



**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO
COMPORTAMENTALE**

SEDE SARDEGNA

ELABORATO FINALE DEL 2° ANNO

Oltre la diagnosi: la centralità della Persona e le strategie di intervento

Dott.ssa Maria Luisa Deidda

ANNO 2025

Abstract

Le patologie croniche colpiscono l'individuo nella sua totalità fisica, psichica, affettiva, sociale e relazionale e per questo l'approccio con la Persona con malattia cronica non può essere esclusivamente di tipo medico (Bury, 1982; Frank, 1995). La cronicità può generare vissuti di impotenza, ansia, depressione e una generale riduzione della qualità di vita (Roditi & Robinson, 2011). Negli ultimi anni, le terapie cognitivo-comportamentali di terza generazione, come Relational Frame Theory e ACT, si sono dimostrate promettenti nel supportare le persone ad affrontare la sofferenza in modo più flessibile e consapevole (Hayes et al., 2011).

Parole chiave:

Malattia cronica, identità, benessere, alleanza terapeutica, trattamento cognitivo-comportamentale, terza generazione

1. Introduzione

Le malattie croniche rappresentano oggi una delle sfide più complesse e trasversali della medicina moderna non solo per la loro diffusione, ma per l'impatto profondo e duraturo che esercitano sulla vita delle persone (C.N.O, 2024). Non riguardano solo la dimensione clinica, ma toccano profondamente le abitudini quotidiane, relazioni familiari sociali, ruoli professionali e visioni del futuro (C.N.O, 2024).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, una malattia cronica è una condizione di salute che richiede una gestione continuativa per un lungo periodo di tempo, spesso anni o decenni e che, nella maggior parte dei casi, non può essere curata in modo definitivo. Queste malattie sono in genere a lenta evoluzione, non trasmissibili da persona a persona e derivano da un insieme di fattori genetici, fisiologici, ambientali e comportamentali (WHO, 2018).

Tra le principali patologie croniche rientrano le malattie cardiovascolari, le patologie respiratorie croniche, il diabete, i disturbi oncologici, le malattie muscolo-scheletriche, alcune condizioni genetiche e i disturbi della salute mentale. Di fonte a una tale varietà di condizioni,

emerge la necessità di un approccio integrato alla cura, che non tenga conto solo degli aspetti clinici ma anche del vissuto personale della Persona (C.N.O, 2024).

2. Metodo

Questa review narrativa nasce con l'intento di mettere in luce gli aspetti legati al trattamento della malattia cronica, andando oltre il solo piano medico. L'obiettivo è quello di esplorare come gli interventi psicologici, in particolare l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), possano offrire strumenti utili per affrontare le difficoltà legate alla cronicità, non solo sul piano del sintomo, ma anche rispetto alla qualità della vita e alla ricostruzione dell'identità personale. L'analisi si è concentrata sull'integrazione dei diversi livelli di intervento psicologico, dalla psicoeducazione con la CBT standard agli approcci di terza generazione come l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), mettendo in luce il ruolo centrale della flessibilità psicologica, dell'accettazione e dell'impegno in valori personali come fattori chiave nel miglioramento della qualità della vita e nell'autogestione della malattia. La review ha altresì evidenziato l'importanza cruciale della relazione terapeutica come elemento fondante non solo dell'aderenza terapeutica, ma anche del sostegno emotivo e sociale indispensabile per affrontare la cronicità (WHO, 2003; Kelly & Ismail, 2015). È stata condotta una ricerca nella letteratura scientifica utilizzando database accademici come PubMed e Google Scholar, utilizzando parole chiave "Malattia cronica", "identità", "benessere", "trattamento cognitivo-comportamentale", "terza generazione". I principali limiti metodologici individuati sono la soggettività dell'analisi, la difficoltà di riproduzione e l'assenza di criteri sistematici nella selezione delle fonti, elementi che ne riducono in parte la validità esterna e il rigore formale rispetto ad approcci più strutturati.

3. Risultati

I risultati ottenuti sottolineano come un modello integrato di cura, che combina aspetti clinici, educativi e psicologici, rappresenti una risposta efficace alla complessità della malattia cronica, valorizzando la Persona nella sua interezza e promuovendo una gestione consapevole e adattiva della propria condizione (C.N.O, 2024). Infine, la review offre spunti rilevanti per la ricerca

futura, suggerendo di approfondire l'efficacia comparativa delle diverse modalità di intervento e di esplorare il ruolo delle variabili individuali e contestuali nel processo di adattamento e cura.

4. Aspetti generali

Convivere con una malattia cronica non è solo sottoporsi a cure mediche, visite specialistiche e burocrazia da sbrigare, ma significa anche rinegoziare quotidianamente la propria identità. Secondo Bury l'insorgenza della malattia può rappresentare una “frattura biografica” (Bury, 1982), ovvero un'interruzione nella narrazione di sé che obbliga la Persona a ridefinire il proprio senso di sé, i propri ruoli e le proprie aspettative future. Chi riceve una diagnosi in età adulta spesso sperimenta un lutto per la perdita della propria immagine precedente: si confronta con limiti nuovi, con la possibilità di dipendenza dagli altri, e con la necessità di adattarsi a una realtà che non era prevista (Bury, 1982). Ma, anche chi vive con una patologia fin dalla nascita, potrebbe essere vulnerabile a sofferenze psicologiche: in questo caso, il dolore non è legato a una perdita concreta, bensì a ciò che non si è mai potuto avere esperienze, autonomie, possibilità che restano al di fuori della propria portata. Si tratta di una forma di lutto anticipato o lutto del possibile, che può generare una sofferenza silenziosa ma profonda (Frank, 1995). Il concetto di ‘normalità’ diventa così relativo, instabile, e spesso fonte di frustrazione o esclusione, soprattutto quando il confronto con i pari o con i modelli culturali di salute e autonomia diventa inevitabile (Charmaz, 1991; Williams, 2000). La cronicità congenita può anche ostacolare la formazione di un'identità autonoma e coerente, in quanto la persona è costretta a integrare da subito la condizione patologica nella propria narrazione di sé, senza aver conosciuto un prima ‘sano’ a cui fare riferimento (Bury, 1982). In entrambi i casi, l'integrazione della malattia nella costruzione del sé richiede un processo psicologico complesso, fatto di accettazione, rielaborazione e scoperta di nuove modalità di vivere con senso e coerenza.

Affrontare una malattia cronica, quindi implica gestire non solo i sintomi fisici, ma anche una serie di dimensioni psicologiche essenziali (C.N.O, 2024):

- **La rappresentazione della malattia:** il modo in cui la persona interpreta la propria condizione incide profondamente sull'adattamento. Una visione catastrofica può alimentare sentimenti di impotenza, mentre una rappresentazione più flessibile può favorire l'autoefficacia.

- **Il senso di autoefficacia** (Bandura, 1977): la fiducia nella propria capacità di affrontare la situazione e rispettare il piano terapeutico.
- **Le strategie di coping:** il modo in cui l'individuo fronteggia lo stress. Alcune strategie (es. evitamento, ruminazione) sono disfunzionali, altre (es. problem-solving, supporto sociale) possono migliorare significativamente il benessere (Folkman & Lazarus, 1985).
- **Il disagio psicologico:** ansia e depressione sono frequentemente associate alla cronicità, influenzando negativamente la qualità della vita e l'aderenza al trattamento (Kelly & Ismail, 2015; Kivimäki & Steptoe, 2018).

Questi aspetti interagiscono strettamente tra loro, sottolineando l'importanza di una valutazione medica e psicologica accurata, condotta all'interno di un processo integrato e multidisciplinare.

5. Aderenza terapeutica

L'aderenza terapeutica rappresenta un fattore fondamentale per garantire una gestione efficace della malattia cronica, poiché influisce direttamente sulla capacità della Persona di fronteggiare la propria condizione nel tempo. Non si limita alla sola assunzione di farmaci, ma include la partecipazione attiva della Persona nel percorso di cura, il rispetto di regole alimentari, di esercizio fisico e di monitoraggio continuo (C.N.O, 2024).

Secondo l'OMS (2003), l'aderenza è «il grado con cui il comportamento di una persona nell'assumere farmaci, seguire una dieta o cambiare stile di vita corrisponde alle raccomandazioni concordate con un professionista sanitario». A differenza del concetto di 'compliance', l'aderenza implica un coinvolgimento attivo e consapevole (Eugenio, E.; Baglio, G. (2024). L'elemento relazionale è centrale: una comunicazione empatica, non giudicante, che valorizzi le risorse della persona può fare la differenza tra un trattamento seguito passivamente e un percorso sentito come proprio (C.N.O, 2024). L'alleanza terapeutica viene costruita con la Persona quindi, non è un fattore secondario ma uno strumento clinico fondamentale. Il paziente cronico ha bisogno di essere coinvolto, riconosciuto come Persona competente della propria esperienza (C.N.O, 2024), con

- **Ascolto attivo:** inteso come disponibilità ad accogliere non solo le parole del paziente, ma anche i significati sottostanti al suo vissuto;
- **Empatia:** come capacità di sentire e comprendere l'esperienza dell'altro, senza invaderla o giudicarla (Rogers, 1957);
- **Trasparenza informativa:** che consente alla persona di avere accesso a spiegazioni chiare, oneste e comprensibili circa la propria condizione;
- **Coinvolgimento nel processo decisionale:** che riconosce il diritto del paziente a partecipare attivamente nella costruzione del proprio percorso di cura.

In questo contesto, il terapeuta e il professionista sanitario non sono più semplici erogatori di soluzioni, ma si configurano come un facilitatore del cambiamento, capace di accompagnare la Persona nell'esplorazione dei propri significati, delle proprie ambivalenze e delle proprie possibilità di crescita. Tale approccio è tanto più rilevante nel trattamento delle malattie croniche, in cui la relazione di cura si estende nel tempo e necessita di essere continuamente alimentata da fiducia reciproca, co-costruzione e autenticità. (Eugenio, E.; Baglio, G. 2024). L'aderenza può essere ostacolata da molteplici fattori come le barriere economiche, culturali, psicologiche, ma anche dalla qualità della relazione terapeutica quando essa non favorisce un clima di fiducia e collaborazione. Alla luce di tali evidenze, il lavoro in équipe multidisciplinare si configura sempre più come un elemento fondamentale, in quanto favorisce l'integrazione di competenze diverse e la definizione di interventi coerenti e orientati alla Persona.

6. Gli interventi Psicologici

Nell'ambito della presa in carico della Persona con patologia cronica, gli interventi psicologici come la terapia cognitivo-comportamentale standard (CBT), la psicoeducazione e le terapie di terza generazione, sono tuttora riconosciuti come approcci di eccellenza, costituendo modelli di riferimento consolidati per la loro efficacia nel promuovere il benessere psicologico e il potenziamento delle risorse personali (Akyirem et al., 2021). Questi approcci, seppur differenti nei loro obiettivi specifici, condividono l'intento di offrire sostegno psicologico concreto, promuovere consapevolezza e potenziare le risorse personali della Persona.

6.1 CBT standard

La terapia cognitivo-comportamentale rappresenta uno degli approcci più strutturati e diffusi per la gestione delle componenti psicologiche associate alla cronicità (Beck, 1976; Hofmann et al. 2014). Il suo obiettivo principale è quello di aiutare la persona a riconoscere e modificare i pensieri disfunzionali legati alla malattia e al proprio senso di identità, facilitando al contempo lo sviluppo di comportamenti più adattivi e funzionali.

In una prospettiva cognitiva, la sofferenza non deriva solo dalla malattia in sé, ma anche dal significato che le viene attribuito. Pensieri come "non riuscirò mai più a vivere come prima", "non valgo nulla se non posso lavorare", oppure "nessuno può capirmi" sono esempi di convinzioni che possono alimentare il disagio e condizionare negativamente la qualità della vita. Lavorare su questi pensieri, attraverso tecniche come la ristrutturazione cognitiva (Beck, A.T, 1976), consente al paziente di ampliare la propria visione della realtà, riducendo l'impatto emotivo delle credenze più rigide.

La psicoeducazione viene inserita nei diversi protocolli e spesso utilizzata come intervento iniziale, ha un ruolo centrale nel facilitare la comprensione della malattia da parte del ‘paziente’ e della sua rete familiare (Last et al. 2007). Non si tratta semplicemente di fornire informazioni mediche, ma di avviare un processo di costruzione condivisa di significato. Aiutare la Persona a comprendere le caratteristiche della patologia, il decorso atteso, le possibili complicazioni e le strategie di gestione quotidiana significa darle strumenti per riappropriarsi del proprio percorso di cura (Bury, 1982; Frank, 1995).

Nel contesto cronico, questa consapevolezza può diventare una leva importante per contrastare il senso di impotenza, la confusione o la sfiducia nei confronti del trattamento. Durante le sessioni psicoeducative, si lavora spesso anche sulla normalizzazione del disagio emotivo, spiegando che vissuti come ansia, frustrazione o senso di perdita sono reazioni comprensibili e comuni. In questo modo si riduce il rischio di patologizzare il malessere psicologico e si promuove un atteggiamento più accogliente verso sé stessi (Roditi & Robinson, 2011).

Inoltre, l’intervento psicoformativo si estende al nucleo familiare, coinvolgendo caregiver e persone significative, soprattutto nei casi in cui la dipendenza fisica o organizzativa del paziente rende necessario un lavoro di rete (C.N.O, 2024). Il coinvolgimento attivo dei familiari può migliorare l’aderenza terapeutica, ridurre i conflitti relazionali e rafforzare il senso di vicinanza emotiva, spesso compromesso dal carico assistenziale (C.N.O, 2024).

Sul piano comportamentale, si interviene spesso per contrastare l'evitamento, l'isolamento e l'inattività, che rappresentano risposte comuni ma disfunzionali alla sofferenza fisica e psicologica. Tecniche come l'attivazione comportamentale, la pianificazione di attività graduali, e la gestione dello stress aiutano la Persona con malattia cronica a riappropriarsi progressivamente di spazi di autonomia e piacere, interrompendo il circolo vizioso che spesso lega dolore, inibizione e peggioramento del tono dell'umore (Roditi & Robinson, 2011).

L'intervento psicologico tradizionale offre una cornice valida per affrontare molte delle difficoltà psicologiche che accompagnano la malattia cronica. Tuttavia, negli ultimi anni si è assistito a una crescente attenzione verso approcci più esperienziali e orientati ai processi, che vanno oltre la modifica del contenuto del pensiero e abbracciano una visione più ampia del benessere psicologico (Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. 2011).

6.2 Terapie di terza generazione

Le cosiddette terapie di terza generazione rappresentano una significativa evoluzione nel campo della psicologia clinica. A differenza dei modelli più tradizionali, questi approcci non si focalizzano prioritariamente sul cambiamento dei pensieri, ma mirano a trasformare il rapporto che la persona ha con i propri stati interni, come emozioni, sensazioni fisiche o immagini mentali. Al centro vi è l'obiettivo di vivere una vita piena e significativa, anche in presenza della sofferenza (Hayes, S. C., et al., 2011). Tra le terapie di terza generazione utilizzate nella gestione della cronicità, troviamo l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

L'ACT si è dimostrata particolarmente efficace nel trattamento di pazienti affetti da patologie croniche. Il cuore del modello è la flessibilità psicologica, intesa come la capacità di essere presenti nel momento attuale, accettare ciò che non può essere controllato e impegnarsi in azioni coerenti con i propri valori (Hayes, S. C., et al. (2012). La teoria su cui si basa l'ACT (Acceptance and Commitment Therapy) è la Relational Frame Theory (RFT). Secondo la RFT, gli esseri umani, tramite il linguaggio, creano relazioni arbitrarie tra oggetti, cognizioni e comportamenti, modificandone le funzioni in base a tali relazioni (Hayes et al., 2013). La RFT distingue tra contesto relazionale, che riguarda l'associazione tra oggetti, e contesto funzionale, che definisce le conseguenze di tali associazioni. Ad esempio, la credenza "sono inadeguato" può essere appresa nel contesto relazionale, ma il suo impatto dipende dal contesto funzionale. Le relazioni apprese nel contesto relazionale sono considerate immodificabili, ma nuovi

contesti funzionali possono ridurre la sofferenza emotiva (Hayes et al., 2013). L'ACT rappresenta una traduzione operativa della RFT e si propone di intervenire sui contesti funzionali. Secondo questa prospettiva, la sofferenza psicologica deriva da un'interazione rigida tra linguaggio, cognizioni e ambiente. Tale rigidità riduce il controllo che l'ambientale esercita sul comportamento, portando l'individuo ad agire in base ai pensieri ed emozioni non orientati al momento presente e di conseguenza a non perseguire i propri obiettivi a lungo termine (Hayes et al., 2006). Secondo Hayes (1999; 2013) la sofferenza è mantenuta dal tentativo costante di evitare esperienze interne spiacevoli come emozioni e pensieri negativi. Tuttavia, tale evitamento esperienziale ostacola la possibilità di vivere in modo coerente con i propri valori personali, finendo per amplificare il disagio e ridurre la flessibilità psicologica dell'individuo. Hayes e i suoi collaboratori sostengono che spesso il linguaggio intrappoli le persone in una lotta continua contro le proprie sofferenze interiori: l'idea di cambiare direttamente pensieri ed emozioni scomodi diventa così un tentativo che, invece di liberare, finisce per mantenerli vivi e ingombranti. Per rompere questo schema, il terapeuta introduce metafore, paradossi ed esercizi esperienziali che permettono al paziente di entrare in contatto con i propri pensieri, emozioni, ricordi e sensazioni corporee evitati fino a quel momento, trasformando il modo in cui la persona "sta con" queste esperienze anziché cercare di eliminarle. Il cuore del modello ACT è dunque la flessibilità psicologica, ossia la capacità di modificare o mantenere un comportamento in funzione dei propri valori e delle contingenze situazionali, mantenendo un contatto consapevole e non giudicante con le esperienze interne (Baroni, D., 2016).

Il modello ACT articola in 6 processi ed è possibile dividerli in 2 gruppi principali (Baroni, D., 2016):

- **Accettazione:** apertura verso eventi interni senza giudicarli o cercare di modificarli; La Persona li osserva come eventi mentali o sensazioni transitorie, continuando comunque a impegnarsi in attività importanti per la propria vita, come passare tempo con la famiglia o mantenere routine quotidiane.
- **Defusione cognitiva:** capacità di distanziarsi ai propri pensieri, emozioni o etichette, la Persona impara a vedere i propri pensieri come eventi mentali transitori, non come definizioni del Sé.
- **Contatto con il momento presente:** attenzione consapevole all'esperienza attuale, limitando la fusione con passato e futuro.
- **Sé come contesto:** sviluppare un senso di sé come osservatore delle esperienze interne, favorendo distacco e coerenza (Hayes et al., 2006).

Le componenti del secondo gruppo sono legati ad aspetti prettamente comportamentali:

- **Valori:** direzioni esistenziali che orientano il comportamento, senza essere mai completamente raggiunti (Fletcher & Hayes, 2005).
- **Azione impegnata:** comportamenti flessibili orientati dai valori, capaci di adattarsi alle difficoltà del contesto (Hayes et al., 2006; McCracken & Morley, 2014).

Nel contesto della malattia cronica, questo approccio si rivela prezioso perché permette alla Persona di spostare il focus dal controllo del sintomo alla ricostruzione di una vita significativa, nonostante le limitazioni imposte dalla patologia. L'ACT non cerca di eliminare il dolore o la fatica, spesso inevitabili, ma insegna quindi a conviverci, lasciando spazio a ciò che è importante e vitale.

Secondo Hayes, Strosahl e Wilson (1999/2001): l'ACT può aiutare le Persone a riconoscere il dolore della perdita identitaria, legata all'impossibilità di svolgere le attività di prima, al cambiamento dei progetti e dell'immagine di Sé.

Attraverso la defusione cognitiva e l'accettazione, la Persona può non restare bloccata in pensieri come “non sono più la persona che ero” ma riconoscere quel sé perduto, integrarlo, senza che domini il presente. (Clur & Barnard, 2024). L'individuo può riconoscere il dolore, la vulnerabilità e la fatica come aspetti reali della propria esperienza, accanto però a risorse, valori, desideri e capacità.

Dunque l'ACT lavora sui valori personali, aiutando a costruire o ricostruire un'identità che includa la malattia, ma che non sia definita da essa. Il percorso terapeutico incoraggia domande come: “cosa è ancora importante per me?”, orientando le scelte verso comportamenti coerenti con quei valori (Hayes et al., 2006; Fletcher & Hayes, 2005; Wicksell et al., 2010). In molte malattie croniche i sintomi non migliorano in modo concreto, l'ACT allora propone un cambiamento di prospettiva, dove la qualità di vita viene perseguita anche in presenza del sintomo, riducendo la sofferenza psicologica legata al “lutto funzionale” per le perdite subite (McCracken, 2013; Hayes et al., 2013; Gloster et al., 2020).

Il miglioramento della flessibilità psicologica, cioè la capacità di distinguere tra ciò che si può cambiare e ciò che va accettato, è centrale nel modello ACT. Numerosi studi dimostrano che una maggiore flessibilità psicologica è correlata a miglioramenti significativi in ansia, depressione, accettazione del dolore e minore interferenza del dolore nelle attività quotidiane (Gentili et al., 2019).

7. Conclusioni

L'analisi della letteratura ha evidenziato come l'ACT rappresenti un approccio utile e promettente nella presa in carico della persona con patologia cronica. A differenza della CBT standard, che si concentra principalmente sulla modifica dei contenuti cognitivi disfunzionali (Beck, 1976), l'ACT promuove l'accettazione dell'esperienza interna, la defusione dai pensieri dolorosi e l'azione orientata ai valori, contribuendo a migliorare la qualità della vita anche in presenza di sintomi persistenti (Hayes et al., 1999/2011; McCracken, 2013; Fletcher & Hayes, 2005).

Nel contesto della cronicità, questo modello risulta particolarmente efficace nel sostenere la Persona con malattia cronica nella ridefinizione della propria identità, nel riconoscere e accogliere le emozioni legate alla perdita ad esempio dell'immagine di sé, e nel coltivare scelte coerenti con i propri valori, nonostante le limitazioni imposte dalla malattia (Hayes et al., 2013). Studi recenti evidenziano che un incremento della flessibilità psicologica è associato a miglioramenti in diversi ambiti, tra cui una maggiore adattabilità alla malattia, una minore interferenza del dolore nelle attività quotidiane e una riduzione dei sintomi ansiosi e depressivi (Grimaldi et al., 2025). Tuttavia, questa review presenta alcune limitazioni. In particolare, la letteratura analizzata tende a considerare le malattie croniche come un'unica categoria, senza distinguere in modo sistematico tra le diverse tipologie di patologie, le fasi di vita o i contesti culturali e i fattori protettivi in cui la cronicità si manifesta. Inoltre, è stata prestata scarsa attenzione alle specificità legate all'età dei pazienti, dall'infanzia all'adolescenza, fino all'età adulta e alla senilità, aspetti che possono influenzare significativamente il modo in cui la malattia viene vissuta e affrontata.

Alla luce di questi aspetti, si ritiene utile proseguire con studi più specifici che approfondiscano l'efficacia dell'ACT in relazione alle singole patologie croniche, alle differenti fasce d'età e alle variabili culturali. Solo attraverso una maggiore personalizzazione del lavoro di ricerca sarà possibile fornire un quadro realmente attuale sull'efficacia dei trattamenti.

8. Bibliografia

Akyirem S, Forbes A, Wad JL, Due-Christensen M (2021). Psychosocial interventions for adults with newly diagnosed chronic disease: A systematic review. *J Health Psychol.* 2022 Jun;27(7):1753-1782. doi: 10.1177/1359105321995916. Epub 2021 Feb 14. PMID: 33586486; PMCID: PMC9092922.

Bandura, A. (1977).

Baroni, D. (2016). Promozione del benessere psicologico e gestione del dolore cronico: Valori, azione impegnata e mindfulness. Dottorato di ricerca in Scienze Cliniche curriculum Psicologia e Terapia del dolore.

Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. International Universities Press. Charmaz, K. (1991)

Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167–182.

Clur LS, Barnard A. (2024). Reconstructing a Meaningful Self: The Identity Work of People Living With Chronic Disease. *Qualitative Health Research.*;0(0). doi:10.1177/10497323241303393

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi – C.N.O. (2024). Linee guida per la presa in carico psicologica nelle patologie croniche

Eugeni, E.; Baglio, G. (2024). Le narrazioni di malattia nella gestione delle patologie croniche. *Bollettino Epidemiologico Nazionale (BEN)*, 5(4), 37-43.

Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of RationalEmotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 315-336. doi:10.1007/s10942-005- 0017-7

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. University of Chicago Press.

Gentili charlotte , rickardsson jenny , zetterqvist vendela , simons laura e. , lekander mats , wicksell rikard k. Psychological flexibility as a resilience factor in individuals with chronic pain. *Frontiers in psychology*. volume 10 – 2019

Gloster, A.T., Walder, N., Levin, M.E., Twohig, M.P. & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192..

Grimaldi, A.; Veneziani, I.; Culicetto, L.; Quartarone, A.; Calabrò, RS; Latella, D. Efficacia della terapia di accettazione e impegno (ACT) in pazienti con malattie cardiovascolari: una revisione sistematica. *Healthcare* 2025 Hayes, S. C. (1999).

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011-1012). Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change. New York, NY, US: Guilford Press

Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Vilardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198. doi:10.1016/j.beth.2009.08.002

Hofmann, S.G., Asnaani, A. & Vonk, I.J.J. et al. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cogn Ther Res* 36, 427–440
<https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

Last, B. F., Stam, H., Onland-van Nieuwenhuizen, A. M., & Grootenhuis, M. A. (2007). Positive effects of a psycho-educational group intervention for children with a chronic disease: First results. *Patient Education and Counseling*, 65(1), 101-112.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.06.017>

McCracken, L. M., Morley, S. (2014). The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *J. Pain* 15, 221–234. doi: 10.1016/j.jpain.2013.10.014

World Health Organization, Unicef (2003) “Alma Ata Declaration on primary health care”

WHO, Integrating the response to mental disorders and other chronic conditions in heath care systems, 2014.

WHO, Risoluzione del 10 ottobre 2018.

Roditi, D., & Robinson, M. E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 41–49.

Wicksell, R. K., Olsson, G. L., and Hayes, S. C. (2010b). Psychological flexibility as a mediator of improvement in acceptance and commitment therapy for patients with chronic pain following whiplash. *Eur. J. Pain* 14, 1059.e1–1059.e11. doi: 10.1016/j.ejpain.2010.05.001

Williams, S. J. (2000). Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness? Reflections on a core concept. *Sociology of Health & Illness*, 22(1), 40–67.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.00191>