

Psychomed

Periodico quadrimestrale
Rivista telematica di psicoterapia, medicina psicosociale,
psicologia della salute e preventiva

STORIE CLINICHE **La psicoterapia dall'interno**

Numeri 1-2-3 Anno VII dicembre 2012



ISSN: 1828-1516

AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI ROMA N.243 DEL 12.6.2008

www.crpitalia.eu/psychomed.html

Direttore responsabile: **Stefania Borgo**

mail: borgo.stefania@uniroma1.it

Condirettore: **Lucio Sibia**

mail: lucio.sibia@uniroma1.it

Comitato Scientifico: Mario Becciu, Paola Borgo, Stefania Borgo, Mauro Ceccanti, Silvana Cilia, Anna Rita Colasanti, Federico Colombo, Adele de Pascale, Carlo Di Berardino, Gian Franco Goldwurm, Caterina Lombardo, Spiridione Masaraki, Roberto Picozzi, Carla Rafanelli, Giuseppe Sacco, Ezio Sanavio, Tullio Scrimali, Lucio Sibia, Claudio Sica

Comitato Redazionale: Dimitra Kakaraki, Francesca Di Lauro, Cristian Pagliariccio

mail: psychomed@crpitalia.eu

Indice

Editoriale	5
LE STORIE CLINICHE	9
Problemi alimentari	
1. LA PROSSIMA VOLTA LE FACCIO TROVARE ANCHE IL TÈ E I PASTICCINI <i>di Paola Gambetta</i>	9
2. NON ME LE METTI PIÙ LE MANI ADDOSSO! <i>di Nadia Maggiacomo</i>	14
Difficoltà relazionali	
3. NON FIDARSI...È MEGLIO. IL CASO DI ALESSIA <i>di Adriana Saba</i>	24
4. QUANDO NON SI PUÒ AVERE CIÒ CHE SI AMA, BISOGNA AMARE QUELLO CHE SI HA <i>di Stefania Schiesaro</i>	32
5. IL CASO DI G. <i>di Ilaria Muscella</i>	38
6. ALLA RICERCA DEL MIO SOLE <i>di Marisa Micucci</i>	45
7. MIA MOGLIE DICE CHE NON MI RICONOSCE PIÙ <i>di Raffaele Riccardis</i>	52
8. MI PIACI, MA <i>di Sabina Lauretti</i>	60
Disturbi distimici	
9. MI PREOCCUPO, DUNQUE SONO: UN CASO DI ANSIA GENERALIZZATA <i>di Anna Tomasello</i>	67
10. TUTTE LE COSE PASSANO: IL TEMPO PASSA E PASSA TUTTO <i>di Dimitra Kakaraki</i>	73
11. REAGIRE AL TRAUMA: DAL "POVERO ME" ALLA SCOPERTA DEI PROPRI POTERI <i>di Federica Dominici</i>	82
12. IL CASO DI PIETRO. OVVERO, L'INCREMENTO DELL'AUTOEFFICACIA <i>di Monica Vanzella</i>	90
13. UNALENTE CHE METTE A FUOCO LE EMOZIONI <i>di Magda Cesi</i>	98
14. LA TERAPIA CHE ACCAREZZA LA PANCIA <i>di Marisa Micucci</i>	104
15. LA FELICITÀ... UNA COSA CHE NON AVEVO MAI PROVATO PRIMA <i>di Francesca Di Lauro</i>	111
Disturbi dell'età evolutiva	
16. ACCRESCERE LA TOLLERANZA ALLA FRUSTRAZIONE: LUCA E LA SUA FAMIGLIA <i>di Adriana Saba</i>	119

17. SPERIAMO... CHE GLI PRENDA UN COLPO! <i>di Cinzia Dell'Imperio</i>	128
18. ANSIA DA VALUTAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO E FATTORI DI CRITICITÀ: IL CASO DI ALICE <i>di Monica Vanzella</i>	133
19. ORA RIESCO A VEDERE I FILM DELL'HORROR <i>di Sabina Lauretti</i>	140
Dipendenze	
20. IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: STORIA DI UNA DIPENDENZA <i>di Augusta D'Ottavio</i>	147
21. IL CASO DI PAOLO. DISTURBO DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI SESSUALI <i>di Elisa Scian</i>	154
Interventi transculturali	
22. GLI SPIRITI DELLA PROPRIA TERRA <i>di Francesco Battista</i>	162
23. UNA VITA DI VIAGGI E DI DOLORE <i>di Francesco Battista</i>	166
Problemi oncologici	
24. L'ORA DELLA MORTE <i>di Elisa Scian</i>	171
25. TUTTE A ME, È NORMALE, NO? <i>di Martina Fornari</i>	179
Terza età	
26. UN FANTASMA CHE RITORNA <i>di Francesca Di Lauro</i>	184
27. TRATTAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DI UN DISTURBO ANSIOSO-DEPRESSIVO ASSOCIATO A SOSPETTA DEMENZA FRONTO-TEMPORALE <i>Di Silvia Capezzuto</i>	192
Altri disturbi gravi	
28. I MIEI OCCHI SONO PIÙ CHIARI DEI TUOI <i>di Anna Tomasello</i>	199
29. IL DISTURBO PSICOTICO E LE SUE COMPLESSITÀ: UN INTERVENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE <i>di Augusta D'Ottavio</i>	205
PROPOSTE EDITORIALI	212
CONGRESSI INTERNAZIONALI	215
CONTRIBUIRE A PSYCHOMED	218

In questo numero monotematico di *Psychomed* sono raccolte in un solo volume 29 storie di casi clinici trattati da psicoterapeuti in formazione cognitivo-comportamentale (CC). La scelta di presentare casi clinici non è nuova per la nostra rivista, avendo già pubblicato in annate precedenti altri casi clinici; si trattava, però, di casi redatti in forma di brevi sintesi cliniche, sottoposte da psicoterapeuti esperti, che li avevano avuti in trattamento CC, a terapeuti di orientamenti diversi. Queste sintesi avevano consentito di illustrare, in appositi convegni, le proprie tipiche procedure di valutazione, interpretazione e trattamento, evidenziando così somiglianze e differenze tra i diversi orientamenti.

Stavolta, invece, la scelta è stata quella di riproporre per intero le “relazioni sul caso clinico” presentate dagli allievi in formazione; sono le relazioni richieste per affrontare l'esame finale presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-comportamentale ed Intervento Psicosociale del Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP). Queste relazioni conclusive, parte essenziale dell'iter formativo, contengono una sorta di “storia clinica”, che include non solo quella del paziente ma soprattutto quella del suo cambiamento in psicoterapia CC, cioè la storia del percorso terapeutico. Queste narrazioni contengono, infatti, oltre agli elementi necessari per la diagnosi del caso, cioè la sua valutazione sia trasversale che longitudinale ovviamente di impostazione CC, soprattutto le modalità dell'azione psicoterapica, le sue vicende ed i suoi esiti, compresi talvolta anche quelli a distanza dal termine della terapia. Aspetto importante, contengono osservazioni circa la relazione terapeutica, ivi inclusa la soggettività del terapeuta.

Questa scelta nasce da varie esigenze. Anzitutto, quella di far conoscere il *modus operandi* della terapia cognitivo-comportamentale (TCC); una forma di psicoterapia la cui efficacia, pur dimostrata da tempo in numerose forme di psicopatologia, ancora oggi è spesso misconosciuta o sottovalutata nel nostro Paese non solo dal grande pubblico, ma anche da molti “esperti”, in molti settori sia della psicologia clinica accademica che dei servizi territoriali. C'è inoltre l'esigenza di sfatare molti luoghi comuni che circondano la TCC e l'orientamento su cui essa si basa. Quali, ad esempio, che il terapeuta utilizzi (o abbia) una concezione “meccanicistica” dell'uomo o della mente umana, oppure che i cambiamenti ottenuti siano soltanto superficiali ed ininfluenti, o che riguardino soltanto i “sintomi” e non i problemi ritenuti “di fondo” o “profondi”, come se i sintomi fossero del tutto estranei alla sofferenza e all'adattamento generale del paziente.

Ma soprattutto, ci sembra che i casi clinici degli allievi possano - meglio di qualsiasi altro materiale usato tutt'oggi - evidenziare almeno alcune di quelle competenze terapeutiche la cui

corretta valutazione si ritiene centrale per lo sviluppo di buoni programmi formativi in psicoterapia. Tali competenze ancora oggi sono oggetto di studi e dibattiti. Uno dei modelli più noti nella ricerca in questo campo, quindi con maggiore solidità empirica, è quello cognitivo di J. Bennett-Levy¹, che identifica tre diversi livelli di competenze dello psicoterapeuta: competenze dichiarative, competenze procedurali e competenze riflessive (modello DPR).

Ci rendiamo conto che questi resoconti di casi clinici evidenziano solo una parte delle competenze rilevanti per la professione dello psicoterapeuta. Infatti, il “sapere” acquisito dall'allievo durante l'apprendistato (le sue “competenze dichiarative”) si riflette solo parzialmente nel resoconto, per vari motivi. Ad esempio, il caso clinico può attivare nell'allievo certamente conoscenze relative agli specifici disturbi di cui il paziente è portatore, ma lascia in ombra quelle relative a disturbi e problemi di altra natura. In secondo luogo, non è una specifica richiesta della Scuola di provenienza quella di utilizzare il caso clinico per esibire le proprie conoscenze teoriche; piuttosto, come si vedrà, c'è un incoraggiamento ad utilizzare un linguaggio possibilmente scevro di termini teorici. In ogni caso, è utile ricordare che nella prospettiva CC i termini teorici acquistano significato dai vincoli con i loro riferimenti operazionali e osservativi.

Il “saper fare” dell'allievo (le sue “competenze procedurali”), invece, dovrebbe essere meglio rappresentato in queste storie cliniche. È soprattutto questo aspetto che fa scegliere il resoconto del caso come base della prova di esame. Tuttavia, non bisogna dimenticare che il saper fare emerge da questi resoconti solo come auto-descrizione delle proprie operazioni terapeutiche. Quindi, come conoscenza esplicita, laddove la conoscenza tacita ne viene esclusa. Si tratta di una limitazione da tener presente, in quanto spesso la conoscenza procedurale tipicamente si “automatizza” con l'esperienza pratica e quindi tende a scivolare fuori del campo di coscienza. In ogni caso, le autodescrizioni per ovvi motivi non possono avere il livello di dettaglio ed il contenuto informativo delle osservazioni dirette del comportamento terapeutico, quali sarebbero, ad esempio, quelle ricavabili da videoregistrazioni. In un approccio come quello CC, che privilegia l'osservazione diretta, si tratta senz'altro di un limite.

Possiamo tuttavia lecitamente supporre che la conoscenza di tipo tacito, in carenza di una lunga esperienza professionale, sia ancora limitata nell'allievo: si potrà notare infatti che gli allievi hanno un alto livello di vigilanza circa la validità del proprio operare, vigilanza che si esprime spesso con dubbi ed interrogativi, talvolta anche “ansiosi”. Un comportamento, questo, che a nostro avviso dice poco su di una presumibile insicurezza nella personalità di base, come vorrebbe una certa “cultura del sospetto” di stampo psicodinamico. Piuttosto, a nostro avviso, testimonia la consapevolezza

1 Bennett-Levy J. Therapist Skills: A Cognitive Model of their Acquisition and Refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2006, 34, 57–78.

dell'alta probabilità di fare errori, in un campo ancora così lacunoso di conoscenze come quello della psicoterapia. Dubbi ed interrogativi, infatti, che la Scuola incoraggia ad esprimere, proprio per l'alto valore formativo attribuito alla consapevolezza dell'errore e alla necessità di contemplare alternative per correggerlo².

Infine, il “saper capire” dell'allievo psicoterapeuta (le sue “competenze riflessive”) si possono considerare le più difficili da acquisire, ma anche da valutare. Nell'approccio CC, tali competenze si possono considerare attinenti alle abilità metacognitive. In questo ambito rientrano ad esempio le auto-valutazioni dell'allievo. Recenti ricerche in questo campo³ ci dicono da una parte che la percezione delle proprie competenze terapeutiche in generale aumenta con il progredire nell'iter formativo, e dall'altra che le competenze auto-valutate dall'allievo si correlano abbastanza bene con le valutazioni dei docenti e dei supervisori. Inoltre, le auto-valutazioni, per quanto al termine del percorso formativo tendono ad essere più elevate che non all'inizio, tendono ad essere stimate per difetto, forse in rapporto agli aspetti di ipervigilanza prima evidenziati.

Senza dimenticare, tuttavia, che ciò che più conta, dal punto di vista CC, è il “saper capire” la problematica del paziente. Ciò deriva dai presupposti stessi della TCC. Si suppone infatti che tale sapere sia basilare per selezionare obiettivi terapeutici e quindi metodi ed interventi, una caratteristica di consequenzialità logica, forse poco evidenziata ma prominente in questo approccio. Si tratta comunque di un sapere euristico di alto livello, che guida il terapeuta a selezionare le conoscenze e le teorie di cui dispone, laddove la complessità del caso clinico non rende disponibili precisi protocolli o linee-guida. Si noti che l'accento è sul comprendere la problematica e non la personalità del paziente; ciò sia perché un cambiamento nella personalità del paziente non si è dimostrato né possibile né necessario in psicoterapia, sia perché è noto lo scarso potere predittivo delle variabili di personalità.

Bisogna anche aggiungere che tale sapere riflessivo, oltre ad essere il portato della formazione ricevuta, è probabilmente radicato anche in doti personali di intuizione, che la Scuola tenta di non cancellare. Si creerebbe altrimenti un indottrinamento, come purtroppo si è verificato in altri approcci⁴. Si cerca di conservare così una individualità dell'allievo – sia pure all'interno dell'approccio – nello stile di conduzione del trattamento, che crediamo sia evidente anche in questa collezione di casi clinici, in cui molti allievi riportano due diversi casi. Si possono scorgere, infatti,

2 Sibilia L. Gli errori in psicoterapia come processo di *problem solving*. *Idee in Psicoterapia*, 2012 (in stampa).

3 Bennett-Levy J., Beedie A. The Ups and Downs of Cognitive Therapy Training: What Happens to Trainees' Perception of their Competence During a Cognitive Therapy Training Course? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2007, 35, 61–75.

4 Sulloway, F.J. (2006) Freud, tra criptobiologia e pseudoscienza. In *Il libro nero della psicoanalisi*, a cura di C. Meyer. Roma: Fazi Ed.

le somiglianze tra i casi dello stesso allievo e le differenze rispetto ai casi degli altri.

Infine, bisogna dire che questo numero è unico in quanto corrisponde ai tre numeri dell'intera annata 2012, per vari motivi. Anzitutto, per le sue dimensioni, sia in termini di numero di pagine che di impegno. Questa raccolta infatti abbraccia una casistica abbastanza ampia, che va dalla depressione all'ansia sociale, dalla bulimia agli attacchi di panico, dal gioco d'azzardo patologico ai disturbi psicotici, dai disturbo post-traumatico ai problemi di fine vita, dai disturbi sessuali ai conflitti coniugali, dai problemi dell'età evolutiva ai disturbi cognitivi dell'età involutiva. L'approfondimento dei casi è notevole; talvolta sono stati usati trascritti di singole sedute.

Infine, l'uso dei tempi nella narrazione è risultato molto difforme: mentre tendeva a prevalere l'uso del presente, sia nel resoconto del passato remoto che del presente prossimo, in alcuni casi si è invece mantenuta una prospettiva temporale più differenziata. Quindi, come si può immaginare, vi sono state notevoli difficoltà nel tentativo di rendere omogenei i formati dei vari casi. Una scelta prevalente è stata quella di lasciare l'impronta data dall'allievo, limitandosi a correggere soltanto evidenti errori grammaticali o sintattici, o al massimo parafrasare espressioni poco chiare.

Il risultato lo lasciamo al giudizio del lettore.

Lucio Sibilia

Stefania Borgo

Roma, dicembre 2012