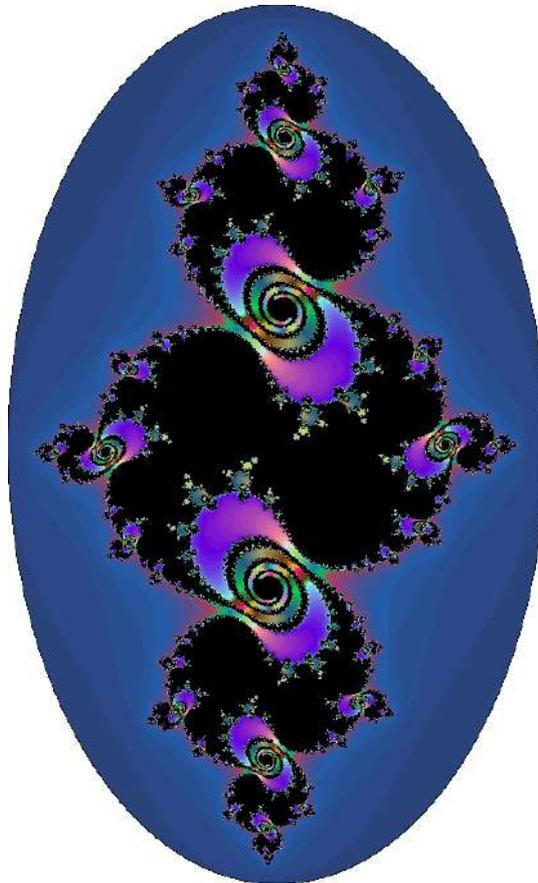


# Psychomed

**Periodico quadrimestrale**  
**Rivista telematica di psicoterapia, medicina psicosociale,**  
**psicologia della salute e preventiva**  
**Numero 1 Anno XII Aprile 2017**

**ISSN: 1828-1516**

**AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI ROMA N.243 DEL 12.6.2008**



**Direttore responsabile: Stefania Borgo**

**Condirettore: Lucio Sibilis**

[www.crpitalia.eu/psychomed.html](http://www.crpitalia.eu/psychomed.html)

**Direttore responsabile:** Stefania Borgo - Email: [borgo.stefania@uniroma1.it](mailto:borgo.stefania@uniroma1.it)

**Condirettore:** Lucio Sibilìa - Email: [lucio.sibilìa@uniroma1.it](mailto:lucio.sibilìa@uniroma1.it)

**Comitato Scientifico:**

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

**Comitato Redazionale:**

Dimitra Kakaraki, Francesca Di Lauro, Cristian Pagliariccio

[psychomed@crpitalia.eu](mailto:psychomed@crpitalia.eu)

## INDICE

Editoriale .....	4
PROGETTO “ <b>DIVORO TUTTO</b> ” di Federica Romano.....	6
<i>Intervento di prevenzione del Disturbo da Alimentazione Incontrollata in soggetti a rischio</i>	
ARTICOLO “ <b>L’EFFICACIA DEI TRATTAMENTI COGNITIVO COMPORTAMENTALI NEI DISTURBI ESTERNALIZZANTI: UNA METANALISI</b> ” di Gemma Battagliese, Maria Caccetta, Olga Ines Luppino, Chiara Baglioni, Valentina Cardi, Carlo Buonanno e Francesco Mancini.....	16
PROGETTO “ <b>COMUNICARE PER CRESCERE (C.P.C.)</b> ” di Alessandra Perrino, Loredana Casale.....	24
Congressi Internazionali.....	37
Iniziative territoriali.....	41
News editoriali.....	45

## EDITORIALE

Il primo numero di *Psychomed* del corrente anno è dedicato alla presentazione di due progetti d'intervento psicosociale e di uno studio di metanalisi sull'efficacia del trattamento CBT nei disturbi esternalizzanti. I primi due interventi si ispirano al cambio di paradigma che prevede il passaggio fondamentale nelle scienze psicologiche dal *modello malattia* al *modello salute* (Bertini, 2012). Le linee lungo le quali si sviluppa il paradigma malattia riguardano essenzialmente l'individuazione e la classificazione delle diverse forme di malessere (*tassonomia*); la scoperta dei fattori e dei meccanismi causativi e di mantenimento (*eziopatogenesi*); la messa a punto di interventi e metodologie che consentono di rimuoverlo (*terapia*) o prevenirlo (*prevenzione*).

Analogamente, le linee evolutive proprie del paradigma salute riguardano l'individuazione delle varie dimensioni che caratterizzano il benessere (*tassonomia*); i processi e gli agenti che lo mantengono (*salutogenesi*); gli interventi e le metodologie che lo promuovono (*promozione*) (Ryff *et al.*, 1998; Seligman, Peterson, 2003; Antonovsky, 1996). In questo cambio di prospettiva l'*obiettivo* non è più –come voleva il modello medico- quello di riparare, aggiustare un meccanismo che si è inceppato, ma di sviluppare capacità, competenze e risorse per consentire il raggiungimento di uno stato migliore di salute. I contenuti dell'intervento psicosociale dovrebbero quindi declinarsi nell'obiettivo di sviluppare, mantenere e usare pienamente le capacità fisiche, mentali ed emotive degli individui e delle comunità potenziando il protagonismo dell'utente in un sistema di reciproca mutualità.

Il modello della salutogenesi, che sta alla base anche della dichiarazione di Helsinki dell'OMS del 2005 quando proclama: "*Non c'è salute senza salute mentale!*", ispira le attuali tendenze in tema di prevenzione e salute mentale. Il modello deterministico lineare causa-effetto è stato superato dall'assunzione di un modello probabilistico che ha favorito, intorno agli anni '70, la ricerca di variabili di natura biologica, psicologica e sociale significativamente correlate all'insorgenza e al mantenimento dei disturbi mentali. Lo studio di tali variabili, denominate fattori di rischio, ha favorito lo sviluppo di una scienza preventiva tesa a contrastare il rischio soprattutto a livello psicosociale e a far sì che gli esperti di prevenzione spostassero il *focus* del loro interesse dai laboratori, dalle strutture sanitarie e dagli studi clinici alla vita dei singoli e delle comunità nelle loro naturali condizioni di vita. Ma è soprattutto grazie alle ricerche sulla resilienza in età evolutiva e al contributo della *Developmental Psychopathology* (Cicchetti D., 1989; Kerig P. *et al.*, 2012) con l'enfasi sulle traiettorie di continuità tra sviluppo tipico e atipico, che vengono poste le basi per un approccio della complessità che vede l'esito di malattia e di salute degli individui come interdipendenza dinamico processuale tra variabili di rischio e fattori di protezione della salute.

Gli studi più recenti sono concordi nel ritenere che la prevenzione è, pertanto, da intendere come "*una serie di azioni di natura sociale, politica, economica, educativa tese a depotenziare la carica patogena dei fattori di rischio di natura ambientale e personale, nonché a promuovere la*

*carica salutogena dei fattori di tutela della salute individuale e comunitaria*" (Becciu M., Colasanti A.R., 2016, 82).

A questi principi si ispirano i due progetti elaborati da Romano e da Perrino-Casale. Il primo, di Romano F., è rivolto alla prevenzione del Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) in soggetti a rischio, mentre il secondo, di Perrino A. e Casale L., è rivolto a soggetti affetti dalla Sindrome di Angelman che presentano disabilità comunicative, linguistiche e comportamentali e ai loro genitori e si inserisce nell'ambito del trattamento dei disturbi mentali con l'approccio psicoeducativo. Il contributo di Battagliese G. e collaboratori può ben inserirsi tra i lavori cui si ispira la EBP (*Evidence Based Prevention*). L'EBP è un movimento nato con lo scopo di migliorare la pratica della prevenzione, cercando di individuare gli interventi per cui, grazie a studi basati su metodologie scientifiche, è stata dimostrata l'utilità e l'efficacia. Studi clinici controllati, metanalisi e revisioni sistematiche sono alcuni degli strumenti utilizzati per la definizione delle linee-guida, dei percorsi terapeutici e dei protocolli dell'EBP. Il metodo basato su evidenze scientifiche può essere definito come una strategia volta a rintracciare un nesso fra le raccomandazioni relative a prassi da adottare nel contesto preventivo e dati scientifici che ne comprovino l'efficacia (Briss *et al.*, 2000). Per questo, l'articolo in oggetto può offrire agli studiosi indicazioni per fondare l'intervento psicosociale in tema di prevenzione e trattamento dei disturbi esternalizzanti su solide basi scientifiche. Tale studio, infatti, individua nel trattamento CBT l'approccio maggiormente indicato per trattare i disturbi esternalizzanti in età evolutiva tramite la presentazione di una metanalisi condotta su 21 studi randomizzati.

## Bibliografia

Antonovsky (1996), The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11, 1, 11-18.

Becciu M., Colasanti A. R. (2016). *Prevenzione e salute mentale. Manuale di psicologia preventiva*. Milano: Franco Angeli.

Bertini M. (2012). *Psicologia della salute*. Milano: Raffaello Cortina.

Briss P. A., Zaza S., Pappaioanou M., Fielding J., Wright-De Agüero L., Truman B., Hopkins D. P., Mullen P.D., Thompson R.S., Woolf S. H., Carande-Kulis V. G., Anderson L., Hinman A.R., McQueen D.V., Teutsch S.M., Harris J.R. (2000). Developing an Evidence-Based Guide to Community Preventive Services-Methods. The Task Force on Community Preventive Services. *Am J Prev Med*, 18 (1S), 35-43.

Cicchetti D. (1989). Developmental Psychopathology: Some thoughts on its evolution. *Development and Psychopathology*, 1, 1-4.

Kerig P., Ludlow A., Wenar C. (2012). *Developmental Psychopathology* (6th edition). McGraw- Hill Education.

Ryff C.D., Singer B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.

Seligman M.E., Peterson C. (2003). Positive clinical psychology. In Aspinwall L. G., Staudinger U. M. (a cura di). *A Psychology of Human Strengths*. Washington, DC: APA.

Mario Becciu

Anna Rita Colasanti

## SCHEDA PROGETTUALE

**Titolo: “Divoro tutto”** di Federica Romano  
psicologa-psicoterapeuta, [dott.federicaromano@gmail.com](mailto:dott.federicaromano@gmail.com)

**Sottotitolo:** Intervento di prevenzione del Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) in soggetti a rischio

**Tipologia di intervento:** Selettivo

**Teorie di riferimento:** Affect-driven models (Stein *et al.*, 2007); trade-off theory (Stice *et al.*, 2001); escape from self-awareness model (Heaterton, Baumister, 1991); blocking model (Root, Faallon, 1989); masking theory (teoria del mascheramento) (Polivy, Herman, 1999).

**Target:** Soggetti che presentano *emotional eating*, bassa autostima, depressione e deficit della regolazione emotiva che non rispondono ai criteri di nessun Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA).

**Disegno di analisi**

Gds O1 T O2

Gdc O1 O2

**Presentazione del programma di intervento**

Verranno inseriti nel progetto soggetti reclutati in ambulatori di specialisti nutrizionisti e dietologi che presentano i criteri del *target*, valutati attraverso specifici strumenti. I soggetti idonei verranno divisi in due gruppi (sperimentale e di controllo). Si prevede un trattamento della durata di sei mesi, con incontri settimanali di due ore ognuno. Il fine del progetto è di favorire un incremento del tono dell'umore, dell'autostima, delle competenze emotive e di quelle comunicative. Le attività avranno come obiettivi: l'incremento delle capacità comunicative e di regolazione delle emozioni; la modificazione delle credenze disfunzionali relative all'assunzione di cibo e di quelle relative alla forma e al peso del corpo; l'innalzamento dei livelli di autostima; l'incremento della capacità di gestione degli attacchi di fame; l'acquisizione di strategie di regolazione del peso funzionali.

I principali contenuti sono relativi al modello della disregolazione emotiva dei comportamenti alimentari disfunzionali; alla mindfulness; alle tecniche cognitive; al modello razionale emotivo; alla comunicazione di qualità e alle competenze emotive. Gli obiettivi dell'intervento verranno realizzati attraverso una serie di attività tra cui: l'acquisizione di contenuti teorici; la compilazione di protocolli di autosservazione e del diario alimentare emotivo; gli esercizi di mindfulness e di *role playing*; la verifica degli *homework*. Tali attività verranno svolte all'interno di un gruppo di *skills training* in cui verranno utilizzate altre metodologie specifiche per il raggiungimento di obiettivi tra cui il Mindfulness Training, alcune unità del *training* sulle abilità sociali, i protocolli ABC ed alcune tecniche della Schema Therapy.

## Valutazione

La valutazione degli esiti verrà effettuata attraverso la somministrazione di strumenti specifici: Beck Depression Inventory (BDI); State Trait Anxiety Inventory (STAI); Scala della fame emotiva; Toronto Alexithymia Scale (TAS-20); Structured Clinical Interview Axis I Disorders (SCID-I). Sarà effettuata, inoltre, una valutazione della qualità percepita attraverso l'utilizzo di questionari di gradimento.

## Presentazione del problema

Secondo il DSM-IV-TR (APA, 2000) il Disturbo da Alimentazione Incontrollata è caratterizzato da ricorrenti episodi di abbuffata, in assenza del regolare utilizzo di inappropriati comportamenti di compenso. I criteri proposti per la diagnosi di DAI prevedono il verificarsi di episodi di abbuffata in media per due giorni alla settimana per un periodo di almeno sei mesi. Sono state descritte altre manifestazioni che caratterizzano questo disturbo, tra cui la tendenza a mangiare con molta più rapidità rispetto alla norma, ingerire cibo fino a percepire sensazioni di malessere fisico, mangiare anche in assenza di sensazioni fisiche di fame, consumare cibo in una condizione di isolamento per la vergogna rispetto al quantitativo di cibo, provare in seguito all'abbuffata senso di colpa, vergogna o depressione (Safer, 2011).

Secondo i criteri diagnostici stabiliti dal DSM-IV-TR, per porre una diagnosi di DAI è necessario osservare i seguenti sintomi:

- Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata:

Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per la presenza di entrambi i seguenti elementi:

1. mangiare in un periodo definito di tempo (per esempio in un periodo di due ore), un quantitativo di cibo più abbondante di quello che la maggior parte delle persone potrebbe mangiare in un periodo simile di tempo e in circostanze simili;
  2. sensazione di perdita del controllo del mangiare durante l'episodio (per esempio la sensazione di non riuscire a fermarsi, oppure a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
- Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati a tre (o più) dei seguenti sintomi:
    1. mangiare molto più rapidamente del normale;
    2. mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni;
    3. mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati;
    4. mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;
    5. sentirsi disgustato verso se stesso, depresso o molto in colpa dopo le abbuffate.
  - È presente marcato disagio a riguardo del mangiare incontrollato.
  - Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, per due giorni alla settimana in un periodo di sei mesi.

- L'alimentazione incontrollata non risulta associata all'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico), e non si verifica esclusivamente in corso di anoressia nervosa o di bulimia nervosa.

### *Dati epidemiologici*

Si è stimato che circa il 2-5% della popolazione generale soffre di DAI (Bruce, Agras, 1992; Fairburn, Cooper, Doll *et al.*, 2000; Spitzer, Develin, Walsh *et al.*, 1992; Spitzer, Yanovsky, Wadden *et al.*, 1993). La prevalenza è risultata ancora più elevata in gruppi specifici, come per esempio chi affrisce ai trattamenti per il controllo del peso (20-40%) (Spitzer, Devlin, Walsh *et al.*, 1992; Spitzer, Yanovsky, Wadden *et al.*, 1993; Brody, Walsh, Devlin, 1994). In particolare tra i pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica la percentuale di coloro che rispondono ai criteri diagnostici del DAI raggiunge un tasso pari al 49% (De Zwaan, Mitchell, Howell *et al.*, 2003; Niego, Kofman, Weiss *et al.*, 2007). Così come è stato stimato che fino al 71% dei membri appartenenti a Overeaters Anonymous soffre di questo disturbo (Spitzer, Devlin, Walsh *et al.*, 1992). Negli Usa su un campione di 192 soggetti obesi, in base ai risultati di un questionario auto compilato, ben 72 (37,5%) risultavano soddisfare i criteri per il DAI (Grissett, Fitzgibbon, 1996). Rispetto al genere la proporzione tra maschi e femmine è di 2 a 3, arrivando al rapporto 1 a 1 nei campioni rappresentativi della popolazione generale (Spitzer, Devlin, Walsh *et al.*, 1992). In Italia i dati epidemiologici relativi all'incidenza del DAI indicano un valore compreso tra lo 0,7% e il 4,6% (Loriedo, Bianchi, Perrella, 2002). Uno studio condotto su un campione femminile nelle scuole medie superiori di Napoli e provincia (919 studentesse di età compresa tra i 13 e i 19 anni) attesta la prevalenza del DAI allo 0,22% (Cotrufo, 1999), pari a quella dell' Anoressia Nervosa. Considerando unicamente la fascia di popolazione a maggior rischio per i Disturbi Alimentari (DA), cioè di donne tra i 12 e i 25 anni di età, la percentuale sale al 6% (Ministero della sanità, 1997). Anche negli studi condotti in Italia è stato riscontrato che il disturbo risulta più comune nei pazienti che seguono trattamenti per la cura dell' obesità. I tassi di prevalenza, infatti, tenderebbero a crescere proporzionalmente all'entità del sovrappeso (Ramacciotti *et al.*, 2000). Uno studio italiano su pazienti obesi rivela indici di prevalenza del 18,1% per quanto riguarda la presenza del disturbo in anamnesi e del 12,1% negli ultimi sei mesi (Biondi, Spinosa, 2000).

### *Eziopatogenesi*

I risultati delle ricerche sottolineano l'importante ruolo esercitato dalle emozioni e dalla regolazione emotiva nel *binge eating*, in particolare rispetto alle emozioni negative. Tra i fattori scatenanti del *binge eating* maggiormente riscontrati si registrano condizioni di stress e abbassamento del tono dell'umore (Polivy, Herman, 1993). Wegner e collaboratori, studiando per due settimane un campione di 27 soggetti affetti da DAI in forma subclinica, hanno riscontrato che nei giorni in cui si verificavano le abbuffate l'umore era peggiore rispetto a quelli in cui non erano presenti (Wegner *et al.*, 2002). Persone in sovrappeso con *binge eating*, riferiscono impulsi forti ad abbuffarsi in risposta ad emozioni spiacevoli in confronto a chi non soffre di questo disturbo, a prescindere dalla gravità del sovrappeso (Eldredge, Agras, 1996). In alcuni studi è emerso che,

delle sei emozioni di base, l'ansia è quella più frequentemente implicata nell'innescare un'abbuffata, seguita da tristezza, solitudine, stanchezza, rabbia e felicità (Masheb, Grilo, 2006).

Tendenzialmente ogni paziente è più vulnerabile ad alcune che ad altre, ma qualsiasi stato d'animo negativo che superi la soglia soggettiva di tolleranza può scatenare un'abbuffata. In una ricerca condotta su donne con diagnosi DAI e su soggetti equiparabili per peso corporeo, si è osservato che gli stati emotivi dolorosi erano associati sia a perdita di controllo, sia a episodi di condotta alimentare definiti come abbuffate (Telch, Agras, 1996). In alcuni studi in cui veniva sperimentalmente manipolata sia la deprivazione calorica che l'induzione di stati emotivi negativi o neutri si è osservato che gli episodi di *binge eating* in donne obese con DAI risultano associati a stati emotivi spiacevoli, più che alla deprivazione calorica (Agras, Telch, 1998).

Più in generale i pazienti con DAI, oltre al fatto che con più probabilità mangiano in risposta a emozioni dolorose, manifestano la tendenza a giudicare le situazioni come più stressanti di quanto non le ritengono coloro che non soffrono di questo disturbo (Hansel, Wittrock, 1997). Diversi autori ipotizzano che il motivo sottostante alla tendenza a ricorrere al cibo in risposta alle emozioni spiacevoli e a valutare come più stressanti le situazioni, potrebbe essere individuato nella presenza di deficit nelle abilità di regolazione delle emozioni. Whiteside e collaboratori sostengono il ruolo centrale della disregolazione delle emozioni nel DAI, sottolineando che a tale diagnosi si associano difficoltà di identificazione e riconoscimento delle emozioni, difficoltà di attribuzione di significato e limitato accesso alle strategie di regolazione emotiva (Whiteside *et al.*, 2007).

Altri autori nella spiegazione dell'associazione tra emozioni spiacevoli intense e assunzione di cibo sottolineano il coinvolgimento della scarsa tolleranza alle emozioni e dell'incapacità di differenziarle dalle sensazioni (Vinai e Todisco, 2007). Secondo gli autori, le emozioni negative possono essere provocate dagli eventi più disparati, tra cui giocano un ruolo preponderante le difficoltà relazionali, di coppia, il disagio provocato dal sentirsi soli e abbandonati, il pensare di avere scarso valore per gli altri a causa del proprio senso di inadeguatezza e della bassa autostima e le difficoltà a richiedere il supporto degli altri (Vinai e Todisco, 2007). Questi pazienti si sentono completamente incapaci di intervenire sulle situazioni che inducono disagio e di gestire le sensazioni-emozioni negative con strumenti diversi dal cibo. A ciò si unisce la tendenza a confondere sensazioni ed emozioni, per cui la pienezza gastrica conseguente all'abbuffata viene percepita come un'intensa emozione, capace di cancellare il disagio emotivo preesistente (Vinai e Todisco, 2007).

### **Teorie di riferimento**

- *Affect-driven models* (modelli della spinta emotiva): sono modelli teorici in cui gli stati emotivi giocano un ruolo fondamentale nell'insorgenza e nel mantenimento del comportamento da abbuffata compulsiva (Stein *et al.*, 2007);
- *Trade-off theory* (teoria dello scambio): l'abbuffata è un modo per sostituire uno stato emotivo negativo insopportabile con un altro meno avversivo (Stice *et al.*, 2001);

- *Escape from self-awareness model* (modello della fuga dall'autoconsapevolezza): suppone che l'abbuffata sia un modo per restringere il focus attentivo del soggetto dirigendolo verso uno stimolo contingente (il cibo) e distraendolo così dall'emozione negativa presente (Heaterton, Baumister, 1991);
- *Blocking model* (modello del blocco emotivo): attraverso meccanismi di condizionamento operante, l'abbuffata compulsiva insorgerebbe come modalità per bloccare emozioni percepite come troppo intense dal soggetto (Root, Fallon, 1989)
- *Masking theory* (teoria del mascheramento): attribuisce alle abbuffate il compito di mascherare i veri motivi di sofferenza dell'individuo permettendogli di giustificare lo stato emozionale negativo come dovuto al proprio comportamento alimentare, che rappresenterebbe una motivazione per il proprio disagio più gestibile e sopportabile di altri problemi personali e interpersonali (Polivy, Herman, 1999).

Coerentemente con i modelli della spinta emotiva (*Affect-driven models*), i ricercatori cognitivo-comportamentali prevedono due meccanismi alla base del manifestarsi delle abbuffate: il modello della fuga dalla consapevolezza di Heaterton e Baumeister (1991) e il modello del blocco emozionale introdotto da Root e Fallon (1989). La Teoria della fuga postula che i pazienti con abbuffate, a causa di una bassa autostima, siano particolarmente inclini ad avere percezioni negative di sé. Questa teoria suggerisce che tali individui cerchino di "fuggire" dalla consapevolezza di sé negativa attraverso un restringimento della propria attenzione/coscienza da livelli più astratti (come la valutazione di sé) alle immediate circostanze o stimoli fisici (come il cibo). Tale processo, definito "restringimento cognitivo", previene il pensiero esteso e significativo, e ha la funzione di favorire una "fuga" da una consapevolezza stressante di sé. Un effetto secondario di tale restringimento della coscienza sarebbe quello di ostacolare alcune funzioni cognitive superiori, tra cui l'inibizione. In base a questo modello, quindi, la perdita temporanea dell'inibizione cognitiva determinerebbe l'emissione di comportamenti normalmente soppressi. Il passaggio da uno stato di alta consapevolezza ad uno caratterizzato da ridotta consapevolezza, potrebbe disinibire l'attrazione verso il cibo e condurre, quindi, ad un'abbuffata compulsiva. Il blocco emozionale rappresenta il corrispettivo, a livello emotivo, della fuga dalla consapevolezza. In base a questo modello, attraverso l'abbuffata si realizzerebbe un allontanamento dalla coscienza delle emozioni negative favorendo la focalizzazione del soggetto su quelle positive indotte dal cibo (*Trade-off theory*); tale meccanismo risulta essere molto simile a quello utilizzato dai tossicodipendenti o dagli alcolisti. Molti pazienti, infatti, raccontano di provare emozioni negative prima delle abbuffate e manifestano difficoltà ad immaginare reazioni meno disfunzionali al loro insorgere (Vinai, Todisco, 2007).

Sono state evidenziate alcune idee disfunzionali che inducono i soggetti a ricercare il blocco delle emozioni: ritenere le emozioni intollerabili; interpretare le sensazioni corporee indotte dalle emozioni come dannose per il fisico e la psiche; pensare che ci si possa difendere dagli stati emotivi negativi innalzando la soglia di consapevolezza piuttosto che quello di tolleranza;

convincione di non possedere gli strumenti per sopportare un'emozione negativa, per cui l'unica soluzione possibile è l'anestesia emotiva (Vinai, Todisco, 2007).

Inoltre, coerentemente con la teoria del mascheramento, le abbuffate avrebbero la funzione di "mascherare" i reali motivi di sofferenza dell'individuo fornendogli una giustificazione per lo stato emozionale negativo considerato come conseguente al proprio comportamento alimentare, che rappresenterebbe una motivazione per il proprio disagio più gestibile e sopportabile di altri problemi personali e interpersonali (Polivy, Herman, 1999).

### **Dati di ricerche sul campo**

Dai diversi studi sui fattori di rischio per il DAI e su quelli alla base delle abbuffate paiono essere coinvolti diversi fattori tra cui:

- Psicologici: Valutazione di sé negativa; bassa autostima; senso di inefficacia e inadeguatezza; impulsività; deficit della regolazione emozionale; preoccupazione per il peso e la forma del corpo; depressione; Alessitimia; *emotional eating* (Aquilar, 2006; Vinai e Todisco, 2007; Ricca, Castellini, Faravelli, 2009; Compare, Grossi, Germani *et al.*, 2012; Eldredge and Agras, 1998; Mussell *et al.*, 2000; Galanti *et al.*, 2007; Whiteside *et al.*, 2007).
- Familiari: scarsa coesione familiare (French *et al.*, 1997); scarsa emotività espressa; comunicazione disfunzionale; scarsa indipendenza personale; alto criticismo, soprattutto relativo a peso e forma del corpo; alti livelli di conflittualità; alti livelli di controllo interfamiliare (Vinai e Todisco, 2007).

Per quanto riguarda i fattori di protezione paiono essere coinvolti:

- Fattori psicologici: valutazione positiva di sé; buon livello di autostima; senso di efficacia personale; capacità di gestione degli impulsi; capacità di regolazione emozionale; adeguato tono dell'umore; capacità di identificare, riconoscere e regolare le emozioni.
- Fattori familiari: coesione familiare; capacità di esprimere le emozioni; comunicazione efficace; indipendenza personale; scarsa conflittualità; scarso controllo interfamiliare.

Coerentemente con la nostra ipotesi progettuale, il presente programma intende lavorare sul tono dell'umore, sulla valutazione di sé e autostima, sulle competenze emotive e comunicative.

### **Presentazione del programma di intervento**

A partire dai modelli interpretativi e dai risultati di studi in cui sono stati indagati i fattori di rischio e di protezione del DAI, l'intervento mira a favorire l'acquisizione di specifiche abilità che sono alla base di adeguate competenze emotive e comunicative, di buone capacità di

autovalutazione e di gestione degli impulsi. Gli obiettivi del trattamento vengono realizzati attraverso un gruppo di *skills training*.

### *Finalità*

Il progetto ha la finalità di favorire un miglioramento del tono dell'umore, di incrementare l'autostima e favorire una migliore valutazione di sé, di aumentare le competenze emotive e comunicative in soggetti che presentano *emotional eating*, depressione, deficit della regolazione emotiva e che presentano episodi di *binge eating*, per prevenire l'insorgenza di un Disturbo dell'Alimentazione Incontrollata (DAI).

### *Obiettivi*

- Avere adeguate capacità di regolazione emotiva. Saper riconoscere, denominare, monitorare, modulare e accettare le proprie emozioni. Essere consapevoli del legame presente tra pensieri ed emozioni. Saper trasformare i propri pensieri disfunzionali e adottare modalità di pensiero più adeguate. Saper cogliere il legame tra emozioni e comportamenti disfunzionali e saper sostituire questi con comportamenti che non determinano conseguenze dannose per il soggetto.
- Disporre di buone competenze comunicative, saperle utilizzare per migliorare le relazioni interpersonali. Avere aspettative realistiche relative alla disponibilità di ascolto e di condivisione degli stati emotivi da parte degli altri.
- Avere una valutazione di sé adeguata, consapevolezza delle proprie risorse e accettazione dei propri limiti, con conseguente buona autostima.
- Avere buone capacità di gestire l'impulso a mangiare.

### *Target*

Il progetto è rivolto in modo diretto a soggetti che presentano depressione, bassa autostima, deficit della regolazione emotiva ed *emotional eating* che non rispondono ai criteri di nessun DCA. Il gruppo sarà formato da un minimo di 8 ad un massimo di 15 soggetti.

### *Disegno di analisi*

Gds O1 T O2

Gdc O1 O2

### *Contenuti*

- Modello della disregolazione emotiva dei comportamenti alimentari disfunzionali
- Mindfulness
- Tecniche cognitive: dialogo socratico, ristrutturazione cognitiva

- Modello razionale emotivo
- Comunicazione di qualità: saper esprimere e comunicare le emozioni
- Competenze emozionali: saper riconoscere, denominare, regolare e comunicare le emozioni
- Teorie su emozioni

### Metodologie

Gli obiettivi del trattamento vengono realizzati attraverso un gruppo di *skills training*, per l'acquisizione e il consolidamento di nuove abilità. La prima parte di ogni incontro è riservata alla revisione di come i soggetti abbiano utilizzato le abilità presentate nella seduta precedente e alla revisione degli *homework*. Viene dedicato uno spazio ad ognuno dei partecipanti per riferire sull'uso delle nuove abilità e sulle eventuali difficoltà incontrate. L'insegnamento di ciascuna abilità passa attraverso una serie di momenti fondamentali:

- 1) fornire spiegazioni sul perché l'abilità in questione è inclusa nel programma;
- 2) descrivere l'abilità e i vari passi per apprenderla;
- 3) favorire il consolidamento dell'abilità mostrando come applicarla sia all'interno della seduta che al di fuori del gruppo;
- 4) favorire la generalizzazione delle abilità offrendo indicazioni per servirsene nella vita quotidiana.

Questo processo di insegnamento verrà agevolato dall'impiego di schede e materiali forniti al soggetto per l'esecuzione delle esercitazioni svolte durante le sedute e nel corso della settimana. All'interno del programma di *skills training* di gruppo, verranno utilizzate altre metodologie specifiche per il raggiungimento di alcuni obiettivi. Nello specifico verrà utilizzato il Mindfulness Training, alcune unità del *training* sulle abilità sociali, i protocolli ABC ed alcune tecniche della Schema Therapy.

### Attività

Acquisizione di contenuti teorici; compilazione di protocolli di autosservazione; compilazione diario alimentare emotivo; esercizi di mindfulness; *role playing*; verifica degli *homework*.

### Esempio di un'attività

I membri del gruppo sono invitati a riflettere su due sentimenti piacevoli e su due sentimenti spiacevoli sperimentati recentemente. Viene quindi chiesto loro di rappresentare in mente con accuratezza le situazioni o gli episodi connessi a tali sentimenti, quindi di avviare una comunicazione espressiva al riguardo, scegliendo quattro persone del gruppo. Terminata questa fase ci si ridispone a cerchio e ogni partecipante commenta brevemente l'esperienza vissuta.

## Valutazione

La valutazione sarà effettuata attraverso una serie di strumenti:

- Beck Depression Inventori (BDI) per la valutazione del tono dell' umore;
- State Trait Anxiety Inventory (STAI) per la valutazione dell' ansia di stato e di tratto;
- Scala della fame emotiva per valutare la tendenza ad assumere cibo in risposta a stati d'animo;
- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) per la valutazione della capacità di identificare e descrivere le emozioni;
- Structured Clinical Interview Axis I Disorders (SCID-I).

Per le diverse scale sono forniti indicatori e *cut-off* che permettono di stabilire se il punteggio ottenuto è nella norma o al di sotto della norma. La somministrazione di ognuno degli strumenti elencati sarà effettuata prima (per reclutare il campione) e dopo il trattamento. La valutazione della qualità percepita verrà espletata attraverso l' utilizzo di questionari di gradimento.

## Bibliografia

Agras W.S., Telch C.F. (1998). The effect of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disorder women. In *Behavior therapy*, 29, pp.491-503.

Aquilar F., Del Castello E., Esposito R. (2006). *Psicoterapia dell'anoressia e della bulimia. Una regia cognitiva e attacca mentale per il trattamento dei disturbi alimentari resistenti al cambiamento*, Franco Angeli.

Biondi M., Spinosa E. (2000). Obesity and Binge Eating: prevalence, significance, therapeutic possibilities in a selected population of obese adolescents. In *Minerva Pediatrica*, Oct. 52(10), pp. 521.

Brody M.L., Walsh B.T., Devlin M.J. (1994). Binge eating disorder: Reliability and validity of a new diagnostic category. In *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), pp. 381-386.

Bruce B., Agras W. (1992). Binge eating in females: A population-based investigation. In *International Journal of Eating Disorders*, 12(4), pp.365-373.

Compare A., Grossi E., Germani E. (2012). Emotional Eating e Binge Eating: Stress e Disturbi del Comportamento Alimentare. In Compare A., Grossi E., *Stress e disturbi da somatizzazione*, Springer, Milano, pp. 203-230.

Cotrufo P. (1999). Il disturbo da alimentazione incontrollata: dati epidemiologici e caratterizzazione clinica. In *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 5, n. 3.

De Zwann M., Mitchell J.E., Howell L.M., Monson N., Swan-Kremeier L., Crosby R.D., Seim H.C. (2003). Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. In *Comprehensive Psychiatry*, 44, pp. 428-434.

Eldredge K.L., Agras W.S. (1996). Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder. In *International Journal of Eating Disorders*, 19, pp. 73-82.

Fairburn C.G., Cooper Z., Doll H.A., Norman P., O'Connor M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and Binge Eating Disorder in young women. In *Archives of General Psychiatry*, 57, pp. 659-665.

French S.A., Story M., Neumark-Sztainer D., Downes B., Resnick M., Blum R. (1997). Ethnic differences in psychological and health behavior correlates of dieting, purging, and binge eating in a population-based sample of adolescent females. In *International Journal of Eating Disorders*, Nov.22 (3), pp.315-322-

Galanti K., Gluck M.E., Geliebter A. (2007). Test meal intake in obese binge eaters in relation to impulsivity and compulsivity. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 727-732.

Grissett N.I., Fitzgibbon M.L. (1996). The clinical significance of binge eating in an obese population: support for BED and questions regarding its criteria. In *Addictive Behaviors*, 21, pp. 57-66.

Hansel S., Wittrock D.A. (1997). Appraisal and coping strategies in stressful situation: A comparison of individuals who binge eat and controls. In *International Journal of Eating Disorders*, 21, pp. 89-93.

Heatterton T.F., Baumeister R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. In *Psychological Bulletin*, Jul. 110 (1), pp. 86-108.

- Loriedo C., Bianchi G., Perrella C. (2002). Binge Eating Disorder: aspetti clinici, nosografici e terapeutici. In *Giornale Italiano di Psicopatologia*, Mar. 8 (1).
- Masheb R.M., Grilo C.M. (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorders. In *International Journal of Eating Disorders*, 39, pp. 141-146.
- Mussel M.P., Binford R.B., Fulkerson J.A. (2000). Summary of Risk Factors, Prevention Programming, Prevention Research. *The Counseling Psychologist*, 28, pp. 764-796.
- Niego S.H., Kofman M.D., Weiss J.J., Geliebter A. (2007). Binge eating in the bariatric surgery population: A review of the literature. In *International Journal of Eating Disorders*, 40, pp. 349-359.
- Polivy J., Herman C. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In Fairburn C.G., Wilson G.T. (a cura di), *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. Guilford Press, New York, pp.173-205.
- Polivy J., Herman C.P. (1999). The effect of resolving to diet on restrained and unrestrained eaters: The "false hope syndrome". In *International Journal of Eating Disorders*, 26, pp. 434-447.
- Ramacciotti C.E., Coli E., Passaglia C., Lacorte M., Pea E., Dell'Osso L. (2000). Binge Eating Disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. In *Psychiatry Research*, 8, pp. 131-138.
- Ricca V., Castellini G., Favarelli C. (2009). Binge Eating Disorder: caratteristiche psicopatologiche. *Noos, Aggiornamenti in Psichiatria*, 15, (2), pp. 119-146.
- Root M.P.P., Fallon P. (1989). Treating the victimized bulimic. In *Journal of Interpersonal Violence*, 4, pp. 90-100.
- Safer D.L., Christy F. T., Chen E.Y. (2011). *Binge eating e bulimia. Trattamento dialettico-comportamentale*, Raffaello Cortina Editore.
- Sartirana M., Camporese L., Dalle Grave R. (2013). Vincere la bassa autostima, un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale. Positive Press.
- Spitzer R.L., Devlin M., Walsh B.T., Hasin D., Wing R., Marcus M.D., Stunkard A., Wadden T., Yanovski S., Agras S., Mitchell J., Nonas C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. In *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), pp. 191-203.
- Spitzer R.L., Yanovski S., Wadden T., Wing R., Marcus M.D., Stunkard A., Devlin M., Mitchell J., Hasin D., Horne R.L. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. In *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), pp. 137-153.
- Stein R.I., Kenardy J., Wiseman C.V., Douchis J.Z., Arnow B.A., Wilfley D.E. (2006). What driving the binge in binge eating disorders? A prospective examination of precursors and consequences. In *International Journal of Eating Disorders*, 40, pp. 195-203, (2007).
- Stice E., Afras W.S., Telch C.F., Halmi K.A., Mitchell J.E., Wilson T. (2001). Subtyping binge eating-disordered women along dieting and negative affect dimensions. In *International Journal of Eating Disorders*, Jul.30 (1), pp. 11-27.
- Telch C.F., Agras W.S. (1996). Do emotional states influence binge eating in the obese?. In *International Journal of Eating Disorders*, 20, pp. 271-279.
- Vinai P., Todisco P. (2007). *Quando le emozioni diventano cibo. Psicoterapia cognitiva del Binge Eating Disorder*, Raffaello Cortina Editore.
- Wegner K.E., Smyth J.M., Crosby R.D., Wittroch D., Wonderlich S.A., Mitchell J.E. (2002). An evaluation of the relationship between mood and binge eating in the natural environment using ecological momentary assessment. In *International Journal of Eating Disorders*, Nov.32 (3), pp. 352-361.
- Whiteside U., Chen E., Neighbors C., Hunter C., Lo T., Larimer M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect. In *Eating behaviors*, 8 (2), pp. 162-169.

## L'EFFICACIA DEI TRATTAMENTI COGNITIVO COMPORTAMENTALI NEI DISTURBI ESTERNALIZZANTI: UNA METANALISI

**Gemma Battagliese, PhD<sup>(1,2)</sup>, Maria Caccetta<sup>(1)</sup>, Olga Ines Luppino<sup>(1)</sup>, Chiara Baglioni, PhD<sup>(1,3)</sup>,  
Valentina Cardì, PhD<sup>(1,4)</sup>, Carlo Buonanno<sup>(1)</sup> e Francesco Mancini<sup>(1)</sup>,**

<sup>1</sup>Scuola di Psicoterapia Cognitiva S.r.l.- Viale Castro Pretorio 116, 00185 Roma, Italy.

<sup>2</sup>Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio (CRARL), Dipartimento di Medicina Clinica -Sapienza Università di Roma, [gemma.battagliese@uniroma1.it](mailto:gemma.battagliese@uniroma1.it)

<sup>3</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, Freiburg University Medical Center Hauptstrasse 5, D-79104 Freiburg, Germany

<sup>4</sup>Section of Eating Disorders, Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK

### Riassunto

#### Sommario

L'obiettivo del presente studio è quello di condurre una meta-analisi sistematica e quantitativa di studi randomizzati controllati finalizzata a valutare l'efficacia di programmi di intervento psicologico sui disturbi esternalizzanti in età evolutiva. 21 studi sono stati selezionati e inclusi nelle analisi.

Dai risultati si evince che il trattamento cognitivo comportamentale è maggiormente efficace nel ridurre la sintomatologia del disturbo oppositivo provocatorio, nel migliorare il *distress* genitoriale, la sintomatologia esternalizzante, le strategie di *parenting*, le competenze sociali e la sintomatologia dell'ADHD. E' inoltre associato a miglioramenti nell'attenzione, nelle condotte aggressive, nei comportamenti esternalizzanti e nella depressione materna.

Al fine di produrre un miglioramento del funzionamento globale i trattamenti per le condotte esternalizzanti potrebbero beneficiare di interventi diretti ai sintomi del bambino e alla psicopatologia genitoriale.

### Summary

The aim of this study was to conduct a meta-analysis evaluating the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy to reduce externalizing symptoms. Twenty-one trials met the inclusion criteria. Results showed that the biggest improvement, after CBT, was in ODD symptoms followed by parental stress, externalizing symptoms, parenting skills, social competence and ADHD symptoms. CBT was also associated with improved attention, aggressive behaviors, internalizing symptoms and maternal depressive symptoms. CBT is an effective treatment option for externalizing disorders and is also associated with reduced parental distress and maternal depressive symptoms. Multimodal treatments targeting both children and caregivers' symptoms should be important to produce sustained and generalized benefits.

### Key words

Externalizing disorders, cognitive behavioral treatment, ADHD, ODD, parenting strategies

## Introduzione

I Disturbi Esternalizzanti sono tra i più comuni in età evolutiva e si distinguono in ADHD, Disturbo della Condotta e Disturbo Oppositivo-Provocatorio (American Psychiatric Association, 2000).

Nei bambini affetti da disturbi esternalizzanti si riscontrano un ridotto livello di qualità della vita, problematiche emotive, difficoltà interpersonali e insuccessi scolastici (Loth, Drabick, Leibenluft, & Hulvershorn, 2014). I risultati di studi longitudinali mettono in luce come i sintomi esternalizzanti nei bambini predicano comportamenti dirompenti in età adulta così come ansia, disturbi dell'umore, abuso di sostanze e disturbo di personalità antisociale (Loth *et al.*, 2014; Reef, Diamantopoulou, van Meurs, Verhulst, & van der Ende, 2011). Da quanto appena detto ne discende che, se non trattati precocemente, tali disturbi tendono a progredire nel tempo con conseguente peggioramento dell'esito prognostico (AACAP, 2013; Caron, Weiss, Harris, & Catron, 2006).

I fattori di rischio che intervengono nello sviluppo di problemi di condotta e di aggressività possono essere di natura temperamentale (caratteristiche del bambino quali irritabilità, impulsività, comportamenti oppositivi), familiare (modalità di accudimento genitoriale e pratiche educative, relazione genitore-bambino caratterizzata da interazioni coercitive e difficoltà familiari quali conflitti o psicopatologia), ambientale (livello socio-economico basso) (Deater-Deckard, Dodge, Bates, & Pettit, 1998).

Intervenire precocemente risulta fondamentale al fine di evitare che tali comportamenti diventino maladattivi, stabili e causa di una compromissione del funzionamento sociale e cognitivo; appare cruciale pertanto il ricorso a trattamenti di comprovata efficacia.

Come da linee guida l'intervento d'elezione per il trattamento della sintomatologia esternalizzante è di natura multimodale: oltre all'eventuale trattamento farmacologico, sono previsti interventi psicoeducativi e psicoterapici sul bambino, *training* sulle abilità sociali, interventi scolastici e di *parent training*. Ne è inoltre comprovata l'efficacia nella prevenzione di esiti negativi in termini di psicopatologia (Furlong *et al.*, 2013; Perrin, Sheldrick, McMenamy, Henson, & Carter, 2014; Reed *et al.*, 2013; Scott, Briskman, & O'Connor, 2014).

Nonostante la mole di studi che dimostra l'efficacia delle tecniche cognitive comportamentali nel ridurre i sintomi esternalizzanti, non esistono rassegne sistematiche quantitative pubblicate.

Pertanto l'obiettivo di questo lavoro è stato quello di valutare in modo sistematico l'efficacia dei programmi di intervento cognitivo comportamentale sui disturbi esternalizzanti in età evolutiva attraverso una metanalisi di studi clinici *randomized controlled trials* (RCT).

In particolare, sono stati considerati come outcome la sintomatologia esternalizzante, quella dell'ADHD e del Disturbo Oppositivo-provocatorio insieme a comportamenti aggressivi, sintomatologia internalizzante, deficit attentivi, competenze sociali dei bambini, stress genitoriale, strategie di *parenting* adeguate e depressione materna.

## Soggetti, Materiali e Metodo

### *Ricerca della letteratura*

La ricerca della letteratura è stata condotta sui seguenti database: PubMed, Medline, PsycInfo, PsycArticles a partire dal 1980 al 2012; essendo stato il DSM III pubblicato nel 1980, gli studi precedenti a tale data possono non riferirsi ai criteri diagnostici attualmente riconosciuti dalla comunità scientifica.

I termini di ricerca hanno incluso “*cognitive behavioural therapy*” o “CBT” e “*Externalizing*” o “ADHD” o “ODD” o “CD” o “*anger control*” o “*anger management*” o “*anger treatment*”. Tali termini di ricerca sono stati utilizzati come parole chiave presenti nel titolo o nell’*abstract* dell’articolo; alcuni studi sono stati inseriti a seguito del controllo della lista di riferimenti bibliografici di altri lavori. Gli studi non pubblicati (tesi di dottorato o atti di convegno ad esempio) non sono stati inclusi.

### *Criteri di selezione degli studi*

Gli studi sono stati inclusi sulla base dei seguenti criteri:

1) RCT che valutavano l’efficacia della CBT nei disturbi esternalizzanti; 2) partecipanti sotto i 18 anni; 3) utilizzo di un trattamento di tipo cognitivo, comportamentale o cognitivo-comportamentale; 4) inclusione di un gruppo di controllo, in lista d’attesa o con differente trattamento; 5) partecipanti che soddisfacessero i criteri diagnostici per ADHD, DOP e DC; 6) rilevazioni della sintomatologia al pre e post trattamento.

### *Estrazione dei dati*

Per ogni studio sono state prese in considerazione variabili relative a anno di pubblicazione, grandezza del campione, caratteristiche demografiche (età, genere e nazionalità), destinatari (genitori, insegnanti, bambini), strumenti di valutazione utilizzati, chi compila le misure di esito (madre, padre, insegnante, bambino), diagnosi dei partecipanti, tipo di intervento utilizzato.

I dati estratti dagli studi sono stati le medie e le deviazioni standard delle misure di esito in baseline e post trattamento.

Le misure di esito hanno incluso questionari validati e standardizzati che valutassero come outcome primari comportamenti esternalizzanti, ADHD e DOP e come outcome secondari attenzione, comportamento aggressivo, competenze sociali, comportamenti internalizzanti, stress genitoriale, strategie di parenting adeguate e depressione materna.

Il disturbo della condotta non è stato incluso come outcome mancando una quantità di studi sufficiente a condurre le analisi.

## Calcoli meta-analitici

Per i calcoli meta analitici sono state usate le medie e le deviazioni standard del post trattamento. Le analisi sono state condotte sul campione totale di studi. Per valutare l'eterogeneità degli studi sono stati usati il test del chi-quadrato e la statistica del  $I^2$ , che descrive la proporzione di variabilità, nella stima degli effect size, dovuta all' eterogeneità tra gli studi (Higgins, Thompson, Deeks, & Altman, 2003). Un errore  $\alpha < .020$  e un  $I^2$  di almeno il 50% è indicatore di eterogeneità. In base ai risultati ottenuti è stato considerato un modello a effetti fissi in caso di non eterogeneità degli studi (questo modello assume che tutti gli studi condividano un comune effect-size) ed un modello a effetti random in caso di eterogeneità degli stessi. Per individuare le fonti di variabilità, sono state condotte le analisi di sottogruppo. Tutti i calcoli meta-analitici sono stati effettuati con il software Comprehensive Meta-Analysis, versione 2 (Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2011).

## Risultati

### Descrizione degli studi

La ricerca di letteratura ha identificato un totale di 108 *abstract*; ventiquattro studi sono stati inclusi in seguito alla lettura del testo completo. Non risultando possibile calcolare la dimensione dell'effetto per tre studi, il numero finale degli studi inclusi nella meta-analisi è stato di 21.

Sei studi hanno valutato più di una condizione sperimentale per un totale di 1960 partecipanti reclutati. I bambini avevano un'età media di 7 anni ( $\pm 2,7$ ) e un QI medio di 104,6 ( $\pm 6,2$ ); il 22,8% dei partecipanti inclusi nello studio erano femmine. L'età media delle madri era 34.5 ( $\pm 3,7$ ).

### Metanalisi

Sono state effettuate 10 diverse metanalisi considerando rispettivamente i comportamenti esternalizzanti, la sintomatologia ADHD e DOP come outcome primari, i comportamenti internalizzanti, i deficit attentivi, i comportamenti aggressivi, la competenza sociale, lo stress genitoriale, le strategie positive di *parenting* e la depressione materna come *outcome* secondari. Per ogni *outcome* sono state condotte le analisi di sottogruppo al fine di indagare l'eterogeneità dei risultati. Le fonti di variabilità valutate, a fronte di una quantità sufficiente di dati a disposizione, sono state: diagnosi (ADHD; DOP e DC); soggetto che ha compilato i questionari (madre, padre, entrambi i genitori, gli insegnanti, il bambino/adolescente); soggetto sul quale è stato condotto l'intervento (bambini, genitori, insegnanti).

Di seguito sono riportati i risultati delle metanalisi che evidenziano l'efficacia del trattamento cognitivo comportamentale messo a confronto con altre tipologie di trattamento o con un gruppo di pazienti in *waiting list*.

Relativamente agli *outcome* primari i risultati mettono in luce i seguenti effetti:

- riduzione significativa della sintomatologia esternalizzante ( $d=-0.52$ ; 95% CI [-0.68, -0.36];  $z=-6.31$ ;  $N=19$ ;  $p<0.001$ ;  $Q\text{-value}=26.91$ ;  $df(Q)=18$ ;  $p=0.08$ ;  $I^2=33.10$ );
- riduzione significativa della sintomatologia dell'ADHD ( $d=-0.343$ ; 95% CI [-0.638, -0.049];  $z=-2.286$ ;  $N=11$ ;  $p=0.022$ ;  $Q\text{-value}=40.00$ ;  $df(Q)=10$ ;  $p<0.001$ ;  $I^2 = 75.00\%$ );
- riduzione significativa dei sintomi del Disturbo Oppositivo Provocatorio ( $d=-0.879$ ; 95% CI [-1.244, -0.513];  $z=-4.712$ ;  $N=10$ ;  $p<0.001$ ;  $Q\text{-value}=39.18$ ;  $df(Q)=9$ ;  $p<0.001$ ; and  $I^2 = 77.03\%$ ).

Per quanto riguarda gli *outcome* secondari, i risultati evidenziano che il trattamento cognitivo comportamentale è significativamente associato a:

- una riduzione dei comportamenti internalizzanti nei bambini ( $d=-0.272$ ; 95% CI [-0.414, -0.131];  $z=-3.773$ ;  $N=11$ ;  $p<0.001$ ;  $Q\text{-value}=5.98$ ;  $df(Q)=10$ ;  $p=0.817$ ;  $I^2 = 0\%$ ; Forest Plot shown in Figure S1).
- una riduzione dei deficit attentivi ( $d=-0.378$ ; 95% CI [-0.522, -0.234];  $z=-5.143$ ;  $N=15$ ;  $p<0.001$ ;  $Q\text{-value}=10.01$ ;  $df(Q)=14$ ;  $p=0.762$ ;  $I^2 = 0\%$ );
- una riduzione dei comportamenti aggressivi ( $d=-0.284$ ; 95% CI [-0.464, -0.104];  $z=-3.088$ ;  $N=18$ ;  $p=0.002$ ;  $Q\text{-value}=34.87$ ;  $df(Q)=17$ ;  $p=0.006$ ;  $I^2 = 51.24\%$ ).
- un aumento delle competenze sociali nei bambini ( $d=0.390$ ; 95% CI [0.258, 0.522];  $z=5.800$ ;  $N=22$ ;  $p<0.001$ ;  $Q\text{-value}=27.42$ ;  $df(Q)=21$ ;  $p=0.157$ ;  $I^2=23.41\%$ ).
- una forte riduzione del distress genitoriale ( $d=-0.607$ ; 95% CI [-0.803, -0.412];  $z=-6.085$ ;  $N=17$ ;  $p<0.001$ ;  $Q\text{-value}=35.18$ ;  $df(Q)=16$ ;  $p=0.004$ ;  $I^2=54.51$ ).
- l'uso di strategie di parenting più efficaci ( $d=0.381$ ; 95% CI [0.098, 0.665];  $z=2.634$ ;  $N=19$ ;  $p=0.008$ ;  $Q\text{-value}=61.70$ ;  $df(Q)=18$ ;  $p<0.001$ ;  $I^2=70.83\%$ ).
- un miglioramento della sintomatologia depressiva materna ( $d=-0.231$ ; 95% CI [-0.441, -0.021];  $z=-2.155$ ;  $N=4$ ;  $p=0.031$ ;  $Q\text{-value}=2.141$ ;  $df(Q)=3$ ;  $p=0.544$ ;  $I^2=0\%$ ).

## Discussione

La presente rassegna sistematica quantitativa è stata condotta sugli studi randomizzati e controllati che si sono occupati di verificare l'efficacia del trattamento cognitivo comportamentale sui disturbi e la sintomatologia esternalizzante in età evolutiva e sulle difficoltà associate. La rassegna ha incluso un totale di 1960 partecipanti e ha evidenziato che il trattamento cognitivo comportamentale è fortemente efficace nella riduzione dei sintomi del Disturbo Oppositivo Provocatorio e nella riduzione dello stress genitoriale. Inoltre, è moderatamente associato a una riduzione della sintomatologia esternalizzante, dei sintomi dell'ADHD, dei deficit attentivi, ma è anche moderatamente associato a un aumento delle competenze sociali dei bambini e all'acquisizione di strategie più adeguate da parte dei loro genitori. Il trattamento cognitivo comportamentale risulta, infine, associato, anche se la dimensione dell'effetto è piccola, a una riduzione della sintomatologia internalizzante e del comportamento aggressivo dei bambini e ad una riduzione della sintomatologia depressiva nelle madri.

Per quanto riguarda la sintomatologia esternalizzante, l'ADHD e il Disturbo Oppositivo provocatorio, gli studi indicano che i genitori tendono a riferire un miglioramento della sintomatologia del bambino a seguito dell'intervento maggiore rispetto a quello riferito dalle insegnanti, cosa che potrebbe essere spiegata con una minore sensibilità delle insegnanti al cambiamento dei sintomi e con un loro minore coinvolgimento nell'intervento.

L'efficacia dell'intervento cognitivo comportamentale sullo stress dei genitori, sulla psicopatologia genitoriale e sull'adeguatezza delle pratiche educative conferma il ruolo centrale dello stile di *parenting* nell'insorgenza e nel mantenimento delle problematiche esternalizzanti. Il trattamento cognitivo comportamentale consta di sessioni di *parent training* che hanno lo scopo di insegnare ai genitori modi alternativi per identificare e concettualizzare i comportamenti problematici del bambino. Durante il *training* i genitori sono incoraggiati ad utilizzare pratiche educative positive e, attraverso *role play* e *feedback*, vengono accompagnati nell'acquisizione di tecniche per la gestione dello stress e per la costruzione di una comunicazione più efficace e di un clima di migliore coesione familiare (Lochman, Powell, Boxmeyer, & Jimenez-Camargo, 2011; Masi et al., 2014). Gli studi che hanno valutato l'efficacia del *parent training* hanno dimostrato risultati positivi in termini di migliore comunicazione tra genitori e figli, maggiore autostima e senso di efficacia nei genitori, riduzione dello stress genitoriale, della depressione materna, riduzione dei problemi comportamentali del bambino (Reyno & McGrath, 2006).

La letteratura evidenzia inoltre come i sintomi depressivi materni siano un fattore di rischio sia per la sintomatologia internalizzante che esternalizzante (Betts, Williams, Najman, & Alati, 2014; Lee et al., 2013; Thomas, O'Brien, Clarke, Liu, & Chronis-Tuscano, 2014); studi recenti hanno indicato che questa associazione potrebbe essere spiegata con le difficoltà incontrate da madri depresse nell'utilizzo di strategie di *parenting* positive (Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000; Sellers et al., 2014). Purtroppo solo pochi studi hanno valutato l'effetto del trattamento sulla riduzione della sintomatologia depressiva nelle madri di bambini con disturbi esternalizzanti. Sarebbe quindi opportuno che linee di ricerca future indagassero se l'introduzione di specifiche

sessioni di valutazione e intervento sulla psicopatologia materna possano influenzare l'efficacia del trattamento sulla sintomatologia del figlio (Chronis, Gamble, Roberts, & Jr, 2006; Margari *et al.*, 2013).

Volendo concludere, i risultati del presente studio confermano l'efficacia della terapia cognitivo comportamentale nel trattamento dei disturbi esternalizzanti, supportando l'ipotesi che i trattamenti multimodali che coinvolgono i bambini, i genitori e gli operatori sanitari (ad esempio insegnanti) siano particolarmente utili nel ridurre la sintomatologia in questione (Hutchings, Martin-Forbes, Daley, & Williams, 2013; Lochman *et al.*, 2011; Lochman & Wells, 2004; Muratori *et al.*, 2014).

Il principale punto di forza del presente studio è quello di essersi focalizzato non solo sui sintomi esternalizzanti, ma anche sul disagio e la psicopatologia genitoriale, in un'ottica innovativa rispetto all'analisi del ruolo chiave che strategie genitoriali disfunzionali e depressione materna possano svolgere quali fattori di vulnerabilità e di mantenimento dei comportamenti dirompenti. L'utilizzo di protocolli standardizzati nei servizi di salute pubblica che si occupano di infanzia e adolescenza, potrebbe migliorare la condizione clinica del bambino e le difficoltà presenti in comorbidità, favorendo anche la riduzione delle problematiche genitoriali.

Per informazioni più dettagliate sulla selezione della letteratura, sulle caratteristiche degli studi e sui calcoli metanalitici è possibile consultare l'articolo pubblicato dagli autori:

*Battagliese G., Caccetta M., Luppino O.I., Baglioni C., Cardi V., Mancini F., Buonanno C. (2015). Cognitive-Behavioral Therapy for Externalizing Disorders: A meta-analysis Of Treatment Effectiveness. Behaviour Research and Therapy. 75, pp. 60-7. DOI 10.1016/j.brat.2015.10.008*

## Bibliografia

- AACAP. (2013). Conduct Disorders Facts for families. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. American Psychiatric Association.
- Betts, K. S., Williams, G. M., Najman, J. M., & Alati, R. (2014). The relationship between maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy and adult offspring behavioral and emotional problems. *Depression and Anxiety*. <http://doi.org/10.1002/da.22272>
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2011). *Introduction to Meta-Analysis*. John Wiley & Sons.
- Caron, A., Weiss, B., Harris, V., & Catron, T. (2006). Parenting behavior dimensions and child psychopathology: specificity, task dependency, and interactive relations. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 35(1), 34–45. [http://doi.org/10.1207/s15374424jccp3501\\_4](http://doi.org/10.1207/s15374424jccp3501_4)
- Chronis, A., Gamble, S., Roberts, J., & Jr, W. P. (2006). Cognitive-behavioral depression treatment for mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, 37(2),143-158..
- Deater-Deckard, K., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: group and individual differences. *Development and Psychopathology*, 10(3), 469–93.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2013). Cochrane review: behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(2), 318–692.

<http://doi.org/10.1002/ebch.1905>

Higgins, J. P. T., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *327*(7414), 557–60. <http://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>

Hutchings, J., Martin-Forbes, P., Daley, D., & Williams, M. E. (2013). A randomized controlled trial of the impact of a teacher classroom management program on the classroom behavior of children with and without behavior problems. *Journal of School Psychology*, *51*(5), 571–85. <http://doi.org/10.1016/j.jsp.2013.08.001>

Lee, P., Lin, K., Robson, D., Yang, H., Chen, V. C., & Niew, W. (2013). Parent-child interaction of mothers with depression and their children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, *34*(1), 656–68. <http://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.09.009>

Lochman, J. E., Powell, N. P., Boxmeyer, C. L., & Jimenez-Camargo, L. (2011). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *20*(2), 305–18. <http://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.005>

Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2004). The coping power program for preadolescent aggressive boys and their parents: outcome effects at the 1-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(4), 571–8. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.4.571>

Loth, A. K., Drabick, D. A. G., Leibenluft, E., & Hulvershorn, L. A. (2014). Do childhood externalizing disorders predict adult depression? A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *42*(7), 1103–13. <http://doi.org/10.1007/s10802-014-9867-8>

Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *20*(5), 561–92.

Margari, F., Craig, F., Petruzzelli, M. G., Lamanna, A., Matera, E., & Margari, L. (2013). Parents psychopathology of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, *34*(3), 1036–43. <http://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.12.001>

Masi, G., Milone, A., Paciello, M., Lenzi, F., Muratori, P., Manfredi, A., ... Muratori, F. (2014). Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behavior disorders in children and adolescents: focus on internalizing problems. *Psychiatry Research*, *219*(3), 617–24. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.048>

Muratori, P., Bertacchi, I., Giuli, C., Lombardi, L., Bonetti, S., Nocentini, A., ... Lochman, J. E. (2014). First Adaptation of Coping Power Program as a Classroom-Based Prevention Intervention on Aggressive Behaviors Among Elementary School Children. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*. <http://doi.org/10.1007/s11121-014-0501-3>

Perrin, E. C., Sheldrick, R. C., McMenamy, J. M., Henson, B. S., & Carter, A. S. (2014). Improving parenting skills for families of young children in pediatric settings: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, *168*(1), 16–24. <http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2919>

Reed, A., Snyder, J., Staats, S., Forgatch, M. S., Degarmo, D. S., Patterson, G. R., ... Schmidt, N. (2013). Duration and mutual entrainment of changes in parenting practices engendered by behavioral parent training targeting recently separated mothers. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *27*(3), 343–54. <http://doi.org/10.1037/a0032887>

Reef, J., Diamantopoulou, S., van Meurs, I., Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (2011). Developmental trajectories of child to adolescent externalizing behavior and adult DSM-IV disorder: results of a 24-year longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *46*(12), 1233–41. <http://doi.org/10.1007/s00127-010-0297-9>

Reyno, S. M., & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems--a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *47*(1), 99–111. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x>

Scott, S., Briskman, J., & O'Connor, T. G. (2014). Early prevention of antisocial personality: long-term follow-up of two randomized controlled trials comparing indicated and selective approaches. *The American Journal of Psychiatry*, *171*(6), 649–57. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13050697>

Sellers, R., Harold, G. T., Elam, K., Rhoades, K. A., Potter, R., Mars, B., Collishaw, S. (2014). Maternal depression and co-occurring antisocial behaviour: testing maternal hostility and warmth as mediators of risk for offspring psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *55*(2), 112–20. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12111>

Thomas, S. R., O'Brien, K. A., Clarke, T. L., Liu, Y., & Chronis-Tuscano, A. (2014). Maternal Depression History Moderates Parenting Responses to Compliant and Noncompliant Behaviors of Children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*. <http://doi.org/10.1007/s10802-014-9957-7>

## SCHEMA PROGETTUALE

**Titolo del progetto:** *Comunicare per crescere (C.P.C.)* di Alessandra Perrino e Loredana Casale

Alessandra Perrino psicologa, psicoterapeuta esperta in Comunicazione Aumentativa Alternativa (C.A.A.), Associazione Onlus Occhi per Comunicare, [perrino.alessandra@gmail.com](mailto:perrino.alessandra@gmail.com)

Loredana Casale psicologa, specializzanda in psicoterapia, Centro per la Ricerca in Psicoterapia

*Tipologia di intervento:* di tipo specifico

*Teoria di riferimento:* Teoria dello stress (Lazarus e Folkman 1984); Teoria sul  *coping*  e resilienza familiare (Garmezy e Rutter, Heiman 1985, 2002); Teoria Cognitivo-Comportamentale: Analisi funzionale, Terapia Razionale di Ellis (1989; 1993). Tecniche Cognitive-Comportamentali,  *Problem Solving* ; Modello della Partecipazione alla Comunicazione (Beukelman e Mirenda 1998)

*Target:* L'intervento è rivolto a soggetti affetti dalla Sindrome di Angelman (SA) che presentano disabilità comunicative, linguistiche e comportamentali e ai loro genitori.

*Disegno di analisi:* Disegno quasi sperimentale con doppia rilevazione (pre-test, post-test) e con gruppo di controllo non equivalente.

Gruppo sperimentale O1 T O2

Gruppo di controllo O1 O2

*Presentazione del programma di intervento:* Il progetto si inserisce nell'ambito del trattamento dei disturbi mentali con l'approccio psico-educativo che si pone in un'ottica di promozione del benessere psicofisico, relazionale e ambientale con l'obiettivo sia di diffondere la conoscenza che lo sviluppo di capacità personali, migliorando la qualità della vita dei partecipanti. La finalità che si propone il seguente progetto è quello di fornire un supporto alle famiglie dal punto di vista emotivo e pratico legato alla gestione della quotidianità con soggetti affetti da diagnosi di Sindrome di Angelman (SA) coinvolgendo i genitori nel processo di abilitazione e riabilitazione, ove la presenza contemporanea di un deficit dell'interazione sociale, della comunicazione e di notevoli problemi di comportamento determinano una condizione di stress e disagio. Pertanto l'intervento si esplica per i genitori attraverso la realizzazione di un  *Parent Training*  orientato al depotenziamento della carica patogena dei fattori rischio-correlati per la presenza di un figlio disabile. Si privilegia il metodo promozionale basato sull'incremento della resilienza, i fattori di protezione e di  *coping*  in situazioni stressogene. Per i soggetti affetti dalla Sindrome di Angelman, l'intervento consiste nella realizzazione di laboratori ludici, didattici, ricreativi in Comunicazione Aumentativa Alternativa (C.A.A.). Questo termine è usato per descrivere tutte le modalità di comunicazione che possono aiutare a comunicare meglio le persone che hanno difficoltà ad utilizzare i più comuni canali comunicativi, soprattutto il linguaggio e la scrittura. Si definisce

*Alternativa* perché utilizza modalità di comunicazione alternative e diverse da quelle tradizionali. Si definisce *Aumentativa* perché non sostituisce, ma incrementa le possibilità comunicative naturali della persona. Le persone con SA non sviluppano un linguaggio orale sufficiente ai loro bisogni comunicativi e per questo un progetto di C.A.A. intende offrire reali opportunità di comunicazione, affinché la persona possa esprimere bisogni, richieste, desideri e stati d'animo evitando l'isolamento e l'emarginazione.

*Valutazione:* Si prevede la valutazione di progetto, di processo e degli esiti tramite strumenti di rilevazione iniziale, finale e di *follow-up*. E' previsto un monitoraggio in itinere a più tempi e si effettuerà una valutazione pre e post intervento attraverso colloqui e test di gradimento. Inoltre sarà effettuato il *follow-up* a tre-sei-dodici mesi. Gli strumenti di valutazione saranno schede di Osservazione e Questionari.

## **Presentazione del problema**

### *Definizione e descrizione del disturbo: LA SINDROME DI ANGELMAN*

La Sindrome di Angelman S.A. è un disordine neurogenetico individuato dal Dott. Harry Angelman, un Pediatra inglese, nel 1965. Le caratteristiche di questo disturbo sono:

- ritardo mentale severo;
- assenza di linguaggio, abilità comunicativa non verbale maggiore rispetto a quella verbale;
- disturbo del movimento o dell'equilibrio, generalmente atassia e/o tremore;
- riso/sorriso frequente; aspetto apparentemente felice; riso parossistico;
- personalità facilmente eccitabile, spesso con "sfarfallio" delle mani;
- irrequietezza motoria;
- deficit d'attenzione.

Altri tratti frequenti, presenti in più dell'80% sono:

- microcefalia dopo i 2 anni di età;
- epilessia che insorge entro i 3 anni.

Inoltre si osservano: occipite piatto, protrusione della lingua, scialorrea e disordini della deglutizione, problemi di nutrizione durante l'infanzia, prognatismo, bocca larga con denti spaziati, movimenti masticatori della bocca, strabismo, ipopigmentazione cutanea, capelli e occhi chiari in caso di delezione, postura e marcia a base allargata, disturbi del sonno con difficoltà di addormentamento, risvegli precoci e ridotto bisogno di sonno, attrazione per l'acqua, iperattività quando sono piccoli e obesità nei bambini più grandi, scoliosi, costipazione.

La diagnosi di SA viene confermata da esami clinici diagnostici specifici che evidenziano:

- storia di epilessia e tracciati di EEG anomali
- mappa cromosomica alterata

### **Dati epidemiologici: Incidenza e prevalenza**

La Sindrome di Angelman riguarda tutte le razze ed entrambi i sessi anche si riscontra prevalentemente nei gruppi etnici di razza bianca.

La SA è considerata come un disordine neurogenetico raro. Malattie rare si definiscono quelle la cui prevalenza nella popolazione generale risulta bassa. Nella Comunità Europea rientrano in questo gruppo di patologie quelle con prevalenza di 5:10000, in Italia quelle la cui prevalenza è compresa tra 1:20000 ed 1:200000, con tali numeri si individuano così più di 5000 malattie che vanno a costituire il 10% delle malattie totali. Si stima che l'incidenza della SA sia compresa tra 1 su 10.000 – 15.000 nati.

Secondo l'OR.S.A., Organizzazione Sindrome di Angelman, l'incidenza sarebbe maggiore, 1:10000-1:12000; riporta inoltre che i casi che risultano diagnosticati in Italia sono circa 500 a cui però dovrebbero aggiungersi 5000 casi stimati misconosciuti. Nel mondo la SA è stata segnalata in diversi gruppi razziali.

### **Eziopatogenesi: Fattori causativi e di mantenimento**

La sindrome di Angelman è dovuta all'assenza o all'anomalo funzionamento della componente materna di una regione del cromosoma 15 (15q11-q13) (Knoll J.H.M., *et al.*, 1989; Cooke A. *et al.*, 1989). La perdita della componente paterna della stessa regione del cromosoma 15 causa, invece, la sindrome di Prader-Willi (SPW).

Attualmente si presume che le caratteristiche peculiari della SA siano dovute alla deficitaria funzione o espressione del gene UBE3A che viene ereditato normalmente dall'allele materno, ma i cui meccanismi sono ancora poco conosciuti.

I pazienti con SA possono essere suddivisi in 5 specifiche classi eziologiche a cui corrispondono meccanismi biologici e rischi di ricorrenza differenti:

- 1) delezione della regione SA/SPW sulla copia del cromosoma 15 ereditato dalla madre. E' la causa più frequente della malattia (50-75% dei casi);
- 2) disomia uniparentale paterna. Essa è presente nel 2-4% dei casi;
- 3) difetto del centro dell'imprinting (IC). Sono presenti nel 3% dei casi;
- 4) mutazione del gene UBE3A. Descritte nel 5-11% dei casi;
- 5) meccanismi non ancora identificati. Nell'11-20% degli individui con SA con test di metilazione normale non si riscontra nessuna delle 4 cause genetiche descritte. E'

plausibile che un altro gene (localizzato altrove nel genoma) implicato nel ciclo dell'ubiquitina possa essere coinvolto e determinare il fenotipo SA.

## Teoria di riferimento

Le principali teorie di riferimento su cui si basa il presente intervento sono riconducibili a:

- Teoria sullo stress e il  *coping* ;
- teoria Cognitivo-Comportamentale per l'apprendimento di nuovi comportamenti (condizionamento classico, operante,  *modeling* , modello ABC e analisi funzionale);
- modello di partecipazione alla Comunicazione.

Secondo la teoria sullo stress e il  *coping*  la nascita di un figlio con disabilità è un momento molto delicato che comporta la ridefinizione dell'assetto familiare e ha di conseguenza sui genitori delle ripercussioni psicologiche, emotive e sociali. Questo accadimento eccezionale, sin dal momento della diagnosi, richiede ai genitori nozioni e abilità in grado di sostenerli nell'affrontare questa situazione, ma anche nel contenere ed elaborare la sofferenza della perdita del figlio "perfetto" e accettare nel nucleo familiare l'entrata del figlio "disabile" (Zanobini  *et al.* , 2002).

I genitori sperimentano grandi esperienze di stress coinvolgendo il loro funzionamento psicologico-emozionale. In una famiglia la diagnosi di una situazione di disabilità richiede una riorganizzazione e ciò può essere fonte di stress per tutto il sistema familiare. Lo stress non è considerato come una condizione assoluta che può colpire le persone, ma come un accadimento che diventa problematico qualora sottoponga l'individuo, per un certo periodo di tempo, ad un dispendio di energie intellettive, emozionali e fisiche, superiore al livello da lui considerato accettabile. Gli eventi che si verificano nella persona o nell'ambiente e che richiedono una risposta di tipo emotivo, cognitivo e/o comportamentale sono definiti stressori. Fondamentale è il momento della valutazione: (Lazarus e Folkman 1984) infatti è il percepire l'evento come stressante che lo rende tale.

La condizione di disabilità presente all'interno del nucleo familiare richiede di mettere in atto processi di adattamento non facili. Occorre che i genitori siano in grado di ristrutturare la loro interpretazione degli eventi e di ridefinire le attese rispetto ai percorsi di vita; essi, in tutto ciò, possono far uso di risorse individuali, di quelle della famiglia allargata, della società e quindi del concetto di resilienza. Per Cohler (1997) la resilienza è la capacità di mantenere sentimenti di integrazione personale e senso di competenza anche di fronte alle avversità. In passato si tendeva a parlare di resilienza come una risorsa individuale, oggi, invece, si preferisce parlare di resilienza familiare. Con il termine "resilienza familiare" indichiamo le abilità di fronteggiamento ( *coping* ), che il sistema familiare utilizza in situazioni di distress, come può essere la nascita di un figlio con disabilità. Secondo Rutter (1985), la resilienza è "la capacità di svilupparsi in modo accettabile a dispetto di uno stress o di una avversità che comporta il rischio di un esito negativo". E' quindi la

capacità di far fronte, di costruire, resistere e riuscire a recuperare risorse ed energie per una riorganizzazione della propria vita dopo aver subito un trauma.

Le basi della terapia cognitivo comportamentale sono state utilizzate per l'applicazione del *Parent Training* soprattutto la TCC di Ellis che riconosce il modo in cui le persone pensano e agiscono al fine di aiutarle ad affrontare difficoltà emotive e comportamentali. La terapia razionale di Ellis (1989; 1993) sostiene che è il significato dato ad una certa situazione ad influenzare una risposta emotiva a quella situazione. Quindi è possibile che il significato attribuito ad alcuni eventi negativi non sia completamente corretto e realistico. A volte il modo di pensare può portare ad attribuire un significato esagerato ad una determinata situazione, generando risposte emotive che non sono realistiche e che possono causare disagio. Inoltre per l'osservazione del comportamento ci siamo basati sul Modello ABC e analisi funzionale utile per individuare e suggerire alcune *strategie comportamentali* per ridurre la frequenza dei comportamenti inadeguati.

Il Modello della Partecipazione alla comunicazione si basa sui seguenti principi:

- ***ogni persona può comunicare;***
- ***ogni persona comunica;***
- ***non ci sono prerequisiti alla comunicazione.***

Partendo da questi principi abbiamo fatto nostro l'assunto che: *il solo vero prerequisito per intraprendere un intervento di C.A.A. è la presenza reale di opportunità di comunicazione* e quindi non sono necessari altri prerequisiti.

### **Dati di ricerche sul campo**

Garmezy e Rutter hanno individuato i seguenti "fattori di resilienza":

- **individuali:** competenze cognitive, temperamento, personalità;
- **familiari:** livello e stile affettivo, interessi, atteggiamenti di cura;
- **sociali:** ambiente scolastico, efficienza dei servizi socio-sanitari e rete sociale.

I genitori con figli disabili sono ad alto rischio di risposte emozionali disfunzionali come angoscia, rifiuto, depressione, rabbia, ostilità, e isolamento affettivo (Heiman, 2002). Da queste risposte disfunzionali sono stati individuati i fattori di rischio che possono incidere sul grado di resilienza.

#### *Fattori di rischio*

- un legame di coppia instabile;

- l'età dei genitori inversamente proporzionale alla capacità di fronteggiare l'evento stressogeno;
- basso livello socio-culturale di alcune famiglie;
- risorse finanziarie limitate;
- scarsità dei servizi specializzati e a volte di difficile accessibilità;
- gelosia dei fratelli per le maggiori attenzioni dedicate al figlio disabile;
- iper-responsabilizzazione dei fratelli che vivono con paura e angoscia la disabilità del fratello o sorella.

### *Fattori protettivi*

- atteggiamento cooperativo e di dialogo, che consentono l'unione familiare;
- condivisione di regole per la gestione della vita quotidiana e di credenze relative agli eventi per la ricerca di un equilibrio emotivo;
- coltivare interessi sociali e amicizie;
- avere una corretta e reale stima delle potenzialità e dei limiti del figlio;
- partecipazione ad attività ricreative e sociali;
- organizzazione di regole che consentono una buona gestione familiare;
- atteggiamento ottimista e fiducioso che aiuta il cambiamento e favorisce lo stato di salute del bambino;
- una buona autostima tra i vari membri della famiglia;
- coinvolgimento nelle associazioni dei genitori come supporto dei singoli membri a sentirsi parte della comunità in cui vivono;
- ricerca di un nuovo significato di famiglia: dopo la crisi in quanto i genitori si trovano a dover ristrutturare l'interpretazione degli eventi e rivedere le attese. (Svavarsdottir, McCubbin e Kane 2000 e di Antonovsky e Sourani 1988).

Singularmente questi fattori non definiscono la "resilienza familiare" ma insieme sono elementi di supporto che sostengono la famiglia in situazioni di criticità. Infatti la resilienza non deve essere vista solo come capacità innata dell'essere umano, ma deve essere vista in relazione all'ambiente in un sistema multifattoriale in cui è presente la persona, la famiglia, le strutture socio-sanitarie - educative, la comunità e la società in generale.

Queste famiglie possono esaurire le proprie risorse ed è quindi importante avere una rete sociale di sostegno. La rete più vicina alla famiglia sono i parenti e gli amici e ad essi possiamo annoverare le associazioni di genitori, la scuola, la parrocchia, le strutture sportive, le strutture sanitarie che svolgono un'importante sostegno sociale.

### **Presentazione del programma d'intervento**

Il progetto si articola in due sessioni:

- Laboratori ludici didattici ricreativi in Comunicazione Aumentativa Alternativa (C.A.A.);
- Incontri di *Parent Training*

Per la realizzazione della sessione dei laboratori in C.A.A. siamo partiti da un principio, ossia che la partecipazione è l'unico prerequisito per la comunicazione. Senza partecipazione non ci può essere scambio, non si può esprimere, raccontare e non si ha nulla da condividere con l'altro. Partendo dal presupposto che il primo contesto di partecipazione è il gioco e il "fare" insieme agli altri divertendosi, abbiamo strutturato delle attività ad hoc in cui i ragazzi hanno potuto esprimere i propri bisogni, desideri e partecipare attivamente. Il gioco, l'arte, la creatività, la manipolazione svolgono un ruolo fondamentale nell'ambito dell'evoluzione di ogni persona. La pratica di attività ludiche/artistiche è strettamente collegata alle abilità comunicative e allo sviluppo fisico-cognitivo-emotivo, in quanto l'arte contribuisce a migliorarne le capacità espressive, a favorire l'apprendimento, a rafforzare la consapevolezza di sé, a liberare le potenzialità creative insite in ognuno dei partecipanti.

L'intervento del *parent training* è orientato al depotenziamento della carica patogena dei fattori rischio-correlati per la presenza di un figlio disabile. Il *parent training* privilegia il metodo promozionale e si basa sull'incremento della resilienza, i fattori di protezione e di *coping* in situazioni stressogene.

Il *parent training* è articolato in 8 sessioni con cadenza quindicinale della durata di due ore ad incontro più incontro per il *follow-up*.

### *Finalità*

- Sviluppare e incrementare le abilità comunicative, aumentando la conoscenza e l'utilizzo della C.A.A. da parte di tutti i soggetti coinvolti (soggetti disabili, rete familiare e sociale);
- Coinvolgere i genitori nel processo di abilitazione e riabilitazione, diminuendo la condizione di stress, disagio e l'isolamento sociale.

### *Obiettivi*

Obiettivi dei laboratori didattici ricreativi in Comunicazione Aumentativa Alternativa:

- Attuare delle preferenze e fare scelte;
- Cogliere i diversi segnali comunicativi e dargli significato (*early communication*);
- Apprendere competenze sociali (aspettare il proprio turno e dare il turno, farsi aiutare);
- Favorire l'intenzionalità comunicativa;
- Favorire l'attenzione condivisa, fondamentale per creare relazione e comunicazione, attraverso giochi di scambio, ascolto della musica, filastrocche, ecc.;
- Lavorare sull'indicazione attraverso il modellamento e l'imitazione con lo scopo di aumentare abilità comunicative preesistenti;
- Realizzare tabelle a tema per facilitare la comunicazione ricettiva;

- Espansione del vocabolario personale;
- Generalizzare e consolidare le diverse strategie di C.A.A. da parte dei partner comunicativi.

#### Obiettivi degli incontri di *Parent Training*:

- Ampliamento delle conoscenze sulla sindrome di Angelman e le problematiche ad essa correlata;
- Acquisizione dell'utilizzo dell'analisi funzionale come strumento di osservazione di analisi del comportamento;
- Apprendimento della tecnica del *problem solving*;
- Diffondere metodi educativi efficaci;
- Aumentare competenze aumentative alternative attraverso la C.A.A.;
- Aumentare nei genitori il riconoscimento dei pensieri disfunzionali affiancando ad essi un pensiero alternativo;
- Ridurre i fattori di rischio e incrementare i fattori di protezione, quali la coesione e il miglioramento delle relazioni interpersonali all'interno del gruppo genitori, incrementare la competenza emozionale, il coltivare amicizie e interessi sociali, la corretta percezione delle potenzialità del figlio e dei suoi limiti, la partecipazione ad attività sociali e ricreative, l'organizzazione attraverso regole e procedure che consentano un buon funzionamento familiare, un atteggiamento ottimista e fiducioso che aiuta il cambiamento e favorisce lo stato di salute del disabile, la fiducia in sé, l'autoefficacia.

#### *Target*

I soggetti che hanno partecipato alle attività fanno parte di un'Associazione.

#### *Disegno di analisi*

Il gruppo è costituito da 15 ragazzi: 10 fanno parte del gruppo di trattamento e 5 del gruppo di controllo e relative coppie genitoriali.

#### *Ipotesi progettuale*

L'ipotesi è quella di costruire, incrementare e consolidare competenze comunicative, attraverso la C.A.A. sia nella persona disabile che nelle persone del suo ambiente di vita in modo che la persona con complessi bisogni comunicativi possa influenzare il proprio ambiente e autodeterminarsi diventando protagonista della propria vita.

Per i genitori il *parent training* è orientato al depotenziamento della carica patogenica dei fattori rischio-correlati per la presenza di un figlio disabile, incrementando la resilienza, i fattori di protezione e di *coping* in situazioni stressogene.

### Metodologie

Per l'aumento e la generalizzazione delle abilità comunicative si utilizzano le strategie di Comunicazione Aumentativa Alternativa caratterizzata da ausili poveri e complessi. Per il *parent training*, invece, una metodologia attiva esperienziale che mira a promuovere l'elaborazione e la comprensione dei propri vissuti attraverso colloqui, giochi e discussioni di gruppo.

### Attività

Le attività svolte con i ragazzi sono state suddivise in diverse attività laboratoriali quali:

- laboratori ludici;
- laboratori pittorico-espressivi;
- laboratori di cucina;
- laboratorio "raccontiamoci".

Queste attività hanno offerto occasioni e opportunità comunicative in ambiente naturale. Ci hanno consentito, inoltre di attivare la motivazione e la reciprocità dei partecipanti, di creare momenti in cui era presente l'alternanza dei turni, il rispetto per sé e gli altri, l'attenzione congiunta e la possibilità di fare scelte. Gli incontri si sono svolti una volta a settimana con la durata di un'ora e trenta minuti con tre sottogruppi.

Trasversale a tutti i laboratori è stata la strutturazione delle seguenti *routine*:

- Entrata/ Accoglienza (bambini/educatrici/genitori);
- *Circle time* e appello dei presenti attraverso l'utilizzo delle foto dei partecipanti;
- Attività a tavolino;
- Merenda;
- Conclusione dell'incontro lasciando una traccia.

Le attività del *Parent Trainig*:

<b>I INCONTRO</b>	Che cos'è il <i>Parent training</i> momento informativo sulla sindrome di Angelaman
<b>II INCONTRO</b>	Linee guida per l'identificazione delle caratteristiche del comportamento (come si manifesta il comportamento: frequenza, intensità e durata)

<b>III INCONTRO</b>	Strategie di <i>problem solving</i>
<b>IV INCONTRO</b>	Parliamone e confrontiamoci
<b>V INCONTRO</b>	Che cos'è la C.A.A.
<b>VI INCONTRO</b>	Identificazione e riconoscimento dei pensieri disfunzionali
<b>VII INCONTRO</b>	La resilienza familiare
<b>VIII INCONTRO</b>	Conclusione

Esempio di un'attività:

L'uso sistematico dei supporti visivi per comunicazioni concernenti le regole di comportamento e specificare le conseguenze di alcuni comportamenti.



Tabella prima – dopo

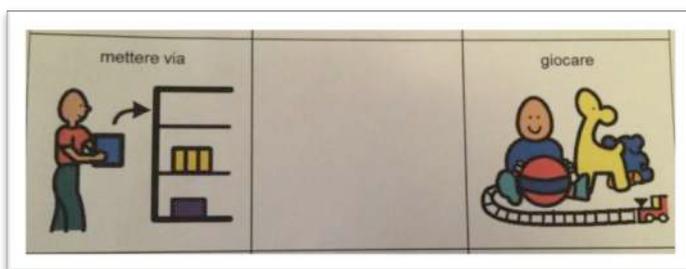


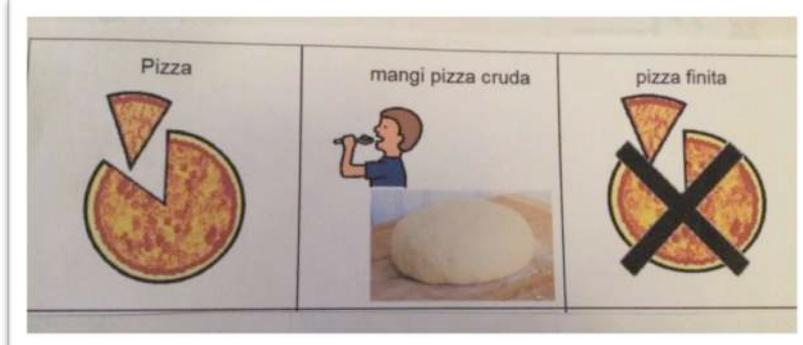
Tabella comportamenti funzionali

Comunicare le regole

Analisi funzionale del comportamento:

- osservare ed individuare con precisione il significato del comportamento attraverso l'analisi funzionale;
- insegnare alla persona a soddisfare il suo bisogno comunicativo attuando e realizzando comportamenti alternativi positivi, e funzionalmente equivalenti.

ANTECEDENTE	COMPORAMENTO	CONSEQUENTE
Durante il laboratorio di cucina S. inizia a protendersi ed ad indicare con veemenza e aggressività i cibi presenti sulla tavola.	Spinge l'operatore con forza e afferra il cibo crudo portandolo alla bocca.	Viene ripresa e le viene tolto il cibo. A questo punto mette in atto una serie di comportamenti problemi quali: urlare, dimenarsi, buttarsi a terra e graffiare chiunque si trovi vicino a lei.



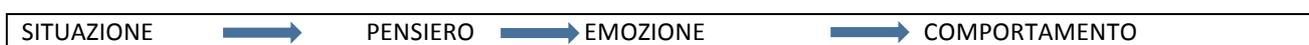
Esempio di scelta attraverso l'ausilio di supporti visivi e tabelle della comunicazione:

Durante tutti i laboratori è stato dato ampio spazio alla possibilità di **SCelta** considerata l'elemento essenziale per la partecipazione e la creazione di reali opportunità comunicative dando la possibilità di poter influenzare l'ambiente. Tenendo in considerazione le abilità attentive e comunicative dei partecipanti essa avveniva tramite la presentazione degli oggetti, parte di oggetti, foto, simboli o tabella a tema.



Esempio di un'attività di *Parent Training*: I **PENSIERI DISFUNZIONALI**

Lo scopo di questo incontro è stato quello di portare i genitori che non sono i fatti o ciò che accade in sé a farci stare bene o male, ma è ciò che noi pensiamo dei fatti e come li interpretiamo.

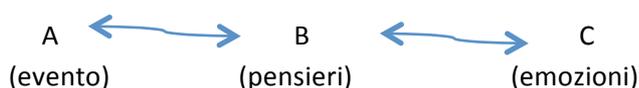


Discussione sui pensieri disfunzionali, spiegando che i pensieri negativi aumentano le emozioni quali rabbia, tristezza, dolore non dando così la possibilità di accedere a pensieri positivi. La finalità di questa esercitazione è quella di individuare i pensieri disfunzionali provandoli a sostituire con dei pensieri propositivi e utili.

#### INDIVIDUAZIONE DEI PENSIERI DISFUNZIONALI

Situazione	Pensiero	Emozione	Pensiero utile
Da un po' di tempo mio figlio si dà gli schiaffi sull'orecchio facendolo diventare anche rosso.	Non riesco a capire il perché, se è legato ad un suo malessere fisico o a qualcosa che facciamo noi.	Rabbia, frustrazione, impotenza.	La cosa che mi fa sentire più male è legato al fatto di non sapere perché lo fa. Non penso che stia male fisicamente perché penso che lo capirei. Sarò più attenta a ciò che succede intorno a noi, riflettendoci bene in quel periodo era nato il fratellino e forse era solo un modo per attirare l'attenzione.

Per capire le emozioni e le relative reazioni si mostra ai genitori il seguente schema (Ellis 1962):



#### Valutazione

Al termine del progetto è stato organizzato un incontro conclusivo di condivisione con i genitori e i diversi *partner* comunicativi sull'andamento del progetto e gli obiettivi raggiunti. Il *follow up* è avvenuto dopo tre mesi dalla sua conclusione, ossia a settembre tramite un colloquio con i genitori, i *partner* comunicativi e una scheda di osservazione. Questi strumenti ci hanno permesso di verificare il mantenimento delle competenze apprese e quelle da consolidare nella seconda sessione laboratoriale che avrebbe avuto inizio da lì a poco.

Vista la buona riuscita del nostro intervento L'Associazione ha chiesto la nostra collaborazione per proseguire la realizzazione di nuovi laboratori in C.A.A. e contemporaneamente di avviare degli incontri mensili per gli stessi genitori.

#### Bibliografia

- Andrews G., Hunt C., Jarry M., Morosini P., Roncone R., Tibaldi G. (2004). *Disturbi mentali. Competenze di base, strumenti e tecniche per tutti gli operatori*. Centro scientifico Editore. Torino.
- Becciu M, Colasanti A. R. (2004). *La promozione delle capacità personali*. Franco Angeli. Milano.
- Benedetto L. (2005). *Il Parent Training: Counseling e formazione per i genitori*. Carocci. Roma.
- Beukelman D. R., & Mirenda P. (1987). *Communication option for persons who cannot speak. Assessment and evaluation*. Paper presented at the National Planners Conference on Assistive Device Delivery Service. Chicago.
- Beukelman D. R., & Mirenda P. (2014). *Manuale di Comunicazione Aumentativa e Alternativa: Interventi per bambini e adulti con complessi bisogni comunicativi*. Erickson. Trento.
- Cafiero J. M. (2009). *Comunicazione Aumentativa e Alternativa. Strumenti e strategie per l'autismo e per i deficit della comunicazione*. Erickson. Trento.

Centro Benedetta D'Intino Onlus (2012/13). *Dispense Scuola di formazione in Comunicazione Aumentativa Alternativa*. Milano.

Centro Benedetta D'Intino Onlus. (2015). *Senza parlare: 18 testimonianze di nuovi straordinari dialoghi*. Il periodico editore in Milano S.r.l..

Cionini L. (1991). *Psicoterapia cognitiva*. La nuova Italia Scientifica. Firenze.

Dall'Aglio E. (1984). *Handicap e famiglia*. Bolla. Roma.

Di Furia P., Mastrangelo F. (1998). *Famiglia e Handicap: L'intervento psicoeducativo*. Franco Angeli. Milano.

Di Nuovo S., Buono S. (2004). *Famiglie con figli disabili*. Città Aperta. Roma

Di Pietro M., Scollo E., Tarantivo V. (2006). Favorire la resilienza nei genitori con bambini con disabilità. *AJMR*, VOL. 4 n.3 Ottobre.

Farnè M. (1999). *Lo stress*. Il Mulino. Bologna.

Galeazzi A., Meazzini P. (2008). *Mente e comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Giunti. Firenze.

Gordon T. (1994). *Genitori efficaci. Educare figli responsabili*. La Meridiana. Molfetta.

Isola L., Mancini F. (a cura di) (2007). *Psicoterapia Cognitiva dell'Infanzia e dell'adolescenza*. Franco Angeli. Milano.

Mane S. (a cura di) (2003). *83 giochi psicologici per la conduzione dei gruppi*. Franco Angeli. Milano.

Meazzini P., Soresi S. (1991). *Insegnare a studiare. Un'arte che può essere appresa*. Psicologia e Scuola.

Meazzini P. (2007). *Handicap passi verso l'autonomia. Presupposti teorici e tecniche di intervento*. Giunti. Milano.

Meazzini P. (1978). *La conduzione della classe, tecniche comportamentali*. Giunti e Barbera. Firenze.

Mercato P., Del Guasta C., Bernacchia M. (2004). *Gioco e dopo gioco*. Edizioni la Meridiana. Molfetta.

Mirenda P. (1998). *Intervention Techniques for Functional Communication Training: a Research Review*. Paper presented at the 8 Biennial Conference of the International Society for Augmentative and Alternative Communication, Dublin, Ireland: ISAAC.

Mirenda P., Iacono T., William R. (1990). Communication Options for Persons with Severe and Profound Disabilities: State of the Art and Future Directions. *Journal of the Association for persons with severe handicaps* 15, 3-21.

Molinari E. (2002). *Clinica Psicologica in sindromi rare. Aspetti genetici e riabilitativi*. Bollati Boringhieri. Torino.

Montesarchio G., Marzella E. (2004). *99 giochi per la scuola, il teatro, l'azienda, il gruppo*. Franco Angeli. Milano. .

Niccolai A. (2004). *Chi si prende cura dei genitori? Parent training*. Armando. Roma.

OMS (2002). *ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento della disabilità e della salute*. Erickson. Trento.

OR.Sa Organizzazione Sindrome di Angelman, Associazione la Nostra Famiglia IRCCS Eugenio Medea, IRCCS Oasi Maria SS, Centro Benedetta D'Intino Onlus. (A cura di) (2014). *La riabilitazione nella Sindrome di Angelman: dalla nascita all'età adulta. Manuale Interventi nell'area Cognitiva, della Comunicazione, della Motricità e dell'Epilessia*. Proprietà letteraria riservata OR.SA Treviso.

Pascoletti C. (2008). *Genitori e bambini speciali. Come educare un bambino a sviluppo atipico. Manuale per genitori*. Franco Angeli. Milano.

Rutter M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 57 n.3 pag 316-331.

Sigafoos J., Arthur-Kelly M., Butterfield N. (2007). *Migliorare la comunicazione quotidiana dei bambini disabili*. Erickson. Trento.

Soresi S. (2007). *Psicologia della disabilità*. Il Mulino, Bologna.

Vio C., Menazza C., Bacci B. (2010). *Parent training nell'autismo*. Erickson. Trento.

Watzlawich P. (1971). *Pragmatica della Comunicazione Umana*. Astrolabio. Roma.

Zanobini M., Manetti M., Usai M.C. (2002). *La Famiglia di fronte la disabilità*. Erickson. Trento.

#### Sitografia

[http://www.ambulatorio.com/malattia/sindrome\\_di\\_angelman/1161/1.htm](http://www.ambulatorio.com/malattia/sindrome_di_angelman/1161/1.htm)

<http://www.auxilia.it/>

<http://www.leonardoausili.com/>

<http://www.isaacitaly.it/>

<http://www.ritardomentale.it/index.php?option=content&task=view&id=308>

<http://www.sindromediangelman.org/it/ANGELMAN-1.pdf>

## **CONGRESSI INTERNAZIONALI**

# 47<sup>th</sup> CONGRESS OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR BEHAVIOURAL AND COGNITIVE THERAPIES

13-16 SEPTEMBER 2017

LJUBLJANA

SLOVENIA

HOME GENERAL INFO SCIENTIFIC INFO KEYNOTES & PLENARIES SO FAR REGISTRATION ACCOMMODATION SPONSORS & EXHIBITORS CONTACT

47<sup>th</sup> CONGRESS OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR BEHAVIOURAL AND COGNITIVE THERAPIES  
13 - 16 SEPTEMBER 2017 / LJUBLJANA - SLOVENIA

**YOU ARE INVITED TO LJUBLJANA**

  
*Mehmet Sarıgün*

It is an honor and pleasure for the Turkish Association of Cognitive and Behavioural Therapies (TACBT) to welcome you to the 47<sup>th</sup> Annual Congress of the European Association for Behavioral and Cognitive Therapies (EABCT 17) which will be held in Ljubljana on September 13 - 16, 2017.

The theme of the congress reflects the central motive of the event that is to bridge dissemination with good practice. Our theme is chosen on the opinion that dissemination of CBT is highly important but dissemination of good practice...

[READ ALL](#)



**1 REGISTRATION INFORMATION**  
Please click here to see the information about registration and register online

**2 ABSTRACT SUBMISSION**  
Learn about the Abstract Submission Instruction and requirements for submitting abstracts

**3 PROGRAM AT A GLANCE**  
There's an exciting program awaiting attendees at the EABCT17 meeting in SLOVENIA

**4 YOUR HOST**  
Please click here for more information

## Convegno

Università Pontificia Salesiana, Piazza dell'Ateneo Salesiano, 1, Roma  
23 Settembre 2017

### Le pratiche *mindfulness* in psicoterapia



promosso da:

Istituto di Psicologia dell'Università Pontificia Salesiana  
Associazione Italiana di Psicologia Preventiva (AIPRE)  
Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP)



con il patrocinio di:

Società Italiana di Medicina Psicosociale (SIMPS)



Coord.: L. Sibilia

### Presentazione

Il presente Convegno è una prosecuzione di natura pratico-esperienziale del precedente, tenutosi in questo stesso Ateneo nel 2014, sul tema *Meditazione spiritualità e benessere*. In esso veniva sottolineata dal punto di vista teorico l'importanza della pratica meditativa nella prospettiva delle neuroscienze, della psicoterapia e delle tradizioni religiose. In questo Convegno invece si intende consentire ai partecipanti di aggiornare le proprie conoscenze sulla meditazione *mindfulness*, oggi molto in uso in psicoterapia, nonché di approfondirne la comprensione mediante una esperienza personale guidata da terapeute esperte. Sarà fornita bibliografia ed altro materiale didattico. Si consiglia un abbigliamento comodo.

### Programma

- Am**            *Iscrizioni* (9.00- 9.30)
- 9.30 - 9.45    **Presentazione del Convegno** (L. Sibilia)
- 9.45- 10.30   **Cosa è e cosa non è la *mindfulness*** (C. Traverso)
- 10.30-11.15   **Introduzione alla *mindfulness* in psicoterapia** (M. Rosati)
- Intervallo* (11.15-11.30)
- 11.30-13.30   **Sperimentare la *mindfulness* tramite la pratica guidata** (C. Traverso, M. Rosati)
- 11.40-12.15    C. Traverso- *Meditazione Guidata sull'Intenzione*
- 12.15-12.45    M. Rosati - *La pratica del Body-Scan*
- 12.45-13.30    *Condivisione di gruppo*
- Pm**            *Intervallo pranzo* (13.30-15.00)
- 15.00-17.00   15.15-15.45    M. Rosati - *Meditazione sul respiro*
- 15.45-16.15    C. Traverso - *Meditare con le emozioni*
- 16.15-17.00    *Condivisione di gruppo*
- Intervallo* (17.00-17.15)
- 17.15-18.00   **Non c'è *mindfulness* senza *kindness***
- 17.30-18.00    M. Rosati e C. Traverso - *Meditazione di *mindful self-compassion**
- 18.00-19.00   **Tavola Rotonda: "Luci ed ombre della *mindfulness*"** (A. Dellagiulia, M. Becciu, S. Borgo, M. Rosati)
- 19.00-19.30   **Dialogo con il pubblico e conclusioni del Convegno** (A. R. Colasanti, L. Sibilia)

#### Relatori:

Mario Becciu	Docente invitato Università Pontificia Salesiana
Stefania Borgo	Già docente di <i>health psychology</i> (Univ. Sapienza), Direttore scientifico del CRP.
Anna Rita Colasanti	Docente Università Pontificia Salesiana
Antonio Dellagiulia	Docente Università Pontificia Salesiana
Michela Rosati	Psicoterapeuta, divulgatrice, autrice
Lucio Sibilia	Già docente di psicologia clinica e psichiatria (Univ. Sapienza), Presidente del CRP.
Carolina Traverso	Psicoterapeuta insegnante di MBSR

Al termine del Convegno, verrà fornito un attestato di partecipazione

Segreteria: Email: [info@crpitalia.eu](mailto:info@crpitalia.eu) Tel. 06 86320838 - c/o C.R.P. Piazza O. Marucchi, 5 - 00162 Roma.  
Iscrizioni: La partecipazione è libera. L'iscrizione tramite Segreteria è necessaria per accedere ai lavori.

# SOCIETA ITALIANA DI PSICOTERAPIA

## QUARTO CONGRESSO SIPSIC

### TRAUMA E SOCIETA'

27-30 SETTEMPRE 2017

ROMA

4° Convegno SIPSIC - SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOTERAPIA  
La Psicoterapia in Evoluzione

### Trauma e Società

Progetti e soluzioni della Psicoterapia per il Futuro



Società Italiana di Psicoterapia  
Quarto Convegno SIPSIC

La Psicoterapia in Evoluzione

### Trauma e Società

Progetti e soluzioni  
della Psicoterapia per il Futuro

Roma 27-30 Settembre 2017

'Sapienza' Università di Roma  
AULA MAGNA

#### TEMATICHE CONGRESSUALI

- Abuso fisico o abuso mentale
- Aspetti forensi
- Atmosfera Traumatica
- Composizione Fatigue
- Comportamenti Autolesivi
- Disturbi dissociativi
- Disturbo da Stress Posttraumatico
- Donne e Trauma
- Epigenetica e Trauma
- Femminicidio
- Famiglia e Trauma
- Fenomenologia del Trauma
- I confini del Trauma
- Il corpo e il Trauma
- Ideazione Suicidaria
- La violenza e il terrorismo
- Microtraumi
- Neglect
- Psicobiologia del Trauma
- Psicodinamica del Trauma
- Psicopatologia dei traumi quotidiani
- Psicopatologia del Trauma
- Psicoterapia nelle catastrofi naturali
- Suicidio
- Trauma Complesso
- Trauma Cumulativo
- Trauma e Dissociazione
- Trauma Focale
- Trauma e Psicoanalisi
- Trauma e Resilienza
- Trauma Risolto
- Traumatizzazione Secondaria
- Traumi da guerra
- Traumi Infantili
- Vergogna e Trauma
- Violenza assistita

#### STRUTTURA GENERALE DEL CONVEGNO

**PROGRAMMA SCIENTIFICO** (27 Settembre -30 Settembre) Keynote Addresses, Invited Addresses, Lectures, Relazioni, Dialoghi Simposi (prevalente *contenuto scientifico* con temi diversi correlati), Panels (prevalente *contenuto clinico* con tema unico e interazione), Seminari (presentazione *prevalentemente teorica*); Workshop (presentazione *prevalentemente esperienziale*), Supervision Panels, Papers e Posters

#### SESSIONI SPECIALI

**SUPERVISION PANELS:** Casi clinici presentati a esperti di diversi orientamenti

**INVITED SIMPOSIA:** Simposi a tema proposti dai maggiori esperti della psicoterapia

**SPECIAL RESEARCH TRACK** Percorsi per la Ricerca in Psicoterapia (Santo Di Nuovo)

**PREMIO GIOVANI SIPSIC** Presentazioni riservate a giovani relatori

**PREMIO RICERCA SIPSIC** Presentazioni di ricerche e progetti di ricerca in psicoterapia

#### PROGRAMMA PRE-CONGRESSO

**WORKSHOPS AVANZATO** (26 Settembre, 9.30-17.30)

**Daniel Siegel:** *La scienza della Consapevolezza e il Futuro della Psicoterapia*



*"Mentre il trauma può essere l'inferno sulla Terra, il trauma risolto è un dono degli dei - un viaggio eroico che appartiene a ognuno di noi"*

Peter A. Levine, *Traumi e shock emotivi*, 1997

**Sito Web:** [www.sipsic.it](http://www.sipsic.it)

# INIZIATIVE TERRITORIALI

## IL PROGETTO FATE: LA DESCRIZIONE

Questo progetto è parte di una iniziativa avviata dal CRP (Centro per la Ricerca in Psicoterapia' <http://www.crpitalia.eu>) per Favorire l'Accesso alle psicoTerapie Efficaci (FATE). L'iniziativa FATE intende eliminare le molte barriere ancora esistenti per la diffusione al grande pubblico delle psicoterapie (PT) efficaci, cioè quelle specifiche forme di psicoterapia basate su prove sperimentali di efficacia (*evidence-based*).

L'idea portante dell'iniziativa è che le PT efficaci - oggi esistenti e documentate - possono e devono essere rese accessibili a tutti, alla pari delle terapie medico-chirurgiche. Le basi scientifiche ci sono. Queste forme di psicoterapia sono individuabili principalmente nelle terapie cognitivo-comportamentali, basate sui principi dell'apprendimento socio-cognitivo (*cognitive-social learning*), che provengono dalla sperimentazione e sono costantemente aggiornate e sottoposte a verifica. Le premesse etiche sono insite nel principio di eguaglianza e di solidarietà verso i cittadini in condizioni di disagio, insito nelle istituzioni delle società moderne. Le premesse economiche sono individuabili negli enormi costi - pubblici e privati - per l'assistenza psichiatrica, nonché nella prevalenza dei disturbi mentali non adeguatamente trattati, nei costi per la società delle disabilità e devianze a tali disturbi attribuibili, ed i costi in vite umane, come ad esempio i suicidi, nonché nella perdita di qualità di vita.

Alcune forme di intervento psicoterapico hanno dimostrato la loro efficacia anche per la prevenzione della patologia somatica e quindi per la riduzione delle spese dell'assistenza medica (costi della diagnostica e della terapia). In particolare, si tratta di quelle forme di intervento psicologico che mirano a potenziare i fattori psicosociali di protezione (come ad es. il sostegno sociale) e a ridurre i fattori di rischio di malattia, quali ad es. i fattori di stress psicosociale.

A questo scopo il CRP ha costituito un Servizio Clinico. Qui operano professionisti della salute mentale che sono stati formati nella Scuola di Specializzazione gestita dal CRP<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Sede principale: 00162 Roma, Piazza O. Marucchi n.5

<sup>2</sup> Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-comportamentale ed Intervento Psicosociale, riconosciuta dal MIUR nel 2003.

Gli ambiti di intervento del Servizio Clinico sono molteplici e comprendono, oltre alla psicoterapia: consulenza psicologica, diagnosi e psico-valutazione dei disturbi psichiatrici e psicoemotivi<sup>1</sup>, problemi comportamentali dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi specifici dell'apprendimento, psico-oncologia, problemi legati all'interculturalità, gestione dei conflitti, valutazione e riabilitazione neuropsicologica, sostegno genitoriale, potenziamento delle abilità di vita, consulenza psicologica per le attività sportive, sugli stili di vita e psicologia della salute, consulenze e valutazioni psicologiche a fini legali, supporto psicologico al lavoro del medico di base, supervisione a professionisti che operano in ambito psicologico, interventi psicosociali nella scuola, nonché tutti gli ambiti relativi al benessere psicologico, sia a livello individuale che sociale.

Il Centro Clinico, facendo parte di un ente di ricerca (CRP), valuta sistematicamente gli interventi effettuati ed utilizza i risultati delle valutazioni per migliorare il servizio.

In quanto Associazione scientifico-culturale senza scopi di lucro, il CRP fornisce, attraverso il Centro Clinico, terapie dette "solidali" (a basso prezzo o gratuite) per pazienti a basso reddito, miranti ad abbattere le barriere economiche che ostacolano l'accesso alle psicoterapie efficaci.

Il Centro Clinico è una realtà multiculturale: si effettuano terapie anche in lingua inglese, francese, spagnola e greca.

Il Progetto FATE mira anche ad ridurre i pregiudizi culturali che ancora ostacolano la fruizione delle psicoterapie efficaci. Richiedere un aiuto psicologico viene ancora percepito da una parte della popolazione come un segno di debolezza o motivo di vergogna. Al contrario, è un segno di maturità e di intelligenza.

Per altri, invece, la psicoterapia è considerata del tutto inutile; mentre ciò poteva essere talvolta vero in passato, non vale di regola per le procedure psicoterapiche efficaci.

<sup>1</sup> Disturbi d'ansia, disturbi ossessivi, depressione, disturbi psicosomatici, disturbi del sonno, disturbi alimentari, difficoltà sessuali e di coppia, difficoltà relazionali ed esistenziali, abuso di sostanze, dipendenze comportamentali, compresa la ludopatia, problemi *post-partum*.

## FAVORIRE L'ACCESSO ALLE PSICOTERAPIE EFFICACI (FATE)

### SOSTEGNO PSICOLOGICO SOLIDALE

Sezione Clinica del Centro per la Ricerca in Psicoterapia

Via Labicana 92, 00184, Roma

Contatti: 06.77207454, [sezioneclinica@crpitalia.eu](mailto:sezioneclinica@crpitalia.eu)

Dagli anni '90 la prevalenza dei disturbi mentali è aumentata del 30% (dati OMS HFA). Inoltre,

dal 2008 il nostro paese, come tutta l'Europa, sta affrontando una grave crisi economica. Questa crisi sta mettendo a dura prova le famiglie italiane che per poter andare avanti devono fare grandi sacrifici che spesso non bastano andando in contro ad alti livelli di incertezza e di sofferenza. Come emerge dal Rapporto Eurispes del 2015, la situazione è peggiorata per il 76,7% delle famiglie che ormai affrontano la vita giorno per giorno, senza una prospettiva certa per il futuro. Molte famiglie non riescono ad arrivare alla fine del mese, e pesano sui familiari o consumano i propri risparmi senza prospettive di miglioramento. Basti pensare che oltre alle spese per la casa e la vita quotidiana, il 40,9% non sono in grado di affrontare le spese mediche, dove la scelta è quella di aprire un prestito o di non farsi curare, se la problematica lo consente.

In linea con le proprie finalità, la Sezione Clinica del CRP supportata dalla Scuola di Specializzazione in psicoterapia, ha deciso di affrontare questo problema creando il servizio di Sostegno Psicologico Solidale (SPS) o Terapia Solidale.

Gli obiettivi che si propone il servizio sono:

1. Rendere accessibile a tutte le fasce della popolazione il sostegno psicologico;
2. Promuovere il benessere psicologico a tutti i livelli;
3. Favorire la crescita professionale dei terapeuti in formazione presso la Scuola di Specializzazione in psicoterapia del CRP;
4. Promuovere la ricerca in ambito clinico.

Il SPS, in linea con i primi due obiettivi, è un servizio di consulenza psicologica rivolta a coloro che pur sentendo il bisogno di un sostegno psicologico non possono accedervi a causa dei costi. In base alla situazione presentata dall'utente, la terapia potrà essere gratuita o al costo del ticket (35,00 Euro).

I posti di terapia Solidale gratuita sono limitati e potranno essere assegnati a coloro che per motivi ufficialmente riconosciuti usufruiscono dell'esenzione dal ticket anche nei servizi pubblici.

Il servizio è erogato dai membri dell'équipe della Sezione Clinica e dai terapeuti in formazione del 3° e 4° anno della Scuola di Specializzazione in psicoterapia del CRP che hanno aderito al progetto (3° obiettivo).

Il SPS è parte del FATE (Favorire l'Accesso alle psicoTerapie Efficaci)

I terapeuti in formazione, oltre al supporto dell'équipe della Sezione Clinica, sono seguiti anche dai Docenti Supervisor della Scuola, in modo da assicurare gli stessi standard professionali delle terapie a prezzo pieno.

In linea con l'ultimo obiettivo, l'accesso al SPS segue l'iter di accoglienza della Sezione Clinica, inclusi coloro che richiedono un SPS gratuito.

Infine, il servizio risponde anche a coloro che hanno bisogno di una terapia a lungo termine non mettendo un limite di sedute massimo da fare; inol tre, per coloro che ne hanno bi sogno c'è la possibilità di fare il percorso terapeutico anche in lingua (spagnolo, inglese, francese e greco).

La Sezione Clinica, inoltre, offre un servizio di consulenza psicologica e psicoterapica a costo "di mercato". Il servizio è erogato dagli psicoterapeuti, membri dell' équipe della Sezione Clinica.



**Centro per la Ricerca  
in Psicoterapia (CRP)**

## Terapia Solidale

L'attuale crisi economica sta spingendo molte persone a rinunciare ai servizi utili al proprio benessere. Per questo la Sezione Clinica del CRP propone un servizio di Sostegno Psicologico Solidale (SPS).  
Il Servizio è erogato dagli Psicoterapeuti in formazione presso la Scuola di specializzazione del CRP e dagli Psicoterapeuti della Sezione Clinica.



Il SPS prevede un contributo variabile in base alla situazione socio-economica dell'utente.  
Le prestazioni SPS mantengono gli stessi standard professionali delle psicoterapie a prezzo pieno.  
Le disponibilità sono **limitate**.

Le persone interessate a questo servizio possono contattare la

**SEZIONE CLINICA del CRP**  
via Labicana, 92  
Scala A, int. 3 - 00184 Roma  
telefono 06 77207454  
dal lunedì al venerdì dalle 15:00 alle 18:00  
email: [sezioneclinica@crpitalia.eu](mailto:sezioneclinica@crpitalia.eu)

Il SPS è un servizio sostenuto dal FATE  
(Favorire l'Accesso alle Terapie Efficaci)

[www.crpitalia.eu](http://www.crpitalia.eu)



**Centro per la Ricerca  
in Psicoterapia (CRP)**



## Terapia Solidale

**A chi è rivolto**

Il servizio è rivolto a persone e i loro familiari in condizioni socio-economiche difficili tali da non consentire l'accesso alla terapia privata.

**Accoglienza e presa in carico**

L'accesso al servizio prevede due colloqui, uno iniziale di accoglienza e uno finale di verifica. Durante questi due colloqui si effettueranno la valutazione psicologica (colloquio clinico, somministrazione di una batteria di questionari) e la registrazione del profilo psicofisiologico di base. Entrambi i colloqui hanno una durata di due ore e hanno un costo di 50€ cadauno per tutti i pazienti della Sezione Clinica, inclusi i pazienti che usufruiscono della terapia Solidale Gratuita.

**Costo della terapia**

Il SPS prevede un contributo in base alla situazione socio-economica della persona che ne fa richiesta e dei suoi familiari:

- È gratuito per i cittadini che per ragioni accertate ed ufficialmente riconosciute hanno un'esenzione del ticket presso gli ambulatori pubblici. È necessario mostrare il proprio tesserino sanitario o firmare il modulo di autocertificazione.
- Al costo del ticket, ossia 35 €, per i cittadini che appartengono alle seguenti categorie: ragazze madre, ragazzi padre, pazienti inviati dagli ambulatori dei servizi territoriali o altri enti con i quali sono stabiliti accordi di invio, utenti ospiti di case famiglia non psichiatriche, studenti (superiori o universitari) e altri cittadini che hanno altre difficoltà economiche.

**Garanzia di qualità:**

Lo svolgimento della terapia è supervisionato dai didatti della Scuola di Specializzazione del CRP o dai membri dell'Equipe della Sezione Clinica, in modo da garantire gli stessi standard professionali delle psicoterapie a prezzo pieno. Infine, il SPS non ha un limite di sedute massime ed è possibile fare il percorso terapeutico anche in lingua (Spagnolo, Inglese, Francese e Greco).

[www.crpitalia.eu](http://www.crpitalia.eu)

# IL CALENDARIO DEGLI INCONTRI INFORMATIVI GRATUITI

APERTI AL PUBBLICO



## PSICOTERAPIA in Piazza della Salute



### CALENDARIO DEI SEMINARI GRATUITI 2017

15 marzo

#### **PENSIERI ED EMOZIONI: INGREDIENTI PSICOLOGICI PER IL BENESSERE ALIMENTARE**

*A cura di Filippo Jacoponi, Alessia Cella*

12 aprile

#### **MINDFUL EATING: L'ARTE DI MANGIARE CONSAPEVOLMENTE**

*A cura di Maria Cristina Orlando*

10 maggio

#### **VIVERE E CONVIVERE IN UNA CITTÀ MULTICULTURALE: UN AIUTO CONCRETO DALLA PSICOLOGIA**

*A cura di Natalia Perotto*

13 settembre

#### **IL SONNO DEI BAMBINI DA 0 A 3 ANNI: LE COSE DA SAPERE E LE PROPOSTE PER FACILITARE UN SONNO SERENO**

*A cura di Adriana Saba*

11 ottobre

#### **BENESSERE, ATTIVITÀ FISICA E AUTOREGOLAZIONE A TUTTE LE ETÀ**

*A cura di Giorgio Damassa*

8 novembre

#### **DISLESSIA E ALTRI DSA**

*A cura di Cristian Pagliariccio*

13 dicembre

#### **STRESS E FATTORI PSICOSOCIALI DI RISCHIO CORONARICO**

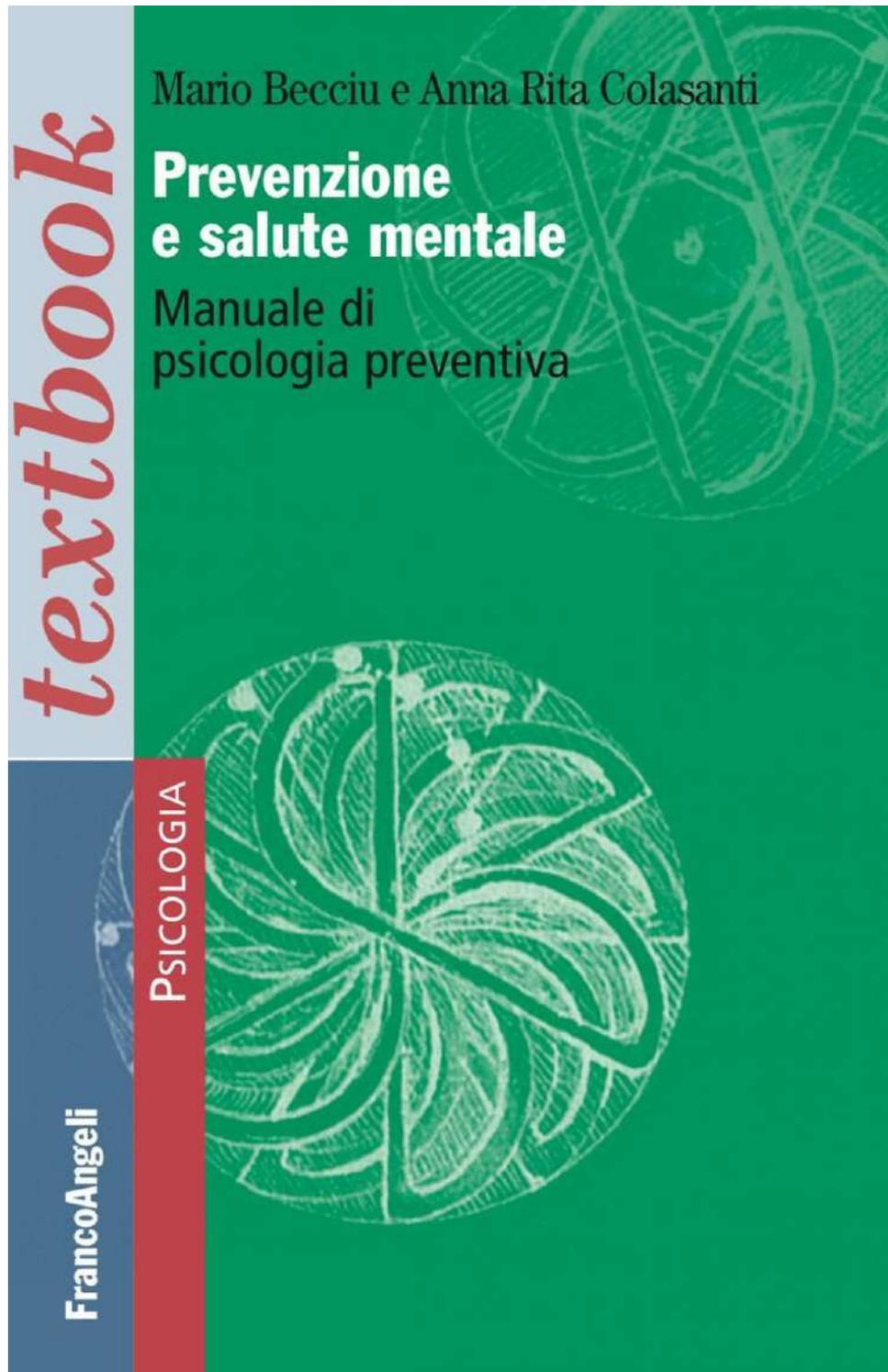
*A cura di Lucio Sibilia*



PROMOSSA  
DA



ROMA MUNICIPIO ROMA I CENTRO



## **CONTRIBUTING TO PSYCHOMED**

Psychomed is a triannual on-line journal on psychotherapy, behavioral medicine, health and preventive psychology, published by the Center for Research in Psychotherapy (CRP), jointly with the Italian Society of Psychosocial Medicine (SIMPS), the Italian Association for Preventive Psychology (AIPRE), LIBRA, ALETEIA.

All issues of Psychomed are available on-line at <http://www.crpitalia.eu/psychomed.html>

Contributions for Psychomed can be sent by email in Italian or English to: Dr. Dimitra Kakaraki at: [psychomed@crpitalia.eu](mailto:psychomed@crpitalia.eu).

For information about the editorial norms, please read <http://www.crpitalia.eu/normeautori.html>.

The works will be shortly read by the Editorial Committee and the sending Author will receive a prompt feed-back.