



**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTALE**

SEDE PALERMO

ELABORATO FINALE DI 2° ANNO

***Dalla rigidità alla flessibilità: Un intervento di gruppo act-based per la
riduzione del caregiver burden nella demenza***

Dott.ssa M. Giuliana Sposito

Anno 2025

Sommario

I. CAREGIVER BURDEN E CORNICE TEORICA DI INTERVENTO.....	5
1.1. La Demenza e l'Impatto sull'Assistenza Familiare	5
1.1.1. Epidemiologia e il ruolo centrale del caregiver	5
1.1.2. Impatto Psicologico, Sociale ed Economico dell'Assistenza.....	5
1.2. Il Caregiver Burden: Definizione e Meccanismi di Rischio	6
1.2.1. La natura del carico: stress fisico, emotivo e il concetto di Lutto Ambiguo.....	7
1.2.2. strategie di coping disfunzionali e il costrutto della Rigidità Psicologica	7
1.3. Il modello di intervento act-based: flessibilità psicologica come obiettivo terapeutico	8
1.3.1. Efficacia degli Interventi Multimodali e Evoluzione verso la TCC di Terza Onda	8
1.3.2. I Meccanismi dell'ACT: Flessibilità Psicologica e il Modello Hexaflex	9
1.3.3. L'Intervento Multimodale: Integrazione di Psicoeducazione e ACT	9
1.3.4. L'Analisi Funzionale ABC nel Contestualismo Funzionale (ACT).....	10
II. DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROPOSTO	10
2.1. Setting, Obiettivi e Struttura Generale del Gruppo.....	10
2.2. La Sequenza dei Cinque Incontri: Obiettivi ACT e Applicazione Tecnica	11
INCONTRO I: "CAPIRE LA DEMENZA" (Psicoeducazione per la Defusione Iniziale).....	11
INCONTRO II: "Cosa cambia nel nostro caro: Percezione, Bisogni, Comportamenti"	12
INCONTRO III: "Il benessere del caregiver: Sostegno psicologico e tecniche di rilassamento".....	13
INCONTRO IV: "Le emozioni che restano: importanza della reminiscenza per la memoria autobiografica e della regolazione emotiva del caregiver per ridurre i BPSD"	14
INCONTRO V: "Un'ora per me: Ritrovarsi oltre al ruolo di caregiver"	15
III. VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA	15
3.1. Disegno dell'Intervento: Valutazione Pre-Post Intervento	15
3.2. Misurazione della Variabile Dipendente: Caregiver Burden	16
3.3. Misurazione delle Variabili di Processo ACT: Flessibilità Psicologica	16
IV. CONCLUSIONI	16
4.1. Sintesi dei Risultati Attesi e Implicazioni Cliniche	16
BIBLIOGRAFIA.....	17

Dalla rigidità alla flessibilità: Un intervento di gruppo act-based per la riduzione del caregiver burden nella demenza

Maria Giuliana Sposito

ABSTRACT

Il Caregiver Burden rappresenta una significativa sfida socio-sanitaria globale, in particolare per i familiari che assistono persone affette da demenza. L'assistenza ai familiari con patologie croniche è associata a elevati livelli di stress e burnout con Rigidità Psicologica che impedisce l'adozione di strategie di coping efficaci. Lo scopo di questo elaborato è descrivere e giustificare un intervento multimodale di gruppo, mirato alla riduzione del carico del caregiver e al miglioramento della sua qualità di vita e di cura.

L'intervento si basa sull'integrazione delle Terapie Cognitivo-Comportamentali di Terza Onda, in particolare l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), con elementi di Psicoeducazione e Analisi Funzionale. L'obiettivo primario è la promozione della Flessibilità Psicologica, insegnando ai caregiver ad (Accettare) aprirsi alle emozioni dolorose inevitabili (come il Lutto Ambiguo) e a implementare Azioni Impegnate coerenti con i propri Valori.

L'intervento è strutturato in cinque incontri con cadenza bisettimanale. La valutazione dell'efficacia è prevista con somministrazione pre e post-intervento delle seguenti scale: la Zarit Burden Interview (ZBI) per l'outcome primario e l'AAQ-II (Acceptance and action questionnaire) e il CFQ (Cognitive fusion questionnaire) per misurare il cambiamento nei processi ACT. I risultati attesi prevedono una riduzione statisticamente e clinicamente significativa del caregiver burden e un aumento concomitante della flessibilità psicologica.

KEYWORDS: Caregiver Burden, Demenza, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Flessibilità Psicologica, TCC di Terza Onda, Psicoeducazione, Intervento Gruppale, BPSD, Evitamento Esperienziale, Defusione Cognitiva, Lutto Ambiguo, Azione Impegnata, Supporto Psicosociale.

I. CAREGIVER BURDEN E CORNICE TEORICA DI INTERVENTO

1.1. La Demenza e l'Impatto sull'Assistenza Familiare

1.1.1. Epidemiologia e il ruolo centrale del caregiver

La demenza, nelle sue diverse eziologie, rappresenta una delle principali sfide sanitarie e sociali del XXI secolo. La sua importanza come priorità globale di sanità pubblica è inequivocabile, data la sua crescente prevalenza strettamente connessa all'invecchiamento demografico mondiale. L'epidemiologia della demenza è in forte crescita: il World Alzheimer Report 2024 stima che nel mondo una persona sviluppi la demenza ogni 3 secondi, evidenziando una diffusione che richiede un intervento urgente. Questo fenomeno impone la necessità di combattere attivamente lo stigma sociale e la falsa, ma diffusa, convinzione che la demenza sia una parte normale e inevitabile dell'invecchiamento.

La patologia è caratterizzata da un progressivo e ingravescente declino cognitivo che compromette drasticamente l'autonomia funzionale dell'individuo. Di conseguenza, la demenza richiede un elevato e costante livello di assistenza, la cui responsabilità è quasi interamente sostenuta dal caregiver familiare – solitamente il coniuge, la moglie o un figlio. Sebbene il ruolo del caregiver sia cruciale e insostituibile, esso rimane spesso invisibile e non adeguatamente supportato dal sistema sociosanitario. L'assistenza continuativa e la gestione quotidiana dei disturbi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD) – che includono agitazione, aggressività o disturbi del sonno – espongono il caregiver a un rischio elevato di deterioramento della propria salute fisica e mentale. L'assistenza è totalizzante, richiedendo in media 4,4 ore al giorno di assistenza diretta e 10,8 ore di sorveglianza.

1.1.2. Impatto Psicologico, Sociale ed Economico dell'Assistenza

Onere Economico e Sociale (Dati Censis 2024)

L'onere socioeconomico che ne deriva è immenso e ricade in modo sproporzionato sui caregiver familiari. Il 4° Rapporto Censis-Aima (2024) conferma che la gestione della demenza in Italia è ancora ampiamente delegata alle famiglie, con costi insostenibili:

- Costo Totale: La spesa media annua per paziente raggiunge i 72.000 euro
- Carico Familiare: Le famiglie si fanno carico di ben il 75% dei costi diretti per l'assistenza, un dato che mostra un aumento del +15% rispetto al 2015
- Assistenza Esterna: Il 41,1% delle famiglie ricorre all'assistenza di una badante
- Impatto Lavorativo: L'impegno si estende anche alla sfera lavorativa, con molti caregiver, prevalentemente donne e spesso ancora in età produttiva (46-60 anni), che sperimentano ripercussioni sul lavoro, contribuendo all'impoverimento del nucleo familiare.

Impatto Psicologico e Solitudine del Caregiver

L'assistenza costante e totalizzante ha un costo emotivo altissimo, lasciando i caregiver in una condizione di elevato carico psicologico e solitudine:

- Elevato Stress: La gestione dei sintomi e l'evoluzione della malattia generano stress cronico e tassi elevati di ansia e depressione tra i caregiver.
- Tensioni Familiari: In oltre la metà dei casi, la malattia genera tensioni e conflitti tra i familiari, esacerbando il senso di isolamento del caregiver principale.
- Solitudine e Abbandono: Nonostante l'impegno, quasi il 70% (68,3%) dei caregiver dichiara di sentirsi solo, e uno su cinque riferisce di non ricevere alcun aiuto. Le conseguenze sulla salute fisica e mentale del caregiver sono gravi, con elevata incidenza di stanchezza, disturbi del sonno e sintomi depressivi.

Linee Guida e il Ruolo del Terzo Settore nel Supporto Strutturato

Per contrastare l'epidemiologia e mitigare l'impatto sui familiari, le linee guida internazionali (come il Global Action Plan dell'OMS) e le recenti Linee Guida Nazionali italiane (ISS 2024) insistono su un approccio proattivo. Tali raccomandazioni includono la diagnosi precoce, la gestione dei fattori di rischio modificabili e l'integrazione di interventi non farmacologici.

Le linee guida sottolineano la necessità di creare una rete di welfare integrata che riconosca e sostenga il caregiver attraverso:

- Ricovero di Solievo (essenziale per il recupero fisico e mentale)
- Formazione specifica e supporto psicologico per prevenire il burnout
- Pianificazione dell'Assistenza specifica che includa i bisogni del caregiver.

In questo scenario, l'intervento del Terzo Settore, delle Associazioni e delle strutture private convenzionate (come i Centri Diurni) si rivela cruciale, colmando le lacune assistenziali del sistema pubblico e fornendo direttamente servizi di sollievo, sostegno psicologico di gruppo e formazione specifica, contribuendo concretamente al miglioramento della qualità della vita del nucleo familiare e a ridimensionare il *caregiver burden*.

1.2. Il Caregiver Burden: Definizione e Meccanismi di Rischio

Il termine caregiver burden (carico del caregiver) definisce l'impatto multidimensionale – fisico, emotivo, sociale e finanziario – che l'assistenza a lungo termine a una persona affetta da malattia cronica, come la demenza, esercita sul benessere del caregiver familiare. Questa definizione è ampiamente adottata in letteratura e giustificata da numerosi studi (i.e. Zarit et al., 1980; Schulz & Martire, 2004) che misurano le conseguenze negative del ruolo assistenziale. È cruciale comprendere che il carico non è semplicemente la somma delle attività assistenziali svolte (*Objective Burden*), ma la percezione soggettiva (*Subjective Burden*) che il caregiver ha delle conseguenze negative derivanti da tale ruolo. Su quest'ultima incide, ad esempio, l'autoefficacia (*Self-efficacy*) così come definita da Bandura (1977), cioè la “*convinzione di avere la capacità di organizzare ed eseguire azioni necessarie a produrre determinati risultati sperati*”, ovvero la sensazione di poter accedere alle risorse opportune per fronteggiare le difficoltà incontrate, a prescindere dalla effettiva disponibilità di tali risorse.

In particolare, la revisione sistematica condotta da Chiao, Wu e Hsiao (2015) ha evidenziato come il carico del *caregiver* sia principalmente correlato a due "versanti" di fattori:

Fattori relativi alla persona con demenza (PwD): I sintomi comportamentali e psicologici (BPSD).

Fattori relativi al caregiver: Le variabili sociodemografiche e psicologiche dell'assistente stesso.

Più recentemente, la review di Cousins-Whitus et al. Del 2025 ha evidenziato il ruolo della *Self-mastery* (Padronanza di Sé, capacità di regolare le proprie emozioni, pensieri e comportamenti) nel moderare gli effetti del caregiver burden.

Questo mette ulteriormente in luce quanto sia imprescindibile progettare interventi dedicati ai caregiver di PwD che integrino alle conoscenze e competenze sulla patologia (psicoeducazione e skill-training) una buona parte di potenziamento delle risorse psicologiche ed empowerment del caregiver.

1.2.1. La natura del carico: stress fisico, emotivo e il concetto di Lutto Ambiguo

Il carico del caregiver lo espone a una vulnerabilità che si manifesta lungo dimensioni sintomatologiche varie e interconnesse, il cui insorgere viene spiegato efficacemente dallo Stress Process Model elaborato da Pearlin et al. (1990). Il modello identifica una catena di fattori: gli *stressors* primari (es. sintomi della persona affetta da demenza, ore di assistenza) conducono a *stressors* secondari (es. problemi finanziari, isolamento sociale), i quali, in assenza di risorse e in concomitanza all'utilizzo di determinate strategie di *coping*, culminano in *outcomes* negativi come la depressione e il burnout del caregiver.

Lo Stress Fisico (*Objective Burden*) che riguarda l'onere pratico e misurabile delle attività assistenziali (igiene, sorveglianza, gestione) si traduce spesso in stanchezza cronica e un peggioramento delle condizioni di salute preesistenti del caregiver (Kim & Schulz, 2008).

Lo Stress Emotivo (*Subjective Burden*): culmina in sentimenti di ansia, depressione, colpa, frustrazione, oltre che la diminuzione della percezione di autoefficacia.

A questo quadro si aggiunge un terzo aspetto, specifico dell'assistenza nella demenza, ovvero il concetto di Lutto Ambiguo (*Ambiguous Loss*), un costrutto teorizzato da Pauline Boss (1999). Si riferisce alla situazione non risolvibile di "persona fisicamente presente, ma psicologicamente assente" a causa del deterioramento cognitivo, portando a esperire il lutto per la perdita della relazione, della reciprocità e dei ruoli familiari pre-morbosi.

1.2.2. strategie di coping disfunzionali e il costrutto della Rigidità Psicologica

La risposta del caregiver al carico assistenziale è mediata dalle sue strategie di coping, ovvero i meccanismi cognitivi e comportamentali utilizzati per far fronte allo stress. Nello specifico definite da Lazarus e Folkman (1984) come "gli sforzi cognitivi e comportamentali per gestire le richieste interne ed esterne valutate come gravose o eccedenti le risorse della persona", quando queste strategie risultano inadeguate o disfunzionali, esse amplificano il *caregiver burden*, contribuendo all'insorgenza del burnout (Masedo & Moraleda, 2000).

Tra le strategie di *coping* disfunzionali messe in atto dai caregiver si annoverano:

L'evitamento – es. minimizzare, rifiuto di accettare la diagnosi, restare nella credenza che la persona con demenza si comporti in modo disfunzionale “per dispetto”.

Il ritiro sociale – es. isolamento, perdita della rete amicale.

L'iper-coinvolgimento nella cura con negazione dei propri bisogni.

Tutte azioni che al di là del sollievo immediato, impediscono l'adattamento a lungo termine.

La Rigidità Psicologica (*Psychological Inflexibility*) concorre poi a perseverare nella scelta delle suddette strategie, nonostante si rivelino inefficaci o deleterie.

Tale costrutto, così come è definito in Terapia dell'Accettazione e Impegno (ACT), è un fattore di rischio cruciale. La rigidità si manifesta come resistenza al cambiamento, incapacità di accettare il declino e fusione cognitiva con pensieri negativi (es. autocolpevolizzazione). La rigidità psicologica impedisce al caregiver di intraprendere azioni in linea con i propri valori e implementare strategie alternative orientate alla soluzione invece che all'evitamento. Studi recenti (es. Losada et al., 2015) confermano che una maggiore flessibilità psicologica si associa a livelli più bassi di depressione e un *burden* ridotto.

L'interazione tra l'elevato carico (come descritto dal modello di Pearlin) e l'adozione di strategie di *coping* disfunzionali o la persistenza della rigidità psicologica è il fattore determinante per il deterioramento della salute mentale del caregiver e, di conseguenza, per la qualità dell'assistenza erogata.

1.3. Il modello di intervento act-based: flessibilità psicologica come obiettivo terapeutico

1.3.1. Efficacia degli Interventi Multimodali e Evoluzione verso la TCC di Terza Onda

Il *caregiver burden* è un fenomeno multifattoriale che impone la necessità di un approccio di intervento parimenti articolato. La letteratura [Sorensen et al., 2006] ha evidenziato che l'efficacia a lungo termine degli interventi terapeutici per i caregiver risiede nella capacità di agire sulla **sfera psicologica** oltre che sulle **strategie di coping**.

Gli approcci iniziali, basati sulla **Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC)** di seconda onda [Chien & Lee, 2011], hanno fornito un primo cruciale livello di **de-personalizzazione** della difficoltà, agendo sulla valutazione cognitiva degli *stressor*.

Studi recenti [Yue et al., 2022] confermano che **interventi multicomponentziali** (che combinano formazione pratica e supporto psicologico) sono i più efficaci in condizioni di cronicità delle patologie. In linea con questo, l'attenzione scientifica si è spostata sulle **Terapie Cognitivo-Comportamentali di Terza Onda**, come l'**Acceptance and Commitment Therapy (ACT)** [Garrido-Osuma et al., 2020]. Questi modelli spostano il *focus* dalla modifica diretta dei pensieri al **cambiamento del rapporto** del *caregiver* con il proprio disagio emotivo. Una revisione sistematica [Atefi et al., 2021] suggerisce che l'ACT è un approccio fattibile e efficace con i caregiver, che agisce con la **flessibilità psicologica** come principale processo di cambiamento.

1.3.2. I Meccanismi dell'ACT: Flessibilità Psicologica e il Modello Hexaflex

L'ACT è un modello *transdiagnostico* focalizzato sul costrutto della **Flessibilità Psicologica** che lavora su sei processi terapeutici chiave interconnessi (Fig. 1), riassunti nel modello concettuale dell'**Hexaflex** [Hayes et al., 2012].

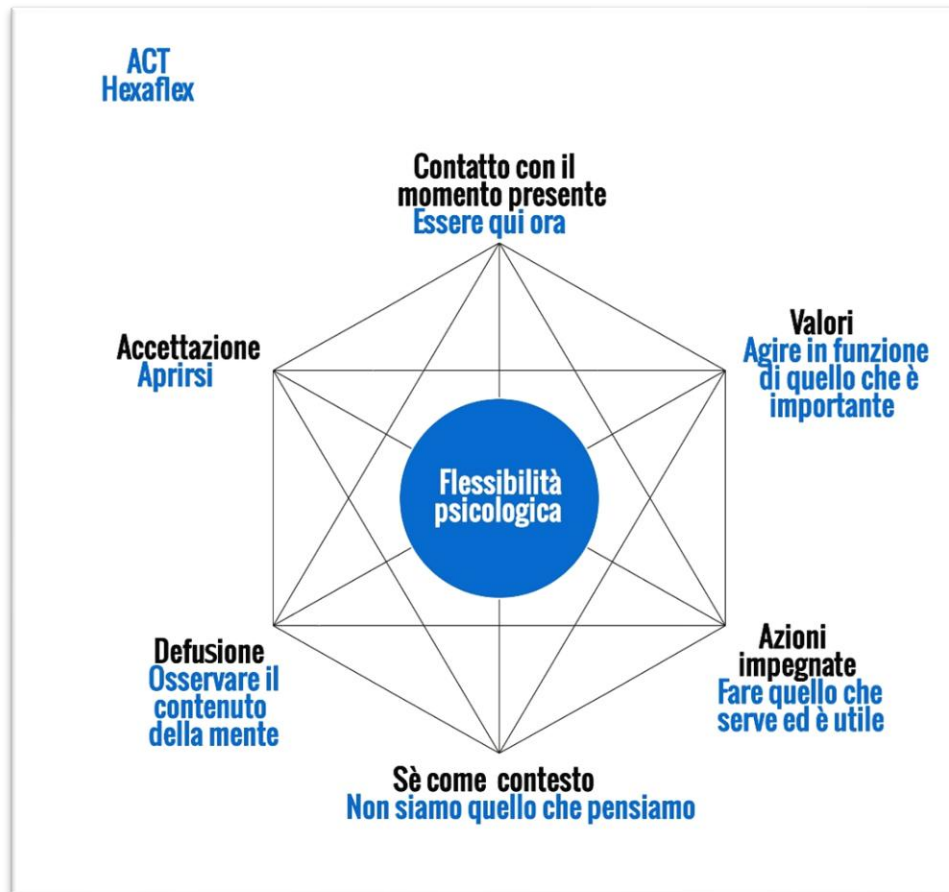


Figura 1

L'obiettivo non è eliminare la sofferenza (inevitabile nel *caregiving*), ma ridurne l'impatto disfunzionale sul comportamento.

Nel contesto del *caregiver burden*, l'ACT è specificamente efficace perché dota i *caregiver* di strumenti per:

- **Accettare** i pensieri e le emozioni dolorose (es. senso di colpa, lutto) anziché lottare contro di essi (riducendo l'**Evitamento Esperienziale**) [Hesser et al., 2009].
- **Defendersi** dai pensieri autocritici e catastrofici, riconoscendoli come eventi mentali (riducendo la **Fusione Cognitiva**).
- **Identificare i Valori** e tradurli in **Azioni Impegnate** (come prendersi cura di sé), ripristinando un senso di scopo [Mousa et al., 2022].

1.3.3. L'Intervento Multimodale: Integrazione di Psicoeducazione e ACT

Un intervento multimodale che tenga conto della letteratura dovrebbe integrare pertanto almeno due componenti sinergiche:

- **Psicoeducazione e Analisi Funzionale (Fase Cognitiva/Pratica):** Fornire una solida base di **conoscenza oggettiva** sui BPSD [Brodaty & Arasaratnam, 2018]. Questa componente permette al *caregiver* di riformulare l'evento stressante, passando da un'interpretazione interna a una **funzionale e contestuale** ("è guidato da un bisogno o deficit"), aumentando l'autoefficacia [Pino et al., 2021].
- **ACT (Fase Emotiva/Valoriale):** L'ACT interviene sulla Flessibilità Psicologica, agendo come fattore mediatore chiave [Mousa et al., 2022], utilizzando i meccanismi descritti sopra.

L'integrazione di queste due componenti (conoscenza e strumenti psicologici) garantisce che il *caregiver* possa agire in linea con i propri valori, nonostante il disagio, meccanismo primario per una riduzione sostenibile del *caregiver burden*.

1.3.4. L'Analisi Funzionale ABC nel Contestualismo Funzionale (ACT)

L'**Analisi Funzionale ABC** è l'applicazione metodologica del **Contestualismo Funzionale** e si pone come ponte tra la teoria TCC e l'ACT. Viene utilizzata per l'individuazione degli **antecedenti** (interni e ambientali) e delle **conseguenze** che mantengono un comportamento, permettendo al *caregiver* di operare una scelta flessibile e non reattiva (Cfr. Incontro 2).

II. DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROPOSTO

2.1. Setting, Obiettivi e Struttura Generale del Gruppo

L'intervento proposto, denominato "Dalla Rigidità alla Flessibilità: un intervento di gruppo ACT-Based per Caregiver di Persone con Demenza" è strutturato come un gruppo psicoeducativo-esperienziale.

Destinatari: Caregiver familiari (coniugi, figli/e) di persone affette da demenza, afferenti al Centro Diurno "A Casa Mia" della cooperativa sociale Casa Emmaus, selezionati per la loro esposizione a un *caregiver burden* clinicamente significativo e per la disponibilità a partecipare attivamente.

Struttura: 5 incontri di gruppo, ciascuno della durata di 90 minuti, con frequenza bisettimanale. Il numero di partecipanti è ottimale tra 6 e 10 per facilitare la condivisione e l'applicazione delle tecniche esperienziali. Si prevede l'apertura alla partecipazione anche a caregiver di persone non utenti del centro diurno, previa prenotazione e colloquio di approfondimento del quadro cognitivo-comportamentale del familiare affetto da demenza, con la possibilità di portare il proprio caro a trascorrere un paio d'ore nelle sale -attività del centro diurno, durante lo svolgimento degli incontri.

Metodologia: Il percorso combina la Psicoeducazione (trasmissione di informazioni oggettive e scientifiche) con la Psicoterapia di Terza Onda (ACT), attraverso l'uso di metafore, esercizi esperienziali (Mindfulness) e homework finalizzati alla generalizzazione delle competenze.

Obiettivi Specifici dell'Intervento:

L'intervento mira alla riduzione del *caregiver burden* agendo sui seguenti obiettivi, tutti convergenti verso l'aumento della Flessibilità Psicologica:

Aumentare la Comprensione Funzionale: Riconoscere i sintomi della demenza (BPSD) come antecedenti guidati da deficit o bisogni insoddisfatti, non come atti intenzionali (Defusione Cognitiva).

Sviluppare l'Accettazione: Ridurre la lotta (Evitamento Esperienziale) contro le emozioni dolorose inevitabili (es. lutto, rabbia, senso di colpa).

Chiarificare i Valori: Identificare le direzioni di vita significative del caregiver (Valued Living) al di là del ruolo assistenziale.

Promuovere l'Azione Impegnata: Implementare comportamenti coerenti con i valori scelti (es. cura di sé, *respite*) anche in presenza di disagio.

2.2. La Sequenza dei Cinque Incontri: Obiettivi ACT e Applicazione Tecnica

INCONTRO I: "CAPIRE LA DEMENZA" (Psicoeducazione per la Defusione Iniziale)

Sezione	Contenuti Principali	Obiettivi Funzionali (ACT/CBT)
Psicoeducazione	Spiegazione di cosa succede nel cervello e nella mente: i deficit cognitivi (memoria, linguaggio, <i>problem-solving</i>).	Fornire una cornice scientifica per la comprensione dei sintomi e ridurre l'ambiguità.
De-personalizzazione	Come i deficit modificano il modo di elaborare le informazioni; cosa aspettarsi e come leggere le difficoltà.	Avviare la Defusione Cognitiva e la De-personalizzazione dei sintomi per ridurre la colpa e l'ansia.
Prevenzione	L'importanza di strutturare l'ambiente e la routine per prevenire le difficoltà.	Aumentare il senso di Autoefficacia attraverso la conoscenza, preparando il terreno per l'Azione Impegnata.

Tecniche ACT/CBT Implementate:

Nel primo incontro la Psicoeducazione diviene strumento di Defusione Cognitiva. Fornire una causa neurologica o cognitiva ai sintomi del care-recipient è il primo, fondamentale passo per distanziare il caregiver dal pensiero fuso ("Mio marito/moglie mi vuole mettere in difficoltà") e avvicinarlo a una valutazione più oggettiva ("Questo è un sintomo della malattia, non un atto di volontà"). Il Contestualismo Funzionale viene introdotto implicitamente focalizzando l'attenzione su come la relazione tra ambiente e mente affetta da decadimento cognitivo generi la difficoltà.

INCONTRO II: "Cosa cambia nel nostro caro: Percezione, Bisogni, Comportamenti"

Sezione	Contenuti Principali	Obiettivi Funzionali (ACT/CBT)
Bisogni Immutabili	Psicoeducazione su come, nonostante la demenza, i bisogni fondamentali (sicurezza, affetto, dignità) restano gli stessi (cfr. "Person Centered Care" – Kitwood, 1997; Maslow, 1943).	Riorientare l'attenzione del caregiver dal sintomo ai bisogni (antecedenti) che guidano il comportamento.
Training ABC	Training con l'ABC Comportamentale/Funzionale (Antecedente, Comportamento, Conseguenza).	Fornire uno strumento di Analisi Funzionale per identificare i <i>trigger</i> ambientali e le conseguenze che mantengono i BPSD.
Risposta Flessibile	Esercizi pratici di scomposizione di una situazione stressante e identificazione di risposte alternative.	Sviluppare una Risposta Flessibile che interrompa la reattività emotiva, utilizzando l'analisi per scegliere un'azione basata sui valori.

Tecniche ACT/CBT Implementate:

Il core di questo incontro è l'applicazione metodologica del Contestualismo Funzionale (paragrafo 1.3.3). L'Analisi ABC (Fig. 2) non è solo problem-solving, ma un potente strumento di defusione cognitiva e contatto con il momento presente. L'analisi spinge il caregiver a notare gli elementi oggettivi di una situazione (Antecedente e Conseguenza) anziché rispondere reattivamente alla forma del comportamento. Questo aumenta l'autoefficacia e riduce l'impotenza, creando il ponte pratico necessario per l'esplorazione emotiva e valoriale degli incontri successivi.

A – Antecedente	B – Comportamento	C – Conseguenza
Cosa è successo <i>prima</i> ? (contesto, stimoli, situazione)	Cosa ha fatto la persona?	Cosa è successo <i>dopo</i> ?
1. AMBIENTE Qual era l'ambiente? (Es. luogo familiare o "estraneo" e affollato) C'era qualcosa di insolito? (Es. rumore, confusione, troppa luce/poca luce, odore sgradevole) Chi era presente? (Es. solo io, altri familiari, estranei) Che ora era? Il comportamento si verifica sempre a una certa ora del giorno (es. tarda serata)? Cosa stava succedendo? (Es. stavamo guardando la TV, era l'ora di cena, Si stava cercando di far fare qualcosa alla persona come vestirla o fare il bagno)?		Come hanno reagito gli altri? Il bisogno è stato soddisfatto?
2. PERSONA Come si sentiva la persona prima del comportamento? Potrebbe avere un bisogno fisico? Ha mangiato o bevuto di recente? Ha bisogno di andare in bagno? Sembra avere dolore? (Es. si tocca una parte del corpo, fa smorfie) Ha caldo o freddo? Sembrava stanca? Potrebbe avere un bisogno emotivo? Sembrava confusa o disorientata? Sembrava spaventata? Sembrava annoiata o inattiva? Sembrava che stesse cercando qualcosa o qualcuno?	_____ QUALE ERA IL BISOGNO?	_____ CHE STRATEGIA POSSO USARE?
3. IO Cosa stavo chiedendo di fare? (Es. "Mettili il cappotto", "Siediti qui") Il mio tono di voce era calmo o nervoso? Stavo usando troppe parole o istruzioni complesse? Stavo agendo di fretta?		

Figura 2

INCONTRO III: "Il benessere del caregiver: Sostegno psicologico e tecniche di rilassamento"

Sezione	Contenuti Principali	Obiettivi Funzionali (ACT/CBT)
Riconoscimento	Psicoeducazione sul <i>caregiver burden</i> e sulla necessità di nutrire l'Autoefficacia con la "Mappa delle Risorse" (Fig. 3).	Riconoscere l'esistenza del <i>burden</i> e identificare le risorse disponibili per contrastare l'isolamento.
Valori ACT	Chiarificazione dei Valori personali del caregiver ("Ritrovarsi oltre al ruolo") e la loro funzione come bussola.	Individuare le direzioni di vita significative (Valued Living) che guidano l'Azione Impegnata.
Accettazione	Esercizio del <i>Sweet Spot</i> : individuare i valori che possono guidare i comportamenti e integrare il Lutto Ambiguo percepito.	Pratica di Accettazione della perdita non risolvibile; fare spazio al dolore per liberare energia.
Grounding	Tracce di rilassamento (tendo-rilasso) e <i>grounding</i> sotto la doccia (mindfulness sensoriale).	Allenamento al Contatto con il Momento Presente per gestire l'attivazione acuta (ansia/stress) e creare <i>respite</i> consapevole.

Tecniche ACT/CBT Implementate:

Questo incontro segna il passaggio dallo skill-training esterno (Incontri I-II) all'empowerment delle risorse psicologiche interne (ACT). Inizialmente, si rafforzano le abilità di problem-solving con il riconoscimento delle risorse effettive a disposizione, sostenendo l'autoefficacia.



Figura 3

Successivamente, l'introduzione del tema valoriale (Valued Living) sposta il focus dall'“obbligo” al “significato”, fornendo la motivazione per l'Azione Impegnata (es. prendersi cura di sé, prendersi cura dell'altro in modo migliore). Lo Sweet Spot Exercise è una tecnica potente per l'Accettazione, poiché aiuta a riconoscere il dolore del lutto ambiguo e a identificare cosa conta ancora nella relazione, nonostante la perdita. Le tecniche di rilassamento e di grounding (come la meditazione senza uvetta e il grounding sensoriale) sono applicazioni dirette della Mindfulness, essenziali per allenare il Contatto con il Momento Presente e ridurre la fusione con la stanchezza cronica.

INCONTRO IV: "Le emozioni che restano: importanza della reminiscenza per la memoria autobiografica e della regolazione emotiva del caregiver per ridurre i BPSD"

Sezione	Contenuti Principali	Obiettivi Funzionali (ACT/CBT)
Interconnessione	Psicoeducazione su come le emozioni del caregiver influenzano il comportamento del <i>care-recipient</i> . Domanda empatica: "e se succedesse a me?"	Riconoscere l'impatto reciproco e promuovere l'assunzione di prospettiva (Sé come Contesto).
Denominazione	Strategie di regolazione emotiva: denominare e verbalizzare le emozioni ne riduce l'intensità.	Sviluppare la capacità di Accettazione consapevole delle emozioni (non lottare) e l'osservazione (Defusione).
Self-Compassion	Riconoscersi meriti e rispettare i propri bisogni; il proprio messaggio compassionevole per "ricaricarsi".	Colmare il deficit di auto-cura attraverso lo sviluppo della Self-Compassion (parte del Sé come Contesto).
Azione Positiva	Taccuino della gratitudine con il successo del giorno e i "3 granelli positivi" della giornata (allenarsi a osservare attivamente il positivo).	Implementare l'Azione Impegnata in linea con i valori (es. gratitudine/apprezzamento), contrastando il <i>bias</i> di negatività.

Tecniche ACT/CBT Implementate:

Questo incontro si concentra sulla Regolazione Emotiva attraverso la lente ACT. La tecnica di Denominare e Verbalizzare le Emozioni funge da meccanismo rapido di Defusione Cognitiva: l'emozione non viene combattuta, ma etichettata e osservata, riducendo automaticamente la sua intensità. L'esercizio del Messaggio Compassionevole e la riflessione sui meriti sono diretti a rafforzare il Sé come Contesto (l'osservatore stabile e non giudicante), contrastando l'autocritica che alimenta il burden. Infine, il Taccuino della Gratitudine è una forma di Azione Impegnata e Contatto con il Momento Presente che orienta attivamente l'attenzione verso ciò che è prezioso, anche nelle difficoltà, in linea con i valori di apprezzamento e connessione.

INCONTRO V: "Un'ora per me: Ritrovare oltre al ruolo di caregiver"

Sezione	Contenuti Principali	Obiettivi Funzionali (ACT/CBT)
Riepilogo ACT	Revisione dell'Hexaflex e del concetto di Flessibilità Psicologica come obiettivo finale del percorso.	Consolidare la comprensione dei sei processi ACT e la loro interconnessione.
Defusione Avanzata	Esercizio del Notare i Pensieri (es. Pensiero Agenda/Preoccupazione/Giudizio). Metafora dell'Ombrello inutile e i pensieri automatici.	Rafforzare la Defusione Cognitiva per creare distanza dai pensieri e impedire che guidino la rigidità.
Respite Flessibile	La "vacanza mentale" (allenare la <i>respite</i>) e la presa di consapevolezza che i pensieri sono automatici ma non incontrollabili.	Integrazione dell'Azione Impegnata (il riposo/tempo per sé) come scelta guidata dai Valori, nonostante la presenza di pensieri giudicanti.
Piano d'Azione	Definizione di obiettivi concreti e a breve termine per il mantenimento dei Valori (es. cosa farai "un'ora per me").	Chiusura sulla Committed Action (Azione Impegnata) per la generalizzazione e il mantenimento delle competenze ACT.

Tecniche ACT/CBT Implementate:

Questo incontro funge da integrazione finale di tutti i processi ACT. Il focus è sulla Defusione Cognitiva attraverso l'esercizio di notare e etichettare i pensieri, che mira a sciogliere la Fusione Cognitiva che tiene il caregiver "intrappolato" nel ruolo. La metafora dell'Ombrello Inutile illustra vividamente come i pensieri di Agenda/Preoccupazione/Giudizio, se mantenuti senza necessità (anche nei momenti di riposo), diventano un peso stancante (rigidità). Il messaggio chiave – "se sono io che penso e sono io che noto che penso, sempre io posso REDIRIGERE i pensieri" – è l'espressione massima della Flessibilità Psicologica in azione.

L'identificazione della Vacanza Mentale come *respite* e Azione Impegnata guidata dai Valori (Incontro III) consolida la capacità di staccarsi veramente dal ruolo di *caregiver* per ricaricarsi, prevenendo il burnout.

III. VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA

Per osservare l'efficacia del presente intervento ACT-based, è essenziale misurare il *caregiver burden* (variabile *outcome*) e i processi di cambiamento ACT verosimilmente coinvolti.

3.1. Disegno dell'Intervento: Valutazione Pre-Post Intervento

Si propone l'adozione di un Disegno di Ricerca Pre-Post Intervento (con la possibilità di includere un *follow-up* a 3 mesi per valutare il mantenimento degli effetti nel tempo). Questo disegno prevede la somministrazione degli strumenti di misura prima (T0) dell'inizio degli incontri e dopo (T1) la conclusione dell'Incontro V.

L'analisi statistica punterebbe a verificare il cambiamento concomitante tra le due misurazioni:

Cambiamento nell'Outcome Primario: Una riduzione statisticamente significativa nei punteggi di *caregiver burden* tra T0 e T1.

Cambiamento nei Processi Mediatori: Un aumento statisticamente significativo della flessibilità psicologica e una riduzione della fusione cognitiva tra T0 e T1.

3.2. Misurazione della Variabile Dipendente: Caregiver Burden

Si propone di misurare la variabile *outcome* principale (il burden percepito) con uno strumento validato internazionalmente:

Lo Zarit Burden Interview (ZBI) [Zarit et al., 1980] è lo strumento *gold standard* per la misurazione del *caregiver burden* soggettivo. Si tratta di un questionario autosomministrato (22 item) che valuta l'impatto della cura su diverse dimensioni della vita del caregiver (salute fisica, benessere emotivo, relazioni sociali e problemi finanziari).

3.3. Misurazione delle Variabili di Processo ACT: Flessibilità Psicologica

Come da letteratura emergente (Atefi et al., 2021), ci si attende che eventuali benefici siano accompagnati da cambiamenti nelle misure di flessibilità (VS.rigidità) psicologica. Si propongono i seguenti strumenti self-report:

L'Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) [Bond et al., 2011] che misura l'evitamento esperienziale e la flessibilità psicologica globale. Punteggi bassi indicano una maggiore rigidità e un'alta tendenza all'evitamento. Un aumento dei punteggi tra T0 e T1 indicherebbe il successo nell'applicazione dei principi di Accettazione e Azione Impegnata.

Il Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) [Gillanders et al., 2014] che misura il grado in cui il caregiver tende alla fusione cognitiva, ovvero a credere ai propri pensieri (es. autocritici o catastrofici) come verità assolute. Una riduzione dei punteggi tra T0 e T1 dimostrerebbe l'efficacia delle tecniche di defusione cognitiva (Incontro V).

IV. CONCLUSIONI

4.1. Sintesi dei Risultati Attesi e Implicazioni Cliniche

L'intervento grupppale così organizzato, basato sull'integrazione di Psicoeducazione, Analisi Funzionale e Terapia di Accettazione e Impegno (ACT), rappresenta una risposta strutturata ed efficace al complesso fenomeno del *caregiver burden* nella demenza. L'obiettivo primario di aumentare la Flessibilità Psicologica è perseguito attraverso l'allenamento mirato all'Accettazione della sofferenza inevitabile, alla Defusione dai pensieri giudicanti e all'Azione Impegnata in linea con i Valori.

I risultati attesi dall'applicazione di questo protocollo, se validati dalle misurazioni ZBI, AAQ-II e CFQ, sono:

Una riduzione clinicamente significativa del *caregiver burden* soggettivo.

Un incremento della Flessibilità Psicologica e una diminuzione della Fusione Cognitiva come processi di cambiamento.

Le implicazioni cliniche per i familiari afferenti al Centro Diurno sono significative: l'intervento fornisce un modello replicabile e basato sull'evidenza per il supporto psicosociale, contribuendo a colmare le lacune assistenziali e a migliorare in modo sostenibile la qualità della vita del nucleo familiare, passando da una condizione di rigidità e isolamento a una di risposta flessibile e di vita significativa.

BIBLIOGRAFIA

- Atefi, G. L., de Vugt, M. E., Verhey, F. R. J., van Knippenberg, R. J. M., & Bartels, S. L. (2021). The use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in informal caregivers of people with dementia and other long-term or chronic conditions : A systematic review and conceptual integration. *Dementia*, 20(4), 1438–1457.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, A. V., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II (AAQ-II). *Behavior Therapy*, 42(4), 676–681.
- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Harvard University Press.
- Brodaty, H., & Arasaratnam, C. (2018). Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(2), 143–149.
- Censis-Aima. (2024). 4° Rapporto Censis-Aima sulla condizione assistenziale dei malati di Alzheimer in Italia (Dati citati nel testo 1.1.2).
- Chiao, C. Y., Wu, H. S., & Hsiao, C. Y. (2015). Caregiver burden for dementia patients in Taiwan: a systematic review. *International Geriatrics*, 15(1), 1–10.
- Chien, W. T., & Lee, I. Y. M. (2011). The effectiveness of psychoeducation for family caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(8), 781–799.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Livheim, F., ... & Masuda, A. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83–101.
- Garrido-Osuma, I., González-Rodríguez, A. R., & Moral-Campillo, L. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in family caregivers of people with dementia : A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7088.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hesser, H., Sjöblom, T., & Kundo, P. M. (2009). The role of acceptance and commitment in chronic headache. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 945–952.
- Kim, H., & Schulz, R. (2008). Family caregiver's long-term health decline: a longitudinal study. *Journal of Aging and Health*, 20(6), 701–715.

- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person first*. Open University Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Losada, A., Hostián, P. L., Botía, S., Haya, B., Márquez, M., Peñacoba, C., ... & Garcés, M. C. (2015). Psychological flexibility and distress in dementia caregivers. *Behavior Therapy*, 46(2), 226–235.
- Masedo, A., & Moraleda, M. (2000). The role of coping strategies in the psychological distress of family caregivers of dementia patients. *Aging & Mental Health*, 4(2), 125–134.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
- Mousa, O. Y., Ghasemi, S. M., Alavi, Y. J., Zanjari, N., & Vameghi, M. (2022). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological flexibility and valued action in family caregivers of people with dementia: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1–11.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594.
- Pino, M., Mazza, M., Alimonti, O., & Setti, A. (2021). The effects of psychoeducational intervention on burden and self-efficacy in family caregivers of people with dementia: a pilot study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(1), 221–227.
- Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 240–249.
- Sorensen, S., Duberstein, P., Gill, D., & Pinquart, M. (2006). Stress, coping, and adjustment in caregivers of persons with dementia : a meta-analytic review. *The Gerontologist*, 46(3), 367–378.
- Yue, S., Mengmeng, J., Minmin, L., Xinrui, L., Xueer, Z., & Zhiwen, W. (2022). Comparative efficacy of 11 non-pharmacological interventions on depression, anxiety, quality of life, and caregiver burden for informal caregivers of people with dementia : A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 129, 104204.

- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655.