo caso può essere utile videoregistrare la performance e rivederla poi in un secondo tempo.
4. Compiti di auto-osservazione e introspezione.
5. Uso di questionari di autovalutazione.

La maggior parte degli inventari strutturati per la misura delle abilità sociali è stata realizzata negli Stati Uniti o nel Regno Unito e, in genere, non sono tradotti e adattati alla popolazione italiana. In italiano troviamo:

- *la Rathus Assertiveness Schedule (RAS)* di J.A. Rathus (1973), la versione italiana è quella curata da Galeazzi. che rileva l'ansia e la competenza sociale e come esse sono percepite ed espresse dal soggetto nell'interazione con gli altri. Tra i limiti sono da segnalare la formulazione degli item che risale agli anni Sessanta e Settanta, la mancata copertura di alcune aree importanti dell'assertività

quali l'espressione dei sentimenti e di emozioni positive, l'incerta struttura fattoriale e la difficoltà nel discriminare tra comportamento assertivo e aggressivo.

- *l'Assertion Inventory (AI)* di E.D. Gambrill e C.A. Richey (1975) che da una valutazione sia del grado di disagio che il comportamento descritto provoca, sia della probabilità di emettere il comportamento in oggetto. In Italia, pur essendo stato tradotto in diverse versioni AI non è mai stato oggetto di un serio studio a carattere psicometrico.
- *la Scale for Interpersonal Behavior SIB* di Willem Arrindel (1980), Laura Nota, Ezio Sanavio, Claudio Sica e Salvatore Soresi (2004), il questionario disponibile nella forma intera (50 item) e nella forma ridotta (25 item) fornisce una prima valutazione relativa al grado di disagio associato al comportamento descritto e una seconda valutazione per misurare, indipendentemente dal disagio provato, la probabilità di mettere in atto quello specifico comportamento.
- *la standardizzazione italiana dell'Assertion Inventory (AI)* di E.D. Gambrill e C.A. Richey (1975) curata da Antonio Nisi, Ceccarani, Magliaro (1986).

Data l'importanza che l'acquisizione delle abilità sociali riveste per i processi di sviluppo, l'analisi delle capacità ha un ruolo importante sia per i soggetti in età evolutiva che per i soggetti con ritardo mentale sia attraverso il colloquio sia attraverso l'osservazione degli adulti significativi ma anche utilizzando questionari disponibili in italiano:

- *VAS Scheda di Valutazione delle Abilità Sociali* di Soresi e Nota (1997 e 2001) che permette di registrare le valutazioni degli insegnanti relativamente alle abilità sociali di soggetti dai 3 ai 14 anni.
- *VAS-ARM Scala di Valutazione delle Abilità Sociali per Adulti con Ritardo Mentale* di Soresi e Nota; Marchesini e Nota (2001), permette di raccogliere le valutazioni che gli operatori esprimono a proposito delle abilità sociali di base (valutare, accettare i complimenti, esprimere chiaramente ciò che si desidera, ecc.).
- *Il TRI Test delle relazioni interpersonali* di Bracken (1996) consente di valutare in modo rapido e preciso l'adeguatezza delle relazioni interpersonali di ragazzi dai 9 ai 19 anni, evidenziando i loro punti di forza e lati deboli in diversi ambiti distinti (con coetanei, a scuola, in famiglia).

In allegato è riportato un test che, anche se generico, ho riscontrato essere molto utile nel percorso assertivo di gruppo essendo di facile e veloce autosomministrazione.

Caratteristiche del comportamento passivo, aggressivo e assertivo

L'obiettivo generale di uno stile di relazione assertivo è quello di creare rapporti interpersonali positivi e chiari; significa avere contatti basati sulla fiducia reciproca e sulla collaborazione e nello stesso tempo saper affrontare con serenità ed efficacia anche le situazioni problematiche.

Assertivo non vuol dire, infatti:

- apparire sinceri ed aperti per meglio approfittare degli altri

- mettere l'interlocutore nella condizione di dovere per forza aderire alla nostra idea, proposta
- voler vincere in ogni situazione ed ottenere sempre incondizionatamente ciò che si vuole
- studiare attentamente le idee, bisogni e debolezze degli altri per poterle dominare
- emulare stereotipi del tipo "l'uomo che non deve chiedere mai" o adottare uno stile del tipo "lei non sa chi sono io"! O al contrario diventare i buoni samaritani "porgere sempre e comunque l'altra guancia", rinunciando alla difesa dei propri diritti nel nome della "buona educazione".

La persona assertiva partecipa alla relazione con un atteggiamento costruttivo e responsabile tenendo conto di se stessa e dell'altro, esprimendo liberamente il proprio pensiero e le proprie emozioni senza particolare ansia o timore, è priva di giudizio e pregiudizi, utilizza una modalità di comunicazione chiara e diretta. Appare evidente, data la presenza di comportamenti passivi e aggressivi, che assumere questi stili comporta dei vantaggi; nessuna condotta, infatti, si mantiene se non ha conseguenze positive (rinforzo positivo) per la persona o se non evita un evento avversivo (rinforzo negativo). Le persone non sono mai sempre e solo aggressive, passive o assertive. Lo stile di relazione deve essere valutato avendo come riferimento: la situazione specifica, lo stato psico-fisiologico della persona in quel determinato momento, il ambiente socio-culturale di riferimento.

Possibili cause del comportamento anassertivo sono (Lange e Jakubowski 1976):

1. assertività percepita come stile aggressivo non adeguato alla propria persona
2. insicurezza vissuta come "buona educazione" e "gentilezza"
3. difficoltà nell'accettare di avere diritti personali
4. paura che un comportamento assertivo possa causare conseguenze negative
5. deficit comportamentale come conseguenza di un mancato modello positivo nella propria storia e/o nella situazione di vita attuale.

Comportamento passivo

Il comportamento passivo è tipico della persona che subisce gli altri, è incapace di esprimere le proprie opinioni o sentimenti, fa fatica a prendere decisioni, ritiene gli altri migliori di se stessa ("*io non sono ok, tu sei ok*"), teme e dipende dal giudizio altrui, è incapace di rifiutare le richieste, tende a sottomettersi al volere dell'altro.

L'obiettivo generale è evitare un possibile conflitto e/o far piacere all'interlocutore accondiscendendo a delle sue richieste esplicite o anche implicite.

Un atteggiamento e un comportamento passivo consentono a breve termine di:

- diminuire l'ansia che potrebbe emergere esprimendo le proprie idee ma temendo al tempo stesso di perdere la stima, l'affetto dell'altro. Senso di sollievo per essere riusciti ad evitare un conflitto/o una situazione vissuta come difficile;

- di neutralizzare il senso di colpa che talvolta si associa all'esprimere un'opinione od uno stato emotivo diversi o potenzialmente diversi dall'interlocutore;
- ottenere un "rinforzo sociale", poiché la persona passiva appare come disponibile e rispettosa dell'altro. Allo stesso tempo è autorinforzante, poiché si può avere la sensazione di essere venuti incontro o di aver fatto un piacere a qualcuno..

Un atteggiamento e un comportamento passivo determinano a lungo termine

per chi li mette in atto:

- squalifica di se stessi come persona, genitore, professionista, partner, amico, per non vedere mai realizzati i propri desideri e poco considerate le proprie opinioni;
- calo dell'autostima e dell'autoefficacia;
- elevato senso di frustrazione e rabbia davanti a desideri ed obiettivi non realizzati;
- rischio di esplosioni di rabbia;
- sentimenti di impotenza che porta a crearsi un'immagine negativa di se stessi con la tendenza ad isolarsi, e talvolta ad avere la sensazione che l'altro ne approfitti;
- probabilità di insorgenza di patologie fisiche e/o di origine psicosomatica (cefalea, mal di stomaco, gastriti, ecc.).

per l'interlocutore:

- difficoltà nel mantenere la relazione con una persona che non esplicita le proprie opinioni, le proprie idee;
- sensazione di prevaricare l'altro sentendosi in colpa;
- interruzione della relazione per paura di esplosioni di rabbia e aggressività.

Comportamento aggressivo

Il comportamento aggressivo è tipico della persona che tiene conto esclusivamente di se stesso e della propria gratificazione, calpesta i diritti altrui, ritiene di essere sempre nel giusto, attribuisce agli altri la responsabilità dei propri errori, svaluta l'altro ("io sono ok, tu non sei ok"), è rigido, inflessibile rispetto alle sue posizioni, o meglio, non distingue le opinioni dalla realtà oggettiva e tenderà a dare per assolute e giuste solamente le proprie. L'obiettivo generale è "averla vinta a tutti i costi!!".

Un atteggiamento e un comportamento aggressivo consentono a breve termine di:

- ridurre l'ansia se ha il timore di non riuscire ad ottenere quello che vuole dando agli altri l'immagine di sé come di persona sicura e forte,
- avere la sensazione di "potere", di avere la situazione e l'interlocutore sotto controllo,
- avvertire il rinforzo sociale, ossia di venire apprezzato perché appare come persona capace di ottenere ciò che vuole.

Un atteggiamento e un comportamento aggressivo determinano a lungo termine

per chi li mette in atto:

- l'assunzione di un atteggiamento costantemente improntato alla difesa e all'attacco che talvolta porterà a doversi scusare eccessivamente provando senso di colpa e di vergogna nei confronti di chi ne è stato la "vittima";
- senso di stanchezza e di spossatezza perché aggredire sostenendo posizioni anche difficili da portare avanti dovendo prevedere le mosse dell'altro, costa fatica;
- progressivo isolamento sociale;
- stress costante dovuto alla sensazione di essere sempre in pericolo o comunque di non essere accettato;
- insorgenza di patologie fisiche e/o di origine psicosomatica (emicranie, ulcere, gastriti, abuso di sostanze tranquillanti, insonnia)

per l'interlocutore:

- esitamento di una persona che assume un comportamento imprevedibile;
- sensazione di non essere accettato, considerato;
- uso manipolativo della persona in situazione dove l'aggressività può risultare vantaggiosa;

interruzione della relazione ad alta intensità di stress.

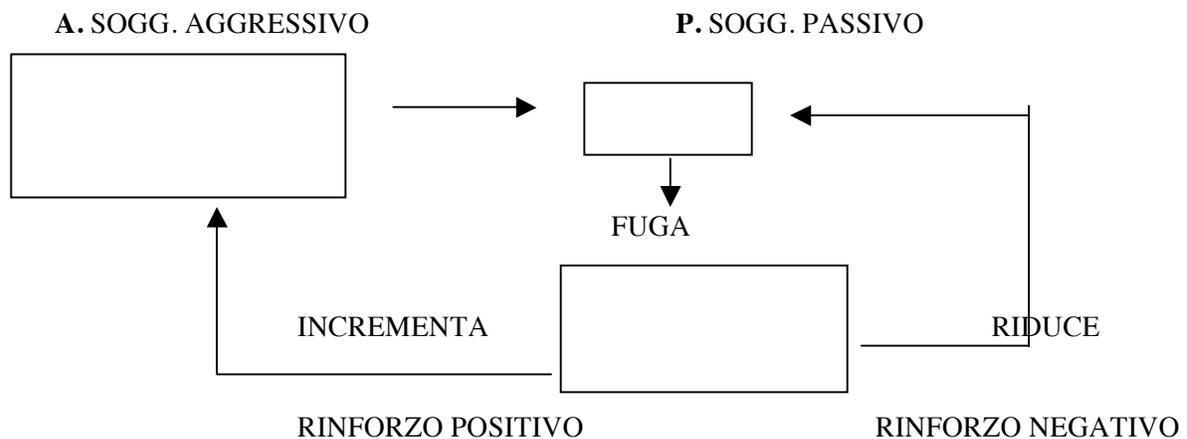


Figura 2. Esempio di dinamica della relazione sociale tra un soggetto passivo ed uno aggressivo:

Comportamento assertivo

Il comportamento assertivo è tipico della persona che rispetta i diritti propri e quelli altrui, non permette agli altri di essere aggressivi, non li subisce, non esige che gli altri modifichino le loro opinioni, non giudica gli altri, decide per se stessa e non si assume responsabilità che non le competono, ha stima di sé e dell'altro ("io sono ok, tu sei ok), sa esprimere le proprie opinioni e le proprie emozioni in modo funzionale, raggiunge i suoi obiettivi, sa che cosa vuole e lo persegue senza calpestare gli altri.

L'obiettivo generale è soddisfare i bisogni e rispettare gli stati d'animo e i diritti di entrambe le parti; valorizzare i contributi di tutti.

Un atteggiamento e un comportamento assertivo determinano a breve termine:

- la necessità di essere chiari nell'esprimere i propri bisogni, desideri, pensieri;
- il bisogno di stare bene con se stessi rispettando le proprie caratteristiche intrinseche;
- il desiderio di "rischiare", esprimendo se stessi;
- la necessità di fidarsi degli altri e della loro capacità di avere un ruolo costruttivo nella relazione;
- la disponibilità a riconoscere all'altro i propri diritti e il perseguimento dei propri obiettivi;
- la disponibilità a gestire in modo produttivo le eventuali divergenze, ricercando accordi e soluzioni condivise;
- la disponibilità di modificare una modalità automatica di interazione che per quanto dannosa risulta essere "meno faticosa" nell'immediato.

Un atteggiamento e un comportamento assertivo consentono a lungo termine di:

- essere coerenti con se stessi;
- aumentare il senso di autoefficacia per avere raggiunto gli obiettivi desiderati;
- ottenere soddisfazione per aver saputo esprimere un proprio stato d'animo, pensiero;
- intraprendere rapporti sociali qualitativamente migliori;
- sperimentare che comportamenti assertivi incrementino assertività nell'altro;
- rispettare la propria salute;
- accettare che, una volta provato a raggiungere un obiettivo, possano esserci validi motivi per non ottenerlo.

Essere assertivi non è sicuramente un compito facile; si tratta, specialmente se abbiamo delle modalità passive o aggressive, di imparare qualcosa di "nuovo" e pertanto, almeno all'inizio, questo necessita di uno sforzo e buona volontà. Decidere di rispettare se stessi ed imparare ad esprimere ciò che sentiamo e vogliamo veramente può portare un cambiamento ed a volte alla chiusura di alcune relazioni. Ad esempio se alcune nostre relazioni hanno puntato sulla nostra passività è possibile che soffriranno del nostro nuovo modo di interagire. Assumere un atteggiamento assertivo comporta quindi dei costi iniziali ma in futuro porta a benefici poiché vivremo più in sintonia con quello che siamo, non saremo preoccupati di portare maschere protettive né di mettere gli artigli per mostrare il nostro valore.

Il cammino verso l'assertività parte dallo sviluppo della capacità di capire quali siano i propri e gli altrui diritti per arrivare ad affinare la capacità di difenderli e sostenerli anche e soprattutto in circostanze in cui ciò non è facilissimo.

1. Mi permetto di avere delle idee, delle opinioni, dei punti di vista personali e non necessariamente coincidenti con quelli altrui.
2. Permetto che le mie idee, opinioni e punti di vista siano quanto meno ascoltati e povera Gertrude sta per prendere i voti, costretta dal padre a farsi suora. Nel momento decisivo della scelta, presi in considerazione (non necessariamente condivisi) dalle altre persone.
3. Mi permetto di richiedere (non di pretendere però!) che le altre persone soddisfino i propri bisogni e necessità.
4. Mi permetto di dire "NO" a delle richieste senza per questo sentirmi in colpa ed egoista.
5. Mi permetto di affermare che la vita è più difficile, quella che si vive da noi, che quella che si vive in altri paesi.
6. Mi permetto di provare determinati stati d'animo e manifestarli in modo assertivo se decido di farlo.
7. Mi permetto di essere un tanto disonesto, di concedermi qualche licenza, di commettere errori.
8. Mi permetto di mutare parere o opinione e di cambiare il modo di pensare.
9. Mi permetto di essere realmente me stesso anche se questo significa a volte contravvenire a delle aspettative esterne.
10. Mi permetto di dire: "non capisco". **CARTA DEI PERMESSI ASSERTIVI**
11. Mi permetto di dire: "non mi interessa" quando gli altri mi coinvolgono nelle loro iniziative.
12. Mi permetto di valutare e decidere se si ho la responsabilità di trovare una soluzione ai problemi degli altri.

Figura 3. Carta dei diritti personali

Il concetto di diritto è uno dei concetti di base per quanto concerne l'assertività. Nella definizione di assertività si parla infatti di: “*difesa dei propri diritti senza violare quelli degli altri*”. Soprattutto nelle donne che hanno una lunga tradizione di comportamenti passivi alle spalle, la semplice idea di avere un diritto e di potersi anche permettere di difenderlo provoca un certo disagio e la sensazione di essere egoisti (di anteporre cioè il proprio benessere a quello degli altri). Si avverte immediata anche la paura di infrangere un proprio credo religioso e culturale e possono emergere sensi di colpa celati dalla nostra “buona educazione”.

Per uscire da questa difficoltà occorre sapere che per una modalità di relazione interpersonale più equilibrata e costruttiva, è indispensabile concedere a se stessi dei permessi, è molto difficile chiedere rispetto agli altri se noi stessi non siamo convinti di meritarlo (figura 3).

In altre parole, quando ci si trova in una situazione di relazione, conoscere i propri diritti e quelli dell'interlocutore consente di capire se si stanno in qualche modo violando, e fornisce i parametri in base ai quali si può decidere se è opportuno sollevare una certa questione e fino a che punto ci si può spingere nel sostenerla.

In ogni situazione le persone coinvolte hanno diritti particolari e correlati al contesto e alla cultura di appartenenza. Esistono, però, dei principi qualificabili come *diritti inviolabili della persona* che proprio in quanto tali, sono comuni a tutte le situazioni di relazione e non possono essere dimenticati. Dobbiamo chiederci quanto concediamo a noi stessi il permesso di essere e fare ciò che desideriamo ed invece quando, magari per paura, acconsentiamo ad una volontà che non ci appartiene.

Autostima e assertività

Il rapporto con gli altri viene continuamente filtrato da qualcosa che è dentro di noi, il nostro *filtro* è composto da diversi elementi: autostima, convinzioni, condizionamenti culturali, sociali, politici, filosofici, religiosi, lo spirito dell'epoca in cui viviamo. Le caratteristiche psicologiche generali ci inducono a interpretare gli eventi e i rapporti con gli altri. Non possiamo non interpretare i fatti, è inevitabile, forse quello che possiamo sperare è di non distorcerli troppo.

La consapevolezza e l'accettazione dei propri diritti e di quelli altrui nasce dalla concezione che si ha di se stessi, e più in generale delle persone, delle idee e delle situazioni, consapevoli che l'interpretazione della realtà non corrisponde sempre a ciò che “appare”.

Ad esempio una persona depressa tende a distorcere in senso negativo quanto avviene fuori e dentro di lei, rischiando di peggiorare il proprio umore che, a sua volta, potrà incidere sull'interpretazione degli eventi, rendendoli sempre più negativi.

La valutazione che ognuno dà di sé in termini di importanza e di capacità personali (autostima), è molto importante perché condiziona pensieri ed azioni ed influisce sullo stile di relazione interpersonale.

Quando si parla di autostima si fa riferimento alla certezza interiore del proprio valore, la coscienza di essere un individuo unico, di essere una persona che ha dei punti di forza e dei limiti.

L'autostima corrisponde all'atteggiamento che ciascuno di noi ha nei confronti di se stesso e comprende:

- *l'aspetto cognitivo*: l'opinione che ognuno ha di sé (aspetto fisico, conoscenze, professione, raggiungimento degli obiettivi prefissati);
- *l'aspetto emotivo*: cosa la persona prova nei propri confronti (affetto, indifferenza, ostilità...);
- *l'aspetto comportamentale*: come la persona si comporta nei suoi riguardi (rispetto di sé, soddisfazioni proprie).

I requisiti di un'adeguata autostima sono:

- coscienza del proprio valore: per avere un'adeguata autostima bisogna avere coscienza e consapevolezza delle proprie capacità e potenzialità e mantenere una buona aderenza alla realtà, cioè vedere il mondo esterno con obiettività;
- accettazione dei propri limiti, delle proprie debolezze, inadeguatezze;
- fiducia nel saper affrontare e risolvere i problemi. Sapere di poter contare sulle proprie risorse e sulle proprie capacità di adattamento alle situazioni problematiche.
- Essere pronto a rischiare un fallimento. Persona forte psicologicamente ha il coraggio di rischiare e non ha paura di sbagliare e di esporsi.

Per comprendere meglio il concetto di autostima vi propongo il racconto "Il re".

Un re andava a caccia con il suo cavaliere preferito e con un servitore, quando rimasero separati dal resto del gruppo.

Mandò il servo a cercare l'uscita della foresta. Il servo incontrò un cieco con un bambino, e gli ordinò: *"in nome del re, indicami la strada che porta fuori dalla foresta o ti taglio la testa"*.

Il cieco gliela indicò e il servo lo seguì.

Dopo un po' arrivò il cavaliere, mandato allo stesso scopo. Il cavaliere chiese al cieco: *"Vi prego, signore, indicatemi la strada per uscire dalla foresta"*.

Il cieco gliela indicò e il cavaliere sparì.

Dopo un po' arriva il re. *"Mi sono perduto"* disse il re. *"Aiutereste questo povero sciocco ad uscire dalla foresta?"*

"Certo, vostra maestà" disse il cieco. *"Il vostro servo e il vostro cavaliere sono già andati nella direzione giusta"*.

Quando il re se ne andò, il bambino chiese al cieco: *"Come avete fatto a distinguere il re dagli altri?"*

Ed il cieco rispose:

"Solo una persona debole minaccia gli altri, e quindi il primo era un servo. Solo un cavaliere si sarebbe rivolto in tono educato a un contadino, che gli è inferiore. E sono un re poteva assumersi la piena responsabilità per essersi perso".

Affrontare le situazioni problematiche con assertività richiede una buona dose di autostima, ma all'interno di questo concetto molto ampio, anche di auto-efficacia o efficacia personale.

Questo concetto è stato introdotto da A. Bandura che lo definisce come “fiducia della persona nella propria capacità (o incapacità) di mobilitare la motivazione, le risorse cognitive e i comportamenti necessari per esercitare un controllo sugli eventi della propria vita” (Bandura 1998).

Quello che conta non è il risultato ottenuto quanto la sensazione di essere in grado di agire e di influenzare il corso degli eventi verso un obiettivo desiderato.

Il nostro senso di autoefficacia influenza le nostre aspettative rispetto alla nostra abilità di far fronte ad una determinata situazione problema, quindi se abbiamo un basso senso di efficacia personale saremmo portati a vivere con timore le attività “difficili”, avremmo basse aspirazioni, ci concentreremo sugli ostacoli e non sapremmo concentrarsi sulle nostre risorse.

In che modo il livello di autostima e di autoefficacia determinano la capacità o meno di emettere un comportamento assertivo o viceversa passivo o aggressivo?

L'idea di valere poco, il senso di inadeguatezza e di “*non essere capace di*” sono spesso all'origine di comportamenti passivi o, viceversa, aggressivi e di imposizione del proprio volere e parere sull'interlocutore.

Nella tabella 1 che segue vengono presentati alcuni “messaggi” più frequenti insieme alle elaborazioni che ne vengono fatte e che possono influire sul livello di autostima della persona che le interiorizza.

<i>Messaggio</i>	<i>Effetti</i>
<i>“Non parlare se non hai niente di importante da dire”.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non dice cosa pensa ▪ Non manifesta emozioni ▪ Ha un basso livello di autostima, pensa che le sue opinioni valgano meno di quelle altrui
<i>“Sii perfetto”</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non “rischia” ▪ Si sente in colpa e molto frustrato quando le cose che fa non sono perfette ▪ Ha aspettative non realistiche verso di sé e verso gli altri ▪ Non è mai soddisfatto
<i>“Non manifestare la rabbia”</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reprime le emozioni ▪ Evita a tutti i costi il conflitto ▪ Cerca di cambiare le sue emozioni
<i>“Che cosa penserà di me?”</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ritiene che ciò che li altri pensano sia più importante di ciò che pensa lui ▪ Si preoccupa di ciò che pensano gli altri ▪ Lascia che gli altri lo giudichino ▪ Non è sicuro di sé

Tabella 1. Messaggi relazionali ed effetti sull'autostima. (da Burley-Alley 1983).

Al contrario vi sono idee che stimolano un comportamento assertivo:

- *“posso cambiare”*
- *“sono responsabile di quello che mi succede”*
- *“posso prendere decisioni per me importanti per raggiungere ciò che desidero”*
- *“sbagliando si impara”.*

Il comportamento, le elaborazioni cognitive e le reazioni fisiologiche ed emotive, sono interdipendenti e si influenzano reciprocamente. Sviluppare un comportamento assertivo, quindi, non vuol dire esclusivamente padroneggiare le abilità sociali verbali e non verbali, ma vuol dire “pensare” assertivamente.

Pertanto le modalità con cui interagiamo sono determinate dal nostro modo di interpretare la realtà, il nostro modo di pensare, le nostre opinioni ed idee, gli atteggiamenti e le aspettative verso noi stessi e gli altri, influenzano il nostro modo di agire e di interagire (vedi figura 4).

Assertività e biologia

Numerose ricerche hanno evidenziato l'incidenza delle emozioni sul sistema nervoso autonomo, neuro-endocrino ed immunitario, strettamente connessi tra di loro e con il resto dell'organismo: le emozioni positive favoriscono reazioni a cascata tali da attivare il sistema immunitario ed in particolare i linfociti killer. Al contrario, gli stati di depressione emotiva portano ad un'inibizione della risposta immunitaria.

Pertanto, il tono emotivo delle nostre relazioni, nonché il modo con cui entriamo in contatto con gli altri, assumono una rilevanza inimmaginabile, ad esempio Cacioppo ha rilevato come il coinvolgimento prolungato in una relazione conflittuale porta a picchi improvvisi di ormoni dello stress, a livelli tali da danneggiare alcuni geni preposti al controllo delle cellule che combattono i virus.

Sotto stress le ghiandole surrenali producono il cortisolo, uno degli ormoni rilasciati dal corpo in caso di emergenza. La produzione alta e prolungata di cortisolo può provocare disturbi cardiovascolari e deficit al sistema immunitario. Rapporti sociali intensi che accentuano le sensazioni positive e limitano quelle negative sembra abbassino il cortisolo e stimolano la funzionalità del sistema immunitario sotto stress.

Una persona che assume uno stile passivo rispetto agli insulti proverà la sensazione di essere impotente, potrà diventare ansiosa e infine depressa se la situazione si protrae; così come quando pensiamo a qualcosa (ad esempio” gli altri pensano che sono uno stupido”) questo agisce sul cervello che registra come “minaccia” il giudizio sociale negativo e il cortisolo che viene secreto ci mette molto tempo (più di un'ora) per tornare ai livelli normali.

In un altro studio, Richard Davidson ha osservato che nei momenti di stress (in questo caso si trattava di una scossa elettrica) le persone amate possono fornire aiuto biologico. Ad esempio quando una donna stringeva la mano del marito, provava molta meno ansia di quando affrontava la scossa da sola. Il contatto pelle-pelle stimola la produzione di ossitocina che funziona abbassando gli ormoni dello stress.

Destinatari: persone con difficoltà nell'ambito delle relazioni (gruppo clinico, gruppo normale).

Esperto: psicologo (ad orientamento cognitivo-comportamentale)

Obiettivo: proporre partecipanti uno strumento che possa favorire la consapevolezza corporea ed emotiva nonché essere una risorsa operativa per il proprio Ben-Essere.

Contenuti: training di assertività.

Metodologia: breve esposizione teorica (lezione frontale). Attività esperenziale con giochi di ruolo, simulate.

Verifica e valutazione: test di autovalutazione prima e dopo il training e questionario conclusivo di gradimento.

Breve descrizione degli incontri

I° incontro.

Incontro introduttivo di reciproca presentazione ed illustrazione del percorso.

- Accordo sulla cadenza degli incontri (orario e settimanale o quindicinale, materiale richiesto ai partecipanti)
- Aspettative dei partecipanti (brainstorming)
- Condividere l'obiettivo: migliore consapevolezza della propria modalità di comunicare volta gestire quelle relazioni che vengono percepite come "difficili" nella valorizzazione di se stessi e dell'altro.
- Definizione delle regole del gruppo
- Introduzione al tema "assertività"

Somministrazione e correzione di alcuni questionari individuali (test di autoesplorazione o SIB)

II° incontro

Presentazione dei 3 stili di comportamento comunicativo (passivo, aggressivo ed assertivo) evidenziando caratteristiche, differenze, conseguenze a breve e lungo termine.

Breve introduzione generale al tema "comunicazione".

Obiettivo: saper distinguere i diversi modi di comunicare.

Esercitazione a piccoli gruppi sulla distinzione 3 stili.

III° incontro

Approfondimento stile assertivo (aspetti verbali e non verbali).

Obiettivo: cogliere i vantaggi e le difficoltà nel mettere in pratica il comportamento assertivo.

Riflessione ed esercitazione rispetto ad esperienze personali.

IV° incontro

Autostima ed assertività (diritti assertivi): due preziosi alleati.

Obiettivo: definire che cosa si intende per autostima, conoscere perché è così, da che cosa dipende, come si forma.

Esercitazione diritti assertivi (allenarsi ad utilizzare i diritti che non ci permettiamo).

V° incontro

Introduzione al concetto di “dialogo interno” (secondo il modello ABC) come elemento fondamentale per trasformare le proprie reazioni emotivi e comportamentali in azioni consapevoli.

Obiettivo: cogliere la relazione pensiero-comportamento-emozione.

Esercitazione a piccoli gruppi. Portare al gruppo un proprio comportamento ascrivibile ad uno degli stili comunicativi (cosa mi ha spinto a reagire così? Come mi sono sentito dopo?).

VI° incontro

Approfondimento “dialogo interno”, identificazione di pensieri disfunzionali e pensieri alternativi funzionali.

Obiettivo: identificare pensieri alternativi rispetto a modalità disfunzionali di pensiero.

Esercitazione ABC con introduzione idee irrazionali di Ellis

VII° incontro

Introduzione al concetto di “valore personale” (gerarchia di bisogni di Maslow).

Obiettivo: riconoscere i propri bisogni, desideri che, non necessariamente concordano con quelli altrui.

Riflessioni ed esercitazione rispetto ad esperienze personali.

VIII° incontro

Trappole per l'autostima e per l'assertività: le critiche manipolative. Obiettivo: imparare a riconoscerle ed a gestirle.

IX° incontro

Discussione generale sulle emozioni con approfondimento di alcune di esse a seconda dell'interesse del gruppo.

Obiettivo: identificare, riconoscere e sapere esprimere le proprie emozioni.

Esercitazioni a piccoli gruppi, utilizzo di metafore grafiche.

X° incontro

Esercitazione rispetto ad esperienze personali.

Conclusione del training con questionario di verifica finale (test di autoesplorazione o SIB e suggerimenti, variazioni, proposte).

Contenuti del training assertivo

Un buon punto di partenza per cominciare a comportarsi in modo assertivo è quello di esercitarsi in situazioni che talvolta ci creano disagio, situazioni che per noi possono essere difficili da gestire:

Fare richieste

Non sempre è facile chiedere ad un'altra persona di fare qualcosa o cambiare un proprio comportamento. Certo dipende dal contesto in cui questo avviene ma può succedere che non osiamo fare una richiesta che per noi è molto importante in quel momento.

Può essere che ci siano in noi dei pensieri disfunzionali del tipo “*se chiedo vuol dire che sono debole*”, “*se chiedo lo metto a disagio*”, che ostacolano il raggiungimento dei nostri obiettivi. Dobbiamo avere ben chiaro che chiedere è un diritto e non un delitto. Ecco una serie di passi che possono essere utili per aumentare la probabilità (e non garantire) che la nostra richiesta vada a buon fine:

1. guardare in faccia l'altra persona;
2. dire esattamente cosa vorresti che la persona faccia;
3. dire all'altra persona come questo ti farebbe sentire.

Nel fare la richiesta è utile usare delle frasi del tipo:

“mi farebbe piacere se tu...”, “apprezzerei molto se tu facessi...”, E' molto importante per me che tu mi aiuti con.....”.

Rifiutare richieste

In alcune circostanze rifiutare una richiesta può diventare un problema. Assecondare l'altro anche quando non vorremmo agire in un dato modo fa provare un senso di scoramento e di insoddisfazione oltre che emozioni di rabbia verso chi “*ci ha messo nella condizione di dover fare ...*”. Anche in questo caso occorre tenere presente che è pur sempre un nostro diritto rifiutare pur rispettando il diritto degli altri di chiedere.

Alcuni suggerimenti utili per imparare:

1. guardare l'altro e parlare in modo fermo e tranquillo

2. dire all'altro che non puoi fare quello che ti ha chiesto. Usando una frase del tipo: *“mi dispiace ma non posso.....”*
3. dare una motivazione se necessario.

Manifestare il proprio disaccordo

Quando ci confrontiamo con gli altri non è raro che emergano pareri, opinioni divergenti. E' normale e stimolante che questo accada ma talvolta potremmo sentirlo come “problema”, potremmo infatti assumere un atteggiamento eccessivamente remissivo, oppure viceversa aggressivo volto a soffocare l'idea altrui.

Alcuni suggerimenti:

1. guardare in faccia l'altra persona e parlare in modo fermo e tranquillo.
2. Esplicitare il proprio disaccordo. Specificare quello su cui non siamo d'accordo;
3. Illustrare chiaramente come noi “vediamo” la situazione rispettando il punto di vista dell'altro.

Fare e ricevere complimenti

Fare e ricevere complimenti non è sempre facile, spesso si prova imbarazzo ed anche da piccoli ci è forse stato insegnato a “non vantarsi” per non apparire superiori agli altri. Talvolta poi possiamo temere che l'altro voglia circuirci, ingannarci e che il complimento riservi qualche sgradita sorpresa per noi. Potremmo avere dei pensieri del tipo: *“fare un complimento è una cosa da femminucce”*, *“perché fargli i complimenti? Sta solo facendo il suo dovere”*.

Non riuscire a fare un complimento potrebbe non permettere all'interlocutore di ricevere un feedback sul proprio comportamento, le persone imparano dagli errori ma anche dai successi.

Alcuni suggerimenti:

1. guardare in faccia l'altra persona. Parlare in modo calmo;
2. fare il complimento in modo chiaro e diretto senza “giri di parole”;
3. parlare in prima persona assumendosi al responsabilità di ciò che stiamo dicendo.

Esempi di esercizi strutturati

Metodologia:

1. Fase psicoeducativa (accentuare l'attenzione dei partecipanti su aspetti salienti dell'assertività);
2. Modelli di coping (attraverso un apprendimento vicario);
3. Role play (esercizi comportamentali);
4. Homework (generalizzazione a situazioni reali)

Esercizio 1: “rompere il ghiaccio”

Gli obiettivi sono:

- coinvolgere subito tutti
- ridurre l'ansia dando un feedback positivo

- stimolare l'interazione

L'esercitazione si svolge in questo modo: dopo aver scritto i nomi di ognuno su un cartoncino vengono pescate "le coppie", si chiede quindi ad ognuna di parlare tra di loro (5 minuti) e di chiedere delle informazioni generali (sei sposato?che lavoro fai?dove vivi?...). Successivamente ogni membro della coppia presenterà l'altro al gruppo.

Gli aspetti rilevanti dell'esercizio sono:

1. E' difficile chiedere informazioni alla persona che non conosciamo;
2. le informazioni che la persona ci dà non sempre le ricordiamo esattamente;
3. attenzione agli aspetti non verbali e verbali dell'interlocutore ("hai notato imbarazzo, impaccio mentre la persona ti parlava? Cosa hai notato di gradevole nel suo e tuo modo di fare l'esercizio?);
4. collegare l'esercizio alla realtà (ti è mai successo di essere a disagio nel parlare con una persona non conosciuta? In quale situazione? Come ti sei sentito?)

Gli homework prescritti sono:

- osservare altre persone quando si presentano a persone sconosciute (se accade);
- entro il prossimo incontro presentarsi ad almeno 3 persone sconosciute;
- presentare un'amica o un amico ad un'amica;
- se ti senti in imbarazzo o ansia, chiediti cosa stai pensando in quel momento e scrivilo.

Esercizio 2: "riconoscere lo stile"

Gli obiettivi sono:

- chiarire la distinzione tra comportamento passivo, aggressivo e assertivo
- abituare le persone a parlare di situazioni personali e concrete
- creare un clima collaborativo

L'esercitazione si svolge in questo modo: il conduttore racconta un episodio della vita reale accaduto durante la passata settimana e chiede ai partecipanti di riconoscere quale comportamento (passivo-aggressivo-assertivo) è stato messo in atto dai vari protagonisti dell'episodio.

Successivamente viene chiesto ad ogni partecipante di scrivere su un foglio anonimo una situazione personale. Dopo aver raccolto tutti i fogli il gruppo viene suddiviso in sottogruppi ed ognuno di questi cercherà di capire quale sia lo stile di comportamento messo in atto dai protagonisti.

Gli aspetti rilevanti dell'esercizio sono:

- rilevare che non sempre è facile comprendere quale sia lo stile relazionale dell'altro;
- fare attenzione agli aspetti non verbali usati dai protagonisti;
- avere pazienza con se stessi rispetto alla comprensione e consapevolezza di ciò che accade fuori e dentro di noi.

Gli homework prescritti sono: tenere un diario dove descrivere una situazione vissuta, come mi sono sentita, come ho reagito, come hanno reagito le altre persone, quale pensiero o mio comportamento mi è sembrato assertivo e quale no, cosa potrei fare in futuro per migliorare.

Esercizio3: “ogni comportamento ha un senso”

Gli obiettivi sono:

- stimolare la riflessione rispetto ai vari tipi di comportamenti
- illustrare i vantaggi e svantaggi dei vari stili relazionali
- stimolare un atteggiamento di accettazione verso le proprie modalità (non autosvalutarsi)

L'esercitazione si svolge in questo modo:: a partire da situazioni personali portate dai partecipanti viene chiesto, con lavoro a piccolo gruppo, di elencare i vantaggi a breve termine e gli svantaggi a lungo termine di quel comportamento. Segue discussione a grande gruppo.

Gli aspetti rilevanti dell'esercizio sono:

- riconoscere che ogni comportamento ha una propria logica;
- comportarsi assertivamente significa imparare una modalità diversa da quella che siamo abituati a mettere in atto;
- per alcune persone è più facile comportarsi in un modo in certe circostanze e diverso in altre (attenzione al contesto)

Gli homework prescritti sono: osservare altre persone a noi vicine (familiari, colleghi, amici) e descrivere il loro comportamento sospendendo ogni forma di giudizio.

Esercizio 4: “il pacchetto di biscotti”

Gli obiettivi sono:

- osservare che ognuno di noi vede la realtà in modo diverso
- rilevare quali modalità di pensiero sono per noi “dannose”
- provare ad assumere un altro punto di vista

L'esercitazione si svolge in questo modo: ai partecipanti, divisi in gruppi, viene data la fotocopia della prima parte della seguente storia con la consegna di compilare la tabella sottostante.

Successivamente viene consegnata la seconda parte con la consegna di compilare la tabella e c'è una discussione di gruppo.

Prima parte (leggere la prima parte e poi completare la tabella)

Una ragazza stava aspettando il suo volo in una sala d'attesa di una grande aeroporto e , siccome avrebbe dovuto aspettare per molto tempo, decise di comprare un libro per ammazzare il tempo.

Comprò anche un pacchetto di biscotti e si sedette nella sala VIP per stare più tranquilla.

Accanto a lei s'era una sedia con i biscotti e dall'altro lato un signore che stava leggendo il giornale.

Quando cominciò a prendere il primo biscotto, anche l'uomo ne prese uno.

Lei si sentì indignata ma non disse nulla e continuò a leggere il suo libro.
 Tra lei e lei pensò: *“ma tu guarda se solo avessi un po’ più di coraggio gli avrei già detto di piantarla..”*
 Così ogni volta che lei prendeva un biscotto, l’uomo accanto a lei, senza un minimo cenno ne prendeva uno anche lui.
 Continuarono fino a che rimase solo un biscotto e la donna pensò: *“ah, adesso voglio proprio vedere cosa mi dice quando saranno finiti tutti!!”*.
 Vide l’uomo che prese l’ultimo biscotto e lo divise a metà! *“Ah, questo è troppo”* pensò, cominciò a sbuffare ed indignata, prese le sue cose, il libro, la borsa e s’incamminò verso l’uscita della sala d’attesa.

A SITUAZIONE	B PENSIERI	C EMOZIONI	C COMPORTAMENTI
<u>Descrivi brevemente la situazione:</u> “Dove sono? Con chi sono? Cosa sto facendo? Che ore sono? Di che giorno? Di che anno?”	<u>Indica quello che ti è venuto in mente:</u> “Cosa penso di me stesso? Cosa penso degli altri? Cosa penso del mondo?”	<u>Descrivi come ti sei sentito.</u> “Come mi sono sentito?” Indica l’intensità dell’emozione da 1 a 10	<u>Descrivi come ti sei comportato.</u> “Cosa hai fatto?”

Seconda parte. Continua la lettura e si completa la tabella

Quando si sentì un po’ meglio, passata la rabbia, si sedette su una sedia lungo il corridoio per non attirare troppo l’attenzione ed evitare altri incontri.
 Chiuse il libro e aprì la borsa per infilarlo dentro quando.....nell’aprire la borsa vide che il pacchetto di biscotti era ancora tutto intero.
 Sentì tanta vergogna e capì solo allora che il pacchetto di biscotti uguale al suo era di quell’uomo seduto accanto a lei che però aveva diviso i suoi biscotti con lei senza sentirsi indignato, nervoso o superiore al contrario di lei che aveva sbuffato e addirittura si sentiva ferita nell’orgoglio.
MORALE:
 Quante volte nella nostra vita mangeremo o avremo mangiato i biscotti di un altro senza saperlo?
 Prima di arrivare ad una conclusione affrettata, GUARDA attentamente le cose, molto spesso non sono come sembrano!!!!

A SITUAZIONE	B PENSIERI	C EMOZIONI	C COMPORTAMENTI
<u>Descrivi brevemente la situazione:</u> “Dove sono? Con chi? Che ore sono? Di che giorno? Di che anno?” Cosa sto facendo?	<u>Indica quello che ti è venuto in mente:</u> “Cosa penso di me stesso? Cosa penso degli altri? Cosa penso del mondo?”	<u>Descrivi come ti sei sentito.</u> “Come mi sono sentito?” Indica l’intensità dell’emozione da 1 a 10	<u>Descrivi come ti sei comportato.</u> “Cosa hai fatto?”

Gli aspetti rilevanti dell’esercizio sono:

- la realtà oggettiva costruisce lo sfondo della nostra modalità di interagire con il mondo, mentre la figura è costituita dalle nostre convinzioni (schemi cognitivi);
- Non è sempre facile accorgersi delle nostre distorsioni cognitive;
- Per chi è “fuori” dalla situazione può essere più semplice vedere in modo oggettivo la realtà.

Gli homework prescritti sono: utilizzando la scheda abc riportare una situazione accaduta durante la settimana e che ci ha fatto provare emozioni spiacevoli.

Esercizio 5: “permessi e doveri”

Gli obiettivi sono:

- Riconoscere quali “permessi” concediamo a noi stessi e quali “doveri” imponiamo a noi stessi.
- Osservare come “culturalmente” ci viene insegnato a conoscere e rispettare i nostri doveri ma non i nostri diritti.

L’esercitazione si svolge in questo modo: utilizzando una tabella a doppia colonna viene chiesto ai partecipanti di elencare i permessi che si concedono ed i doveri.

“PERMESSI” “Che cosa concedo a me stesso?”	“DOVERI” “Che cosa impongo a me stesso?”
Elenco:	Elenco:

Segue una discussione a piccolo e grande gruppo.

Successivamente viene distribuita la “carta dei permessi assertivi” e chiesto ad ognuno di identificare quello più difficile da mettere in pratica, quindi come si sentirebbe se ci riuscisse e come cambierebbero le sue relazioni.

Gli aspetti rilevanti dell’esercizio sono:

- rilevare che non sempre è facile comprendere quale sia lo stile relazionale dell’altro;
- fare attenzione agli aspetti non verbali usati dai protagonisti;
- avere pazienza con se stessi rispetto alla comprensione e consapevolezza di ciò che accade fuori e dentro di noi.

Gli homework prescritti sono: tenere un diario dove descrivere una situazione vissuta, come mi sono sentita, come ho reagito, come hanno reagito le altre persone, quale pensiero o mio comportamento mi è sembrato assertivo e quale no, cosa potrei fare in futuro per migliorare.

Conclusioni e riflessioni

L’assertività ha attualmente un ruolo importante sia in ambito clinico che in altri contesti come quello educativo. Sicuramente è un aiuto importante verso il cammino di conoscenza di se stessi in primo luogo e

di se stessi nella relazione, ben sapendo il valore che per noi “esseri sociali” riveste il rapporto con gli altri.

Indubbiamente passare da un “apprendimento tecnico” ad un sentire e pensare in modo assertivo non è facile tuttavia, avendo ben chiari quali sono i vantaggi a lungo termine, possiamo “concedere” a noi stessi una risorsa in più.

Talvolta la breve durata del training può essere di ostacolo all’esperienza assertiva, tuttavia è comunque utile perché costituisce un primo passo verso la conoscenza delle propri modi di rapportarci agli altri. E’ fondamentale riconoscere che ognuno di noi è protagonista Primo della propria vita e che non assumersi la responsabilità di questo significa “sopravvivere” e non vivere.

Non dobbiamo però pensare che l’assertività sia la panacea di tutti i mali e che un comportamento corretto non ci garantisce di raggiungere i nostri obiettivi. Si rivela infatti una modalità che può aumentare la probabilità di ottenere una risposta a noi gradita ma non può certo garantirla.

Quello che conta è essere consapevoli del valore dei rapporti umani per la nostra stessa esistenza e la volontà di creare relazioni basate sulla fiducia reciproca, sul rispetto della nostra diversità e di quella degli altri, sulla cooperazione e collaborazione come soluzioni migliori per entrambe le parti, insomma: proviamoci!

Allegato 1

“Quale stile prediligi?”

Istruzioni al paziente

Considera le frasi sotto elencate, annotando per ciascuna di esse se ritieni che descriva in modo alquanto vero o alquanto falso il tuo comportamento.

Nome _____ Settimana _____

	ALQUANTO VERO	ALQUANTO FALSO
1. Mi capita di dire di sì anche quando vorrei dire di no		
2. Mi arrabbio se mi vengono affidati compiti che non mi competono, ma li accetto per non creare problemi		
3. E’ meglio non chiedere aiuto ai colleghi potrebbero pensare che non sono capace		
4. Quando mi viene proposta qualche novità mi sento a disagio nell’accettarla		

5. Mi innervosisco quando a volte mi dicono che sono troppo “buona/o”		
6. Spesso mi capita di rimandare quanto più possibile le cose da fare		
7. Frequentemente mi accade di lasciare del lavoro sospeso		
8. Spesso e’ meglio prendere le cose come vengono: meno si importunano gli altri e meno problemi si hanno		
9. Mi trovo in grande disagio quando devo parteggiare per qualcuno		
10. Non vado a cercarla ma se qualcuno mi lancia una sfida non mi tiro indietro		
11. Se qualcuno mi chiede cosa penso di lui non ho alcun problema a dirglielo		
12. Qualche volta mi rimprovero per il mio spirito di contraddizione		
13. Le persone che parlano troppo non noiose e fastidios		
14. Gli altri mi dicono spesso che li interrompo, ma non lo faccio volutamente		
15. Riconosco di essere una persona che ha delle ambizioni e che lavora per soddisfarle		
16. Con alcuni individui non si puo’ assolutamente ragionare, allora divento inevitabilmente pungente		
17. Intimorire gli altri e’ spesso un ottimo strumento per non avere fastidi e accrescere il proprio potere		
18. Mi si puo’ ‘ incastrare una volta, non certo la seconda; comunque mi prendo la mia rivincita		
19 mi viene riconosciuto il fatto che so affermare i miei diritti senza calpestare quelli degli altri		
20. Anche se sono in presenza di interlocutori ostile non esito a esprimere le mie opinioni		
21. Generalmente alla base dei miei rapporti con gli altri c’e’ fiducia		
22. Dovendo scegliere preferisco i contatti faccia a faccia: mi sento piu’ a mio agio		

23. Non ho paura ne' vergogna a esprimere i miei stati d'animo, cosi' come sento di averli		
24. Nel trattare un affare ritengo che sia buono quando e' un buon affare per entrambe le parti		
25. Per qualcuno barare puo' essere divertente ma personalmente preferisco giocare a carte scoperte		
26. Conosco i miei limiti e i miei difetti, ma non mi ci nascondo dietro		
27. Quando non sono d'accordo lo dico apertamente, senza enfasi, e mi faccio capire		

Per calcolare il punteggio dovete fare due cose:

- Considerare solo le risposte positive (alquanto vero)
- Effettuare il calcolo del punteggio per blocchi, considerando i punteggi ottenuti dalla 1 alla 9, dalla 10 alla 18, dalla 19 alla 27.

Riportate poi il punteggio nelle singole colonne sulla griglia tracciata di seguito rispettando la sequenza ottenuta.

9	9	9
8	8	8
7	7	7
6	6	6
5	5	5
4	4	4
3	3	3
2	2	2
1	1	1
Stile passivo	Stile aggressivo	Stile assertivo

(Dal COSP Comitato per l'Orientamento Scolastico e Professionale)

Bibliografia

Arrindell, W., Nota, L., Sanavio, E., Sica, C. & Soresi, S. (2004) *SIB valutazione del comportamento interpersonale e assertivo*. Trento: Erickson.

- Bauer, B., Bagnato, G. & Ventura, M. (2002) *Assertività al femminile, puoi anche dire di no*. Milano: Baldini Castaldi Dalai.
- Bellack, A.S., Mueser, T.K, Gingerich, S.& Agresta, J., a cura di Nicolò, G. (2003) *Social Skills Training per il trattamento della schizofrenia*. Torino: Centro Scientifico.
- Coehlo, P. (1997) *Manuale del guerriero della luce*. Milano: AsSaggi Bompiani.
- Dalla Grave, R. (2003) *Terapia cognitivo comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione*. Verona: Positive Press.
- D'Orlando, A. (2006) *Intelligenza emotiva e respiro*. Torino: Amrita.
- Fantini, A. (2005). *(Anche) i genitori vanno a scuola*. Varese: Monti.
- Giannantonio, M. & Boldorini, A.L. (2002) *Autostima assertività e atteggiamento positivo – i fondamenti e la pratica della crescita personale*. Salerno: Ecomind.
- Goleman, D. (1996) *Intelligenza emotiva, che cos'è perché può renderci felici*. Milano: Biblioteca Universale Rizzoli.
- Goleman, D. (2006) *Intelligenza sociale*. Milano: Biblioteca Universale Rizzoli.
- Gottman, J. (2001) *Intelligenza emotiva per un figlio, una guida per i genitori*. Milano: Biblioteca Universale Rizzoli.
- Greenspan, I. (1997) *L'intelligenza del cuore*. Milano: Oscar Saggi Mondatori.
- Jacobs-Stewart, T. (2003) *I sentieri si tracciano camminando*. Milano: Corbaccio.
- Magliaro, G. & Martino, E. (2003) *Il tao della salute: il modello olistico in psicologia*. Padova: Domeneghini.
- Marmocchi, P., Dall'Aglio, C. & Zannini, M. (2000) *Educare le life skills, come promuovere le abilità psicosociali e affettive secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità*. Trento: Erickson.
- Meazzini, P. (1999). L'insegnante assertivo. *Psicologia e Scuola*, 95, giugno-luglio.
- Niccolai, A. (2004) *Chi si prende cura dei genitori?* Roma: Armando.
- Ricci Bitti, P. & Zani, B. (1983) *La comunicazione come processo sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Rolla, E. (2006) *Il problema non è mio...è tuo*. Torino: Società Editrice Internazionale.
- Sonetti, D. & Meneghelli, A. (2004) *Assertività e training assertivo – guida per l'apprendimento in ambito professionale*. Milano: Francoangeli.
- Zani, B., Selleri, P. & David, D. (1995) *La comunicazione – modelli teorici e contesti sociali*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Dott.ssa Dott.ssa Milena Pedrotti

Specializzato APC Verona, Training B. Barcaccia e A. Nisi

e-mail: milenapedrotti@libero.it

Un caso di disturbo oppositivo-provocatorio

Monia Scoponi¹

¹Studio di Psicologia e Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Rimini

Riassunto

Il lavoro espone e sintetizza l'intervento psicoterapeutico di un bambino con un disturbo oppositivo-provocatorio. Il lavoro con i genitori è stato pianificato in fase di osservazione e d'intervento secondo i parametri dell'Analisi Funzionale. Gli obiettivi terapeutici perseguiti con il bambino sono stati, invece, individuati seguendo il modello cognitivo-comportamentale della rabbia e del comportamento aggressivo proposto da Nelson e Finch (2000) e si sono focalizzati, almeno nella fase iniziale, sulla modificazione di specifiche distorsioni cognitive ("stile incolpatore lamentoso").

L'integrazione di strategie e tecniche cognitivo-comportamentali, all'interno di un setting multiplo, hanno permesso il raggiungimento di obiettivi in termini di riduzione della frequenza del comportamento aggressivo e provocatorio del bambino.

Summary

The present work describes a psychotherapeutic treatment of a children affected by oppositive-defiant disorder. The work with parents has been planned during the child observation and treatment, adopting Functional Analysis parameters.

Treatment goals have been identified adopting cognitive-behavioral model of anger and aggressive behavior conceptualized by Nelson and Finch (2000) and, for the first part of the intervention, the treatment has been focused on cognitive distortions modification ("plaintive accuser style").

The integration of cognitive-behavioral strategies and technics, in a context of multiple setting, allowed aggressive and defiant behavior reduction.

Problema presentato

M. è un bambino di 8 anni. Il suo nucleo familiare è composto dalla mamma, dal padre e da una sorella di 4 anni.

La coppia genitoriale chiede una consulenza per il persistere di alcuni comportamenti aggressivi di M. all'interno del contesto familiare.

M. manifesta intense crisi aggressive in casa caratterizzate dalla rottura di qualsiasi oggetto presente (bicchieri, vasi, telefono, vetri delle porte etc..) per poi passare all'aggressione fisica della mamma. Per poter contenere fisicamente il bambino a volte la signora si trovava costretta a chiamare il marito, affinché intervenisse in suo aiuto. Il bambino si calma solo quando, completamente disteso a terra, viene

immobilizzato. Passato il momento, M. riprende tranquillamente a giocare o a terminare ciò che stava facendo.

La sequenza comportamentale inizia sempre con delle richieste assurde di M.: volere stare in casa con tutte le luci spente, avere i panni riscaldati, non voler fare il bagno (dopo giorni senza lavarsi), fare un percorso in macchina per ritornare a casa da scuola (più lungo rispetto a quello abituale) o parcheggiare l'auto dove voleva lui (anche quando il parcheggio era occupato da altre macchine).

A volte i genitori assecondano le richieste "assurde" per evitare che M. agisca la propria rabbia, altre volte si rifiutano di farlo e si preparano a gestire i suoi acting out.

Queste crisi aggressive così intense sono iniziate in occasione dell'ennesimo controllo medico. Nell'occasione i genitori (la mamma) avevano parlato , per la prima volta in maniera esplicita, con M. del suo disturbo epilettico, spiegando in cosa consistevano le assenze semplici.

Il bambino apparentemente non aveva avuto particolari reazioni al momento della comunicazione e, come sempre, molto diligentemente si era sottoposto alla routine di controlli ed esami.

Ma proprio dopo questo controllo medico preceduto dalla comunicazione circa il suo disturbo, M. aveva intensificato la propria aggressività , aumentando progressivamente gli episodi di aggressività agita (da un paio a settimana fino alla messa in atto tutti i giorni).

[¹Studio di Psicologia e](#)

Informazioni anamnestiche

M. nasce senza difficoltà particolari. A 3 anni gli viene diagnosticato un tumore cerebrale per cui si decide per un intervento chirurgico: purtroppo i medici non possono asportare la massa tumorale. Alla famiglia viene prospettato solo la possibilità di monitorare l'evoluzione del quadro clinico e una terapia farmacologia per l'epilessia (assenze semplici).

M. è sottoposto a controlli ed esami medici con una frequenza mensile per i primi anni e gradualmente controlli annuali. La terapia farmacologia antiepilettica viene mantenuta, con continui cambiamenti di dosaggio e di tipo di farmaco, perché nessuna è mai riuscita a coprire le crisi epilettiche (attualmente l'unica soluzione definitiva proposta sembra essere un intervento chirurgico, altamente rischioso).

M. sebbene ha diverse crisi epilettiche alla settimana, riesce a condurre una quotidianità assolutamente normale. L'inserimento alla scuola materna ed elementare è stato sempre molto buono. M. negli apprendimenti è stato sempre molto precoce (a 5 anni sapeva già leggere), ma ha avuto sempre delle difficoltà di socializzazione. Preferisce sempre star da solo e con fatica si avvicina a i coetanei. Se sono gli altri ad avvicinarlo, non sempre è disponibile alla relazione.

Alle domande. M. risponde senza difficoltà al momento, ma poi tende ad isolarsi.

A scuola il bambino è prevalentemente oppositivo. Non rispetta nessuna regola: non rispetta l'orario della merenda, non indossa il grembiule, si rifiuta di fare i compiti e di scrivere (o fa il riassunto di quanto dettato dall'insegnante o rappresenta il contenuto attraverso disegni), non esegue i compiti in classe.. Se le insegnanti si oppongono ai suoi comportamenti, M. diventa provocatorio: inizia a stendersi per terra e a disegnare per fatti suoi, si rinchiude in uno stanzino e da lì segue la lezione etc..Non ha mai agito la sua aggressività ne verso gli oggetti ne verso i coetanei e/o insegnanti. Questo comportamento a scuola è iniziato all'inizio della terza elementare, nei primi due anni di scuola M. ha sempre avuto un comportamento congruo. Le insegnanti, pur lamentandosi, accettano il tutto, perché comunque M. alle interrogazioni (verbali) dimostra di apprendere.

Rispetto alla sua malattia (l'epilessia, perché M. non sa di essere affetto anche da un tumore cerebrale) M. attualmente ha iniziato a rifiutare di prendere i farmaci negli orari prestabiliti (fa finta di prenderli), mentre fino a questo momento aveva accettato senza problemi il tutto. Non chiede mai esplicitamente delle sue condizioni di salute, ma la mamma riferisce che spesso lo trova a leggere (nell'enciclopedia o su Internet) argomenti inerenti il funzionamento del cervello, la definizione di epilessia. Se la mamma tenta di affrontare direttamente l'argomento M. devia il discorso o prende e se ne va.

Trattamento psicoterapico

L'ipotesi diagnostica formulata è stata di disturbo oppositivo-provocatorio (DSMIV).

Si stabilisce con la famiglia il seguente contratto terapeutico: un incontro alla settimana per la coppia genitoriale e 2 incontri mensili con il bambino. Si concorda di modificare la frequenza degli incontri con i genitori, mano a mano che la gestione del comportamento- problema del bambino fosse stata possibile.

Fase di assesment

Con i genitori si effettuano 6 incontri di raccolta informazioni. Al termine dei quali si condivide la comprensione del comportamento-problema secondo i parametri dell'Analisi Funzionale (vedi figura 1).

Sd	C	S+
?	rottura di oggetti e aggressione fisica alla mamma	assecondare le pretese del b. contenimento fisico

Figura 1. Ricostruzione del comportamento problema

In questa prima fase non è stato possibile individuare gli antecedenti, ovvero si individuavano molteplici richieste assurde del bambino utilizzate come pretesti per attivare la sequenza comportamentale descritta, ma nessun significato comune o funzionale era stato individuato.

In seguito a ciò, ho proposto ai genitori un intervento sulla relazione funzionale $C \Rightarrow S+$, con lo scopo di estinguere il comportamento problema (o di ridurlo) sottraendo i rinforzi.

Con il bambino sono stati effettuati 4 incontri (con cadenza settimanale), nei quali è stato impossibile effettuare una valutazione testistica per l’esplicito rifiuto del bambino. M. veniva volentieri agli incontri, ma voleva decidere lui cosa fare (sceglieva di costruire con vario materiale mostri). A proposito dei suoi comportamenti, riferiva che era lui a comandare (“*sono più forte dei miei genitori!*”) e che non aveva paura di nulla e di nessuno.

Concordo con il bambino di continuare a incontrarci per “conoscerci meglio”, allo scopo di instaurare una relazione significativa funzionale alla comprensione del disagio del bambino, definendo però il seguente setting: una attività in seduta la sceglieva lui, un’altra io. M. accetta.

Intervento con i genitori: scopi e strategia

Lo scopo dell’intervento con i genitori è stato quello di eliminare S+ (rinforzo), perché sembrava chiaro dalle sequenze descritte dai genitori che M. faceva del tutto per arrivare al contenimento fisico o all’assecondamento delle proprie richieste e che dopo di questo la crisi si placava.

M. ha risposto al cambiamento di risposta ai suoi soliti comportamenti con un aumento significativo dei suoi comportamenti aggressivi (arrivando ad impugnare coltelli e a minacciare la mamma). Pur avvertiti e messi al corrente che questa sarebbe stata la conseguenza immediata del cambiamento messo in atto, i genitori hanno espresso la loro difficoltà a continuare il lavoro proposto perche timorosi che M. nella sua escalation potesse realmente mettersi in pericolo o mettere in pericolo l’incolumità anche della sorellina più piccola.

In seguito a ciò, preso atto delle difficoltà dei genitori e dei rischi ipotetici, con i genitori ho reimpostato il lavoro cercando allora di andare a modificare la relazione funzionale $Sd \iff C$. Dopo un lungo periodo di osservazione del comportamenti del bambino (attraverso una scheda di registrazione e un diario giornaliero), cercando di individuare cosa era in relazione alle richieste assurde, ho individuato la seguente sequenza comportamentale descritta nella figura 2.

Sd	Sdc	C	S+
Qualunque evento o pensiero che determinava un’emozione negativa (paura, frustrazione)	Pretesti o richieste assurde	Acting out	Contenimento fisico

Figura 1. Sequenza comportamentale

Concordo con i genitori di verbalizzare loro al posto del bambino le emozioni o i pensieri del momento, appena M. iniziava a fare richieste assurde con il pretesto di attivare la sequenza comportamentale abituale.

Come esempio si riporta una sequenza tipica:

- **M:** (inizia a fare una richiesta assurda appena rientra da scuola) Perché il volume della televisione è alto?!...non voglio sentire rumori!!!

- **Madre M.** stai cercando dei pretesti per litigare, non è che per caso è successo qualcosa a scuola che ti ha fatto arrabbiare? / **M.** che per caso ti è venuto il dubbio che oggi a scuola hai avuto un'assenza (crisi epilettica) e che i tuoi compagni se ne sono accorti e tu no ? / **M.** non è che per caso sei preoccupato perché tra una settimana dobbiamo andare a fare una RM all'ospedale?

- **M:**(ascoltava e poi se ne andava).

Successivamente **M.** ha iniziato a rispondere alla mamma, descrivendo cosa era successo o cosa aveva pensato in quel momento.

I comportamenti aggressivi del bambino sono gradualmente diminuiti: prima nell'intensità e durata (**M** iniziava a rompere gli oggetti, ma gradualmente si calmava) non necessitando più del contenimento fisico dei genitori. Successivamente il bambino non attivava nessuna forma di acting out, limitandosi a fare una richiesta assurda.

Questo tipo di intervento, sistematicamente applicato dalla mamma (che in funzione di ciò aveva deciso di prendere un mese di aspettativa dal lavoro) nel mese di applicazione aveva portato ad una riduzione delle crisi, quantificabile: al massimo due volte alla settimana.

Nell'arco di tempo di 3 mesi tali crisi si ripresentavano in media 2/3 volte al mese.

L'esito di questo lavoro aveva prodotto i seguenti risultati:

- diminuzione significativa del comportamento aggressivo (le crisi aggressive avevano una frequenza non più giornaliera o settimanale, ma mensile, con lunghi periodi di completa assenza, soprattutto durante il periodo estivo);
- diminuzione dei comportamenti "strani" del bambino: abbigliamento adeguato alla stagione, non richiesta di riscaldare i panni prima di essere indossati, non mangiare più direttamente dalla pentola, non rifiuto di lavarsi;
- la possibilità della famiglia di fare una vita sociale più stimolante (andare spesso a cena al ristorante, andare in vacanza) e comunque "normale" anche per la sorellina più piccola che poteva così uscire più spesso;
- la possibilità di **M.** di frequentare alcune attività extra-scolastiche (ginnastica artistica, campus estivo);
- maggior desiderio del bambino di socializzare;
- andare al mare in costume (il bambino negli ultimi 2 anni non era più andato al mare).

Intervento svolto con il bambino

Con il bambino gli incontri avevano lo scopo di instaurare una relazione significativa con un triplice obiettivo:

1. far rispettare a M. il setting terapeutico
2. aiutare il bambino a prendere consapevolezza della sua focalizzazione e attenzione ai segnali ostili provenienti dagli altri, adulti o coetanei, che lo portava a percepire continue ingiustizie e ostilità nei suoi confronti, che giustificavano il suo rancore o rabbia o rifiuto ad ubbidire. M. riferiva che erano i genitori che lo sgridavano o “gli salivano sopra “ facendogli male, che erano i compagni che lo infastidiva, che erano le insegnanti che ingiustamente lo obbligavano a fare delle cose “noiose.
3. poter lavorare con il bambino sulle emozioni/paure relative al suo stato di salute (per quanto riguarda l’epilessia), facendo in modo che esse potessero trovare un canale di espressione diretto, attraverso la verbalizzazione e non solo attraverso i comportamenti agiti. Inoltre questo era funzionale ad aumentare le competenze di mentalizzazione del bambino con lo scopo di sostituire a C (acting out) C' (differenziazione emotiva).

Con il bambino è stato possibile solo poter condividere alcuni stati d’animo riferiti alla sua malattia, che brevemente riporto qui di seguito.

- timore delle assenze semplici (*“tutti se ne possono accorgere meno che io..cosa mi può succedere?”*)
- timore di essere portato in giro dai compagni perché prende i farmaci per l’epilessia
- vergogna per avere l’epilessia (rispetto ai coetanei)
- paura per il suo futuro (*“perché continuo a prendere i farmaci e non guarisco? Fino a quando li devo prendere ?”*).

Ogni tentativo diretto o indiretto (attraverso storie, fumetti, gioco..) di lavorare su quanto inizialmente deciso è stato rifiutato dal bambino. M. pur ascoltando le mie proposte (per esempio lasciandomi raccontare una storia) poi rimaneva in silenzio.

Interventi su altri setting

Il lavoro su questo caso clinico ha previsto oltre che un lavoro terapeutico con la famiglia (genitori e bambino), anche l’attivazione di più risorse :

1. colloqui con le insegnanti, per condividere la strategia comune di gestione delle provocazioni e comportamenti oppositivi del bambino nel contesto classe
2. richiesta di consulenza specialistica (neurologo) per i genitori, per avere informazioni sui possibili effetti collaterali del tumore . E’ emerso che è ipotizzabile una componente organica per il comportamento impulsivo del bambino.
3. Richiesta ai genitori di effettuare una consulenza specialistica (Centro per l’Epilessia) per conoscere gli effetti collaterali della cura farmacologica , per discriminare quanto le difficoltà scolastiche del bambino fossero imputabili alle variabili comportamentali e quanto imputabili alla

cura farmacologia. E' stato confermato che la terapia farmacologia ha di per se come effetto collaterale difficoltà di attenzione, maggiore affaticabilità ecc., ma che nel caso di M. i danni maggiori sono imputabili alla discontinuità con cui il bambino assume i farmaci.

4. Richiesta al pediatra di fare diversi incontri con il bambino per informarlo della necessità di prendere i farmaci (questo è stato fatto durante il periodo in cui M. rifiutava la terapia farmacologia)
5. Richiesta ai genitori di attivare il Servizio del Centro per l'Epilessia affinché prevedessero colloqui con il bambino per spiegargli in cosa consisteva l'Epilessia e le assenze semplici (questo è stato fatto per evitare che tutte le informazioni sulla malattia il bambino le cercasse per proprio conto o che venissero date esclusivamente dalla mamma)
6. Richiesta al personale medico del reparto di Risonanza Magnetica di poter spiegare al bambino l'esito dei suoi esami. (questo è stato fatto per ridurre l'ansia del bambino circa il suo stato di salute), visto che il dato clinico attualmente è positivo (ipotetica riduzione della massa tumorale).
7. Attivare la famiglia affinché il bambino fosse seguito nei compiti da una insegnante esterna. Ciò è stato richiesto sia per permettere al bambino di recuperare difficoltà specifiche, sia per evitare che il momento dei compiti si trasformasse in continui pretesti per attivare la sequenza comportamentale problematica (perché il bambino faceva sempre i compiti con la mamma). E' stato fatto un incontro con l'educatrice per condividere la strategia comune di gestione dei comportamenti provocatori del bambino.

Dott.ssa Monia Scoponi

**Studio di Psicologia e Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Rimini
Specializzato SPC Ancona, Training C. Conti, R. Mosticoni, C. Perdighe**

e – mail: scoponi.monia@libero.it