

SPECIFICITÀ CLINICHE E TERAPEUTICHE DI UN INTERVENTO DI REGOLAZIONE DELLA RABBIA E DI GESTIONE DELL'INSONNIA: UN CASO CLINICO

Roberto Vettori^a, Maria Giuseppina Canevisio^b, Michela Lussu^b e Stefano Marchi^b

^a Studio ABaCo, Viale Felissent 74b, 31100 - Treviso (TV)

^b Centromoses, via dei mille 9, 24047 - Treviglio (BG), segreteria@centromoses.it

Corrispondenza

Roberto Vettori

E-mail: roberto.vettori@ordinepsicologiveneto.it

Riassunto

La rabbia è una delle emozioni fondamentali e può avere una sua espressione funzionale e assertiva o al contrario può esprimersi in modo disfunzionale, a volte come aggressività verbale e fisica o come violenza o può essere invece inibita tout court, generando situazioni di sofferenza nella persona. La terapia cognitivo comportamentale può aiutare ad affrontare situazioni di sofferenza soggettiva, legate a questa emozione, con training specifici e con una corretta psicoeducazione sul tema. Il lavoro che segue presenta il caso di una persona che ha cercato supporto per delle difficoltà collegate all'espressione della rabbia e alla presenza di insonnia. Vengono descritti l'assessment, la cornice teorica di riferimento e il trattamento cognitivo comportamentale che si è basato su un protocollo che ha permesso all'uomo di avere maggiori conoscenze su questa emozione, in particolare sugli aspetti positivi e funzionali della rabbia, e una serie di comportamenti e modalità di espressione che fossero funzionali rispetto all'ambiente e gli stimoli ricevuti.

Parole chiave: rabbia, insonnia, terapia cognitivo-comportamentale, concettualizzazione del caso, intervento metacognitivo

CLINICAL AND THERAPEUTIC SPECIFICITIES OF AN ANGER REGULATION AND INSOMNIA MANAGEMENT INTERVENTION: A CASE REPORT

Abstract

Anger is one of the fundamental emotions and it can have its own functional and assertive expression or, on the complete opposite, it can express itself in a dysfunctional way, in some cases as a verbal and physical aggression or as a violent reaction, or in some others being completely inhibited, it generates situations of suffering in an individual. Cognitive behavioral therapy can help to face subjective suffering situations, due to this kind of emotion, with specific training and a correct psychoeducation on the subject. The following work presents the case of a person who sought support for difficulties with anger expressions and insomnia. The assessment, the theoretical frame and the cognitive behavioral treatment are here described. The clinical intervention was based on a protocol, which got the subject to be more familiar with anger, in

DOI: 10.36131/COGNCL20210207

SOTTOMESSO 15 SETTEMBRE 2021, ACCETTATO 10 GENNAIO 2022

particular on its positive and functional aspects, to learn behaviors and forms of expression functional to inputs received in an environment.

Key words: anger, insomnia, cognitive behavioral therapy, case formulation, metacognitive intervention

Introduzione

Nel testo che segue verrà presentato il caso di un uomo con un disturbo legato all'espressione della rabbia, iniziato a seguito di un demansionamento lavorativo. A seguito di questo evento l'uomo ha manifestato anche un disturbo del sonno, che ha raggiunto, nel corso del tempo un livello di problematicità tale da rappresentare una entità clinica a se stante. La rabbia è una delle sette emozioni fondamentali e è trasversale a coorti di età, culture e etnie. Gli studi di Ekman (Ekman & Oster, 1979), svolti su etnie differenti e contesti culturali e geografici anche profondamente diversi tra di loro, hanno evidenziato una stabilità nelle espressioni facciali che le persone attuano quando provano questa emozione, tra questi: l'aggrottare violento delle sopracciglia, lo scoprire e digrignare i denti, lo stringere le labbra mentre gli occhi appaiono lucidi. DiGiuseppe (DiGiuseppe & Tafrate, 2007) ha definito la rabbia come "Uno stato emotivo sperimentato a livello soggettivo con un'elevata attivazione del sistema simpatico autonomo. È inizialmente suscitata dalla percezione di una minaccia, anche se può persistere dopo che la minaccia è passata. La rabbia è associata a cognizioni e pensieri di attribuzione e di valutazione che sottolineano le malefatte degli altri e motivano una risposta di antagonismo per contrastare, scacciare, ritorcere contro, o attaccare la fonte della minaccia percepita. La rabbia è comunicata attraverso la mimica facciale o posturale o inflessioni vocali, verbalizzazioni avverse e comportamento aggressivo". Frequentemente il termine rabbia viene utilizzato come sinonimo di aggressività o violenza, acquisendo un valore negativo, che sottostima l'utilità di questa emozione, legata a uno scopo evolutivo (Schachter, 1964). Aggressività infatti è un comportamento e si manifesta come una espressione verbale o fisica di rabbia. Certamente persone che sperimentano elevati livelli di questa emozione hanno una maggiore probabilità di mettere in atto un comportamento aggressivo, ma possono essere messi in atto comportamenti aggressivi o violenti anche in assenza di uno stato emotivo di rabbia (ad esempio: rapine, attacchi terroristici, etc.) (Fein, 1993).

Nella maggior parte dei casi però, la persona che prova rabbia non mette in atto alcun comportamento aggressivo e, frequentemente descrive la propria esperienza emotiva come negativa e problematica (Lachmund et al., 2005). La persona prova rabbia in risposta a uno stimolo che può essere interno o esterno e che viene valutato come ingiusto o dannoso. Linehan (2015) propone una possibile serie di stimoli che elicitano una risposta di rabbia, tra cui:

1. Essere insultati
2. Essere minacciati fisicamente o verbalmente
3. Non ottenere o non raggiungere i propri obiettivi
4. Perdere la propria posizione o il potere
5. Perdere il rispetto
6. Essere derubati
7. Essere vittima di ingiustizie
8. Essere trattati male o essere costretti a fare qualcosa contro la propria volontà

9. Essere traditi
10. Venire usati senza saperlo
11. Essere criticati
12. Vedere andare a male i propri progetti
13. Assistere a azioni stupide o violente
14. Fare qualcosa che non viene apprezzato dagli altri

L'autrice propone anche una serie di pensieri che il soggetto può avere, in risposta allo stimolo scatenante, sempre legati a una reazione di rabbia:

1. Sentire di essere stato trattato ingiustamente
2. Credere che le cose sarebbero dovute andare diversamente
3. Giudicare come sbagliata o ingiusta la situazione che ci sta accadendo
4. Credere di essere stati danneggiati
5. Sentire di essere stati svalutati, criticati o attaccati senza una valida ragione
6. Pensare di non meritare il trattamento ricevuto
7. Pensare che l'altro ha invaso il nostro spazio vitale

Diversi autori (Linehan, 2015; Ekman & Oster, 1979) hanno descritto le reazioni fisiologiche che la persona sperimenta in uno stato di rabbia e tra queste:

1. modificazioni somatiche: aumento della tensione muscolare e della temperatura corporea, aumento della pressione arteriosa e dell'irrorazione dei vasi sanguigni periferici, accelerazione della frequenza cardiaca;
2. sensazioni: percezione soggettiva delle modificazioni che avvengono nel corpo, come la sensazione di esplodere, di essere fuori controllo, incoerenti o irrequieti;
3. espressioni mimiche e posturali: volto arrossato e teso, aggrottamento della fronte e delle sopracciglia, scoprire e digrignare i denti in modalità ostile, serrare i pugni.

Si genera inoltre un impulso all'azione finalizzato alla difesa o all'attacco e, se il processo emotivo è regolato, la risposta risulta coerente con la situazione e l'ambiente in cui è inserito il soggetto: tale descrizione rappresenta un esempio di espressione funzionale della rabbia. Questa è legata alla capacità della persona di esprimere le proprie necessità, le idee e reazioni in merito a una ingiustizia subita, senza per questo dover esprimere violenza o aggressività nei confronti dell'altro (Averill, 1983; Novaco, 1997). Una difficoltà nella regolazione emotiva può comportare nell'individuo la tendenza a attuare risposte aggressive o violente o, al contrario, all'evitamento di situazioni potenzialmente fonte di conflitto o all'inibizione di risposte assertive (Gross & Barrett, 2011). Si parla di rabbia disfunzionale, se la reazione emotiva crea disagio sul versante personale o relazionale o se la persona attua comportamenti violenti nei confronti di altre persone o di oggetti. Secondo Vendittelli (Vendittelli et al., 2003), la rabbia diventa disfunzionale se:

1. produce rimuginio e emozioni negative;
2. è sproporzionata rispetto al fattore scatenante, o non è collegata allo stesso, o ha una durata eccessiva;
3. produce difficoltà relazionali e isolamento;
4. la persona mette in atto comportamenti pericolosi per sé e per gli altri.

Esiste anche un quadro di eccesso di regolazione della rabbia, che comporta, nel soggetto, la tendenza a sopprimere la rabbia o a non percepirla, anche in situazioni che, generalmente,

produrrebbero questo tipo di reazione emotiva (Berkowitz, 1989). Tale modalità non permette al soggetto di organizzare risposte di difesa da comportamenti di ingiustizia o danno messi in atto nei suoi confronti, portandolo a attuare delle modalità passive e di evitamento pervasivo delle situazioni che potrebbero essere caratterizzate da rabbia. I motivi alla base di questa disregolazione della rabbia potrebbero essere legati a una più generica incapacità di regolare le emozioni nel soggetto, o a attribuzioni cognitive negative nei confronti della rabbia o a un eccesso di sensibilità verso emozioni intense, anche scatenante della rabbia stessa. Potrebbero anche prodursi, nel soggetto, reazioni emotive negative alla rabbia, come panico, senso di colpa e vergogna che andrebbero a peggiorare il disagio iniziale vissuto dal soggetto (Berkowitz, 1989). Una corretta psicoeducazione sulle caratteristiche della rabbia e sulla possibilità di esprimerla in modo funzionale è un passaggio fondamentale da attuare con un paziente già nelle prime fasi della terapia (McIntyre et al., 2019). Sono stati prodotti, negli anni, diversi training finalizzati a permettere al soggetto una relazione più funzionale con la rabbia, tali percorsi vanno a intervenire sulle abilità di problem solving, sulle idee disfunzionali legate a questa emozioni, all'apprendimento di abilità sociali (in particolare assertive) e, in un'ultima fase, all'esposizione a situazioni che generano rabbia con il blocco delle risposte comportamentali più tipiche del soggetto e la messa in atto di reazioni più funzionali (DiGiuseppe & Tafrate, 2003; Day et al. 2008). Nel caso trattato si è sviluppata una stretta relazione tra la rabbia e un disturbo del sonno. Alcuni autori (Krizan & Hisler, 2019) hanno evidenziato la presenza di una relazione tra queste due problematiche, ne è stata approfondita la natura negli studi di Watling (Watling, et al., 2017), andando a riscontrare un rapporto tra deprivazione di sonno, aumento dell'attività dell'amigdala e riduzione dell'attivazione della corteccia mediale prefrontale, che regola l'attività dell'amigdala stessa. In alcuni studi sperimentali è emerso che soggetti con deprivazione di sonno avevano una maggiore tendenza all'impulsività e valutavano spesso negativamente anche stimoli che altri soggetti interpretavano come neutri da un punto di vista emotivo. Molte teorie hanno cercato di spiegare l'eziopatogenesi del disturbo di insonnia. Una di quelle maggiormente accettate è il modello delle 3P di Spielman (Spielman et al., 1987). Secondo l'autore alcuni tratti di personalità del soggetto rappresenterebbero fattori predisponenti, tra questi ad esempio lo stile cognitivo ipervigile, la familiarità per l'insonnia e l'età avanzata. A questi, secondo il modello si combinerebbero fattori precipitanti: lutti, licenziamenti e altri importanti fattori di stress. L'ultimo elemento del modello è costituito dai fattori perpetuanti, comportamenti che aumentano o mantengono il disturbo del sonno avendo un impatto diretto sulle probabilità del soggetto di addormentarsi e mantenere un sonno ristoratore. Un altro modello molto noto è quello dell'attenzione-intenzione-sforzo (Espie et al., 2006): data la natura di tipo autoregolativo del sonno, l'automaticità del processo sarebbe disturbata dalla tendenza del soggetto a porre un'attenzione selettiva elevata verso il sonno, ad avere l'intenzione di dormire, senza lasciare invece fluire in modo più spontaneo il sonno e sforzandosi attivamente per dormire, aumentando così il livello di arousal. I meccanismi che il soggetto metterebbe in atto, secondo il modello, lo porterebbero ad avere il risultato paradossale di ridurre la sua possibilità di addormentarsi. Un'ultima teoria che intendiamo presentare è quella cognitiva di Harvey (2002), secondo la quale il disturbo del sonno comporterebbe un aumento dell'arousal che non si limiterebbe al momento dell'addormentamento, coinvolgendo anche le cognizioni e i comportamenti che il soggetto mette in atto durante il giorno. Quello che si evidenzia, in particolare, è che i soggetti che soffrono di insonnia esperirebbero livelli di paura elevati prima di addormentarsi, questa, in associazione a ruminazione aumenterebbe lo stato fisiologico di arousal emotivo. Lo stato ansioso che andrebbe a generarsi comporterebbe una focalizzazione

del soggetto su quelle minacce, interne o esterne, al sonno, aumentando così la possibilità di riscontrarle. L'individuo sarebbe poi portato, così come evidenziato dagli studi di Perlis (Perlis et al., 1997) a sovrastimare la quantità di tempo trascorso sveglio a letto e a sottostimare la quantità di sonno totale durante la notte, con una marcata differenza rispetto a quanto si rileva attraverso dei tracciati polisonnografici. Tali convinzioni si collegano anche alla tendenza a giudicare più negativamente la propria performance nel corso della giornata. Comportamenti di compenso e credenze erranee determinano poi il mantenimento del disturbo del sonno. In Italia, alcuni studi condotti tra il 2000 e il 2003 (Terzano, 2011), rilevano un'incidenza di insonnia di circa il 41%, con sintomi che durano per un periodo di oltre un anno, con una frequenza settimanale superiore alle 2 volte e con conseguenze diurne. Lo studio dei fattori che influenzano il sonno è iniziato negli anni '50 e ha approfondito diversi aspetti (Harvey et al., 2005): negli anni '60-'70 si è trattato il tema delle aspettative delle persone rispetto al sonno e del ruolo che queste ricoprono nella effettiva capacità di addormentarsi e di avere un sonno ristoratore. Negli anni '80 è stato analizzato il tema dei pensieri intrusivi e della loro influenza sulla capacità della persona di addormentarsi e di essere in grado di riprendere sonno, in presenza di risvegli notturni (Haynes et al., 1981). Negli anni '90 i più importanti contributi allo studio dell'insonnia sono stati sul tema dei pensieri legati al sonno con l'analisi delle convinzioni disfunzionali che producono un mantenimento del disturbo. Dal 2004 si è sviluppato un filone di ricerca relativo ai processi attentivi coinvolti nel disturbo dell'insonnia che hanno evidenziato come, soggetti con questo disturbo, tendano a monitorare la presenza di possibili stati emotivi e fisiologici che possano ridurre la possibilità di dormire, questo monitoraggio sarebbe attivo di notte, ma spesso anche di giorno, innescando un aumento della ruminazione e un generale aumento del livello di arousal e di vigilanza (Semler & Harvey, 2004). Le componenti fondamentali del trattamento cognitivo-comportamentale dell'insonnia riguardano l'intervento sui pensieri disfunzionali legati al sonno e all'insonnia, sui comportamenti che possono favorire o ridurre, al contrario, la possibilità di avere un sonno riposante e ristoratore e la psicoeducazione sui temi dell'igiene del sonno. Spesso a tali interventi si abbinano anche proposte di rilassamento, con lo scopo di abbassare il livello di arousal del paziente.

Presentazione del caso clinico

Il paziente è un uomo di 42 anni, inviato dallo psichiatra con cui ha avuto contatto per un disturbo del sonno e uno stato di ansia e di rabbia. L'uomo non vorrebbe assumere una terapia farmacologica, ma lo stato di disagio è a un livello definito come molto intenso. In particolare l'uomo riferisce di percepire continuamente rabbia e di temere la possibilità di poter fare del male a qualcuno, si descrive come una persona pacifica, ma teme di poter perdere il controllo e diventare aggressivo a lavoro, con qualcuno dei colleghi. Oltre a questo riferisce una scarsa qualità del sonno: ha frequenti risvegli notturni e dorme solo poche ore ogni notte e la stanchezza che ne è derivata lo sta portando a rinunciare a attività importanti e significative della sua vita come lo sport e il volontariato. È frequente il rimuginio su alcuni temi specifici, generalmente lavoro, famiglia e relazione di coppia. Riferisce di aver cercato un intervento di tipo psicologico per le forti insistenze della moglie, che lo vede particolarmente stanco e provato. I problemi lamentati sono iniziati 4 anni fa: il padre è morto in modo inaspettato, a seguito di una breve malattia e di un ricovero in ospedale durato qualche giorno. Tale episodio ha scosso profondamente l'uomo, che aveva un buon rapporto con il padre. Pochi mesi prima la moglie aveva iniziato a parlare della possibilità di avere un figlio: il rapporto di coppia è descritto come buono e positivo,

ma tale ipotesi genera nell'uomo un elevato livello di preoccupazione. A seguito della morte del padre, l'uomo aveva chiesto un colloquio con il proprio capo, al quale aveva raccontato delle difficoltà sul versante emotivo e aveva chiesto di poter essere alleggerito di alcuni compiti gravosi. Il colloquio aveva avuto un esito positivo, il capo si era dimostrato comprensivo e supportante. Dopo qualche settimana l'uomo era stato convocato per una riunione con il capo e alcuni responsabili aziendali e in quell'occasione gli era stato imposto un nuovo piano di lavoro e dei nuovi compiti che rappresentavano, secondo la sua opinione, un rilevante demansionamento. In quel periodo sono iniziati anche dei forti problemi di insonnia, dorme solo poche ore a notte e frequentemente queste sono solo scarsamente riposanti; riferisce di non aver mai avuto una rilevante propensione al sonno, ma che i problemi si sono acuiti fino a diventare critici e stanno avendo un effetto negativo sulla sua capacità lavorativa, sulle relazioni amicali e sul tempo libero. Questa problematica, nata inizialmente come conseguenza al demansionamento è peggiorata, diventando un fattore che contribuisce a generare stanchezza e a ridurre le possibilità dell'uomo di godere di momenti positivi e di benessere. Lo psichiatra al quale si è rivolto, su consiglio del medico di base, gli ha proposto una terapia farmacologica per la riduzione di questo disagio ma l'uomo ha rifiutato perché non vuole assumere alcun tipo di farmaco per il timore che questo possa rallentarlo o farlo sentire intontito. Il paziente racconta che la mancanza di sonno ha prodotto in lui uno stato di stanchezza continua. L'uomo nutre la convinzione che la stanchezza cronica, dovuta all'insonnia, rischi di peggiorare la sua performance lavorativa e nel volontariato; riferisce di aver mantenuto come unica attività il lavoro, con lo scopo di veicolare le energie rimaste a mantenere un minimo livello di performance, valutato in ogni caso non all'altezza delle sue competenze. L'evitamento di tutte le attività extra-lavorative è funzionale nella mente del paziente a mantenere le energie così da ridurre la possibilità di fare errori, essere richiamato ufficialmente dai propri responsabili e rischiare di avere degli scontri con loro. La rabbia esperita nel conflitto porterebbe con sé il rischio di "perdere il controllo" e diventare aggressivo. La deprivazione delle attività piacevoli, genera un senso di insoddisfazione per la propria vita, completamente dedicata al lavoro e alle poche attività casalinghe. Gli stati mentali del paziente sono mantenuti attivi da un alto livello di rimuginio, orientato alle tematiche della coppia (la possibilità di avere un figlio e le conseguenze di una gravidanza sulla propria vita) e del lavoro (il timore di arrabbiarsi e diventare aggressivo e violento nei confronti dei propri capi o dei colleghi). Il rimuginio sulla famiglia si attiva in seguito a momenti in cui la compagna parla di avere un figlio, o a seguito di situazioni nelle quali l'uomo immagina che la compagna possa pensare a questa ipotesi. In particolare il paziente racconta che nelle rare occasioni in cui escono con degli amici con figli, si attivano delle catene di pensieri sulla possibilità di avere un figlio, che gli rendono difficile di godersi questo momento di socializzazione. Nel corso delle prime sedute l'uomo racconta che occasionalmente anche la visione di film o pubblicità nelle quali sia presente un bambino piccolo o una coppia che vive una gravidanza, avvii il rimuginio. Il paziente riconosce delle tematiche ricorrenti nei suoi pensieri relativi alla genitorialità, all'impegno economico e al cambio degli stili di vita: Sarò in grado di essere un buon padre? Saprò occuparmi di un bambino? Saprò provvedere alle sue necessità? Riusciremo a sostenere le spese? Potremo viaggiare come prima? Potremo ancora uscire con gli amici? Percepisce il rimuginio come al di fuori della sua possibilità di controllo e la conclusione di questa catena di pensieri avviene solo nel momento in cui si addormenta a notte fonda, sentendosi sfinito. Sul lavoro il rimuginio si concentra sulla possibilità di sbagliare quando si deve occupare di lavori complessi, aspetto che si presenta in modo quasi quotidiano. In particolare, i pensieri si concentrano sulla convinzione di essere troppo stanco per poter svolgere nel modo corretto il compito e sulla eventualità di fare errori che compromettano la sua prestazione lavorativa. Riferisce che, da quando si sono

presentati questi pensieri, la sua efficienza si è molto ridotta, per l'effetto distraente che questi hanno su di lui. Tali convinzioni si presentano tutti i giorni e lo portano a costruire scenari in cui immagina di essere richiamato dai propri capi. Le immagini intrusive attivano uno stato di rabbia che amplifica le immagini intrusive stesse, nelle quali l'uomo si vede mentre compie atti violenti e aggressivi nei confronti dei propri responsabili e, a volte, anche nei confronti dei colleghi in risposta alle umiliazioni o ai rimproveri. Tali immagini lo preoccupano perché teme la possibilità che l'elevato livello di rabbia che percepisce, unito alla stanchezza cronica dovuta all'insonnia, lo porterà a perdere il controllo di sé e ad avere agiti aggressivi che potrebbero portarlo a "finire in carcere". Lo stato di rabbia permane per molte ore, spesso per tutta la giornata, cosa che genera un appraisal cognitivo di impotenza verso tale emozione. Lo stato di rabbia ha esacerbato anche l'intensità del rimuginio sui temi relativi alla possibilità di avere un figlio: l'uomo arriva a chiedersi come potrà essere un buon padre se è sempre così arrabbiato e che futuro darà alla compagna e al figlio, nel caso in cui dovesse mettere in atto qualche comportamento aggressivo o violento. L'emozione temuta raggiunge il suo picco quando l'uomo ha qualche contatto, anche telefonico, con un suo capo o uno dei responsabili che ritiene colpevoli dell'ingiusto trattamento subito, o nelle occasioni in cui un collega nomina una di queste persone. La visione di sé come inadeguato è presente in differenti contesti della vita dell'uomo, si attiva in modo intenso quando sente il giudizio degli altri, in particolare i propri capi e lo porta a vedersi come incontrollabile e pericoloso, con il rischio di agire comportamenti violenti; la strategia di coping tipica dell'uomo è l'evitamento. Accanto al worry come strategia cognitiva, l'uomo mette in atto l'evitamento comportamentale pervasivo di ogni situazione di confronto con i colleghi dai quali è dipesa la variazione della posizione lavorativa; l'evitamento inoltre contribuisce al mantenimento del disturbo non permettendo una diminuzione fisiologica dello stato di attivazione emotiva con un meccanismo di rinforzo negativo che sostiene le valutazioni di sé come incapace di gestire la situazione. È riferito un timore significativo rispetto a quello che potrebbe succedere anche per incontri di breve durata e in situazioni controllate. Contribuiscono al mantenimento del disturbo anche la notevole diminuzione delle attività socializzanti, le preoccupazioni in famiglia relativamente alla possibilità di una futura gravidanza della moglie, il disturbo del sonno, la percezione di impossibilità di cambiare lavoro e gli schemi di pensiero catastrofici oltre allo stile di personalità negativistico. I risultati della valutazione psicometrica iniziale non hanno evidenziato spunti di significatività statistica. Nel protocollo Cognitive Behavioural Assessment 2.0 (CBA 2.0, Sanavio et al., 1997), sono soddisfatti gli indici di validità (STAI-ACC=0, Indice IR=5) e nessuna scala raggiunge un punteggio di interesse clinico. Nella **tabella 1** è riportata una sintesi dei risultati.

Il protocollo del Millon Clinical Multiassial Inventory – III (MCMI-III, Millon, 2008) è risultato valido e emergono dei tratti di personalità depressiva, dipendente e negativistica (passivo-aggressiva). Nella **tabella 2** è riportata una sintesi dei risultati.

Al diario del sonno (Devoto & Violani, 2009) emergono l'abitudine a passare a letto circa 6 ore ogni notte, compresi i fine settimana, il fatto di impiegare più di 30 minuti per addormentarsi e una frequenza di risvegli di almeno una volta per notte, per un periodo di almeno 30 minuti. La mattina si sveglia generalmente molto affaticato, il sonno è stato poco riposante. Riferisce di non assumere caffè o altre bevande stimolanti e di assumere alcol solo saltuariamente nel fine settimana. Durante i risvegli notturni e quando si sveglia la mattina, generalmente pensa al lavoro, a cose che sono accadute nella giornata precedente. La sera, dopo cena, guarda la televisione, addormentandosi sul divano, la moglie spesso lo lascia dormire, svegliandolo solo al momento di andare a letto. I fattori predisponenti al disturbo sono legati a alcune caratteristiche personali

Tabella 1. Risultati alla scala CBA 2.0 (assessment)

Test	Omessi	Grezzo	Percentile maschi
S.T.A.I. X1	0	56	90,8
S.T.A.I. X2	0	53	93,6
E.P.Q./R - E	0	4	17,1
E.P.Q./R - N	0	7	71,4
E.P.Q./R - P	0	3	64,3
E.P.Q./R - L	0	9	54,1
Q.P.F./R	0	40	46,2
I.P. - F	0	70	69,3
I.P. - PH		0	18,6
I.P. - 1	0	17	57,5
I.P. - 2	0	25	70,2
I.P. - 3	0	6	56,4
I.P. - 4	0	9	90,8
I.P. - 5	0	7	56,1
Q.D.	0	6	80,6
M.O.C.Q./R	0	3	21,5
M.O.C.Q./R - 1	0	1	18,2
M.O.C.Q./R - 2	0	0	5,1
M.O.C.Q./R - 3	0	3	91,3
S.T.A.I. X3	0	20	94,3
S.T.A.I. DIFF	0	-4	17,5
S.T.A.I. ABS	0	5	
S.T.A.I.ACC	0	0	
Indice IR	0	5	

dell'uomo: in particolare i tratti di personalità negativistica (così come evidenziato dai risultati del test MCMI – III) che hanno contribuito a mantenere attivo un costante stato di allarme e di rischio nelle prospettive/possibilità future legate al tema del lavoro e della famiglia. Sono inoltre rilevanti anche le scarse autostima e abilità assertive che hanno comportato la convinzione di non poter intervenire direttamente nella situazione di demansionamento, facendo valere i propri diritti o portando l'uomo a cercare un nuovo lavoro. Ha giocato un ruolo significativo anche il bisogno di controllo e la tendenza al perfezionismo che hanno reso difficilmente integrabile nell'esperienza di vita la morte del padre e l'ipotesi di poter avere un figlio. L'uomo vorrebbe diminuire la frequenza e l'intensità della rabbia che percepisce, soprattutto nei momenti in cui è a lavoro e controllare più efficacemente la paura di poter fare del male al proprio capo (attualmente gestita solo attraverso l'evitamento). Ha come obiettivo inoltre la riduzione del rimuginio e vorrebbe ricominciare a dormire un sonno riposante e continuativo, in modo da poter riprendere con le attività sportive, di volontariato e le uscite con gli amici.

Tabella 2. Risultati all'MCMI-III (assessment)

Pattern personalità clinica	Nome scala	BR	Tratti
Scala 1	Schizoide	61	Non significativo
Scala 2A	Evitante	63	Non significativo
Scala 2B	Depressiva	79	Presenza di tratti di personalità significativi
Scala 3	Dipendente	78	Presenza di tratti di personalità significativi
Scala 4	Istrionica	15	Non significativo
Scala 5	Narcisistica	31	Non significativo
Scala 6A	Antisociale	39	Non significativo
Scala 6B	Sadica aggressiva	55	Non significativo
Scala 7	Ossessivo compulsiva	45	Non significativo
Scala 8A	Negativistica (Aggressivo-Passiva)	76	Presenza di tratti di personalità significativi
Scala 8B	Masochistica (Autofrustrante)	59	Non significativo
Pattern di grave patologia			
Scala S	Schizotipica	63	Non significativo
Scala C	Borderline	36	Non significativo
Scala P	PARanoide	70	Non significativo

Strumenti

Sono stati somministrati alcuni test in fase di assessment e alla fine del trattamento, con lo scopo di approfondire la conoscenza delle caratteristiche del funzionamento dell'uomo e di monitorare quantitativamente i progressi ottenuti nel corso della terapia. La somministrazione della CBA 2.0 (Sanavio et al., 1997), è stata finalizzata a un'indagine di screening, per valutare la possibile presenza di una sintomatologia ulteriore rispetto a quella riferita, legata al continuo stato di rabbia e all'inserirsi in immagini intrusive di episodi di violenza e aggressività. Il MCMI – III (Millon, 2008) è stato somministrato con l'intenzione di verificare quali aspetti di personalità potessero influenzare o sostenere la sintomatologia riferita e per approfondire l'analisi della personalità dell'individuo, in relazione all'ambiente e alle esperienze vissute. La compilazione del diario del sonno (Devoto & Violani, 2009) ha avuto lo scopo di fornire una registrazione dell'esperienza riguardo al sonno e il monitoraggio delle abitudini dell'uomo, riguardo all'orario in cui va a letto, quello in cui si sveglia, l'eventuale presenza di risvegli notturni e la percezione del riposo e della piacevolezza del sonno.

Inquadramento diagnostico

Tenendo conto dell'assessment è possibile porre diagnosi di Disturbo dell'adattamento con ansia (309.24 F43.22) Persistente (DSM 5, APA, 2013). L'evento stressante del demansionamento lavorativo ha infatti indotto nell'uomo dei sintomi emotivi che si sono manifestati entro 3 mesi dalla data dell'evento e che continuano a tutt'oggi, come conseguenza del cambiamento delle responsabilità lavorative. In conseguenza al demansionamento, l'uomo ha sviluppato un disturbo del sonno, che, a oggi, per l'intensità e l'effetto che ha sulla sua vita quotidiana, rappresenta una entità diagnostica a sé stante. È possibile porre diagnosi di Disturbo da insonnia (307.42 F51.01) a decorso Cronico (DSM 5, APA, 2013). L'uomo riferisce insoddisfazione circa la qualità e quantità del sonno, prevalentemente legata alla difficoltà a mantenere il sonno, nella fase di addormentamento e con un risveglio precoce. Queste difficoltà sono ormai cronicizzate, durano da almeno 4 anni e sono quasi quotidiane, più recentemente vi è stato un notevole peggioramento, fino a compromettere in diverse occasioni il suo funzionamento nel corso della giornata.

Trattamento

Il percorso terapeutico è durato 14 mesi per un totale di 49 incontri a cadenza settimanale. In fase di assessment e all'incontro n. 48 sono stati somministrati la scala CBA 2.0 (Sanavio et al., 1997), il MCMI – III (Millon, 2008) e il diario del sonno (Devoto & Violani, 2009). Il follow-up è avvenuto a sei mesi dalla fine del percorso terapeutico e non ha previsto la somministrazione di test al soggetto. Nonostante la pervasività del disturbo e l'affaticamento generato dalla mancanza di sonno, l'uomo non ha assunto alcun tipo di terapia farmacologica per tutto il corso della terapia. L'intervento si è focalizzato in una prima fase sulla riduzione delle problematiche relative al sonno e del rimuginio e sull'aumento delle attività piacevoli, così da migliorare il tono dell'umore e aumentare le risorse disponibili. Ho attuato un intervento di *psicoeducazione* sui cicli del sonno, sui temi dell'insonnia e su quei comportamenti che hanno un effetto di mantenimento sul disturbo. Si è dimostrato utile implementare la tecnica di *controllo dello stimolo* (Devoto & Violani, 2009), che prevede che il soggetto rimanga a letto per il numero di ore medio dormito nell'ultima settimana, come rilevato tramite il diario del sonno. Tale intervento permette di ridurre la quantità di tempo trascorsa a letto senza dormire, aumentando così l'efficacia del sonno e potenziando il ruolo di stimolo discriminativo del letto e della camera in cui il soggetto dorme. Molti degli interventi di modifica comportamentale hanno richiesto di mettere in atto del problem solving. Questi interventi sono stati finalizzati all'identificazione di possibili attività alternative da svolgere al posto di rimanere a letto sveglio e per strutturare delle regolarità pre-addormentamento. L'apprendimento di questo tipo di strategia è stato utile anche per riprendere le attività di tipo motorio e sportivo, abbandonate negli ultimi mesi, per l'insonnia e per il dolore alla schiena. *Ristrutturazione cognitiva*: abbiamo utilizzato i dati raccolti con il diario del sonno (Devoto & Violani, 2009), in cui emergeva che il rendimento nel corso della giornata e il numero di ore dormite durante la notte spesso non correlavano; tale evidenza però contrastava con convinzioni che l'uomo riferiva come ad esempio “se non dormo almeno 6 ore, il giorno dopo non riuscirò a fare nulla”, riferendosi alle proprie prestazioni lavorative (valutate come “scarse” a seguito di una notte in cui dormiva male) o la possibilità di godere del proprio tempo libero, uscendo con gli amici, svolgendo attività fisica o volontariato, come ad esempio: “dopo una notte in cui non dormo sono KO, riesco a malapena a lavorare e poi mi devo chiudere in casa”. Il contrasto tra la convinzione dell'uomo e la realtà oggettivabile, dipendeva da una

distorsione cognitiva (Beck et al., 1987), più precisamente un pensiero dicotomico, che abbiamo potuto delineare come: “le cose vanno bene solo se è tutto perfetto” e, successivamente, mettere in discussione. In questo modo l’uomo è diventato consapevole che la relazione tra insonnia-prestazione lavorativa e insonnia-possibilità di godere del tempo libero, non era unidirezionale e si dava anche la possibilità che a seguito di una notte in cui aveva dormito poco, potesse avere una giornata di lavoro proficua o che potesse svolgere delle attività di volontariato, sportive o uscire con gli amici. Questo intervento ha permesso un aumento delle attività piacevoli svolte dall’uomo e delle valutazioni, rispetto alle sue prestazioni lavorative, maggiormente oggettive. *Intervento metacognitivo*: in più occasioni l’uomo aveva riferito anche di essere particolarmente disturbato da una catena di pensieri che lo portava a mettere in discussione temi che riguardavano la sua quotidianità: “non avrei dovuto rispondere in quel modo al collega”, “oddio non riusciremo a prendere in tempo il treno per arrivare in aeroporto con tutto questo traffico”. La messa in discussione, dal punto di vista cognitivo, di queste idee risultava abbastanza rapida, dato che l’uomo riconosceva rapidamente gli aspetti disfunzionali dei suoi pensieri, ma spesso la seduta successiva tornava portando delle nuove preoccupazioni o delle nuove riflessioni rispetto al punto di vista confutato la volta precedente che corroboravano l’ipotesi scartata. Abbiamo così iniziato a lavorare su un *piano metacognitivo*, analizzando non tanto i pensieri di per sé, quanto il modo in cui il pensiero funziona e le modalità ricorrenti utilizzate per affrontare i problemi (Wells, 2006). Durante le sedute, utilizzando il dialogo socratico, sono emerse metacredenze positive, legate all’utilità di un monitoraggio continuo della minaccia: in particolare l’uomo nutriva la credenza “se mi preoccupò sarò in grado di affrontare efficacemente i problemi in futuro”. Questo tipo di credenza comportava l’attivazione di una catena di pensieri in situazioni nelle quali percepiva uno stato di minaccia o rischio, come ad esempio un episodio in cui lui e la moglie erano andati in aeroporto, trovando molto traffico e rischiando di perdere il volo. Similmente la metacredenza positiva generava una catena di pensieri a lavoro, quando, dopo aver provato rabbia, l’uomo rimuginava sulla possibilità di fare del male a qualcuno, e la notte, quando, svegliandosi, iniziava a riflettere sull’ipotesi di avere un figlio e sui rischi che questo avrebbe comportato. Tra le metacredenze negative identificate, la principale è “non sono in grado di controllare i miei pensieri, se inizio a riflettere a qualcosa non riesco più a fermarmi”. Questa credenza generava un senso di incontrollabilità e di rinuncia verso la possibilità di modificare o ridurre il proprio livello di rimuginio. Individuate queste credenze, e le conseguenze che avevano sul piano emotivo e sul versante cognitivo, abbiamo potuto metterle in discussione e procedere progressivamente a una loro modifica. Si è dimostrata utile, anche a questo scopo, la tecnica del *training attentivo* (Wells, 2006), che abbiamo attuato in seduta e che poi ha imparato a svolgere autonomamente a casa, almeno una volta al giorno. L’uomo ha riferito di aver tratto un importante giovamento da questo tipo di tecnica, che gli è servita sia nelle fasi in cui si accorgeva di orientare il proprio pensiero eccessivamente verso stimoli interni, sia come allenamento “generale” per diventare più abile nel dirigere la propria attenzione. La seconda parte del trattamento si è attestata maggiormente sulla gestione del problema della rabbia. Una volta risolti il problema dell’insonnia e della deprivazione dal punto di vista sociale e di attività piacevoli che ne derivavano, l’uomo ha avuto voglia di intervenire più direttamente su un problema che inizialmente gli sembrava insormontabile e di cui parlava solo malvolentieri. L’intervento si è basato su un training di gestione della rabbia descritto da Reilly (Reilly et al., 1994), che si focalizza principalmente su due aspetti:

1. Aiutare il paziente a identificare gli specifici fattori che sono *sintomi* e *trigger* della rabbia
2. Aiutare il paziente a identificare *strategie personalizzate di controllo* della rabbia

Prima di tutto abbiamo individuato gli *indicatori di rabbia*, suddividendoli in 4 categorie: fisici, emozionali, immaginativi e situazioni o parole da “allarme rosso”. Gli indicatori fisici possono essere interni o esterni: l’uomo ha riferito di percepire un aumento della frequenza cardiaca e della tensione muscolare, oltre a una percezione di calore diffuso in tutto il corpo. Dal punto di vista degli “indicatori esterni”, la ricerca è stata più complessa, l’uomo immaginava infatti di non lasciar percepire le proprie emozioni agli altri nel momento in cui era arrabbiato, ma proprio da tale considerazione siamo partiti, identificando come possibile discriminatore un irrigidimento delle espressioni del volto e una diminuzione delle interazioni con gli altri. Dal punto di vista emotivo ha riconosciuto che la sua rabbia emergeva, nella maggior parte delle occasioni, quando aveva la percezione di essere ferito, umiliato o impotente. Tale valutazione non riguardava solo i recenti accaduti nell’ambito del lavoro, in cui la reazione era stata particolarmente intensa, ma anche la maggior parte delle occasioni in cui si arrabbiava con amici o in famiglia e anche precedentemente al demansionamento. L’uomo aveva una chiara consapevolezza sia delle immagini e fantasie che elicitavano rabbia, dato che queste si presentavano diverse volte al giorno, che delle situazioni trigger, tutte legate a occasioni in cui avesse visto, sentito o dovuto interagire in qualunque modo con la persona che lo ha demansionato. Abbiamo inoltre strutturato un metro per la *valutazione dell’intensità* della rabbia, basato su una scala 0-10 in cui 0 significa “assenza di rabbia” e 10 vuol dire “rabbia esplosiva, perdita di controllo”. È stata poi fatta una valutazione delle diverse situazioni in cui provava questa emozione, identificando un numero della scala: inizialmente abbiamo dovuto farlo in seduta, poi, progressivamente questa abilità si è automatizzata e l’uomo è stato in grado di svolgere questo compito indipendentemente. Una volta identificati i trigger interni e esterni e il livello di intensità dell’emozione, siamo passati alla discussione di possibili tecniche per il controllo della rabbia. La capacità di problem solving era stata già sufficientemente appresa e l’uomo l’ha messa in atto sia per la parte relativa alle possibili modalità di gestione del conflitto sia per l’attuazione, in ambiente di lavoro di tecniche come il *time-out*. Abbiamo provato a utilizzare poi delle autoistruzioni che l’uomo potesse ripetersi nel momento in cui percepiva rabbia. Le prime volte l’utilizzo di queste autoistruzioni è risultato complesso e poco efficace, il paziente riferiva di non riuscire a ricordare le frasi e che questa mancanza sembrava avere l’effetto di farlo arrabbiare ancora di più. Abbiamo pensato così di provare a scrivere qualcuna di queste frasi in un promemoria nel cellulare, così che potesse avere rapidamente accesso nel caso di bisogno e tale modalità ha dimostrato di essere maggiormente usufruibile per le abitudini dell’uomo. Le autoistruzioni più utili hanno dimostrato di essere “puoi controllare la tua rabbia”, “respira e concentra la tua attenzione su quello che stai facendo”, “non cedere alle provocazioni, tu sei migliore di così”, “a te piace far del bene agli altri”. Dopo aver iniziato a utilizzare queste autoistruzioni un po’ meccanicamente, l’uomo ha riferito di trarne un gran beneficio e di essere riuscito a calmarsi in diverse occasioni. Abbiamo parlato anche dell’utilità di inserire delle *tecniche di rilassamento*, che fossero finalizzate all’abbassamento del livello di arousal generale. L’uomo possedeva già delle tecniche, apprese in un corso di meditazione svolto qualche anno prima e ha stabilito di ricominciare a praticare con regolarità. Nel corso delle diverse sedute abbiamo strutturato un *piano di controllo della Rabbia* (Reilly et al., 1994) che ha poi trascritto in una tabella che aveva nel cellulare, così da poterlo riguardare in ogni occasione in cui ne avesse la necessità, nella tabella 3 ne è riportata una copia.

Successivamente ho proposto all’uomo un *training di assertività* (Baggio, 2013), iniziando con della psicoeducazione sui temi della comunicazione verbale e non verbale, sui diritti assertivi e sulle modalità per fare valere le proprie idee senza sovrastare gli altri. Il lavoro svolto su queste tematiche è stato finalizzato a mettere in discussione alcuni pregiudizi che aveva, anche facendo

Tabella 3. *Piano condiviso per il controllo della rabbia*

Praticare le meditazioni almeno 3 volte alla settimana
Fare 3 minuti di respirazione profonda concentrandosi sul momento presente
Uscire da lavoro per una pausa di 10 minuti e camminare in modo sostenuto
Uscire con gli amici e fare attività fisica
Chiamare Giorgio per farsi dare supporto
Parlare in seduta degli eventi che hanno scatenato rabbia
Leggere le autoistruzioni scritte nel cellulare
Comprendere quali situazioni mi stanno portando alla rabbia esplosiva

degli esperimenti comportamentali, sottoponendolo a role playing e successivamente a esercizi da svolgere con livelli crescenti di difficoltà. L'uomo ha riscontrato la maggior difficoltà nel lamentare problemi e nel fare valere i propri punti di vista, soprattutto quando doveva andare contro l'opinione di una persona dotata di autorità o di un gruppo di persone. Rilevante è stata anche la messa in discussione di una serie di convinzioni che l'uomo nutriva nei confronti della rabbia e che lo portavano a vedere questa emozione come qualcosa di pericoloso e negativo. Ho attuato della psicoeducazione su questo tema e in particolare abbiamo discusso dell'opportunità di esprimere la rabbia in modi socialmente accettabili e di come questa emozione abbia anche delle caratteristiche positive. Dopo aver concluso anche questa parte della terapia l'uomo ha iniziato a percepire un maggior livello di sicurezza e abbiamo dunque ipotizzato di poter chiudere il percorso terapeutico. In quello stesso periodo però la compagna è rimasta incinta e questo avvenimento, per quanto atteso e ricercato, ha rappresentato un momento di tensione notevole, con un peggioramento sul versante della rabbia e dell'insonnia. Abbiamo così ripercorso le varie tecniche e strategie apprese lungo i 14 mesi di durata totale della terapia, approfittando del rapido recupero e ritorno alla normalità come esercizio per trattare una possibile ricaduta.

Risultati

Alla fine del percorso terapeutico (seduta n. 48) sono stati somministrati nuovamente il CBA 2.0 (Sanavio et al., 1997), il MCMI – III (Millon, 2008) e il diario del sonno (Devoto & Violani, 2009). L'uomo riferiva un miglioramento nel sonno, riscontrabile anche al diario del sonno (Devoto & Violani, 2009). Emerge una durata del sonno aumentata a 7 ore per notte, con rari risvegli notturni, la mattina si sveglia generalmente abbastanza riposato e si è sentito sveglio durante la giornata. Anche i comportamenti che ostacolavano una buona qualità del sonno si sono ridotti, lasciando spazio a altri più funzionali. Con il miglioramento del sonno, l'uomo ha ripreso a uscire con gli amici, a fare volontariato e attività fisica. Relativamente alla rabbia, le immagini intrusive sono significativamente diminuite: riferisce che la frequenza si è ridotta a una/due immagini alla settimana e non ha più il timore di poter fare del male al capo. Le auto-istruzioni da darsi nei momenti in cui sente emergere una rabbia con intensità elevata e l'apprendimento di abilità di tipo assertivo, sono le strategie che ritiene lo abbiano maggiormente aiutato. Queste ultime gli hanno permesso di identificare delle modalità socialmente accettabili per esprimere dissenso e pretendere il rispetto del proprio punto di vista e dei suoi diritti. Alla scala CBA 2.0 (Sanavio et al., 1997) risultano i seguenti punteggi, sintetizzati nella seguente tabella (tabella 4):

Tabella 4. Risultati alla scala CBA 2.0 (fine trattamento, seduta n. 48)

Test	Omessi	Grezzo	Percentile maschi
S.T.A.I. X1	0	50	80,6
S.T.A.I. X2	0	46	92,6
E.P.Q./R - E	0	4	17,1
E.P.Q./R - N	0	5	71,4
E.P.Q./R - P	0	3	64,3
E.P.Q./R - L	0	9	54,1
Q.P.F./R	0	38	46,2
I.P. - F	0	70	69,3
I.P. - PH		0	18,6
I.P. - 1	0	17	57,5
I.P. - 2	0	20	70,2
I.P. - 3	0	6	56,4
I.P. - 4	0	9	87,4
I.P. - 5	0	7	56,1
Q.D.	0	6	74,8
M.O.C.Q./R	0	3	21,5
M.O.C.Q./R - 1	0	1	18,6
M.O.C.Q./R - 2	0	0	5,2
M.O.C.Q./R - 3	0	3	76,3
S.T.A.I. X3	0	13	12
S.T.A.I. DIFF	0	-4	17,5
S.T.A.I. ABS	0	5	
S.T.A.I.ACC	0	0	
Indice IR	0	5	

Nessuna scala risulta essere significativa.

Al MCMI-III (Millon, 2008) emergono i risultati, sintetizzati nella tabella 5.

Permangono i tratti di personalità negativistica mentre sono ridotti, fino a diventare non più significativi, quelli di personalità dipendente e depressiva. È stato condotto un colloquio di follow-up a sei mesi: l'uomo racconta che le immagini intrusive si sono sempre più ridotte fino a scomparire. Ha chiesto di poter lavorare solo nella sede principale così da ridurre le trasferte e i viaggi e poter stare a casa di più con la moglie e in futuro con il figlio. Il sonno è un po' peggiorato, perché la moglie, ormai all'ottavo mese di gravidanza, fa fatica a dormire e lui si sveglia per darle una mano o semplicemente per sentire cosa succede. Ritiene però questo cambiamento del tutto normale e quasi un allenamento per quello che avverrà quando la notte si dovrà svegliare per l'accudimento del figlio. Da qualche settimana ha iniziato a andare a correre la mattina presto, verso le 5:30 per riuscire a mantenere questa abitudine anche in futuro senza privarsi di tempo la sera quando torna a casa da lavoro. Le uscite con gli amici si stanno trasformando sempre di più in cene in casa, ma molti dei suoi conoscenti sono ormai genitori e

Tabella 5. Risultati all'MCMI-III (fine trattamento, seduta n. 48)

Pattern personalità clinica	Nome scala	BR	Tratti
Scala 1	Schizoide	65	Non significativo
Scala 2A	Evitante	63	Non significativo
Scala 2B	Depressiva	59	Non significativo
Scala 3	Dipendente	70	Non significativo
Scala 4	Istrionica	15	Non significativo
Scala 5	Narcisistica	31	Non significativo
Scala 6A	Antisociale	39	Non significativo
Scala 6B	Sadica aggressiva	55	Non significativo
Scala 7	Osessivo compulsiva	45	Non significativo
Scala 8A	Negativistica (Aggressivo-Passiva)	75	Presenza di tratti di personalità significativi
Scala 8B	Masochistica (Autofrustrante)	59	Non significativo
Pattern di grave patologia			
Scala S	Schizotipica	63	Non significativo
Scala C	Borderline	36	Non significativo
Scala P	PAranoide	70	Non significativo

tale cambiamento è sempre più in linea con le esigenze riferite da tutti. Sta pensando di prendersi un periodo di ritiro dall'attività di volontariato per potersi dedicare completamente alla moglie e al figlio ma, dice, ci penserò tra qualche tempo.

Conclusioni

Nel caso descritto è risultata utile l'applicazione di un modello di gestione della rabbia basato sul training strutturato da Reilly (Reilly et al., 1994), che interviene, parallelamente, su diversi aspetti della rabbia. In una prima fase, tramite la psicoeducazione, si forniscono al soggetto delle conoscenze più complete e fondate su questa emozione, favorendo la messa in discussione delle idee disfunzionali e dei pregiudizi che il soggetto potrebbe avere. In un secondo momento, l'intervento si concentra sulla definizione degli stimoli target, che attivano questa emozione e sull'identificazione dell'intensità dell'emozione. Questo passaggio è utile a comprendere maggiormente gli stimoli che provocano rabbia e il modo di esprimere e vivere questa emozione. L'ultima fase riguarda la messa in atto di strategie di controllo e espressione della rabbia, basate, nel caso discusso, sulla capacità di mettere in atto azioni di problem solving, darsi autoistruzioni e pianificare una serie di attività che possano aiutare il soggetto nel momento specifico in cui si genera rabbia e, più in generale, per abbassare il livello di attivazione fisiologica. Si è dimostrato molto efficace per il benessere del paziente, anche la strutturazione di un lavoro sull'assertività (Baggio, 2013), che permettesse di trovare delle modalità funzionali per esprimere le proprie

esigenze e bisogni e per pretendere il rispetto dei propri diritti. Anche grazie a questo, l'uomo ha appreso un nuovo modo di relazionarsi alla rabbia, basato sulla comprensione dell'utilità di questa emozione e della possibilità di esprimerla funzionalmente. È stato fondamentale anche un intervento diretto sul problema dell'insonnia, che da sintomo correlato alla situazione di demansionamento, aveva raggiunto una significatività clinica autonoma e rappresentava un fattore di mantenimento del disturbo. La scelta di intervenire in prima battuta sui problemi del sonno, è dovuta alla necessità di aumentare la percezione di controllo del paziente su ciò che per lui è prioritario. L'intervento sull'insonnia, ha determinato una visione più realistica delle caratteristiche del proprio sonno e lo sviluppo di pensieri più funzionali, migliorando la percezione della qualità del sonno e parallelamente aumentando il senso di *agency* su un settore ritenuto fondamentale per la sua vita; ciò ha determinato la sua disponibilità a mettere in atto dei cambiamenti anche sulla gestione della rabbia e del rimuginio.

Bibliografia

- APA. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. (American Psychiatric Publishing (ed.); 5th ed.).
- Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *American Psychologist*, 38(11), 1145–1160.
- Baggio, F. (2013). *Assertività e training assertivo. Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti*. Milano: Franco Angeli.
- Beck, A.T., Rush, T.A., Shaw, B.F., & Emery, G. (1987). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
- Berkowitz, L. (1989). Frustration-aggression hypothesis: Examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, 106(1), 59–73.
- Day, A., Howells, K., Mohr, P., Schall, E., & Gerace, A. (2008). The development of CBT programmes for anger: The role of interventions to promote perspective-taking skills. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 299–312.
- Devoto, A., Violani, C. (2009). *Curare l'insonnia senza farmaci. Metodi di valutazione e intervento cognitivo-comportamentale*. Carocci Faber.
- DiGiuseppe, R., & Tafrate, R.C. (2003). Anger treatment for adults: a meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 70–84.
- DiGiuseppe, R., & Tafrate, R.C. (2007). Understanding anger disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(2), 224–226. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2007.01.003>
- Ekman, P., & Oster, H. (1979). Facial expression of emotion. *Annual Review of Psychology*, 30, 527–554. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.30.020179.002523>
- Espie, C.A., Broomfield, N.M., MacMahon, K.M., Macphee, L.M. & Taylor, L.M. (2006). The attention-intention-effort pathway in the development of psychophysiological insomnia: a theoretical review. *Sleep Medicine Reviews*, 10: 215–245.
- Fein, M.L. (1993). *I.A.M.: A common sense guide to coping with anger*. Praeger Publications.
- Gross, J.J., & Barrett, L.F. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3, 8–16. <https://doi.org/10.1177/1754073910380974>
- Harvey, A.G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40: 869–893
- Harvey, A.G., Tang, N.K., & Browning, L. (2005). Cognitive approaches to insomnia. *Clinical Psychology Review*, 25(5):593–611. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.005>
- Haynes, S.N., Adams, A., & Franzen, M. (1981). The effects of presleep stress on sleep-onset insomnia. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(6), 601–606. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.90.6.601>
- Krizan, Z., & Hisler, G. (2019). Sleepy anger: Restricted sleep amplifies angry feelings. *Journal of Experimental Psychology: General*, 148(7), 1239–1250. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/xge0000522>
- Lachmund, E., DiGiuseppe, R., & Fuller, J. R. (2005). Clinicians' diagnosis of a case with anger

- problems. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 439–447. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jpsychires.2004.10.009>
- Linehan, M.M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed.). Guilford Press.
- McIntyre, K. M., Mogle, J. A., Scodes, J. M., Pavlicova, M., Shapiro, P. A., Gorenstein, E., & Sloan, R.P. (2019). Anger-reduction treatment reduces negative affect reactivity to daily stressors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87, 141–150.
- Millon, T. (2008). *MCMI-III: Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Una rivoluzione nell'assessment clinico della personalità*. Giunti Psychometrics
- Novaco, R.W. (1997). Remediating anger and aggression with violent offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 2(1), 77–88. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.2044-8333.1997.tb00334.x>
- Perlis, M.L., Giles, D.E., Mendelson, W.B., Bootzin, R.R. and Wyatt, J.K. (1997). Psychophysiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective. *Journal of Sleep Research*, 6: 179–188.
- Reilly, P.M., Clark, H., Westley, M.S., Lewis, E.W. & Sorenson, D.J. (1994). Anger management and temper control: critical components of posttraumatic stress disorder and substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 401–407. <https://doi.org/10.1080/02791072.1994.10472460>
- Sanavio, E., Bertolotti, G., Michielin, P., Vidotto, G., Zotti, A.M., (1997). *CBA 2.0 Cognitive Behavioural Assessment 2.0. Scale primarie: manuale*. Organizzazioni Speciali.
- Schachter, S. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 1). Academic Press.
- Semler, C.N., Harvey, A.G. (2004). An investigation of monitoring for sleep-related threat in primary insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 42(12), 1403–20. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.09.003>.
- Spielman, A.J., Caruso, L.S. & Glovinsky, P.B. (1987). A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 10: 541–553.
- Terzano, M.G. (2011). Neurological perspectives in insomnia and hyperarousal syndromes. *Handbook of Clinical Neurology*, 99, 697–721
- Vendittelli, N., Veltro, F., Oricchio, I., Bazzoni, A., Risicarelli, M.L., Polidori, G., & Morosini, P. (2003). *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Centro Scientifico.
- Watling, J., Pawlik, B., Scott, K., Booth, S., Short, M.A. (2017). Sleep Loss and Affective Functioning: More Than Just Mood. *Behavioral Sleep Medicine*, Sep-Oct;15(5):394-409. <https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1141770>
- Wells, A. (2006). *The Metacognitive Model of Worry and Generalised Anxiety Disorder*. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (p. 179–199). Wiley Publishing.