



TOPIC

Temi di Psicologia dell'Ordine degli Psicologi della Campania

Volume **5** | Numero **1**

2026

PSICOLOGIA CLINICA E DINAMICA

Costruire la Psicologia di Base: il modello organizzativo della ASL di Benevento

Silvana Pagliuca^{1*}, Maria Pasqualina Di Carlo^{1**}, Immacolata Porto², Arjana Kaza¹, Mariarosaria Apicella³, Rosa Tancredi⁴, Loredana Di Rubbo⁵, Concetta Caporaso⁶, Giovanna Di Brino⁷, Adriana Esposito⁸, Marco Carpineto^{9*}

¹ Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. di Benevento, Italia

² Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. di Telese Terme, sede Op. di Cerreto Sannita, Italia

³ Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. di Montesarchio, Italia

⁴ Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. di Telese Terme, Italia

⁵ Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. di San Giorgio del Sannio, sede Op. di Vitulano, Italia

⁶ Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. Alto Sannio Fortore, sede Op. di San Marco dei Cavoti e Morcone, Italia (Attualmente Psicologa specialista ambulatoriale ASL di Benevento)

⁷ Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. di Alto Sannio Fortore, sede Op. di San Bartolomeo in Galdo e Morcone, Italia

⁸ Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. di Montesarchio, sede Op. di Sant'Agata dei Goti, Italia (Attualmente Servizio di Psicologia di Base della ASL di Salerno)

⁹ Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. di San Giorgio del Sannio, Italia

* Silvana Pagliuca e Marco Carpineto sono co-primi autori

** Referente Sanitaria attualmente in pensione

PSICOLOGIA CLINICA E DINAMICA

L'utilizzo della mindfulness negli interventi per i disturbi dissociativi

Rosario Esposito^{1,2}, Chiara Giacobbe¹, Gabriella Santangelo¹

¹ Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta

² Scuola di Specializzazione "Scuola di Psicoterapia Cognitiva" sede di Napoli

Costruire la Psicologia di Base: il modello organizzativo della ASL di Benevento

Building Primary Care Psychology Service: the organizational model of the ASL of Benevento

Silvana Pagliuca^{1*}, Maria Pasqualina Di Carlo^{1**}, Immacolata Porto², Arjana Kaza¹, Mariarosaria Apicella³, Rosa Tancredi⁴, Loredana Di Rubbo⁵, Concetta Caporaso⁶, Giovanna Di Brino⁷, Adriana Esposito⁸, Marco Carpineto^{9*}

¹ Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. di Benevento, Italia

² Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. di Telese Terme, sede Op. di Cerreto Sannita, Italia

³ Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. di Montesarchio, Italia

⁴ Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. di Telese Terme, Italia

⁵ Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. di San Giorgio del Sannio, sede Op. di Vitulano, Italia

⁶ Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. Alto Sannio Fortore, sede Op. di San Marco dei Cavoti e Morcone, Italia (Attualmente Psicologa specialista ambulatoriale ASL di Benevento)

⁷ Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. di Alto Sannio Fortore, sede Op. di San Bartolomeo in Galdo e Morcone, Italia

⁸ Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. di Montesarchio, sede Op. di Sant'Agata dei Goti, Italia (Attualmente Servizio di Psicologia di Base della ASL di Salerno)

⁹ Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, D. S. di San Giorgio del Sannio, Italia

*Silvana Pagliuca e Marco Carpineto sono co-primi autori

**Referente Sanitaria attualmente in pensione

Autore responsabile per la corrispondenza: Silvana Pagliuca, Servizio di Psicologia di Base della Asl di Benevento;
e-mail: ps.pagliuca@gmail.com

Abstract

Il Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, attivato nel settembre 2023, rappresenta un modello innovativo di intervento psicologico integrato nelle cure primarie. Questo articolo analizza il primo anno di attività, evidenziando i risultati ottenuti, le criticità affrontate e le strategie implementate. I dati raccolti, relativi a 670 utenti e 4.982 colloqui, sottolineano l'importanza di un approccio olistico e accessibile alla salute mentale. La maggior parte delle richieste di supporto ha riguardato problematiche ansioso-depressive (42,84%) e difficoltà legate all'adattamento (18,81%). Tuttavia, sono emerse alcune criticità, come la disparità di accesso tra i distretti, la sottoutilizzazione del servizio da parte di utenti maschili e anziani, e la necessità di strumenti centralizzati per la gestione operativa.

I risultati evidenziano come il Servizio di Psicologia di Base possa intercettare il disagio psicologico, promuovendo il benessere psicosociale e offrendo un modello replicabile su scala nazionale.

Parole chiave

Psicologia di base; Salute mentale; Cure primarie; ASL Benevento; Modelli di intervento psicologico.

Abstract

The Primary Care Psychology Service of the ASL of Benevento, launched in September 2023, represents an innovative model of psychological intervention integrated into primary care. This article examines the first year of operations, showcasing the accomplishments, addressing the challenges encountered, and detailing the strategies put into practice. The data collected, covering 670 users and 4,982 consultations, underscore the importance of a holistic and accessible approach to mental health. Most support requests were related to anxiety-depressive issues (42.84%) and adaptation difficulties (18.81%). However, some critical issues emerged, such as disparities in access across districts, underutilization of the service by male and elderly users, and the need for centralized tools for operational management.

The results highlight how the Primary Care Psychology Service can intercept the psychological distress, promoting psychosocial well-being and offering a model that can be replicated on a national scale.

Keywords

Primary Care Psychology Service; Mental Health; Primary Care; ASL Benevento; Psychological Intervention Models.

Introduzione

La salute mentale rappresenta oggi una delle principali sfide di sanità pubblica. Numerosi studi hanno evidenziato come l'accesso a servizi psicologici integrati nelle cure primarie costituisca una risorsa fondamentale per la prevenzione e la gestione del disagio psichico (Di Renzo, 2020; Psicologi, 2024). La pandemia da Covid-19 ha ulteriormente accentuato la domanda di supporto psicologico,

configurandosi come un vero e proprio “trauma collettivo” (De Rosa & Regnoli, 2022) che ha reso ancora più urgente lo sviluppo di modelli innovativi e accessibili di assistenza psicologica (Carpineto, 2020).

In risposta a queste esigenze, la letteratura recente ha sottolineato l'importanza di approcci integrati e multidimensionali nelle cure primarie. Ad esempio, Lazzaroni e colleghi (Lazzaroni et al., 2025) hanno descritto un modello di

<https://doi.org/10.53240/2026TOPIC5N1.011>

intervento innovativo in grado di trattare i disturbi emotivi comuni attraverso un'integrazione sistematica con i servizi territoriali. Parallelamente, diversi studi hanno messo in evidenza l'efficacia delle psicoterapie “*blended*”, che combinano interventi in presenza e digitali, favorendo l'accessibilità e la continuità terapeutica (Iannazzo et al., 2023; Rosa, Ruggiero, Armenante, Santonicola & Iannazzo, 2024). Questi approcci riflettono la necessità di risposte flessibili, capaci di coniugare dimensione clinica, tecnologica e organizzativa.

In ambito specifico, Iannazzo, Ciufo e Leoni (Iannazzo, Ciufo, & Leoni, 2022) hanno proposto un modello integrato per il trattamento dei disturbi d'ansia e degli attacchi di panico, sottolineando l'importanza di strategie complesse che tengano conto sia della dimensione sintomatologica sia delle risorse contestuali. Tali contributi confermano la direzione verso un'assistenza psicologica sempre più vicina ai luoghi di vita delle persone, in grado di intercettare precocemente il disagio e ridurre il rischio di cronicizzazione il ricorso a servizi specialistici già sovraccarichi.

In questo scenario, la Regione Campania ha assunto un ruolo pionieristico con l'approvazione della Legge Regionale 3 agosto 2020, n. 35, che prevede l'inserimento dello psicologo di base nei distretti del Servizio Sanitario Regionale. La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 241 del 13 dicembre 2021, ne ha confermato la legittimità, sancendo il primato della Campania nell'attuazione del servizio.

Il presente studio si inserisce in tale contesto normativo e teorico, proponendosi di analizzare il primo anno di attività del Servizio di Psicologia di Base dell'ASL di Benevento. L'obiettivo è descrivere il modello organizzativo, evidenziare i dati raccolti e discutere i risultati alla luce della letteratura internazionale più recente sui modelli integrati di assistenza psicologica nelle cure primarie.

La Regione Campania come modello sperimentale

La Regione Campania nell'istituzione del Servizio di Psicologia di Base, si è ispirata a un progetto nazionale del 2018 elaborato in collaborazione con i medici di medicina generale. Il percorso è iniziato, appunto, con l'approvazione della Legge Regionale 3 agosto 2020, n. 35, che prevedeva l'inserimento dello psicologo di base nei distretti del Servizio Sanitario Regionale.

Nonostante l'impugnazione iniziale da parte della Presidenza del Consiglio dei Ministri, la Corte Costituzionale – con la sentenza n. 241 del 13 dicembre 2021 – ha confermato la legittimità della legge, riconoscendo alla Campania il primato nell'attuazione di questo servizio. Secondo quanto stabilito all'articolo 1 della normativa regionale, lo psicologo di base ha il compito di “sostenere ed integrare l'azione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base dei cittadini campani”.

Obiettivi e funzione del Servizio di Psicologia di Base

L'obiettivo principale del servizio è promuovere il benessere psicologico attraverso favorendo l'approccio bio-psico-sociale. Non si tratta solo di aiutare l'utente a superare una difficoltà momentanea, ma anche di rafforzare le sue risorse personali e favorire una comprensione più profonda del proprio mondo interno e delle dinamiche relazionali.

Negli ultimi anni, la psicologia è stata sempre più riconosciuta come parte integrante delle cure primarie, al pari di altri servizi sanitari di base. L'iniziativa campana rappresenta quindi un segnale importante: offre ai cittadini un servizio innovativo e accessibile, ma allo stesso tempo ha

messo in luce una significativa disomogeneità tra le diverse regioni italiane.

In questo contesto di sperimentazione regionale e mancanza di uniformità normativa, diventa essenziale analizzare in modo sistematico l'attività svolta nelle realtà già operative. A tale scopo, il presente studio si propone di descrivere il modello attuato presso l'ASL di Benevento e di valutare i dati raccolti nel primo anno di attivazione del Servizio di Psicologia di Base.

L'Osservatorio Regionale e la formazione Istituzione e Composizione dell'Osservatorio

L'Osservatorio è stato istituito con Decreto del Presidente della Giunta Regionale, Vincenzo De Luca, il 16 novembre 2022, in conformità con la Legge Regionale 3 agosto 2020, n. 35, che ha introdotto il "Servizio di Psicologia di Base" nella regione. Il primo incontro di insediamento si è tenuto il 1° dicembre 2022, con una successiva riunione programmata per il 15 dicembre dello stesso anno (Cozzuto, 2022; Quotidiano, 2022).

Funzioni e Obiettivi dell'Osservatorio

L'Osservatorio ha il compito di indirizzare, programmare e controllare le attività svolte dagli psicologi di base. Tra le sue responsabilità principali vi sono (ibid.):

- Supervisione delle Attività degli Psicologi di Base: Monitorare e valutare le prestazioni offerte, assicurando che rispettino gli standard qualitativi e rispondano efficacemente ai bisogni della popolazione.
- Sviluppo di Programmi Formativi: Collaborare alla creazione di corsi abilitanti specifici per gli psicologi di base, al fine di garantire una formazione adeguata e mirata. Questi corsi, attualmente non presenti a

livello nazionale, sono regolamentati dalla Giunta Regionale e prevedono il rilascio di un attestato di abilitazione al superamento dell'esame finale (ibid.).

- Coordinamento con la Direzione Generale della Sanità: Assicurare che le attività degli psicologi di base siano integrate e coerenti con le politiche sanitarie regionali.

Monitoraggio degli Avvisi Pubblici

L'Osservatorio svolge un ruolo attivo nel monitorare le procedure di selezione degli psicologi di base nelle varie ASL campane. Al momento dell'insediamento, quattro ASL avevano già pubblicato avvisi pubblici, mentre le restanti tre erano in procinto di farlo. L'Osservatorio si assicura che tali procedure siano condotte in maniera uniforme e trasparente su tutto il territorio regionale (ibid.).

Importanza dell'Osservatorio nel Contesto Regionale

L'istituzione dell'Osservatorio rappresenta un passo significativo per la Regione Campania, prima in Italia a introdurre il Servizio di Psicologia di Base. Questo organismo garantisce che l'implementazione del servizio avvenga in modo strutturato e rispondente alle esigenze dei cittadini, promuovendo un'assistenza psicologica accessibile e di qualità (Quotidiano, 2022; Regione Campania, 2023).

In sintesi, l'Osservatorio Regionale per il Servizio di Psicologia di Base svolge un ruolo cruciale nel garantire l'efficacia, la qualità e la coerenza del servizio offerto, attraverso attività di supervisione, formazione e coordinamento a livello regionale.

Struttura organizzativa del servizio nella ASL di Benevento

L'Osservatorio ha inoltre supervisionato tutte le fasi degli avvisi pubblici per la selezione degli

psicologi di base, che operano come liberi professionisti a rapporto convenzionale. Le attività si svolgono a livello dei distretti sanitari di base e hanno l'obiettivo di intercettare precocemente i bisogni di salute mentale attraverso interventi mirati, che includono:

- Promozione del benessere psicologico e di stili di vita salutari;
- Sostegno nei momenti critici del ciclo di vita, come transizioni, lutti, o crisi personali;
- Intervento su disturbi psicologici lievi o transitori, nonché su criticità relazionali emergenti;
- Consultazione e integrazione con i servizi specialistici, nei casi di disagio iniziale o difficilmente esprimibile.

Nel caso della ASL di Benevento, composta da cinque distretti, il servizio è stato organizzato con due psicologi di base, dislocati in diverse sedi per garantire la massima accessibilità. L'unica eccezione è rappresentata dal Distretto di Benevento, dove entrambi i professionisti operano nella stessa struttura. Questa distribuzione logistica risponde alla necessità di rendere il servizio facilmente fruibile per tutta la popolazione.

I cinque distretti sono:

1. Alto Sannio Fortore
2. Benevento
3. Montesarchio
4. San Giorgio del Sannio
5. Telese Terme

Il Direttore Generale dell'ASL di Benevento, dott. Volpe, ha disposto l'assegnazione dei primi dieci professionisti presenti nel primo Elenco degli Psicologi di Base per ciascun distretto. Al momento della stipula del contratto, a ciascuno di essi è stato fornito un sistema di rilevazione presenze (badge elettronico), al fine di monitorare puntualmente l'attività svolta e garantire la tracciabilità del servizio erogato.

Il primo settembre 2023 viene attivato il Servizio di Psicologia di Base nei Distretti Sanitari della ASL di Benevento. La creazione del servizio di psicologia di base nell'ASL di Benevento ha rappresentato una sfida senza precedenti. Gli psicologi selezionati e coinvolti nel progetto si sono trovati di fronte a un compito complesso: dar vita a un servizio completamente nuovo, in un contesto privo di strutture preesistenti, di modelli organizzativi e di protocolli operativi. Non si trattava semplicemente di implementare un servizio già delineato, ma di costruirlo dalle fondamenta, definendone ogni aspetto attraverso un lavoro sinergico e un'attenta analisi delle esigenze territoriali.

Mappatura del territorio e lavoro di rete

Importante è altresì il ruolo di ponte che ogni psicologo di base si trova a rivestire all'interno di un sistema complesso di servizi e bisogni. L'orientamento consapevole dell'utenza all'interno della rete territoriale rappresenta un elemento terapeutico cruciale ed essenziale. La costruzione di una mappatura dei servizi presenti sul territorio e la creazione di relazioni di collaborazione con gli stessi ha permesso di intercettare il peso crescente dei disturbi psicologici della popolazione fungendo anche da filtro per i livelli secondari di cure.

Rendicontazione periodica e ricerca

Per garantire un monitoraggio costante delle attività svolte, è stato implementato un sistema di file condivisi, in cui ogni professionista registra dettagliatamente le caratteristiche dell'utenza, la tipologia di problematiche presentate, il numero di colloqui effettuati e il percorso seguito (tutti i passaggi necessari della raccolta dei dati sono in completo anonimato). Questo strumento si è rivelato fondamentale non solo per tenere traccia del lavoro svolto da

<https://doi.org/10.53240/2026TOPIC5N1.011>

tutti gli psicologi, ma anche per rispondere tempestivamente alle richieste di dati provenienti dall'ASL, dalla Regione Campania e dall'Osservatorio. Grazie a questo sistema di raccolta e aggiornamento delle informazioni, è stato possibile effettuare un'analisi approfondita dei dati, fornendo elementi utili per valutare l'efficacia del servizio. L'analisi ha consentito di individuare i punti di forza e le criticità, permettendo così di ottimizzare l'organizzazione, introdurre miglioramenti mirati e implementare strategie di consolidamento per rendere il servizio sempre più efficiente e rispondente alle esigenze della popolazione.

Lavoro in Équipe

Importanti e significativi sono stati gli incontri di lavoro di équipe (tra gli psicologi di base e la Referente Sanitaria del Progetto) a cadenza mensile presso la sede centrale, e sono diventati un vero e proprio strumento di lavoro. Questi incontri si sono rivelati strategici e fondamentali per condividere le esperienze, discutere delle problematiche emergenti e coordinare le attività tra i professionisti coinvolti. Una Terra di Mezzo per migliorare le modalità operative e strutturare il Servizio, un luogo dove poteva trovare spazio anche l'intervisione alla pari sui casi specifici e sulle situazioni che rimandavano ad una gestione più complessa ma che permetteva di ampliare il ventaglio delle prassi e modalità operative. Tutto ciò che si è pensato durante gli incontri è sempre stato redatto nel verbale dell'incontro e condiviso con i vari uffici della Dirigenza dell'Asl e dei Distretti Sanitari e con l'Osservatorio in un'ottica di condivisione coordinata e continuativa.

Affinché la Psicologia di Base potesse essere riconosciuta come un vero e proprio servizio innovativo, distinto dalle altre strutture già operative nelle ASL, era necessario definirne con precisione l'organizzazione e le peculiarità. Non

si trattava solo di un'integrazione, ma della costruzione di un servizio ex novo, con tutte le complessità che questo comporta.

Per garantire un servizio efficace e uniforme, l'équipe della Psicologia di Base ha strutturato una serie di protocolli operativi e buone prassi, delineando criteri chiari per la presa in carico, l'intervento e l'eventuale invio dell'utenza. Uno degli elementi chiave di questa fase è stata la creazione della cosiddetta Cassetta degli Attrezzi, un insieme di strumenti pratici sviluppati per supportare l'attività clinica, l'organizzazione del servizio e la valutazione delle prestazioni e che viene costantemente aggiornata ed implementata.

Obiettivo

Premettendo che il compito dello psicologo di base è intercettare sia i disturbi psicologici della popolazione sia i bisogni di promozione del benessere, l'intervento si concentra prioritariamente sulle seguenti aree:

- a) problemi legati all'adattamento (lutti, perdita del lavoro, separazioni, malattia cronica);
- b) sintomatologia ansioso-depressiva lieve-moderata;
- c) difficoltà nelle fasi di transizione del ciclo di vita;
- d) disagi emotivi transitori ed eventi stressanti;
- e) sostegno psicologico alla diagnosi infausta e alla cronicità o recidività di malattia;
- f) scarsa aderenza alla cura;
- g) richiesta impropria di prestazioni sanitarie;
- h) problematiche psicosomatiche;
- i) supporto psicologico ai professionisti sanitari.

L'obiettivo che il team degli psicologi di base dell'ASL di Benevento si è posto è quello di strutturare in modo uniforme l'organizzazione della psicologia di base nell'ASL di Benevento, adottando in tutti i distretti la medesima

metodologia, strumentazione e documentazione. Tale approccio mira non solo a garantire coerenza e qualità nell'erogazione delle prestazioni, ma anche a favorire la raccolta di dati omogenei, utili per future analisi sull'efficacia del servizio e per la produzione di ulteriori articoli scientifici basati su evidenze empiriche e criteri metodologici condivisi.

Metodi

Disegno dello studio

Il presente studio adotta un disegno osservazionale, descrittivo e retrospettivo, volto ad analizzare l'attività svolta dal Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento nel primo anno dalla sua attivazione (01/09/2023 – 31/08/2024).

Partecipanti

Tutti i cittadini residenti nel territorio dell'ASL di Benevento, senza limiti di età, hanno potuto accedere gratuitamente al Servizio di Psicologia di Base. L'accesso è avvenuto previa segnalazione da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Libera Scelta (PLS), mediante apposita scheda di invio.

I criteri di esclusione includevano:

- Presenza di sintomi psicotici o disturbi psichiatrici gravi;
- Utenti già in carico presso servizi specialistici pubblici o privati;
- Utenti con sintomi legati ad un possibile decadimento cognitivo;
- Richieste di certificazioni, relazioni medico-legali o percorsi psicoterapeutici;
- Situazioni giudiziarie in corso.

Periodo di riferimento e raccolta dati

L'attività descritta si riferisce al primo anno di funzionamento del servizio, dal 1° settembre 2023 al 31 agosto 2024. I dati sono stati registrati all'interno di un **database Excel condiviso**,

aggiornato quotidianamente dai professionisti. Per garantire la tutela della privacy, non sono stati riportati nominativi, ma a ciascun utente è stato attribuito un **codice numerico progressivo**, composto da: codice del distretto, numero di cartellino del professionista, numerazione progressiva e anno di riferimento. Le informazioni derivavano dalla scheda di invio, dai colloqui clinici e dagli strumenti psicometrici somministrati

Le informazioni raccolte riguardano:

- dati anagrafici degli utenti;
- motivazioni principali dell'accesso;
- numero di colloqui effettuati;
- strumenti psicometrici eventualmente utilizzati;
- esiti del percorso.

Strumenti

Il team di psicologi ha implementato una "Cassetta degli Attrezzi" contenente strumenti sia standardizzati sia realizzati ad hoc per l'attività clinica e organizzativa del servizio. Di seguito sono elencati gli strumenti principali:

Strumenti standardizzati

- **CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure)**: questionario self-report validato per adulti, utilizzato per valutare il cambiamento clinico in termini di benessere, sintomi, funzionamento e rischio (Palmieri, 2007).
- **YP-CORE**: versione per adolescenti (11-16 anni), validata in italiano da Di Biase (Di Biase et al., 2021).

Strumenti sviluppati dal servizio

- **Foglio di accesso**: documento strutturato per la registrazione degli incontri suddiviso in tre sezioni (colloquio iniziale, primo ciclo, secondo ciclo).

- **Consenso informato:** specifico per adulti e minori, conforme alla normativa sulla tutela dei dati personali e della patria potestà.
- **Questionario sulle abitudini di vita e benessere psicosociale:** autosomministrato, volto a rilevare fattori di rischio e protettivi in ambiti quali alimentazione, sonno, attività fisica, dipendenze, stato civile, religiosità, storia psichiatrica e situazione sociale.
- **Cartella psicologica – Scheda di osservazione e valutazione:** strumento clinico ad uso interno, configurato come diario clinico per l'annotazione degli aspetti salienti emersi nel percorso.
- **Lettera di invio a servizi territoriali:** documento formale per l'orientamento a livello specialistico, contenente i dati essenziali sull'utente e le motivazioni cliniche dell'invio.
- **Attestazione di presenza e presa in carico:** modulo che certifica l'avvio del percorso clinico, utile per esigenze legali o organizzative.
- **Database digitale condiviso:** sistema per la registrazione e il monitoraggio dei dati clinici e gestionali, implementato per garantire coerenza, trasparenza e tracciabilità.

Procedure

I dati sono stati elaborati mediante il software IBM SPSS Statistics (versione 22). Sono state effettuate esclusivamente analisi descrittive (frequenze, percentuali, medie e deviazioni standard), senza applicare test inferenziali.

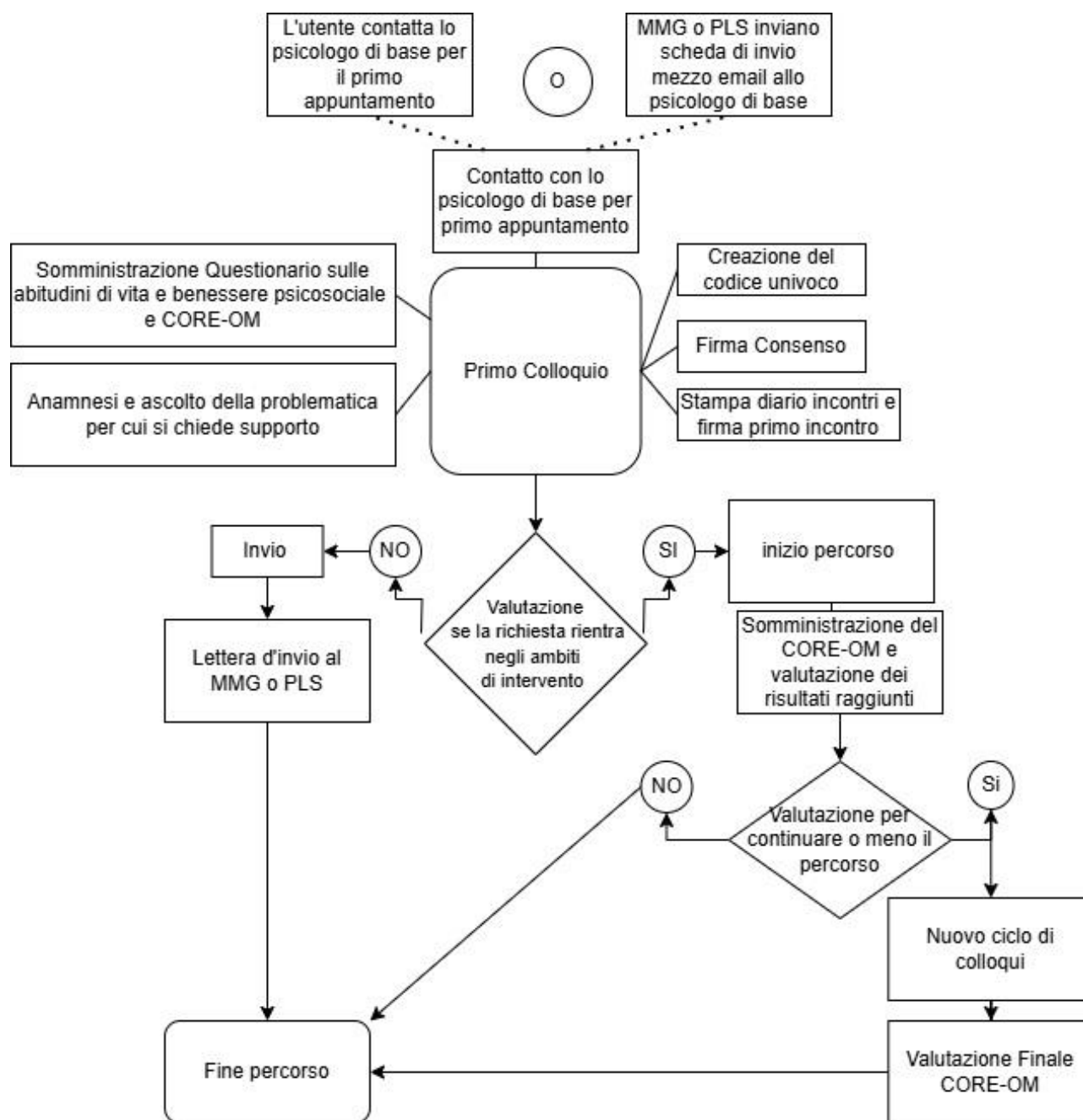
L'accesso al servizio prevede i seguenti passaggi operativi:

1. **Invio da MMG/PLS:** compilazione della scheda di invio con diagnosi e motivazione.

2. **Contatto con il professionista:** l'utente contatta lo psicologo assegnato al distretto di residenza per fissare il primo appuntamento.
3. **Primo colloquio:**
 - Raccolta firme (consenso informato, foglio di accesso);
 - Somministrazione del Questionario sul benessere psicosociale per gli utenti con un'età maggiore dei 16 anni e del CORE-OM/YP-CORE;
 - Verifica dell'assenza di criteri di esclusione;
 - Valutazione del bisogno clinico.
4. **Attivazione del percorso:** in caso di idoneità, viene attivato un ciclo di 6-8 colloqui. Ogni colloquio è della durata di 45-60 minuti.
5. **Rivalutazione clinica:**
 - Al termine del primo ciclo, somministrazione del CORE-OM/YP-CORE per la valutazione dell'outcome;
 - Decisione condivisa tra psicologo e utente: conclusione, prolungamento, invio al secondo livello o follow-up.
6. **Follow-up:** possibilità di effettuare colloqui aggiuntivi a distanza di tempo, se necessario.
7. **Invio al secondo livello:** attivabile in qualsiasi momento, mediante lettera formalizzata, nei casi di disturbi complessi o incompatibilità con l'intervento breve.

Limiti metodologici ed aspetti etici

Il presente studio presenta alcuni limiti: l'analisi si riferisce esclusivamente al primo anno di attività del Servizio; non è stato previsto un follow-up sistematico, il che non consente di

Figura 1. Diagramma di Flusso del processo

valutare la stabilità degli esiti clinici nel tempo; i dati sono stati analizzati in forma puramente descrittiva, senza applicazione di analisi inferenziali; inoltre, non si può escludere un *bias* di segnalazione legato alla variabilità negli invii da parte dei Medici di Medicina Generale

(MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS). In particolare, alcuni professionisti possono mostrare una maggiore sensibilità nell'invio, altri sottostimare i bisogni; possono emergere differenze territoriali legate al livello di collaborazione con gli psicologi di base; inoltre,

i medici tendono a segnalare più facilmente i casi di sintomatologia ansioso-depressiva, più riconoscibile, a scapito di problematiche meno evidenti (es. psicosomatiche o relazionali).

Dal punto di vista etico, lo studio è di natura osservazionale retrospettiva e utilizza dati raccolti nell'ambito della pratica clinica ordinaria del Servizio di Psicologia di Base. Tutti i dati sono stati trattati in forma anonima e aggregata, in conformità al D.Lgs. 196/2003 e al Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Per questa tipologia di studi non è richiesto un consenso informato specifico, trattandosi di dati già acquisiti a fini clinici e non riconducibili ai singoli individui. È stato comunque predisposto e presentato al Comitato Etico dell'ASL Napoli 3 un protocollo di ricerca osservazionale retrospettivo e longitudinale, attualmente in fase di valutazione, che consentirà di proseguire l'analisi con un disegno metodologico più strutturato e validato a livello etico.

Risultati

La raccolta dati presentata ha lo scopo di rispondere alle domande di ricerca e di orientare il miglioramento del servizio. In questa prima fase è stato scelto come periodo di riferimento il primo anno di attività del Servizio di Psicologia di Base della ASL di Benevento, ovvero dal 1° settembre 2023 al 31 Agosto 2024.

Il Servizio ha registrato un'affluenza pari a 670 utenti.

Questi dati mostrano una forte disomogeneità territoriale: il Distretto di Benevento (27,8%) e quello di Telese Terme (24,9%) hanno registrato la quota più elevata di accessi, mentre l'Alto Sannio Fortore (11,5%) è risultato il meno rappresentato. Tali differenze evidenziano la necessità di programmare un riequilibrio dell'offerta e di intensificare la promozione del servizio nelle aree periferiche.

Il 68,8% (n = 460) sono state donne, mentre il 31,3% (n = 210) sono stati uomini. L'età media

degli utenti è stata di 39,81 anni (range: 6-84; $\pm 19,1$).

La distribuzione per genere conferma la prevalenza femminile (68,8% contro 31,3% maschi), coerente con quanto riportato in letteratura rispetto alla maggiore propensione delle donne a rivolgersi ai servizi psicologici. La minore affluenza maschile segnala la necessità di strategie di sensibilizzazione mirate per favorire l'accesso degli uomini e superare barriere culturali e di stigma.

L'analisi della distribuzione per fascia d'età evidenzia una predominanza di utenti tra i 45 e i 59 anni nella maggior parte dei distretti, ad eccezione di Montesarchio e San Giorgio del Sannio, dove prevalgono giovani tra i 15 e i 29 anni (vedi Tabella 3).

I dati mostrano una concentrazione di utenti nella fascia 45–59 anni, con picchi nei distretti di Benevento (32%) e Alto Sannio Fortore (31%). In alcuni distretti, come San Giorgio del Sannio (37%) e Montesarchio (29%), emerge invece una significativa presenza di giovani 15–29 anni. Queste differenze suggeriscono l'opportunità di calibrare gli interventi: percorsi di prevenzione e sostegno specifici per i giovani, e programmi mirati a supportare gli adulti nelle fasi critiche della vita.

Nello specifico:

Fascia 0-14 anni: Le problematiche prevalenti includono disturbi comportamentali, difficoltà di socializzazione e deficit cognitivi.

Fascia 15-29 anni: Questa fascia mostra una prevalenza di problematiche legate all'adattamento, ansia e disturbi legati alla transizione verso l'indipendenza.

Fascia 30-44 anni: Le problematiche più comuni riguardano l'ansia, la depressione e le difficoltà familiari.

Fascia 45-59 anni: Le problematiche legate all'adattamento e alla sintomatologia ansioso-depressiva sono predominanti, spesso in relazione a eventi di vita come lutti, malattie

Tabella 1. Dati relativi a prestazioni erogate, popolazione, numero di accessi e prestazioni.

Distretti ASL	Popolazione	Utenti	Percentuale	Numero di Prestazioni	Percentuale
	Residente	Afferiti al Servizio	Totale Utenti		Totale Colloqui
Alto Sannio Fortore	45.156	77	11,5%	497	0,17%
Benevento	72.440	186	27,8%	1351	0,26%
Montesarchio	56.271	132	19,7%	1108	0,23%
San Giorgio del Sannio	58.493	108	16,1%	618	0,18%
Telese Terme	55.200	167	24,9%	1408	0,30%
Totale	287.560	670	100%	4.982	0,23%

Tabella 2. Affluenza al Servizio per fasce di età e genere.

Distretti ASL	Fasce d'età – Genere M						Fasce d'età Genere F					
	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	>=75	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	>=75
Alto Sannio Fortore	1	10	5	6	1	0	3	11	12	18	7	3
Benevento	16	16	5	8	6	2	13	21	28	51	18	2
Montesarchio	2	18	12	6	4	2	3	20	18	31	14	2
San Giorgio del S.	5	16	8	3	4	2	3	24	14	20	9	0
Telese Terme	6	16	12	10	7	1	7	24	22	33	25	4
Totale per età	30	76	42	33	22	7	29	100	94	153	73	11
Totale per genere	210						460					

Tabella 3. Distribuzione dell'utenza per fasce di età

Distretti ASL	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	>=75
Alto Sannio Fortore	5%	27%	22%	31%	10%	4%
Benevento	16%	20%	18%	32%	13%	2%
Montesarchio	4%	29%	23%	28%	14%	3%
San Giorgio del Sannio	7%	37%	20%	21%	12%	2%
Telese Terme	8%	24%	20%	26%	19%	3%

croniche o separazioni.

Fascia 30-44 anni: Le problematiche più comuni riguardano l'ansia, la depressione e le difficoltà familiari.

Fascia 45-59 anni: Le problematiche legate all'adattamento e alla sintomatologia ansioso-

depressiva sono predominanti, spesso in relazione a eventi di vita come lutti, malattie croniche o separazioni.

Fasce 60-74 e ≥75 anni: In queste fasce, le difficoltà principali includono la gestione di

<https://doi.org/10.53240/2026TOPIC5N1.011>

malattie croniche, la solitudine e l'adattamento a cambiamenti significativi nel ciclo di vita.

Aree di intervento e problematiche affrontate

Analizzando le suddette Aree di intervento, individuate nell'Art. 2 della Legge Regionale del 3 agosto 2020 n. 35 che affronta i Compiti dello Psicologo di base, si rileva quanto presente nella Tab. 4. In particolare, la sintomatologia ansioso-depressiva è risultata essere la problematica maggiormente prevalente, rappresentando il 42,84% dei casi, tale dato emerge significativo anche su tutto il territorio sannita. La categoria Problematiche legate all'adattamento (lutti, perdita del lavoro, separazioni, malattia cronica) è racchiusa nel 18,81% dei casi. È emerso che il 25% del sotto campione si è rivolto al servizio per l'elaborazione del lutto e il 16% per la gestione della malattia cronica. La distribuzione percentuale delle aree di intervento è riportata nella Figura 1, che visualizza con immediatezza l'eterogeneità e la ricorrenza delle principali richieste di sostegno pervenute al Servizio.

La sintomatologia ansioso-depressiva (42,84%) e le problematiche legate all'adattamento (18,81%) rappresentano le aree prevalenti di intervento. Questi dati confermano la centralità di protocolli brevi e focalizzati nelle cure primarie, mentre la presenza di problematiche psicosomatiche, di aderenza alla cura e di sostegno ai sanitari, seppur minoritaria, segnala la necessità di un modello flessibile, capace di rispondere a una gamma diversificata di bisogni.

Discussione

L'analisi del primo anno di attività del Servizio di Psicologia di Base dell'ASL di Benevento conferma la rilevanza di un modello integrato di intervento psicologico nelle cure primarie. I dati raccolti (670 utenti e 4.982 colloqui) dimostrano una domanda significativa di sostegno psicologico, con prevalenza di

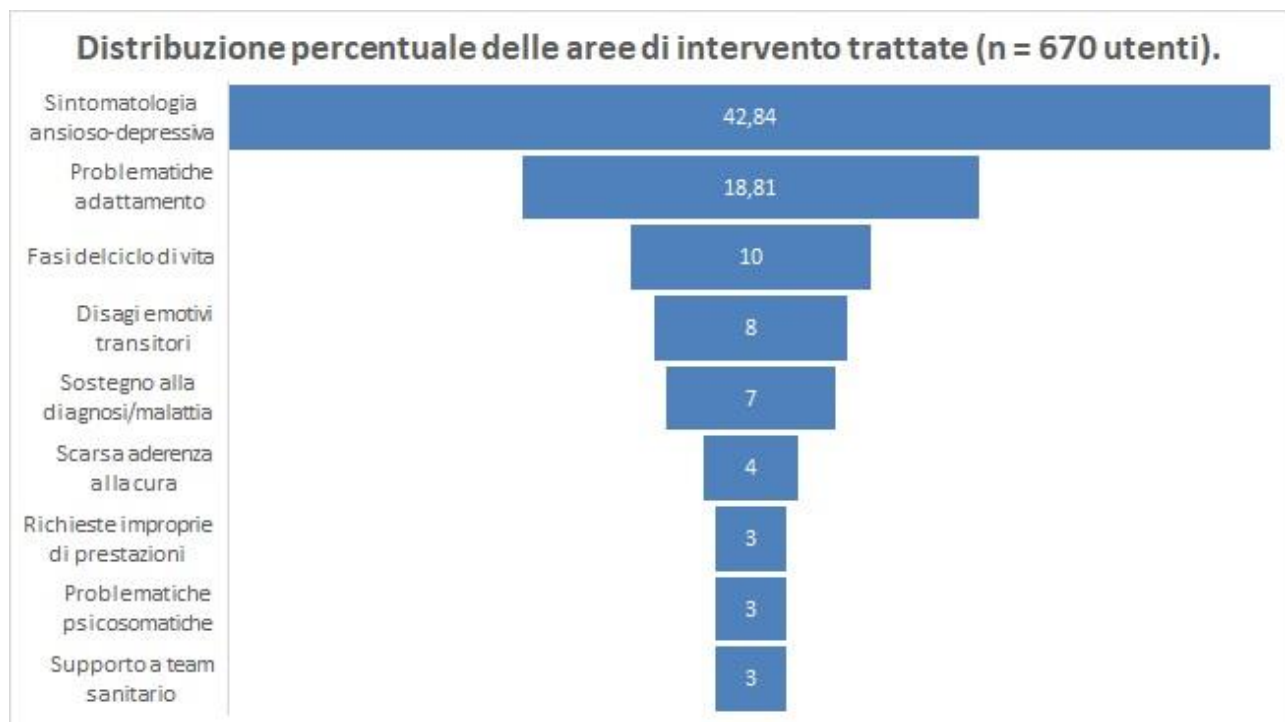
problematiche ansioso-depressive e difficoltà di adattamento. Questi risultati sono coerenti con quanto riportato in letteratura in merito alla crescente incidenza di disturbi emotivi comuni nella popolazione generale e alla loro gestione efficace attraverso interventi integrati nei servizi territoriali (Lazzaroni et al., 2025)

Un primo elemento emerso riguarda la **distribuzione dell'utenza per genere ed età**. La maggiore affluenza femminile conferma una tendenza già ampiamente documentata: le donne tendono a rivolgersi ai servizi psicologici più frequentemente rispetto agli uomini, sia per maggiore prevalenza di disturbi ansioso-depressivi, sia per una maggiore propensione culturale alla richiesta di aiuto (Kovess-Masfety et al., 2014; McLean, Asnaani, Litz, & Hofmann, 2011). La sottoutilizzazione del servizio da parte degli uomini richiama invece lo stigma ancora diffuso nei confronti della salute mentale maschile (Chatmon, 2020), e suggerisce la necessità di strategie di sensibilizzazione mirate, eventualmente basate su modelli di intervento più flessibili e meno medicalizzati. Analogamente, la minore affluenza degli anziani potrebbe essere correlata a barriere culturali e logistiche, come già descritto in altri contesti europei (Qiu, Xu, Li, Zhao, & Yang, 2024). Dal punto di vista territoriale, la **disparità di accesso tra i distretti** rappresenta un dato rilevante. Alcune aree hanno registrato un numero limitato di accessi nonostante la presenza del servizio, indicando possibili criticità legate alla diffusione dell'informazione o a ostacoli logistici. Questi elementi richiamano la necessità di strategie di programmazione più omogenee, in grado di garantire equità di accesso su tutto il territorio. La letteratura recente sottolinea infatti come l'organizzazione dei servizi locali e la loro prossimità ai cittadini siano determinanti per favorire l'accessibilità e ridurre le disuguaglianze (Lazzaroni et al., 2025).

Tabella 4. Distribuzione delle aree tematiche di intervento

Aree di intervento	Distretti ASL					Totale	Percentuale
	Alto Sannio Fortore	Benevento	Montesarchio	San Giorgio del Sannio	Telese Terme		
Disagi Emotivi Transitori e Eventi Stressanti	15	25	28	9	6	83	12,39%
Problematiche legate all'adattamento (<i>lutti, lavoro, separazioni</i>)	17	36	14	15	44	126	18,81%
Problematiche Psicosomatiche	0	4	4	1	3	12	1,79%
Problemi legati a Fasi del Ciclo di Vita	9	25	20	23	28	105	15,67%
Richiesta Impropria di Prestazioni Sanitarie	0	0	1	2	1	4	0,60%
Scarsa Aderenza alla Cura	3	0	3	2	1	9	1,34%
Sintomatologia Ansioso-Depressiva	31	89	52	50	65	287	42,84%
Diagnosi Infausta e alla Cronicità o Recidività della malattia	2	7	10	6	17	42	6,27%
Supporto al/ai Professionista/i Sanitari/o	0	0	0	0	2	2	0,30%

Figura 2. Distribuzione percentuale delle aree di intervento trattate (n = 670 utenti)



Un altro dato significativo riguarda la **tipologia delle problematiche affrontate**. La prevalenza di sintomatologia ansioso-depressiva e di difficoltà di adattamento conferma la

centralità degli interventi brevi e focalizzati, particolarmente efficaci nel prevenire la cronicizzazione del disagio psicologico (Iannazzo et al., 2023; Rosa et al., 2024). La

<https://doi.org/10.53240/2026TOPIC5N1.011>

gestione precoce di queste problematiche nelle cure primarie riduce infatti il rischio di aggravamento e di successivo ricorso a servizi specialistici già sovraccarichi, contribuendo a un uso più razionale delle risorse sanitarie.

Questi risultati hanno implicazioni dirette per la pratica clinica: confermano che interventi brevi, collocati nelle cure primarie, possono intercettare efficacemente forme lievi e moderate di disagio, riducendo il carico dei servizi specialistici e migliorando la tempestività della presa in carico (Archer et al., 2012; Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace, & Underwood, 2010).

Dal punto di vista metodologico, l'introduzione di strumenti standardizzati come il **CORE-OM** e lo **YP-CORE** ha permesso di monitorare gli esiti clinici in termini di benessere, sintomi e funzionamento. Tuttavia, l'assenza di un follow-up sistematico e l'analisi puramente descrittiva rappresentano limiti metodologici che riducono la possibilità di valutare la stabilità dei risultati nel tempo. In questa direzione, l'adozione di protocolli longitudinali e di strumenti blended, che integrano interventi in presenza con componenti digitali, potrebbe rafforzare la qualità e la continuità delle valutazioni (Iannazzo et al., 2023; Rosa et al., 2024).

Un ulteriore limite riguarda la mancata restituzione strutturata da parte dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS). Trattandosi degli attori principali nel processo di invio, la mancanza di un feedback condiviso limita la valutazione dell'effettiva integrazione tra psicologia di base e medicina generale. La costruzione di canali comunicativi più sistematici appare quindi essenziale per consolidare il modello, come già suggerito da approcci complessi al trattamento dei disturbi d'ansia che richiedono un forte raccordo interdisciplinare (Iannazzo et al., 2022).

Infine, va sottolineato il **valore organizzativo** del lavoro di équipe. Gli incontri mensili tra psicologi e referenti sanitari hanno rappresentato uno spazio strutturato per condividere esperienze, criticità e buone prassi, contribuendo alla definizione di protocolli operativi comuni e alla costruzione della "Cassetta degli Attrezzi". Questo elemento conferma che il successo di un modello innovativo non dipende solo dall'erogazione di prestazioni cliniche, ma anche dalla capacità di strutturare processi organizzativi condivisi e replicabili.

Nel complesso, l'esperienza della ASL di Benevento dimostra come un servizio innovativo possa **intercettare precocemente il disagio psicologico, prevenire la cronicizzazione, ridurre le disuguaglianze territoriali e alleggerire i servizi specialistici**, confermando la potenzialità del modello campano come esempio da consolidare e diffondere su scala nazionale.

Conclusioni

Il primo anno di attività del Servizio di Psicologia di Base dell'ASL di Benevento ha evidenziato il valore di un modello innovativo di assistenza psicologica integrata nelle cure primarie. I risultati mostrano come il servizio abbia saputo intercettare precocemente forme di disagio ansioso-depressivo e difficoltà di adattamento, offrendo un sostegno accessibile e tempestivo.

L'analisi dei dati raccolti (da Tabelle 1 a 4) consente di trarre alcune implicazioni dirette per la programmazione dei servizi psicologici:

1. **Equità di accesso territoriale (Tabella 1)** – le differenze tra distretti, con un'alta affluenza a Benevento (27,8%) e Telese Terme (24,9%) e una minore presenza ad Alto Sannio Fortore (11,5%), mostrano l'esigenza di riequilibrare l'offerta e

rafforzare la promozione del servizio nelle aree meno rappresentate.

2. **Target di popolazione per genere (Tabella 2)** – la prevalenza femminile (68,8%) e la minore affluenza maschile (31,3%) confermano quanto già noto in letteratura sulla maggiore propensione delle donne a richiedere aiuto psicologico (Kovess-Masfety et al., 2014; McLean et al., 2011). Questo dato richiede lo sviluppo di strategie specifiche per favorire l'accesso degli uomini, riducendo stigma e barriere culturali (Chatmon, 2020).
3. **Fasce di età prevalenti (Tabella 3)** – la distribuzione dell'utenza mostra una maggiore concentrazione tra i 45–59 anni (es. Benevento 32%, Alto Sannio Fortore 31%) e, in alcuni distretti, tra i giovani 15–29 anni (San Giorgio del Sannio 37%, Montesarchio 29%). Queste differenze evidenziano la necessità di modulare l'offerta: interventi più mirati a sostegno degli adulti in transizione critica della vita e percorsi di prevenzione rivolti agli adolescenti e giovani adulti, particolarmente esposti a problematiche di adattamento.
4. **Tipologie di problematiche (Tabella 4)** – la forte prevalenza di sintomatologia ansioso-depressiva (42,84%) e di problematiche di adattamento (18,81%) conferma l'importanza di consolidare protocolli per interventi brevi e focalizzati nelle cure primarie. Al contempo, la presenza – seppur minoritaria – di problematiche psicosomatiche, scarsa aderenza alla cura e sostegno ai professionisti sanitari suggerisce di mantenere un modello flessibile, capace di rispondere a una gamma diversificata di bisogni.
5. **Aspetti organizzativi** – il lavoro di équipe, i protocolli condivisi e la

costruzione della “Cassetta degli Attrezzi” si sono dimostrati fondamentali per garantire uniformità, efficienza e replicabilità del modello, rendendolo esportabile ad altri contesti regionali e nazionali.

Benefici applicativi per la pratica professionale

Dal punto di vista applicativo, i dati raccolti suggeriscono indicazioni utili per gli psicologi che operano nei servizi territoriali. La gestione precoce delle problematiche ansioso-depressive e di adattamento, che costituiscono la quota prevalente degli accessi, conferma l'efficacia degli interventi brevi e focalizzati, già validati in letteratura come strumenti di prevenzione della cronicizzazione e di alleggerimento dei servizi specialistici (Cape et al., 2010; Lazzaroni et al., 2025). Inoltre, la collaborazione strutturata con i Medici di Medicina Generale rappresenta un punto strategico per intercettare il disagio psicologico in fase iniziale, in linea con i modelli internazionali di *collaborative care* (Archer et al., 2012). Infine, l'esperienza organizzativa della “Cassetta degli Attrezzi” e degli incontri di équipe mensili si configura come buona prassi replicabile, capace di supportare la diffusione di standard operativi comuni nei servizi pubblici.

Sul piano scientifico, resta prioritario consolidare la raccolta di dati longitudinali e introdurre protocolli di *follow-up* per valutare l'efficacia nel medio-lungo periodo.

In prospettiva, il servizio potrà essere ulteriormente migliorato adottando modelli descritti in letteratura come lo *stepped care*, che prevede livelli di intervento crescenti in base alla gravità del disagio (Jeitani, Fahey, Gascoigne, Darnal, & Lim, 2024; Rucci et al., 2012), o la *blended psychotherapy*, che integra modalità digitali e in presenza per aumentare accessibilità e continuità del supporto psicologico (Iannazzo et al., 2023; Rosa et al., 2024).

È importante sottolineare che i risultati vanno interpretati alla luce di alcuni limiti metodologici. In particolare, possibili *bias* di segnalazione legati alla variabilità negli invii da parte dei MMG e dei PLS, così come la tendenza a riconoscere e inviare più facilmente casi di sintomatologia ansioso-depressiva rispetto ad altre problematiche, possono aver influenzato la distribuzione dei dati raccolti. Questi aspetti, se da un lato invitano a cautela nell'interpretazione, dall'altro rappresentano indicazioni utili per rafforzare il raccordo con la medicina generale e sviluppare criteri condivisi di invio e presa in carico.

A tal fine, è già stato presentato al Comitato Etico dell'ASL Napoli 3 un progetto di ricerca osservazionale, retrospettivo e longitudinale, volto ad analizzare i dati raccolti dal 1° settembre 2023 al 30 giugno 2025. Lo studio consentirà di approfondire gli esiti clinici attraverso l'analisi dei punteggi del CORE-OM rilevati in ingresso e in uscita, includendo sia una componente quantitativa che qualitativa. I risultati attesi permetteranno di consolidare ulteriormente il modello operativo, validandone l'efficacia e fornendo basi più solide per future pubblicazioni scientifiche.

In sintesi, il modello campano della psicologia di base, sperimentato presso l'ASL di Benevento, rappresenta un esempio concreto e replicabile di innovazione nei servizi territoriali. Il suo rafforzamento su scala nazionale potrà contribuire a una sanità più equa, accessibile e attenta al benessere psicologico della popolazione.

I dati raccolti, oltre a descrivere l'attività del primo anno, rappresentano uno strumento operativo per orientare la programmazione sanitaria e l'allocazione delle risorse. In tal senso, il modello può essere progressivamente perfezionato in base alle evidenze emergenti, rafforzando la funzione di governance e

favorendo una pianificazione più equa ed efficace dei servizi psicologici di base.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano l'ex Direttore Generale della ASL di Benevento, dott. Gennaro Volpe, per l'interesse ed il sostegno mostrato al nostro servizio; la Direttrice Responsabile Gestione Risorse Umane, dott.ssa Raffaella Del Vecchio, per la preziosa collaborazione e per l'importante attività di coordinamento del progetto in cui il Servizio di Psicologia di Base è inserito; i Direttori dei Distretti Sanitari della ASL di Benevento che hanno contribuito alla realizzazione del Servizio di Psicologia di Base; la Responsabile dell'Ufficio Stampa, dott.ssa Rosanna Avenia, per l'importanza riconosciuta al nostro operato; il personale dei Distretti Sanitari per l'ospitalità riservata e la laureanda Antonietta Petrillo per il suo interesse mostrato alla Psicologia di Base approfondita anche nella stesura della sua tesi di laurea. Inoltre, ulteriori ringraziamenti alla dott.ssa Carmela Longo nuova Referente Sanitaria del Servizio di Psicologia di Base per il costante supporto organizzativo e professionale e per la collaborazione attiva nel coordinamento delle attività del servizio. Infine gli autori rivolgono un ringraziamento anche all'attuale Direttrice Generale dell'ASL di Benevento, Dott.ssa Tiziana Spinosa, per l'attenzione e il sostegno mostrati nei confronti del Servizio di Psicologia di Base e per il suo impegno nel garantire la continuità all'interno dell'Azienda.

Bibliografia

- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., . . . Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database of Systematic Reviews(10).
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. BMC medicine, 8(1), 38.

<https://doi.org/10.53240/2026TOPIC5N1.011>

- Carpineto, M. (2020). Coincidenza Oppositorum ai tempi del Covid-19. *Babele Rivista di Medicina, Psicologia e Pedagogia, Covid-19*, 1-82.
- Chatmon, B. N. (2020). Males and mental health stigma. In (Vol. 14, pp. 1557988320949322): Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
- De Rosa, & Regnoli, G. M. (2022). La pandemia da COVID-19, un potenziale trauma collettivo. *Topic*, 1(2), 56-71.
- Di Biase, R., Evans, C., Rebecchi, D., Baccari, F., Saltini, A., Bravi, E., . . . Starace, F. (2021). Exploration of psychometric properties of the Italian version of the core young person's clinical outcomes in routine evaluation (YP-CORE). *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 24(2), 554.
- Di Renzo, M. (2020). Il trauma come fenomeno complesso. *Materia Prima – Rivista di psicosomatica ecobiopsicologica*. 45-49.
- Iannazzo, A., Ciuffo, P., & Leoni, F. (2022). Ansia e attacchi di panico, trattamento complesso: Interventi integrati nel trattamento dell'Ansia e degli attacchi di Panico. *Phenomena Journal-International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 4(2), 139-165.
- Iannazzo, A., Stefano, S., Ruggero, L. Z., Santonicola, C., Armenante, O., Motta, V., . . . Rosa, V. (2023). Blended psychotherapy: integrated intervention. *Phenomena Journal - International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 5(2), 124 -142. doi:10.32069/PJ.2021.2.203
- Jeitani, A., Fahey, P. P., Gascoigne, M., Darnal, A., & Lim, D. (2024). Effectiveness of stepped care for mental health disorders: An umbrella review of meta-analyses. *Personalized Medicine in Psychiatry*, 47, 100140.
- Kovess-Masfety, V., Boyd, A., Van de Velde, S., De Graaf, R., Vilagut, G., Haro, J. M., . . . Alonso, J. (2014). Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the European Union? Results from the EU-World Mental Health survey. *J Epidemiol Community Health*, 68(7), 649-656. Retrieved from <https://jech.bmj.com/content/68/7/649.long>
- Lazzaroni, E., Baldi, C., Martini, S., Bava, M., Cerasoli, G., Passoni, F. I., . . . Rigamonti, V. (2025). Treatment of Common Emotional Disorders in Integration with Primary Care: An Innovative Intervention Model within a Local Health and Social Care Agency. *Phenomena Journal - International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 7(1), 01-09. doi:10.32069/PJ.2021.2.226
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1027-1035. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395611000458?via%3Dihub>
- Palmieri, G. (2007). Traduzione e validazione del questionario core-om per la valutazione degli esiti della psicoterapia. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 19(23), 47-65.
- Psicologi, I. (2024). Superare le barriere sociali, culturali e psicologiche. Retrieved from <https://www.psicologi-italia.it/disturbi-e-terapie/problematiche-sociali/articoli/barriere-sociali-psicologiche-e-nella-cultura.html>
- Qiu, L., Xu, H., Li, Y., Zhao, Y., & Yang, Q. (2024). Gender differences in attitudes towards psychological help-seeking among chinese medical students: a comparative analysis. *BMC public health*, 24(1), 1314. Retrieved from <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12889-024-18826-x.pdf>
- Rosa, V., Ruggiero, L. Z., Armenante, O., Santonicola, C., & Iannazzo, A. (2024). Psicoterapia del trauma e intervento blended: un'ipotesi di modello integrato. *Phenomena Journal-International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 6(1), 54-80.
- Rucci, P., Piazza, A., Menchetti, M., Berardi, D., Fioritti, A., Mimmi, S., & Fantini, M. P. (2012). Integration between primary care and mental health services in Italy: determinants of referral and stepped care. *International journal of family medicine*, 2012(1), 507464.

L'utilizzo della mindfulness negli interventi per i disturbi dissociativi

The use of mindfulness in interventions for dissociative disorders

Rosario Esposito^{1,2}, Chiara Giacobbe¹, Gabriella Santangelo¹

¹ *Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta*

² *Scuola di Specializzazione "Scuola di Psicoterapia Cognitiva" sede di Napoli*

Abstract

Il presente lavoro esplora il ruolo dello stato mentale di *mindfulness* come processo utile all'integrazione della coscienza nei disturbi dissociativi. Tali disturbi si manifestano quando la capacità di essere presenti a sé stessi risulta compromessa. Sebbene la *mindfulness* abbia dimostrato una certa efficacia clinica nella regolazione emotiva e nello sviluppo di competenze metacognitive, il suo impiego in questo ambito è generalmente sconsigliato o adottato con estrema cautela, risultando infatti poco approfondito nella letteratura scientifica. Il contributo propone un modello teorico fondato sulla simultaneità dei processi psicologici come chiave interpretativa per comprendere l'emergere della coscienza e, conseguentemente, per modulare intenzionalmente lo stato mentale associato alla *mindfulness*. Tale prospettiva consente di valorizzare interventi clinici già esistenti – quali la presentificazione janetiana, l'EMDR, la desensibilizzazione e il modello collaborativo-paritetico – e di delineare nuove ipotesi di intervento finalizzate all'integrazione della coscienza attraverso forme di conoscenza non discorsiva. Pur presentando alcune limitazioni, tra cui l'assenza di dati empirici sistematici, il lavoro si propone come base teorica per lo sviluppo di future ricerche sperimentali, offrendo al contempo ai clinici una nuova chiave di lettura per favorire l'emergere di stati di consapevolezza integrati nel trattamento dei disturbi dissociativi.

Parole chiave

Mindfulness; Disturbi dissociativi; Coscienza; Psicoterapia; Intervento terapeutico.

Abstract

The present work explores the role of the mental state of *mindfulness* as a useful process for the integration of consciousness in dissociative disorders. These disorders occur when the ability to be present to oneself is compromised. Although *mindfulness* has demonstrated a certain clinical efficacy in emotional regulation and in the development of metacognitive skills, its use in this area is generally discouraged or adopted with extreme caution, as it is in fact little explored in the scientific literature. We propose a theoretical model based on the simultaneity of psychological processes as an interpretative key to understanding the emergence of consciousness and, consequently, to intentionally modulate the mental state associated with

Autore responsabile per la corrispondenza: Gabriella Santangelo, Dipartimento di Psicologia, Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta; e-mail: gabriella.santangelo@unicampania.it

mindfulness. This perspective could allow promoting existing clinical interventions – such as Janetian presentification, EMDR, desensitization, and the collaborative-peer model – and outlining new intervention hypotheses aimed at integrating consciousness through forms of non-discursive knowledge. Although it presents some limitations, including the absence of systematic empirical data, the work is intended as a theoretical basis for the development of future experimental research, while offering clinicians a new key to facilitate the emergence of integrated states of awareness in the treatment of dissociative disorders.

Keywords

Mindfulness; Dissociative disorders; Consciousness; Psychotherapy; Therapeutic intervention.

Introduzione

Negli ultimi decenni, la *mindfulness* è emersa come uno degli strumenti più promettenti all'interno delle psicoterapie basate sull'evidenza. Originatasi con il protocollo Mindfulness-Based Stress Reduction elaborato da Jon Kabat-Zinn (1999), la *mindfulness* si è rapidamente diffusa grazie alla sua efficacia dimostrata in ambiti clinici eterogenei, inclusi i disturbi d'ansia, la depressione, il dolore cronico e lo stress post-traumatico (Grossman et al., 2004; Hölzel et al., 2011; Gotink et al., 2016). Non solo pratiche meditative tradizionali, ma anche approcci psicoterapeutici moderni come la Dialectical Behavior Therapy (DBT) e l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes et al., 1999) hanno integrato elementi *mindfulness* nei loro modelli di intervento, dimostrando una sinergia tra consapevolezza non giudicante e processi terapeutici trasformativi.

Nonostante i risultati promettenti della pratica della *mindfulness* in ambito clinico, il suo utilizzo nei disturbi dissociativi è da alcuni autori sconsigliato o adottato con estrema cautela (Böge et al., 2021; Briere, 2019; Britton et al., 2021; Compson, 2014; Forner, 2019; Tempone-Wiltshire, 2024; Treleaven, 2018; Vancappel et al., 2024), mentre altri ne propongono l'integrazione all'interno di interventi terapeutici rivolti ai disturbi da trauma (Cloitre et al., 2011).

I disturbi dissociativi sono una serie di sintomi caratterizzati da una interruzione e/o discontinuità della normale *integrazione* della coscienza, della memoria, della identità, delle emozioni, della percezione, della rappresentazione corporea, del controllo motorio e/o del comportamento (APA, 2022). Questa sintomatologia è spesso correlata a traumi psicologici e relazionali (Farina & Liotti, 2013; Janet, 1909; Liotti & Farina, 2011; Steinberg, 2023; Van der Hurt et al., 2005). In accordo con Gold e Seibel (2009), la dissociazione è essenzialmente un'esperienza di disconnessione - sia dal momento presente (assorbimento), sia dagli altri (derealizzazione, distacco) sia da sé (depersonalizzazione, distacco, compartimentalizzazione).

Si può ritenere che la diffidenza nell'utilizzare la pratica *mindfulness* per i disturbi dissociativi sia dovuta proprio al fatto che i vari interventi non prendono come target l'integrazione della coscienza. Infatti, considerata anche la scarsità di lavori sul tema (D'Antoni et al. 2021; Zerubavel & Messman-Moore, 2015), a nostra conoscenza non c'è uno studio che utilizzi questa pratica per favorire la normale integrazione della coscienza. Alcuni autori, anche se con le dovute precauzioni, utilizzano la *mindfulness* per i disturbi dissociativi (Baslet & Hill, 2011; Briere, 2011; Follette & Vijay, 2012; Ortiz & Sibinga,

2017; Sharma et al. 2016; Waelde, 2020; Zerubavel & Messman-Moore, 2015) o per migliorare le tendenze dissociative in soggetti sani (D'Antoni et al. 2021), ma, in questi casi, l'utilizzo della mindfulness sarebbe rivolto per ottenere benefici secondari alla integrazione della coscienza, come: ridurre l'iperarousal, avere maggiore contatto con stati interni evitati, sviluppare la metacognizione, migliorare la gestione dell'impulsività, migliorare la capacità di accettazione e della gestione emotiva, ridurre l'assorbimento immaginativo (Briere, 2019; D'Antoni et al., 2021; Follette & Vijay, 2012;). Considerato che la mindfulness è intesa come una capacità di consapevolezza del momento presente e di integrazione della coscienza (Siegel, 2007), al momento non siamo a conoscenza di studi che hanno come obiettivo proprio la integrazione della coscienza.

Il presente lavoro si propone quindi di articolare una definizione operativa e psicologicamente fondata dello stato mentale della mindfulness, collocandolo nel contesto dei processi di coscienza, in particolare attraverso il concetto di *appercezione* — ossia la capacità di essere consapevoli che si sta vivendo un'esperienza, sentendola come appartenente a sé (Kant, 1781; Leibniz, 1765; Wundt, 1874; Lissauer 1890; Plum & Posner, 1980). Tale fenomeno viene indagato come esito di un'integrazione tra processi cognitivi simultanei, come la percezione dell'ambiente, l'interocezione del corpo, l'immaginazione e il dialogo interno. Riprendendo il lavoro di Damasio (2021), l'ipotesi centrale è che lo stato di mindfulness rappresenti una condizione mentale emergente dall'interazione sincronica di tali processi, rendendo possibile una forma di consapevolezza riflessiva che ha dirette implicazioni cliniche. In particolare, si cercherà di considerare come il costrutto di stato mentale di mindfulness, così definito, possa spiegare

alcuni interventi clinici di integrazione della coscienza nei disturbi dissociativi. Damasio (1999; 2021), infatti, distingue una consapevolezza del “*qui ed ora*”, basata sullo stato interno del corpo che permette all'individuo di percepirsi come “protagonista” degli eventi (*core consciousness*) e una consapevolezza che integra memoria autobiografica, esperienze passate e proiezione nel futuro e consente di costruire un senso coerente del sé nel tempo (*extended consciousness*). In particolare, la *core consciousness*, secondo questo autore, è data dalla rappresentazione mentale dell'organismo nell'atto di vivere l'esperienza, integrando lo stato del corpo con la percezione immediata del mondo esterno, permettendo così all'organismo di diventare il protagonista degli eventi che si svolgono.

Gli obiettivi principali del lavoro, quindi, sono molteplici. Sul piano teorico, si intende costruire una cornice concettuale che consenta di collegare la mindfulness e il costrutto di coscienza. A livello clinico, il lavoro propone una riflessione sull'utilità di promuovere questo stato mentale non come semplice tecnica, ma come prerequisito psicologico e interpersonale per spiegare l'utilizzo di alcuni interventi utili ad integrare la coscienza dei disturbi dissociativi.

Il lavoro include, inoltre, un confronto tra i correlati neurobiologici della coscienza e quelli della mindfulness, ipotizzando una parziale sovrapposizione delle reti neurali coinvolte, in particolare la corteccia cingolata anteriore, l'insula e la corteccia prefrontale (Calderone et al., 2024; Fox et al., 2014; Manuella et al., 2016), al fine di sostenere, con maggiore rigore scientifico, l'identificazione dello stato “*mindful*” come un'espressione neuropsicologica specifica della coscienza riflessiva e la loro natura della simultaneità dei processi psicologici. Nei paragrafi che seguono, quindi, descriveremo il concetto di coscienza come simultaneità dei

processi psicologici; successivamente illustreremo come questo costrutto descriva lo stato mentale della mindfulness; infine proveremo ad applicare questo stato mentale di mindfulness come spiegazione di alcuni interventi clinici efficaci per i disturbi dissociativi e traumatici: la *presentificazione* janetiana, la desensibilizzazione, l'EMDR, la relazione collaborativa. L'auspicio è che la spiegazione del funzionamento di questi interventi attraverso lo stato mentale di mindfulness possa migliorarne l'efficacia nella pratica clinica per i disturbi dissociativi.

Consapevolezza e Coscienza

Definizione e termini

Siamo consapevoli che il termine "*coscienza*" ha avuto diverse e molteplici accezioni in letteratura a tal punto da snaturarne il significato (Natsoulas, 1983). In questa sede, vogliamo usarlo solo nella accezione che descriveremo, consapevoli che ce ne possono essere tante altre e con diversi significati. Lo scopo non è quindi quello di definire cosa è la coscienza, ma descrivere alcuni processi mentali che possono essere riferiti a questo termine. In particolare, tra le tante definizioni (Seth & Bayne, 2022), possiamo scegliere ai nostri fini quella di uno stato mentale di consapevolezza del momento presente (Damasio, 1999; Dehaene, 2014; Thompson, 2015), condizione questa che rimanda alle classiche pratiche meditative (Kabat-Zinn & Arduin, 2010).

Per iniziare, dovremmo innanzitutto chiarire un problema relativo al termine "*percepire*" (Helmholtz, 1995; Gibson, 1981), il quale, di solito, si usa in due accezioni diverse: una riguarda il conoscere attraverso i nostri sensi (ad esempio: vediamo, ascoltiamo, tocchiamo gli oggetti); un altro, invece, riguarda il vedere, ascoltare e udire percependo che lo stiamo facendo noi, diventando in questo modo

"*coscienti*" di quel vedere, ascoltare e udire. Riprendendo una distinzione della tradizione filosofica (Kant, 1781; Leibniz, 1765) e, successivamente, ripresa da Wundt (1874) e, in neuropsicologia, da Lissauer, (1890), vorremmo usare in questo scritto il termine "*percepire*" al vedere, ascoltare etc. senza consapevolezza e "*appercepire*" al fatto che lo facciamo con consapevolezza, essendone coscienti. Un altro termine a cui spesso ci si riferisce con il termine "percepire" è quello legato al sentire il proprio corpo. In questo lavoro, per questo processo, utilizzeremo esclusivamente i termini "interocezione" e "propriocezione" che sono riferiti rispettivamente al sentire le proprie viscere (interocezione), e al sentire l'apparato muscolo-scheletrico (propriocezione) (Sherrington, 1906; Craig, 2002; Ceunen et al. 2016; Garfinkel et al. 2015; Khalsa et al. 2018; Schmitt & Brüne, 2022; Toussaint et al. 2024; Lazzarelli et al., 2024).

In questi termini, la mindfulness, come descritta da Kabat-Zinn (1999), non è altro che un allenamento per attivare il fenomeno dell'*appercezione*: il processo per cui tutto ciò che il soggetto sente, fa o vede, viene avvertito come agito da lui. Di seguito, proveremo a descrivere come emergerebbe questo processo, cioè quali variabili psicologiche dobbiamo modificare per modificare questo stato mentale.

L'appercezione

A tutti noi capita di camminare per strada, osservare le vetrine, incontrare un amico, parlare del più e del meno. Nel nostro vivere quotidiano, oltre ad essere condizionati da sistemi psicofisiologici che ci motivano ad agire (istinti umani o sistemi motivazionali, Esposito et al. 2023; Liotti et al. 2017), oltre a poter "*percepire*" direttamente l'ambiente (Gibson, 1966; 1977; 1979) e a rappresentarcelo (Clark & Paivio, 1987; Paivio, 1976, 1990), abbiamo anche una

funzione del tutto particolare, che si manifesta a tratti, e che riguarda la possibilità di sapere che quelle azioni, emozioni e rappresentazioni sono nostre, cioè ne siamo coscienti. Come se, accanto a dei processi che ci aiutano ad agire, ce ne fosse un altro che riguarda l'“*appercepire*” il quale consiste nel comprendere che tutto ciò che percepiamo ci appartiene e che diveniamo, quindi, coscienti di quelle attività. Così, posso vedere un oggetto presente nell'ambiente (percepirlo), ma posso anche vedere quello stesso oggetto essendo consapevole che lo sto vedendo (appercepirlo). Questo fenomeno, in molti casi, è un processo che può essere presente oppure non presente nel vivere quotidiano. Per fare un esempio, il lettore che legge questo scritto può divenire ad un certo punto cosciente che questa lettura gli appartiene, che è lui stesso che sta leggendo. Questa condizione è molto diversa da quella di prima dove leggeva senza esserne cosciente. Come se in certi momenti si manifestasse una nuova funzione, un nuovo processo ricorsivo, che fa *ap-percepire* alla persona quello che fino a prima stava “solo” percependo. L'appercezione è, dunque, il fenomeno che, in parte, può essere riferito ad una delle tante accezioni del termine coscienza (Blumenfeld, 2009; Cavanna et al., 2011; Damasio, 1999; Laureys, Owen e Schiff, 2004; Laureys, 2005; Nani, Seri e Cavanna, 2013; Plum e Posner, 1980; Zeman, 2001).

Oltre agli esempi relativi alla nostra esperienza personale, il dato che questo stato di coscienza sia una funzione presente a tratti, ci viene dimostrato da alcuni quadri neurologici che causano un deficit permanente di questa consapevolezza come, ad esempio, il caso dell'agnosia visiva (visione cieca) (Biran & Coslett, 2003), dove una persona vede gli oggetti, ma non ne ha consapevolezza, riesce a vederli, ma non li riconosce nel loro significato. In ambito clinico, possiamo riferirci al fenomeno

del sonnambulismo, della doppia personalità e dell'ipnosi dove il soggetto si comporta in un certo modo, ma senza esserne consapevole, cioè non è in grado di attribuire a sé stesso il suo agire o addirittura non ne è proprio a conoscenza, pur avendo intatti i propri sensi percettivi (vista, udito, tatto, gusto) (vedi i pioneristici studi di Janet, 1907).

In quest'ambito è possibile spiegare questo processo di coscienza, riprendendo la descrizione riportate in letteratura, come la possibilità che noi essere umani abbiamo di *appercepire* che quello che facciamo, vediamo, immaginiamo, è nostro. Per “*spiegare*”, intendiamo la possibilità di individuare e modificare delle variabili che a loro volta modificherebbero il fenomeno stesso da spiegare (Esposito, 2017). Quindi, se riusciamo a trovare delle variabili (fenomeni, attività, processi psicologici) che, una volta modificati, cambiano quello che abbiamo chiamato “stato mentale di coscienza” (l'appercezione, appunto), allora abbiamo spiegato lo stato mentale di coscienza. In questo modo, da una parte abbiamo ottenuto la definizione di quello stato mentale e dall'altra la possibilità di cambiarlo. Nel paragrafo successivo, in parte riprendendo il lavoro di Damasio sulla coscienza (1999), proveremo a considerare l'emergere della coscienza, il processo di appercezione, come simultaneità dei processi psicologici.

Modificare lo stato di coscienza

In questo paragrafo saranno descritti i fenomeni psicologici che se modificati, altererebbero quello che abbiamo definito stato di appercezione. Di seguito, quindi, indicheremo due processi mentali che sarebbero in grado di intervenire sullo stato mentale di appercezione e, dunque, di coscienza. Il primo processo si riferisce alla possibilità di essere consapevoli che stiamo percependo l'ambiente esterno; il

secondo si riferisce alla possibilità di essere consapevoli che stiamo percependo i nostri processi mentali.

1. Il primo processo, la possibilità di essere consapevoli che stiamo percependo l'ambiente, come queste pagine, questo tavolo, questa stanza, etc. è possibile attuarlo in due modi: il primo si riferisce al sentire il proprio corpo (cosiddetta "interocezione" e/o "propriocezione") e osservare l'ambiente contemporaneamente (Baars et al., 2003; Damasio, 2021; Dehaene e Changeux, 2011; Seth et al., 2012;). Utilizzando i termini qui proposti, vuol dire che attivando contemporaneamente i processi della *percezione visiva* e della *interocezione* e/o *propriocezione* si può avere la *appercezione di quello che si vede*. Invito il lettore a sentire il proprio respiro mentre legge queste righe e immediatamente si renderà conto che lui sta leggendo questo scritto. Di conseguenza, interocepire e/o propriocepire il proprio corpo (cioè, il respiro) e allo stesso tempo l'ambiente circostante (cioè, questo scritto) consente di arrivare ad un processo di consapevolezza di ciò che stiamo facendo (cioè, appercepire). Un altro processo che deriva dal primo e ne rappresenta una versione più dettagliata e specifica, si riferisce alla possibilità di percepire l'ambiente circostante e portare contemporaneamente l'attenzione (interocezione) ai propri occhi che guardano. Un po' come quando abbiamo gli occhiali da vista e osserviamo gli oggetti e contemporaneamente interocepriamo/sentiamo gli occhiali. Non soltanto gli occhi, ma anche il naso, l'orbita oculare, la fronte (Kearney et al., 2023). Invitiamo il lettore a percepire i propri occhi e l'orbita oculare mentre legge (percepisce) queste righe e immediatamente

potrà realizzare che è lui stesso che sta leggendo (appercezione dell'ambiente).

2. Il secondo processo si riferisce alla possibilità di essere consapevoli dei propri processi di rappresentazione mentale: sia quella immaginativa, sia quella riferita al dialogo interno (per una specifica rassegna della letteratura su queste due modalità di rappresentazione, vedi Paivio, 1986; 1971). Per avere la consapevolezza della rappresentazione immaginativa riteniamo che sia necessario avere contemporaneamente la visione delle immagini e quella del contesto esterno, compreso il nostro corpo. Invitiamo il lettore ad immaginarsi quanto mangiato a colazione e, contemporaneamente, percepire il proprio respiro. In questo modo il lettore potrà avere la consapevolezza della sua immaginazione della colazione. Per quanto riguarda, invece, la possibilità di essere consapevoli del nostro dialogo interno, è necessario dirigere la nostra naturale capacità di ascolto che abbiamo verso il parlato degli altri, al nostro dialogo interno (Jaynes, 1976; Vygotskij, 1990). La nostra capacità di ascolto la possiamo infatti direzionare non solo verso gli altri, ma anche verso quello che stiamo dicendo noi stessi ad alta voce o verso il nostro dialogo interno. In questo caso è bene distinguere, quindi, la produzione di dialogo interno, da un *ascolto* del dialogo interno. Invitiamo il lettore ad ascoltare quello che sta leggendo in queste righe. Il lettore potrà notare che avrà consapevolezza che sta leggendo. Si potrà notare che sono due processi diversi leggere o leggere e contemporaneamente ascoltarsi, nel secondo caso è aggiunto il processo di ascolto del proprio dialogo interno. Anche in questo caso la simultaneità di due

processi psicologici crea le condizioni per far emergere la consapevolezza.

Da quanto detto, abbiamo tre possibilità di descrivere alcuni processi che si riferiscono in parte a quello che viene definito processo di coscienza, tutte sono una simultaneità di due fenomeni psicologici: una possibilità è riferita all'ambiente esterno e due riferite alla capacità rappresentativa che di seguito elenchiamo: 1) l'interocepire o propriopercepire il proprio corpo mentre si percepisce l'ambiente esterno (Damasio 2021); 2) il percepire l'ambiente esterno mentre si immagina; 3) l'ascoltare il nostro parlato o dialogo interno, mentre si percepisce l'ambiente esterno. In effetti, da quanto detto, per essere coscienti di una attività è necessaria la simultaneità, la contemporanea presenza, di due processi psicologici. Attraverso la sintesi di interocezione, proprioccezione e percezione; percezione e immagine; ascolto e dialogo interno, si ottiene quel fenomeno che possiamo definire *coscienza*, o, perlomeno, quando questo termine è riferito alla condizione della mindfulness.

La possibilità di considerare la coscienza come una integrazione di interocezione, proprioccezione e percezione è sostenuta anche da diversi studi di neuroscienze che, come vedremo in seguito, individuano nella corteccia orbitofrontale, nell'anterior cingulate cortex e nell'insula le aree maggiormente coinvolte (Cauda et al., 2011; Critchley et al., 2004; Demertzi, Soddu e Laureys, 2013; Seth et al., 2012).

Lo stato Mentale nella Mindfulness

Riportando la definizione di Jon Kabat Zinn, lo stato di mindfulness è definito come il “portare l'attenzione al momento presente, in modo intenzionale, senza giudizio” (Kabat-

Zinn, 1999). Lo stato mentale da assumere, quindi, riguarda la possibilità di portare l'attenzione su tutta l'esperienza del momento presente, non solo come esperienza di vedere, ascoltare etc. l'ambiente che ci circonda (quello che abbiamo definito con il termine di "percezione"), ma attenzione intesa come consapevolezza di quello che si sta vedendo, ascoltando etc., (quello che abbiamo definito come "appercezione"). In altre parole, non basta vedere o sentire un oggetto nel momento presente, ma è necessario vederlo con il sentire che lo si sta percependo. Insomma, utilizzando i termini precedenti, attuare i processi di percezione e interocezione/proprioccezione per arrivare ad *appercepire*: una capacità tipicamente umana di sentire il proprio corpo mentre si percepisce l'ambiente esterno. Con il termine “attenzione” a qualche oggetto dell'esperienza presente, indicato dalla definizione di Kabat Zinn, ci si riferisce quindi anche alla sensazione fisica che quella percezione sia mia. Una capacità particolare di percepire qualcosa e sentire il proprio corpo: ho la sensazione che quella percezione proviene da me. Come descritto sopra, riteniamo che interocepire/propriopercepire i propri occhi e il volto mentre si sta percependo possa essere un modo ancora più efficace di *appercepire*. Un esempio concreto: è evidente che state percependo il vostro piede sul pavimento, magari le scarpe potrebbero farvi male e questo potrebbe influenzarvi nel camminare, ma avere consapevolezza che quel malessere sia vostro (*appercepire* il fastidio) è diverso. Questo aspetto è importante per distinguere la percezione consapevole (*appercezione*) da quella inconsapevole (*percezione*). È questa percezione consapevole a cui si riferisce Kabat Zinn quando parla di attenzione al momento presente. Possiamo avere percezioni che influenzano il nostro comportamento senza averne coscienza,

senza percepire che quel dolore sia nostro. Quindi, il primo passo è percepire che quella sensazione, senso, dolore, emozione, pensiero sia mio. Richiamando la distinzione di cui sopra, un altro modo per essere consapevoli riguarda la possibilità di appercepire non solo l'ambiente che ci circonda, ma anche la nostra capacità immaginativa e il nostro dialogo interno. Come descritto nel paragrafo precedente, questo lo si può ottenere percependo il proprio corpo o l'ambiente circostante mentre si attua il processo di immaginazione oppure dirigendo l'ascolto al proprio dialogo interno. Riassumendo, per praticare la consapevolezza, è possibile: *attuare* i processi di percezione-interocezione/propriocezione; *percepire* il contesto e le immagini mentali; *ascoltare* il dialogo interno.

La definizione di Kabat-Zinn, oltre a questo processo di *appercezione* (o consapevolezza, o coscienza), prevede altri due elementi per la pratica mindfulness: l'intenzionalità e l'assenza di giudizio.

Il termine "*intenzionale*" è stato considerato da alcuni l'elemento più importante per distinguere lo stato mindfulness dalla dissociazione (Zerubavel & Messman-Moore, 2015). Esso può essere riferito a due aspetti diversi, entrambi presenti nello stato mentale di mindfulness:

1. il primo si riferisce alla scelta deliberata di attuare l'appercezione; il sentire, cioè, il proprio corpo (interocezione/propriocezione) mentre si sta avendo la percezione di un oggetto esterno o interno;
2. il secondo, si riferisce alla scelta deliberata di dirigere l'attenzione verso qualcosa di specifico, come ad una fiammella, al piede, al respiro (anziché lasciarla libera, senza focalizzarla su un oggetto in particolare).

Ai nostri fini è utile soffermarci maggiormente sul primo punto perché è solo

questo che caratterizza lo stato di mindfulness vero e proprio e non anche il secondo, il quale è tipico anche di altri stati meditativi (Lutz et al., 2008). Quindi, per quanto riguarda l'intenzionalità, questa sembra più una decisione che uno stato mentale, o meglio una decisione che fa parte di uno stato mentale. Si decide di portare l'attenzione a tutta l'esperienza che si sta vivendo, ma è necessario poterlo fare in un certo modo, attuarla insieme alla interocezione, il che, come abbiamo detto, caratterizzerebbe lo stato mentale della *appercezione*.

Per quanto riguarda il "*non giudicare*", invece, la cosa appare un po' più complessa. Questa è una domanda che spesso viene fatta nei corsi MBSR: "Come faccio a non giudicare? La voce giudicante viene e basta, come posso evitarla?". La risposta può avere percorsi diversi. Il primo percorso riguarda quella capacità che noi abbiamo di ascoltare il nostro dialogo interno: basta ascoltare quella voce interna propriopercependo il nostro corpo. Questo, come detto in precedenza, comporta una consapevolezza del nostro dialogo interno, in questo caso del giudizio. Se sono consapevole del processo di dialogo interno, posso identificarmi con il processo di *ascolto* e non con il dialogo interno giudicante. In questo senso, Io (inteso come processo psicologico e non come essenza o oggetto immutabile) sono (inteso come verbo e non come essenza) l'ascolto, cioè colui che riceve significato, e non il dialogo interno, cioè colui che produce significato. Un secondo percorso invece riguarda l'essenza stessa del vivere il momento presente. Infatti, un giudizio, tipicamente, riguarda la possibilità di comparare quello che c'è, quello che percepisco, con quello che dovrebbe essere. Ma il dovrebbe essere, un'aspettativa, non è altro che una rappresentazione, non fa parte di quello che sto percependo nell'ambiente. Concentrandosi solo sul momento presente fisico elimino quel

processo alla base del giudizio che è proprio del comparare. Portando volontariamente la mia attenzione a certe percezioni e sentendo il mio corpo, si è sempre nella *appercezione* di quello che sta accadendo, di quello che posso modificare. In questo modo non ci può essere comparazione, tipico invece delle rappresentazioni, quindi non ci può essere giudizio. Il dialogo interno giudicante diventa, come tutta l'esperienza del momento presente, uno dei tanti elementi della esperienza del momento presente, né più, né meno, slegata quindi da esperienze passate o da quelle future.

Oltre a questi elementi descritti nella definizione di Kabat-Zinn c'è un altro aspetto della pratica mindfulness che però caratterizza necessariamente lo stato mentale di mindfulness, almeno nella pratica formale. Questo aspetto risiede nel fatto che, qualsiasi cosa si *appercepisce*, di qualsiasi cosa si è coscienti, non si reagisce ad essa, ma ci si limita a osservare, percepire, ascoltare senza agire. Questo è un punto centrale affinché ci si possa indentificare con chi osserva, percepisce e ascolta, cioè con il processo che riceve significato. L'azione viene volontariamente inibita (Hölzel et al. 2011; Lutz et al., 2008). Questo processo viene facilitato dal fatto che non percepisco solo gli oggetti della mia esperienza ma, percependo l'oggetto e il mio corpo, sto *apperpendo* un oggetto percepito da me (me in quanto corpo, non in quanto essenza). Con la percezione diretta dello stimolo, senza sentire il mio corpo, segue inevitabilmente una reazione comportamentale; invece, l'appercezione (percepire lo stimolo e il mio corpo nello stesso momento) funge da interferenza e consente di bloccare il comportamento. Non lo blocca automaticamente, ma consente la possibilità di farlo. Non si percepisce solo l'oggetto (come si nota è impersonale, non c'è il soggetto) ma io (inteso come corpo e ascolto) sto percependo

l'oggetto. L'interopercezione e la propriocezione del mio corpo che percepisce l'oggetto funge da distrattore per interrompere di qualche millisecondo la reazione emotiva/comportamentale. Volendo, quindi, posso interrompere l'azione.

Quindi, l'*appercezione* dell'esperienza del momento presente, senza direzione su un punto particolare, percependo il mio corpo, insieme con la seguente inibizione delle azioni, sono caratteristiche distintive dello stato mentale di mindfulness.

Ora proviamo attraverso queste indicazioni a rendere il lettore consapevole del momento che sta vivendo. Provate a guardare questo scritto e sentire contestualmente il vostro respiro, percepite i vostri occhi mentre guardate. Avete consapevolezza che state voi leggendo questo scritto. Decidete di fermarvi un attimo dal leggere, non è importante se lo fate o meno, l'importante è che lo potevate fare. Ora *ascoltate* il vostro dialogo interno.

Mindfulness e coscienza: convergenze neurali e processi di integrazione corpo-mente

In questo lavoro, fin qui, riprendendo parzialmente la teoria di Damasio sulla coscienza (1999), abbiamo descritto come, nello stato di coscienza, emergerebbe il fenomeno della *appercezione*, fenomeno che viene ritenuto centrale nella definizione di *mindfulness* elaborata da Kabat-Zinn. Molti studi sembrano corroborare questa tesi sostenendo che mindfulness e consapevolezza cosciente condividono simili meccanismi neurobiologici. In particolare, alcuni studi di revisione (Manuello et al. 2016) suggeriscono che "*alcune aree cerebrali coinvolte nella meditazione e nella coscienza potrebbero sovrapporsi, anche se parzialmente*" (idem, pag. 20). Tale sovrapposizione riguarderebbe la corteccia cingolata anteriore (ACC), l'insula, la corteccia

cingolata posteriore (PCC) e il talamo (Manuello et al. 2016). Soprattutto l'insula sembrerebbe svolgere un ruolo decisivo nei due processi in quanto proprio crocevia di una simultanea consapevolezza, esteriore e interiore (Grossi, 2013; Haasen et al., 2016; Longarzo et al. 2015; Sagliano et al., 2019; Sharp et al., 2018). Studi di neuroimaging hanno mostrato che l'attività dell'insula aumenta durante la meditazione mindfulness, in particolare nelle fasi in cui il soggetto è invitato a mantenere l'attenzione sul respiro o sulle sensazioni corporee (Farb et al., 2007; Haase et al., 2016). Ciò suggerisce che la propriocezione cosciente – ovvero la percezione sentita come appartenente a sé – potrebbe avere come substrato neurale privilegiato proprio l'insula anteriore. Un ulteriore contributo proviene dalla corteccia prefrontale dorsolaterale (DLPFC), coinvolta nei processi di metacognizione e nel mantenimento di uno stato di attenzione focalizzata. L'aumento di connettività tra la DLPFC e l'insula durante la pratica mindfulness rifletterebbe probabilmente un incremento dell'integrazione tra informazioni somatiche e controllo cognitivo (Doll et al., 2015; Tang et al., 2015;). Inoltre, altri studi di neuroimaging hanno evidenziato un aumento dello spessore corticale nella corteccia prefrontale e nella corteccia cingolata anteriore, regioni implicate nelle funzioni esecutive, nella regolazione emotiva e nell'attenzione (Calderone et al., 2024; Gotink et al., 2016). In particolare, la corteccia cingolata anteriore è nota per il suo ruolo nel monitoraggio attentivo, nel controllo dell'errore e nella regolazione dell'attività autonoma e affettiva (Bush et al., 2000). L'ACC risulta attivata durante gli stati meditativi focalizzati sull'esperienza del momento presente, suggerendo un ruolo nel sostenere la dimensione intenzionale dell'attenzione mindful (Lutz et al., 2008).

A livello funzionale, la mindfulness è correlata a una maggiore connettività tra il default mode network (DMN) (Wang et al., 2014), la salience network (SN) e la central executive network (CEN) (Doll et al., 2015), reti neurali coinvolte rispettivamente nell'autoreferenzialità, nell'elaborazione degli stimoli salienti e nelle funzioni esecutive (Bremer et al., 2022). In particolare, è stato osservato che la DMN tipicamente attiva durante il mind-wandering e la ruminazione, mostra una minore attività nei praticanti esperti di mindfulness, a favore di una maggiore attivazione della SN e della CEN, reti che favoriscono la consapevolezza del momento presente e il controllo cognitivo top-down (Bremer et al., 2022; Wang et al., 2014). Inoltre, i risultati di Scheibner et al. (2017) mostrano che la mindfulness, attraverso la regolazione dell'attenzione interna ed esterna, modula significativamente l'attività della *default mode network* (DMN), una rete neurale strettamente legata ai processi autoreferenziali e allo stato di coscienza di sé. Secondo gli autori, l'interazione tra l'attenzione focalizzata (caratteristica della mindfulness) e la DMN riflette un'attività integrata che può essere interpretata come una forma espansa di coscienza interna, coerente con le definizioni fenomenologiche della consapevolezza. Questi dati suggerirebbero che lo stato mentale di mindfulness corrisponde a un'attività cerebrale distribuita che coinvolge una rete di aree deputate alla consapevolezza corporea (insula), all'attenzione e al monitoraggio (ACC, DLPFC), e all'integrazione tra stimoli interni ed esterni.

Infine, Farb e colleghi (2013) hanno evidenziato che nei soggetti che avevano seguito il training MBSR, era riscontrata una maggiore attivazione dell'insula anteriore durante l'attenzione al respiro (definita come attenzione interocettiva), rispetto alla condizione di

attenzione a stimoli esterni. Inoltre, gli autori osservano una riduzione dell'attivazione della corteccia prefrontale dorsomediale (DMPFC), un'area coinvolta nella riflessione narrativa e valutativa, suggerendo un passaggio da una modalità di controllo cognitivo a un'esperienza più incarnata e diretta verso l'interno. Lo studio ha anche evidenziato la presenza di una connettività negativa tra l'insula posteriore e la DMPFC, a favorire, probabilmente, un'attivazione nelle aree deputate alla rappresentazione interocettiva. Infine, i partecipanti che avevano praticato con maggiore regolarità mostravano un'attivazione più marcata dell'insula posteriore e una minore attivazione delle aree visive, a conferma di un rafforzamento della consapevolezza corporea a scapito della dipendenza dagli stimoli esterni. Nel complesso, i risultati indicano che la mindfulness non solo potenzia la percezione del corpo, ma ristruttura anche il modo in cui il cervello dà significato a tali segnali, favorendo una coscienza più radicata nel presente e meno filtrata da processi mentali automatizzati.

Riprendendo in parte i lavori di Damasio sulla coscienza (2021), abbiamo tentato di descrivere l'essenza della pratica mindfulness come uno stato di appercezione che emerge dalla simultaneità di due fenomeni psicologici. Questo dato, come abbiamo visto, è supportato dalle indicazioni degli studi neurobiologici.

Applicazione dello stato di mindfulness per i disturbi dissociativi

Abbiamo descritto la capacità di mindfulness come la simultaneità nello stesso momento di diverse percezioni (percezione del proprio corpo/percezione; percezione del proprio corpo/immaginazione; immaginazione/percezione; dialogo interno/ascolto), la quale consentirebbe di: 1) cogliere il momento presente, inteso come fare esperienza di tutto

quello che è possibile modificare; 2) non giudicare, in quanto non è possibile comparare in un prima e dopo; 3) non reagire impulsivamente, fungendo la consapevolezza da distrattore per la reazione automatica. Immaginatevi questo soggetto in seduta di terapia, consapevole dell'ambiente circostante, terapeuta compreso, consapevole delle proprie immagini mentali, del proprio dialogo interno, senza possibilità di comparare, di giudicare, inibendo qualsiasi razione emotiva o comportamentale. Una condizione, questa, che consente di accedere ad uno stato mentale del tutto particolare che può avere risvolti significativi nelle sedute di psicoterapia. Questo poter vivere in consapevolezza il momento presente del "qui e ora" può produrre diversi benefici, tra i quali un maggior controllo su sé e sul mondo (Lang, 1989; Pagnini, 2016).

Probabilmente, esso è uno stato mentale fondamentale per ogni terapia basata sul dialogo (Martin, 1997) in quanto consente quei presupposti di introspezione e riflessione necessari all'interlocuzione e al cambiamento come nella psicoanalisi (Epstein, 1995; Rubin, 1996) e nella terapia cognitivo comportamentale (Linehan, 1993; Segal et al., 2013). Oltre a questi presupposti benefici che questo stato di mindfulness consentirebbe, descrivere lo stato di mindfulness come processo di appercezione emergente dalla simultaneità dei processi psicologici, può essere particolarmente utile nei disturbi dissociativi e da trauma dove sono spesso presenti fenomeni di derealizzazione, di segregazione della coscienza o di parti di sé (Janet, 1909; Liotti & Farina, 2011; van der Hart, 2005). La descrizione di questo stato mentale di mindfulness qui descritto, quella della simultaneità dei processi psicologici per ottenere l'appercezione, consente maggiormente di calibrare l'intervento clinico indirizzandolo esplicitamente alla integrazione e alla presenza

nei disturbi dissociativi. Se per definizione i disturbi dissociativi sono caratterizzati da una interruzione e/o discontinuità della normale *integrazione* della coscienza (APA, 2022), l'impiego della pratica mindfulness, attraverso l'utilizzo della simultaneità dei processi psicologici, può migliorare gli interventi aventi come scopo proprio l'integrazione dello stato di coscienza.

Ciò che intendiamo proporre in questo lavoro, infatti, è la possibilità di utilizzare la concettualizzazione dello stato mentale di mindfulness come base per sviluppare interventi clinici mirati all'integrazione degli aspetti derealizzativi e dissociativi nei disturbi dissociativi e da trauma, indipendentemente dal fatto che tali fenomeni vengano interpretati come strategie difensive (Freud & Breuer, 1895/2001; Ross, 2000) oppure come processi di dissoluzione automatica della coscienza (Janet, 1907; Liotti & Farina, 2011; Van der Hart et al., 2006; Van der Kolk, 2014). In effetti, nello stato mentale descritto si configura la possibilità di attualizzare rappresentazioni riferite al passato, sperendole nel momento presente e, proprio grazie a tale esperienza attuale, per differenza, riconducendole a mere rappresentazioni. Affinché ciò avvenga, è necessaria la simultaneità dei processi psicologici, così come precedentemente descritta e caratteristica dello stato mentale di mindfulness. Il paziente può avere consapevolezza di immagini, dialogo interno ed emozioni, riferite al passato mentre contemporaneamente percepisce il presente (ad esempio, "questo è il mio corpo, sono in questa stanza"). Solo in questo momento si realizza che quelle immagini mentali sono riferite al passato, ma soprattutto che sono *solo* immagini mentali, perché se ne ha consapevolezza. Prima della contemporanea compresenza tra immagine mentale e contesto, quelle immagini mentali

rappresentano per il paziente, non potendole comparare, il presente. È solo nella contemporaneità, nella simultaneità, che si realizza che sono solo rappresentazione dell'ambiente e non è l'ambiente stesso. Come se quelle rappresentazioni, fin quando non si manifestano contemporaneamente al presente, potessero rivivere con tutte le loro minacce. Percepire contemporaneamente l'immagine e il momento presente attraverso i sensi fa *appercepire* al soggetto che il passato è passato, o, per essere più precisi, che il passato è solo rappresentato. Infatti, per il soggetto, nonostante per un certo processo mentale (dialogo interno, conoscenza semantica) sa che quella cosa non c'è più ed è riferita al passato, o, per essere più precisi, è solo rappresentata, per un altro processo mentale (conoscenza episodica e procedurale), non è così. Per portare a conoscenza della differenza tra rappresentazione e percezione anche a questo secondo processo mentale è necessaria la simultaneità della percezione del contesto e della rappresentazione (immagine mentale). Riteniamo che questa concettualizzazione possa consentire di sviluppare interventi di mindfulness più efficaci per i disturbi dissociativi e da trauma, al momento, in questo lavoro vorremmo descrivere come questo stato mentale di mindfulness possa spiegare l'efficacia di alcuni processi alla base degli interventi utilizzati per i disturbi dissociativi. Comprenderne i meccanismi di base può rendere il clinico maggiormente efficace nel loro utilizzo.

La dissociazione e la sintesi Janetiana

Quando il processo di consapevolezza (o coscienza), così come descritto in queste pagine, è impedito in modo reiterato, per alcuni comportamenti o su quasi tutti i comportamenti, sia riferito alla appercezione dell'ambiente, sia riferito alle proprie rappresentazioni, allora siamo in presenza di un fenomeno che può

essere alla base di quella che viene chiamata “*dissociazione*” (per una rassegna su questo concetto in psicopatologia vedi Janet, 1889; Liotti, 2006; Van der Hart et al., 2005). Infatti, la percezione *contemporanea*, tra ambiente e percezione del proprio corpo (interocezione e propriocezione) è fondamentale per creare quel processo di consapevolezza e coscienza che Janet chiamava “*présentification*” (Janet, 1889). Per Janet, la difficoltà di attuare questo processo di presentificazione era alla base dei problemi psicologici dei pazienti traumatizzati. Per i soggetti che hanno vissuto un trauma, per diversi motivi, questo processo non può avvenire. Per citare lo stesso Janet: “La funzione del reale implica l'attenzione, che è l'atto di percepire tanto la realtà esterna quanto i nostri pensieri e le nostre idee. Queste due operazioni - l'azione volontaria e l'attenzione - si combinano in un'operazione sintetica, la *présentification*, vale a dire la formazione nella mente del momento presente. La tendenza naturale della mente è di vagare per il passato e per il futuro; è necessario un certo sforzo per mantenere la propria attenzione nel presente e ancora più per concentrarla sull'azione presente.” (Ellenberger, 1976, pag. 437). Riteniamo che attraverso la concettualizzazione della simultaneità è possibile rendere più efficaci interventi volti alla presentificazione janetiana.

L'intervento di EMDR

Questo processo di coscienza che abbiamo descritto e i suoi effetti terapeutici risultano anche chiari nell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 2001). Una tecnica dove si invita il paziente a portare l'attenzione alle proprie immagini mentali riferite al trauma, alle proprie emozioni e all'ambiente circostante (le dita del terapeuta) *nello stesso momento*. In questo modo, per quello che abbiamo detto, il paziente avrà più chiara la

consapevolezza delle sue rappresentazioni e, soprattutto, che queste sono *solo* rappresentazioni, non sono la realtà; tuttavia, più che lasciare il passato nel passato (Shapiro, 2013), preferiamo pensare che si porta il passato nel presente. Si attualizza, cioè, il ricordo confrontando le immagini mentali e le emozioni con gli stimoli presenti nell'ambiente. Percependo immagine mentale e ambiente nello stesso momento diventa chiaro che questa rappresentazione è una rappresentazione, perché sovrviene mentre percepisco l'ambiente attuale e solo in questo momento è possibile realizzare che è una rappresentazione. Concepire il meccanismo di funzionamento dell'EMDR secondo la prospettiva sopra descritta permette di offrire un'interpretazione alternativa alle cause dei suoi effetti solitamente riportati in letteratura (Chamberlin, 2022; Dansiger & Marich, 2017; Presti & Ventriglia, 2017; Solomon & Shapiro, 2008; van der Kolk 2014).

La tecnica di Desensibilizzazione della terapia comportamentale

Come abbiamo visto, le indicazioni della mindfulness per la dissociazione e il trauma indicano tra i principali benefici il contatto con stati interni evitati e temuti (Follette et al., 2012; Briere, 2019). Riteniamo che affinché questo comporti una reale desensibilizzazione sia necessaria la simultaneità dei processi psicologici descritti in precedenza. Potendo esperire immagini e dialogo interno, sentendo il proprio corpo e il contesto, è possibile uno stato di *desensibilizzazione emotiva* (Wolpe, 1958). Il soggetto, grazie a quello stato di mindfulness che integra rappresentazione e contesto (corpo, sedia, pavimento, terapeuta), può lentamente percepire che quelle immagini non procurano alcun danno, non c'è alcun pericolo, che quelle rappresentazioni si riferiscono al passato. In questo caso, accanto al principio fondamentale

della desensibilizzazione chiamata inibizione reciproca (Wolpe, 1973), che significa creare una risposta inibente l'ansia rispetto ad uno stimolo provocante ansia, in modo che tale risposta indebolirà il legame tra lo stimolo e l'ansia, quello proposto qui riguarda semplicemente il consentire che il soggetto possa percepire uno stimolo o una rappresentazione il tempo necessario affinché questo non procuri danno, a quel punto il sistema di ansia scema. Una sorta di spiegazione del fenomeno dell'abituazione in psicologia dell'apprendimento (Pavlov, 1927; Sokolov, 1963; Wood, 1988). Non si tratta semplicemente di un contatto con i propri stati interni, ma ci riferiamo proprio a un processo di conoscenza non concettuale (o coscienza, o consapevolezza, o appercezione o di mindfulness). Per ottenere questo risultato il soggetto deve attualizzare quelle immagini mentali; le deve, cioè, esperire nel presente, che, come detto, significa percepire quelle immagini, il proprio corpo, l'ambiente circostante contemporaneamente. La reazione emotiva risponde al soggetto che sta sperando “qui ed ora”, in questo contesto, e non più alla sola rappresentazione, al solo stimolo. Avere l'immagine di un leone e percepire la stanza del terapeuta, il proprio corpo, il terapeuta stesso, fa realizzare che si sta solo immaginando il leone. In questo modo, si può ridurre la reazione emotiva allo stimolo e gli evitamenti ad esso connessi. Riteniamo che praticare la mindfulness, utilizzando questa concettualizzazione della simultaneità, possa rendere più efficaci gli interventi per consentire ai pazienti con disturbi dissociativi di esperire i propri stati interni evitati.

Sistema Motivazionale Paritetico-Collaborativo

Uno dei problemi più complicati con pazienti con disturbi dissociativi e da trauma è la

possibilità di creare un rapporto collaborativo. Secondo Liotti e collaboratori (Liotti et al., 2017) la condizione ideale per rendere una terapia costruttiva è condividere con il paziente un sistema motivazionale di collaborazione paritetica; in realtà, secondo gli autori, nei pazienti traumatizzati e con disturbi dissociativi, instaurare questo tipo di sistema motivazionale interpersonale in terapia sarebbe non solo necessario ma curativo (Liotti & Monticelli, 2008; Liotti & Farina, 2011). I sistemi motivazionali (Liotti & Monticelli, 2008; Esposito et al., 2023) sono sistemi psicobiologici che motivano le persone a comportarsi in uno specifico modo nei rapporti interpersonali, hanno una base genetica ed evoluzionistica e nella loro esplicazione sono modificati dalle esperienze che ognuno sperimenta nella vita. Sono sistemi motivazionali interpersonali un comportamento dominante verso l'altro oppure di sottomissione, di accudimento o di attaccamento, sessuale o di gioco, di appartenenza oppure, come dicevamo, di collaborazione paritetica. Il sistema motivazionale interpersonale di collaborazione paritetica è ripreso dagli studi di Tomasello (2016) il quale sostiene che una tipica capacità dell'essere umano è quella di coordinare le intenzioni reciproche e da qui, riconoscendole come tipiche umani, nel sentirsi alla pari con l'altro. Un paziente che in seduta inizia a raccontare la sua vita, portando attenzione al suo sentire, rievocando ricordi è un paziente che è in uno stato motivazionale collaborativo paritetico, ma possiamo sicuramente dire che si trova in uno stato mentale di mindfulness. Uno stato nel quale il paziente ha consapevolezza del suo funzionamento, lo comunica al terapeuta, ma soprattutto inibisce tutti gli altri sistemi motivazionali (dominanza, sottomissione, accudimento, attaccamento, etc.). In ambito terapeutico, sembra pertanto necessario

accompagnare il paziente verso uno specifico stato mentale che, in questo contesto, definiamo come mindfulness, ma che può essere altresì concettualizzato come stato mentale caratterizzato da un sistema motivazionale collaborativo-paritetico, trattandosi, in ultima analisi, dello stesso processo. Tuttavia, tale stato mentale risulta difficilmente accessibile al paziente se il terapeuta, a sua volta, non si colloca in un analogo stato motivazionale collaborativo-paritetico, o, in altri termini, in uno stato di mindfulness. In questo modo, il paziente non è più preoccupato per gli stimoli minacciosi, seduttivi o di aiuto del terapeuta, stimoli i quali lo porterebbero in uno stato emotivo e mentale corrispondente dovendosi coordinare con quei sistemi motivazionali. Il terapeuta che inibisce tutti gli altri sistemi motivazionali e presenta uno stato mentale di mindfulness consente al paziente di avere un altrettanto stato mentale di mindfulness all'interno del quale può rivolgere l'attenzione su sé stesso per un proficuo cambiamento (presentificazione, ristrutturazione cognitiva, desensibilizzazione, etc.). Riteniamo questa associazione tra stato mentale di mindfulness e stato mentale del sistema motivazionale interpersonale cooperativo paritetico sia un contributo originale di questo lavoro e possa essere studiato con ricerche future integrando così l'integrazione tra le due discipline (McCarthy et al., 2019; Geller, & Greenberg, 2012).

Conclusioni

Il processo dell'essere coscienti e presenti a sé stessi rappresenta una condizione naturale e spontanea che, nell'essere umano, si manifesta frequentemente nel corso della quotidianità. Questa capacità di consapevolezza costituisce una base fondamentale per la modulazione e la gestione del comportamento. Quando tale processo risulta ostacolato per diverse ragioni, si

creano le condizioni favorevoli allo sviluppo di un disturbo dissociativo (APA, 2022). Nel trattamento di tali disturbi, la pratica della mindfulness viene utilizzata con estrema cautela. Essa è generalmente impiegata per favorire la desensibilizzazione rispetto a stati emotivi interni evitati, per sviluppare la metacognizione, nonché per promuovere una maggiore regolazione emotiva e un controllo dell'impulsività (Follette & Vijay, 2012; Briere, 2019; Waelde, 2020; D'Antoni et al., 2021). Tuttavia, l'introduzione della mindfulness in pazienti con disturbi dissociativi richiede particolare attenzione: tali pazienti potrebbero confondere la mindfulness con la dissociazione, dissociarsi durante la pratica meditativa, sviluppare un attaccamento disfunzionale a questi stati o, ancora, incontrare difficoltà nell'applicazione della tecnica stessa (Linehan, 1993; Zerubavel & Messman-Moore, 2015). A nostro avviso queste difficoltà derivano dal fatto che gli interventi proposti non hanno come focus proprio la integrazione della coscienza. Nel presente lavoro abbiamo descritto un processo di consapevolezza che emergerebbe dalla simultaneità dei processi psicologici, identificabile con lo stato mentale definito come mindfulness (Kabat-Zinn, 1999). Attraverso la modulazione intenzionale e mirata di tale stato mentale, è possibile prevenire le criticità sopra menzionate e sviluppare interventi clinici più efficaci, soprattutto orientati all'integrità della coscienza — un aspetto spesso trascurato nella letteratura relativa al trattamento dei disturbi dissociativi e da trauma nella prospettiva mindfulness. A partire da questa prospettiva, abbiamo cercato di delineare alcuni meccanismi di base che potrebbero contribuire all'efficacia di specifici interventi clinici rivolti alla dissociazione, quali: la presentificazione janetiana, la desensibilizzazione, l'EMDR e il modello di relazione collaborativa-paritaria.

Riteniamo che una concettualizzazione di tali approcci attraverso la lente della simultaneità dei processi psicologici possa fornire ai clinici strumenti utili per aumentarne l'efficacia. Ad esempio, l'importanza della "interocezione" e "propiocezione" negli interventi mindfulness per i disturbi dissociativi (Farb et al., 2015; Mehling et al., 2012, D'Antoni et al. 2020), così come la percezione di altri oggetti del contesto, non sarebbe solo un elemento di consapevolezza emotiva (conoscere e regolare i propri stati interni) o di *grounding* (Boon, Steele e van der Hart 2011; Gold e Seibel 2009; Kennerley 1996), ma un vero e proprio strumento per far emergere una nuova conoscenza, una conoscenza non discorsiva, uno stato mentale di mindfulness integrativo della esperienza dei pazienti. Il presente lavoro presenta tuttavia alcune evidenti limitazioni. Innanzitutto, esso non è supportato da dati empirici sistematici, fatta eccezione per alcuni riscontri neurobiologici e osservazioni cliniche. Inoltre, non è stata condotta una revisione sistematica della letteratura sul tema della simultaneità della coscienza. Pur avendo utilizzato terminologie già presenti in letteratura, la nostra ulteriore specificazione, se da un lato contribuisce a chiarirne il significato, dall'altro potrebbe introdurre ambiguità terminologiche che rischiano di disorientare il lettore. Nonostante ciò, riteniamo che la descrizione del ruolo della simultaneità dei processi psicologici nella modificazione dello stato di coscienza possa costituire un punto di partenza per future ricerche sperimentali atte a verificarne la validità. Inoltre, tale concettualizzazione potrebbe rivelarsi utile per i clinici nell'indurre stati di consapevolezza nei propri pazienti, così come abbiamo cercato di fare, in forma narrativa, con il lettore di questo lavoro.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Baslet, G., & Hill, J. (2011). Case report: brief mindfulness-based psychotherapeutic intervention during inpatient hospitalization in a patient with conversion and dissociation. *Clinical Case Studies*, 10(2), 95–109.
- Biran, I., & Coslett, H. B. (2003). Visual agnosia. *Current neurology and neuroscience reports*, 3(6), 508–512. <https://doi.org/10.1007/s11910-003-0055-4>
- Böge, K., Thomas, N., & Jacobsen, P. (2021). Is mindfulness for psychosis harmful? Deconstructing a myth. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 218(2), 71–72. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.165>
- Boon, S., Steele, K., & van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma- related dissociation: skills training for patients and therapists*. New York: Norton.
- Bremer, B., Wu, Q., Mora Álvarez, M. G., Hölzel, B. K., Wilhelm, M., Hell, E., Tavacioglu, E. E., Torske, A., & Koch, K. (2022). Mindfulness meditation increases default mode, salience, and central executive network connectivity. *Scientific reports*, 12(1), 13219. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-17325-6>.
- Briere, J. (2019). *Treating risky and compulsive behavior in trauma survivors*. Guilford Publications.
- Britton, W. B., Lindahl, J. R., Cooper, D. J., Canby, N. K., & Palitsky, R. (2021). Defining and measuring meditation-related adverse effects in mindfulness-based programs. *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 9(6), 1185–1204. <https://doi.org/10.1177/2167702621996340>
- Calderone, A., Latella, D., Impellizzeri, F., de Pasquale, P., Famà, F., Quartarone, A., & Calabrò, R. S. (2024). Neurobiological Changes Induced by Mindfulness and Meditation: A Systematic Review. *Biomedicine*, 12(11), 2613. <https://doi.org/10.3390/biomedicine12112613>.
- Ceunen, E., Vlaeyen, J. W., & Van Diest, I. (2016). On the origin of interoception. *Frontiers in Psychology*, 7, 743. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00743>
- Chamberlin, R. (2022). EMDR and predictive processing: A theoretical integration. *Journal of EMDR Practice and Research*, 16(2), 69–83.
- Clark, J. M., & Paivio, A. (1987). A dual coding perspective on encoding processes. In *Imagery and related mnemonic processes: Theories, individual differences, and applications* (pp. 5-33). Springer.
- Damasio, A. (2021). *Feeling & knowing: Making minds conscious*. *Cognitive Neuroscience*, 12(2), 65-66. <https://doi.org/10.1080/17588928.2020.1846027>
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS

- expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 615–627.
- Compson, J. (2014). Meditation, Trauma and Suffering in Silence: Raising Questions about How Meditation is Taught and Practiced in Western Contexts in the Light of a Contemporary Trauma Resiliency Model. *Contemporary Buddhism*, 15(2), 274–297. <https://doi.org/10.1080/14639947.2014.935264>
- Craig A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature reviews. Neuroscience*, 3(8), 655–666. <https://doi.org/10.1038/nrn894>
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. Harcourt College Publishers. Trad. Italiana
- Damasio, A. (2000). *Emozione e coscienza*. Milano: Adelphi.
- Damasio, A. (2021). *Feeling & Knowing. Making Minds Conscious*. New York: Pantheon Books. Trad. Italiana
- Damasio, A. (2022). *Sentire e sapere. Il cammino della coscienza*. Milano: Adelphi.
- Dansiger, S., & Marich, J. (2017). *EMDR Therapy and Mindfulness for Trauma-Focused Care*. Springer Publishing Company
- D'Antoni, F., Feruglio, S., Matiz, A., Cantone, D., & Crescentini, C. (2022). Mindfulness meditation leads to increased dispositional mindfulness and interoceptive awareness linked to a reduced dissociative tendency. *Journal of Trauma & Dissociation*, 23(1), 8–23. <https://doi.org/10.1080/15299732.2021.1934935>
- Dehaene, S. (2014). *Consciousness and the Brain: Deciphering How the Brain Codes Our Thoughts*. Viking Press.
- Doll, A., Hölzel, B. K., Boucard, C. C., Wohlschläger, A. M., & Sorg, C. (2015). Mindfulness is associated with intrinsic functional connectivity between default mode and salience networks. *Frontiers in human neuroscience*, 9, 461. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00461>
- Ellenberger, H. F. (1976). La scoperta dell'inconscio. *Storia della psichiatria dinamica*, 2, 66-80.
- Epstein, M. (1995). *Thoughts without a thinker: Psychotherapy from a Buddhist perspective*. New York, NY: Basic Books.
- Esposito, R. (2017). *La formulazione del caso clinico: Guida pratica per supervisioni, esami di specializzazione, pubblicazioni e report per i pazienti*. FrancoAngeli.
- Esposito, R., Gallizio, F., & Prevete, S. (2020). La mindfulness nella formazione degli allievi delle scuole di specializzazione in psicoterapia: Un'analisi della letteratura. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 26(1).
- Esposito, R., Prevete, S., Esposito, C., & Bacchini, D. (2023). Development and validation of the Interpersonal Motivational Systems Questionnaire (IMS-Q). *Behavioral Sciences*, 13(9), 784. <https://doi.org/10.3390/bs13090784>
- Farina, B. & Liotti, G. (2013). *Does a dissociative psychopathological dimension exist? A review on dissociative processes and symptoms in developmental trauma spectrum disorders*. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(1), 11-18.
- Farb, N. A., Segal, Z. V., & Anderson, A. K. (2013). Mindfulness meditation training alters cortical representations of interoceptive attention. *Social cognitive and affective neuroscience*, 8(1), 15–26. <https://doi.org/10.1093/scan/nss066>
- Forner, C. (2018). What Mindfulness can learn about Dissociation and what Dissociation can learn from Mindfulness. *Journal of Trauma & Dissociation*, 20(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1502568>
- Fox, K. C., Nijeboer, S., Dixon, M. L., Floman, J. L., Ellamil, M., Rumak, S. P., Sedlmeier, P., & Christoff, K. (2014). Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 43, 48–73. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.016>
- Freud, S., & Breuer, J. (2001). *Studi sull'isteria* (R. Colomi, Trad.). Torino: Bollati Boringhieri. (Opera originale pubblicata nel 1895).
- Garfinkel, S. N., Seth, A. K., Barrett, A. B., Suzuki, K., & Critchley, H. D. (2015). Knowing your own heart: Distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological Psychology*, 104, 65–74. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.11.004>
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapist empathy, mindfulness, and the therapeutic alliance*. *Journal of Clinical Psychology*, 68(7), 747-759.
- Gibson, J. J. (1966). *The senses considered as perceptual systems*. Houghton Mifflin.
- Gibson, J. J. (1977). The theory of affordances. In R. Shaw & J. Bransford (Eds.), *Perceiving, acting, and knowing: Toward an ecological psychology* (pp. 67-82). Lawrence Erlbaum Associates.
- Gibson, J. J. (1986). *The ecological approach to visual perception*. Psychology Press.
- Gibson, J. J. (1981). *L'approccio ecologico alla percezione visiva*. Milano: Franco Angeli
- Gold, S. N., & Seibel, S. L. (2009). Treating dissociation: a contextual approach. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 625–636). New York: Routledge.
- Gotink, R. A., Meijboom, R., Vernooij, M. W., Smits, M., & Hunink, M. G. (2016). 8-week Mindfulness Based Stress Reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice - A systematic review. *Brain and cognition*, 108, 32–41. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2016.07.001>
- Grossi, D. (2013). Come il cervello rappresenta se stesso: alcune considerazioni. *Rivista internazionale di Filosofia e Psicologia*, 4(2), 210-212.

- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35–43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7).
- Haase, L., Thom, N. J., Shukla, A., Davenport, P. W., Simmons, A. N., Stanley, E. A., Paulus, M. P., & Johnson, D. C. (2016). Mindfulness-based training attenuates insula response to an aversive interoceptive challenge. *Social cognitive and affective neuroscience*, 11(1), 182–190. <https://doi.org/10.1093/scan/nsu042>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. *New York: Guilford Press*.
- Helmholtz, H. (1995). *Trattato di ottica fisiologica* (a cura di A. Marini). Torino: Bollati Boring
- Henri, F. E. (1982). *La scoperta dell'inconscio* (Orig. ed. 1970). Boringhieri.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique: Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Alcan.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria: Fifteen lectures given in the medical school of Harvard University*. New York, NY: Macmillan.
- Janet, P., & Prince, M. (1909). A symposium on the subconscious. *The Journal of Abnormal Psychology*, 2(2), 58.
- Kabat-Zinn, J. (1999). Indra's net at work: The mainstreaming of Dharma practice in society. In G. Watson, S. Batchelor, & G. Claxton (Eds.), *The psychology of awakening* (pp. 225–249). Random House/Rider.
- Kabat-Zinn, J., & Arduin, G. (2010). *Dovunque tu vada, ci sei già*. Tea.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T. G., ... & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60(5), 625–632.
- Kant, I. (2000). *Critica della ragion pura* (G. Gentile & G. Lombardo, Trad.). Laterza. (Opera originale pubblicata nel 1781)
- Kearney, B. E., Corrigan, F. M., Frewen, P. A., Nevill, S., Harricharan, S., Andrews, K., Jetly, R., McKinnon, M. C., & Lanius, R. A. (2023). A randomized controlled trial of Deep Brain Reorienting: a neuroscientifically guided treatment for post-traumatic stress disorder. *European journal of psychotraumatology*, 14(2), 2240691. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2240691>
- Kennerley, H. (1996). Cognitive therapy of dissociative symptoms associated with trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(3), 325–340. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01188.x>
- Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., Feusner, J. D., Garfinkel, S. N., Lane, R. D., Mehling, W. E., Meuret, A. E., Nemeroff, C. B., Oppenheimer, S., Petzschner, F. H., Pollatos, O., Rhudy, J. L., Schramm, L. P., Simmons, W. K., Stein, M. B., Stephan, K. E., ... Interoception Summit 2016 participants (2018). Interoception and Mental Health: A Roadmap. *Biological psychiatry. Cognitive neuroscience and neuroimaging*, 3(6), 501–513. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.12.004>
- Lazzarelli, A., Scafuto, F., Crescentini, C., Matiz, A., Orrù, G., Ciacchini, R., Alfi, G., Gemignani, A., & Conversano, C. (2024). Interoceptive Ability and Emotion Regulation in Mind-Body Interventions: An Integrative Review. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 14(11), 1107. <https://doi.org/10.3390/bs14111107>
- Leibniz, G. W. (1765). *Oeuvres philosophiques latines & françaises: Tirées de ses manuscrits qui se conservent dans la Bibliothèque Royale à Hanovre, et publiées par M. Rud. Eric Raspe, avec une préface de M. Kaestner*. Amsterdam: Chez Jean Schreuder.
- Lepak, M. M., & Carson, G. D. (2022). Presence psychotherapy: A novel integrative trauma treatment model for thorough memory reconsolidation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 32(4), 426. <https://doi.org/10.1037/int0000273>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Liotti, G. & Monticelli, F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. Il manuale AIMIT*. Raffaello Cortina.
- Liotti, G. & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 55–73. https://doi.org/10.1300/J229v07n04_04
- Liotti, G., Fassone, G., & Monticelli, F. (2017). *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali*. Milan, Italy: Raffaello Cortina.
- Lissauer, H. (1890). *Ein Fall von Seelenblindheit nebst einem Beiträge zur Theorie derselben*. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 21, 222–270.
- Longarzo, M., D'Olimpio, F., Chiavazzo, A., Santangelo, G., Trojano, L., & Grossi, D. (2015). The relationships between interoception and

- alexithymic trait. The Self-Awareness Questionnaire in healthy subjects. *Frontiers in psychology*, 6, 1149. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01149>.
- Ludwig, A. M. (1983). The psychobiological functions of dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(2), 93–99. <https://doi.org/10.1080/00029157.1983.10404149>
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., & Davidson, R. J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *PLOS One*, 3(3), e1897. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0001897>.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D. & Davidson, R. J. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn. Sci.* 12, 163–169 (2008).
- Manuello, J., Vercelli, U., Nani, A., Costa, T., & Cauda, F. (2016). Mindfulness meditation and consciousness: An integrative neuroscientific perspective. *Consciousness and cognition*, 40, 67–78. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2015.12.005>.
- Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy integration*, 7, 291–312.
- McCarthy, K. S., Brown, K. W., & Lambert, J. (2019). *Mindfulness and the therapeutic alliance: An investigation into mechanisms of change*. *Mindfulness*, 10, 1453–1464.
- Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., Stewart, A., & Tsakiris, M. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PLoS ONE*, 7 (11), e48230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>
- Natsoulas, T. (1983). Concepts of consciousness. *The Journal of Mind and Behavior*, 13–59.
- Ortiz, R., & Sibinga, E. M. (2017). The role of mindfulness in reducing the adverse effects of childhood stress and trauma. *Children*, 4(3), 16.
- Pagnini, F., Bercovitz, K., & Langer, E. (2016). Perceived control and mindfulness: Implications for clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(2), 91–102. <https://doi.org/10.1037/int0000035>
- Paivio, A. (1971). Imagery and language. In *Imagery* (pp. 7–32). Academic Press.
- Paivio, A. (1976). *Imagery in recall and recognition*. John Wiley & Sons.
- Paivio, A. (1986). *Mental representations: A dual coding approach*. Oxford University Press.
- Paivio, A. (1990). *Mental representations: A dual coding approach*. Oxford University Press.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes* (Vol. 17). Oxford University Press. <https://doi.org/10.2307/1134737>.
- Plum, F., & Posner, J. B. (1980). The diagnosis of stupor and coma. *Contemporary neurology series*, 10, 1–286.
- Presti, F., & Ventriglia, S. (2017). Gli interventi mindfulness-based ed EMDR nel trattamento delle dipendenze patologiche. *Psichiatria e Psicoterapia*, 36(2), 88–103.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Ross, C. A. (2000). *The trauma model: A solution to the problem of comorbidity in psychiatry*. Richardson, TX: Manitou Communications.
- Rubin, J. B. (1996). *Psychotherapy and Buddhism: Toward an integration*. New York, NY: Plenum Press.
- Sagliano, L., Magliacano, A., Parazzini, M., Fiocchi, S., Trojano, L., & Grossi, D. (2019). Modulating interoception by insula stimulation: A double-blinded tDCS study. *Neuroscience letters*, 696, 108–113. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2018.12.022>.
- Schoeller FA, Zhang B, Garcia T and Reggente N (2025) There is no such thing as interoception. *Front. Psychol.* 16:1488415. doi: 10.3389/fpsyg.2025.1488415.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Seth, A. K., & Bayne, T. (2022). Theories of consciousness. *Nature Reviews Neuroscience*, 23(7), 439–452. <https://doi.org/10.1038/s41583-022-00587-4>
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Shapiro, F. (2013). *Getting past your past: Take control of your life with self-help techniques from EMDR therapy* (p. 352). Rodale Press.
- Sharma, T., Sinha, V. K., & Sayeed, N. (2016). Role of mindfulness in dissociative disorders among adolescents. *Indian journal of psychiatry*, 58(3), 326–328. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.192013>
- Sharp, P. B., Sutton, B. P., Paul, E. J., Sherepa, N., Hillman, C. H., Cohen, N. J., Kramer, A. F., Prakash, R. S., Heller, W., Telzer, E. H., & Barbey, A. K. (2018). Mindfulness training induces structural connectome changes in insula networks. *Scientific reports*, 8(1), 7929. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-26268-w>.
- Sherrington, C. S. (1906). The integrative action of the nervous system. In *Scientific and medical knowledge production, 1796-1918* (pp. 217–253). Routledge.
- Siegel, D. J. (2007). Mindfulness training and neural integration: Differentiation of distinct streams of awareness and the cultivation of well-being. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(4), 259–263. <https://doi.org/10.1093/scan/nsm034>
- Singh, N. N., Singh, A. N., Lancioni, G. E., Singh, J., Winton, A. S., & Adkins, A. D. (2010). Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases the children's compliance. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 157–166. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9272-z>

- Schmitt, C. M., & Brüne, M. (2022). Interoception as a foundation for embodied participation: A multisensory approach. *Frontiers in Psychology*, 13, 922028.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.922028>
- Sokolov, E. N. (1963). Higher nervous functions: The orienting reflex. *Annual Review of Physiology*, 25(1), 545-580.
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315-325.
- Steinberg, M. (2023). *The SCID-D Interview: Dissociation Assessment in Therapy, Forensics and Research*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature reviews. Neuroscience*, 16(4), 213-225.
<https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Taylor, J., McLean, L., Korner, A., Stratton, E., & Glozier, N. (2020). Mindfulness and yoga for psychological trauma: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(5), 536-573.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760167>
- Tempone-Wiltshire, J. (2024). The Role of Mindfulness and Embodiment in Group-Based Trauma Treatment. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 12(1).
- Tempone-Wiltshire, J. (2024). The Role of Mindfulness and Embodiment in Group-Based Trauma Treatment. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 12(1). DOI: 10.59158/001c.94979
- Thompson, E. (2014). *Waking, Dreaming, Being: Self and Consciousness in Neuroscience, Meditation, and Philosophy*. New York, NY: Columbia University Press.
- Tomasello, M. (2016). *Storia naturale della morale umana*. Raffaello Cortina.
- Treleaven, D. A. (2018). *Trauma-sensitive mindfulness: Practices for safe and transformative healing*. W. W. Norton & Company.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 18(5), 413-423.
<https://doi.org/10.1002/jts.20049>
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, NY: Viking.
- Vancappel, A., Hingray, C., Reveillere, C., & El-Hage, W. (2024). Disentangling the Link Between Mindfulness and Dissociation in PTSD: The Mediating Role of Attention and Emotional Acceptance. *Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 25(1), 30-44.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2231907>
- Vygotskij, L. S. (1990). *Pensiero e linguaggio*. Bari: Laterza;
- Jaynes, J. (1976). *The Origin of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind*. Boston: Houghton Mifflin
- Waelde, L. C. (2004). Dissociation and meditation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(2), 147-162.
https://doi.org/10.1300/J229v05n02_08
- Wang, X., Xu, M., Song, Y., Li, X., Zhen, Z., Yang, Z., & Liu, J. (2014). The network property of the thalamus in the default mode network is correlated with trait mindfulness. *Neuroscience*, 278, 291-301.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2014.08.006>
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1973). Supervision transcript: V—Mainly about assertive training. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4(2), 141-148.
- Wood, D. C. (1988). Habituation in Stentor: Produced by mechanoreceptor channel modification. *Journal of Neuroscience*, 8(7), 2254-2258.
- Wundt, W. (1874). *Grundzüge der physiologischen Psychologie* (Vol. 1). Verlag von Wilhelm Engelmann.
- Zerubavel, N., & Messman-Moore, T. L. (2015). Staying present: Incorporating mindfulness into therapy for dissociation. *Mindfulness*, 6(2), 303-314.
<https://doi.org/10.1007/s12671-013-0261-3>