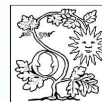




APC

**Assisi**  
**28 e 29 Marzo 2009**



SPC S.R.L.



PSICOTERAPIA  
COGNITIVA  
E RICERCA



STUDI  
COGNITIVI  
Scuola di terapia cognitiva



SCUOLA  
COGNITIVA  
DI FIRENZE



# III Forum sulla Formazione in Psicoterapia

Libro degli Atti

# III Forum sulla Formazione in Psicoterapia

## *Libro degli Atti*

### - Indice -

Sessione Relazioni Sabato 28 marzo 09.30 – 10.45	Processi cognitivi e meccanismi psicopatologici	p. 1
Sessione Poster in parallelo Sabato 28 marzo 11.00 – 12.00	Sessione 1: Costrutti Cognitivi e Teorie Naif ( <i>5 poster</i> )	p. 4
	Sessione 2: Tecniche e Strumenti Terapeutici ( <i>5 poster</i> )	p. 9
	Sessione 3: Psicoterapia: studi di efficacia e percorso formativo ( <i>6 poster</i> )	p. 15
Sessione Relazioni Sabato 28 marzo 12.00 – 13.00	Formazione in psicoterapia	p. 19
Sessione Relazioni Sabato 28 marzo 14.30 – 15.45	Percezione e gestione delle emozioni	p. 22
Sessione Poster in parallelo Sabato 28 marzo 15.45 – 17.00	Sessione 4: Stati Emotivi e loro gestione ( <i>5 poster</i> )	p. 26
	Sessione 5: Depressione ( <i>6 poster</i> )	p. 30
	Sessione 6: Il Disturbo Borderline ( <i>5 poster</i> )	p. 37
Sessione Relazioni Sabato 28 marzo 17.15 – 18.30	Impulsività, comportamento coatto, aggressività eterodiretta o auto-diretta	p. 41
Sessione Relazioni Domenica 29 marzo 09.15 – 10.15	Disturbi di personalità	p. 45
Sessione Poster in parallelo Domenica 29 marzo 10.15 – 11.30	Sessione 7: Metacognizione: aspetti teorici ed implicazioni cliniche ( <i>5 poster</i> )	p. 50
	Sessione 8: Attaccamento nella popolazione normale ed in campioni clinici ( <i>6 poster</i> )	p. 55
	Sessione 9: I Disturbi del Comportamento Alimentare ( <i>6 poster</i> )	p. 60
Sessione Relazioni Domenica 29 marzo 11.45 – 13.00	Disturbi del comportamento alimentare	p. 65

# III Forum sulla Formazione in Psicoterapia

## Assisi, 28 e 29 Marzo 2009

### Sabato 28 Marzo

09.00 – 09.30	APERTURA DEI LAVORI	<i>Sandra Sassaroli e Francesco Mancini</i>
09.30 – 10.45	SESSIONE RELAZIONI	<p><b>I controfattuali possono moderare l'espressione emotiva? Uno studio pilota</b></p> <p><i>Carone F., Di Sabato A., Costa V., Garau F., Peruquet A., Gangemi A., Mancini F. (APC ed SPC – Verona)</i></p> <p><b>“Processi cognitivi e meccanismi psicopatologici”</b></p> <p><i>Chair:</i> A. Gangemi</p> <p><i>Discussant:</i> G.M. Ruggiero</p> <p><b>Tendenza alla dissociazione e attenzione: esiste una correlazione?</b></p> <p><i>Baldetti M., Bartolozzi C., Boldrini G., Cosi S., LaLama F., Lazzarini C., Lupetti I. (Studi Cognitivi - Firenze)</i></p> <p><b>Bere per non pensare: il consumo di alcool come strategia di controllo della ruminazione</b></p> <p><i>Caselli G. (Studi Cognitivi - Modena)</i></p> <p><b>“Se non dormo non riuscirò a dormire”: ruolo dei pensieri disfunzionali nella Night Eating Sindrome</b></p> <p><i>Vinai P., Vallauri P., Ferrato N., Cardetti S., Carpegna G., Ruggiero G.M., Sassaroli S. (Studi Cognitivi - Milano)</i></p>

#### 1. I CONTROFATTUALI POSSONO MODERARE L'ESPRESSIONE EMOTIVA? UNO STUDIO PILOTA

F. Carone<sup>2</sup>, A. Di Sabato<sup>2</sup>, V. Costa<sup>2</sup>, F. Garau<sup>2</sup>, A. Peruquet<sup>2</sup>, A. Gangemi<sup>1,3</sup> e F. Mancini<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Dipartimento di Psicologia, Università di Cagliari.

<sup>2</sup> Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Verona.

<sup>3</sup> Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma.

Recenti studi sul pensiero controfattuale hanno dimostrato che, la produzione di scenari alternativi ad eventi accaduti attivi uno specifico mind-set in grado di influenzare la performance dei soggetti impegnati in compiti di problem solving. I controfattuali influenzerebbero pertanto non solo “cosa” pensiamo (Sanna, 1996), ma anche “come” pensiamo (Kray e Galinsky, 2003).

In merito a quest'ultimo punto, ci proponiamo di dimostrare che la produzione di controfattuali influenzi oltre alle attività cognitive, anche quelle emozionali: i controfattuali prodotti in seguito ad eventi connotati emozionalmente influenzerebbero la sensibilità a stimoli emotigeni. In particolare ipotizziamo che la maggiore capacità analitica (Markman, Lindberg, Kray, Galinsky, 2007) e la minore influenza del bias confermatario (Galinsky, Moskowitz, 2000) mostrata da soggetti che hanno precedentemente prodotto controfattuali, si possa tradurre in una mutata reattività a stimoli emotigeni. A tale scopo a due gruppi di soggetti verrà indotta l'emozione di colpa attraverso il ricordo di un evento passato. Ad un gruppo verrà chiesto di produrre dei controfattuali sull'esperienza ricordata (gruppo sperimentale), all'altro gruppo verrà invece dato un compito cognitivo di controllo (gruppo di controllo). A tutti i soggetti verranno

successivamente presentate in versione stampata le espressioni facciali emotive tratte dalla raccolta di Ekman (1976), e richiesto di indicare quella che li mette più a disagio. Verranno inoltre mostrate delle storie di colpa per misurare il livello di colpa provato in seguito alla loro lettura e immedesimazione. L'ordine di presentazione delle due classi di stimoli (espressioni facciali, storie) sarà random.

Ci aspettiamo che i soggetti in condizioni di colpa e che hanno prodotto controfattuali 1. manifestino una minore sensibilità alle espressioni di rabbia e disgusto e 2. provino minore colpa in seguito alla lettura delle storie, rispetto al gruppo di controllo.

Verrà discussa la congruenza tra i risultati ottenuti e la tecnica terapeutica "imagery with rescripting" (Arntz e Weertman, 1999) utilizzata in clinica per aiutare il paziente a vivere in modo alternativo eventi traumatici.

## **2. TENDENZA ALLA DISSOCIAZIONE E ATTENZIONE: ESISTE UNA CORRELAZIONE?**

M. Baldetti, C. Bartolozzi, G. Boldrini, S. Cosi, F. LaLama, C. Lazzarini, I. Lupetti

*Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (SCF), Firenze*

### Introduzione

Durante gli stati dissociativi l'individuo perde parte dell'informazione in maniera automatica, pertanto si verifica una mancanza di accesso volontario alle informazioni. Per tali ragioni si può ipotizzare che vi sia difficoltà anche nell'utilizzo consapevole di strategie attentive, focalizzate e mantenute su uno stimolo, con particolare vulnerabilità nello shifting o nell'effettuare due compiti differenti contemporaneamente.

### Obiettivo

Il presente lavoro ha lo scopo di indagare il rapporto correlazionale tra vulnerabilità agli stati dissociativi e tre funzioni attentive (selettiva, divisa, sostenuta).

### Metodo

La presenza di esperienze dissociative è stata misurata con i test DES e DISQ, mentre le tre tipologie dell'attenzione sono state indagate con i test MA, TMT A-B, Stroop Color- Word Test.

Le misurazioni di tali variabili sono state effettuate su un campione estratto da una popolazione normale, da cui è stata esclusa la presenza di patologia psichiatrica, mediante la somministrazione della SCID-I.

L'intervista semistrutturata SCID-I è stata scelta per la sua attendibilità e sistematicità, mentre i test DES e DISQ sono stati scelti quali affidabili e diffusi strumenti per la valutazione delle esperienze dissociative, nelle loro diverse dimensioni. I test MA, TMT AB e Stroop Word Color Test sono stati scelti per la velocità e la agilità di somministrazione.

Verranno effettuate della analisi statistiche correlazionali tra le variabili indicate.

### Risultati attesi

In conformità alla nostra ipotesi, i risultati attesi consistono nel rilevare una correlazione tra la tendenza alla dissociazione e i bassi punteggi ai test attentivi.

## **3. BERE PER NON PENSARE. IL CONSUMO DI ALCOOL COME STRATEGIA DI CONTROLLO DELLA RUMINAZIONE**

Gabriele Caselli <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Roehampton University, London, UK

<sup>2</sup>Studi Cognitivi, Modena, Italy

Le aspettative positive sull'uso di alcool si riferiscono a credenze circa gli effetti dell'alcool anticipati

dall'individuo. Tuttavia non tutte le aspettative rappresentano necessariamente degli scopi per coloro che abusano di alcool. Alcune recenti ricerche sottolineano come solo aspettative metacognitive sugli effetti dell'alcool come regolatore di processi cognitivi rappresentino il nucleo motivazionale delle condotte di abuso. Due tipi di evidenze sostengono questo punto teorico. Innanzitutto, le aspettative metacognitive discriminano con maggior efficacia bevitori sociali da abusatori di alcool. Secondariamente, l'effetto dell'alcool sullo stato emotivo varia soggettivamente mentre l'effetto sui processi cognitivi è un nucleo degli effetti dell'alcool comune a tutti i consumatori e si realizza in un decremento dello stato di autocoscienza, riduzione della focalizzazione attentiva su di sé e del pensiero negativo perseverante. Il presente studio esplora il ruolo di una generale tendenza alla ruminazione come predittore dell'abuso di alcool in un campione clinico e di controllo. 36 pazienti con diagnosi di Abuso di Alcool e 37 consumatori sociali di alcool sono stati confrontati sulle seguenti misure: Beck Depression Inventory (BDI, Beck et al., 1961), Ruminative Responses Scale (RRS, Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) e Quantity Frequency Scale (QFS, Cahalan et. al, 1969). Il Mann-Whitney U-test, l'analisi di regressione logistica e gerarchica sono state effettuate sui dati. I risultati mostrano che la tendenza alla ruminazione spiega un 4.0% ( $p < 0.05$ ) di varianza aggiuntivo rispetto a quella spiegata dalla depressione e il Sobel test risulta significativo ( $z = 1.91$ ,  $p < 0.05$ ) indicando il ruolo della ruminazione come mediatore significativo del rapporto tra depressione e uso di alcool. In conclusione, la tendenza alla ruminazione risulta un predittore significativo del consumo di alcool indipendentemente dallo stato emotivo depresso. I risultati sottolineano la potenziale rilevanza di un intervento sulla ruminazione come forma di pensiero perseverante nel trattamento del comportamento di abuso di alcool.

#### **4. “SE NON DORMO NON RIUSCIRÒ A DORMIRE”: RUOLO DEI PENSIERI DISFUNZIONALI NELLA NIGHT EATING SYNDROME**

P. Vinai<sup>1,2</sup>, P. Vallauri<sup>1,2</sup>, N. Ferrato<sup>1,2</sup>, S. Cardetti<sup>1,2</sup>, G. Carpegna<sup>1,2</sup>, G.M. Ruggiero<sup>1</sup>, S. Sassaroli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Studi Cognitivi – Milano*

<sup>2</sup>*Gnosis no profit association for psychotherapy research*

Si è valutato se esista una correlazione tra i livelli di insonnia e di ansia mentale durante le ore notturne nei pazienti affetti da Night Eating Syndrome e la presenza della erronea convinzione che se non si mangia non si riuscirà a dormire. Materiali e metodi: 113 soggetti obesi tra cui 13 erano affetti da NES, 22 da Binge Eating Disorder (BED), e 16 sia da BED che da NES sono stati testati riguardo l'insonnia e l'ansia notturna utilizzando l'Insomnia Severity Index (ISI) e lo Sleep Disturbance Questionnaire (SDQ). Con il Night Eating Questionnaire (versione 2007) è stata accertata la presenza del pensiero disfunzionale: “se non mangio non riuscirò a dormire”. Risultati esiste una correlazione significativa tra la diagnosi di NES, l'ansia mentale allo SDQ e la presenza del pensiero disfunzionale. Conclusioni. Questi dati evidenziano l'importanza dei fattori cognitivi nell'insorgenza e nel mantenimento della NES.

10.45 – 11.00

*Coffee Break*

11.00 – 12.00

**SESSIONE POSTER IN  
PARALLELO**

Sessione 1:

**Costrutti Cognitivi e Teorie Naif (5 poster)**

Tutor: A. Gragnani

Sessione 2:

**Tecniche e Strumenti Terapeutici (5 poster)**

Tutor: B. Barcaccia

Sessione 3:

**Psicoterapia: studi di efficacia e percorso formativo (6 poster)**

Tutor: F. Fiore

**SESSIONE 1:  
COSTRUTTI COGNITIVI E TEORIE NAIF (5 POSTER)**Tutor: *A. Gragnani***1. L'INCIDENZA DEL CRITICISMO GENITORIALE SUI COSTRUTTI COGNITIVI**

F. Fiore, V. Valenti, C. Mezzaluna, M. Tosi

*Studi Cognitivi, San Benedetto del Tronto***Introduzione**

Il criticismo esercitato dai genitori sui figli è un costrutto cognitivo legato allo sviluppo di diverse problematiche psicopatologiche, come il perfezionismo, il disturbo ossessivo compulsivo e fobie generali e specifiche (Frost et al., 1993; Stekete et al., 1993). Lo scopo dello studio è osservare se esistono delle differenze, in termini di disturbi e costrutti cognitivi, tra due gruppi di soggetti che hanno subito critiche da parte della propria famiglia d'origine e un gruppo che non ha avuto genitori criticisti.

**Metodo**

I partecipanti all'esperimento sono 82 ragazzi con età media pari a 18,4 anni (DS=,66), frequentanti le ultime classi di diversi istituti superiori. I soggetti sono stati divisi in due gruppi ciascuno formato da 41 soggetti. I due gruppi si distinguono tra soggetti che hanno subito critiche da parte dei loro genitori e soggetti che non le hanno subite. Tutti i partecipanti hanno eseguito una batteria di test così composta: Il Perception of Teasing Scale (POTS, Thompson et al., 1995), l'Aggression Questionnaire (AQ), Multidimensional Perfectionism Scale (MPS, Frost et al., 1994), Penny State Worry Questionnaire (PSWQ, Meyer et al., 1990), Aggression Questionnaire (Buss et al., 1992), Perceived Criticism Inventory (PCI, Apparigliato, Ruggiero, Sassaroli, 2004).

**Risultati**

Dalla MANOVA si inferisce che esiste una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi ( $F(1,4)=11,47$ ;  $p < ,01$ ) e tra le diverse dimensioni cognitive e patologiche misurate ( $F(4,160)=262,58$ ;  $p < ,001$ ). I confronti post hoc (test Bonferroni) mostrano una differenza significativa tra tutti i diversi costrutti cognitivi, per il disturbo ossessivo compulsivo e non per l'ansia. Il POTS correla positivamente con tutti test tranne che col l'MPS, mentre il PCI, il SAS e l'AQ correlano positivamente tra loro e con gli altri due test.

### Conclusioni

I dati evidenziano che i figli di genitori criticisti hanno una percezione di essere ripetutamente oggetto di burla da parte dei coetanei e tutto ciò scatena in loro una aggressività non manifesta. D'altra parte, le critiche subite determinano dei rimuginii su pensieri di perfezionismo, derivanti dalla considerazione che per non essere più criticati è necessario essere sempre all'altezza della situazione. Inoltre, le correlazioni positive evidenziano che il criticismo effettuato dalla famiglia incide maggiormente sulla personalità del bambino. Mentre, le critiche subite dai pari non portano al perfezionismo patologico. Questo potrebbe essere determinato dal fatto che l'importanza data alla critica subita dai pari è diversa da quella rivolta dai genitori e nonostante faccia star male allo stesso modo non provoca effetti patologici. Le correlazioni evidenziano che all'aumentare del criticismo genitoriale aumenta l'ansia, l'aggressività, il rimuginio, il perfezionismo e la percezione di essere criticati in continuazione dai coetanei. Mentre, all'aumentare del criticismo subito dal gruppo dei pari aumenta l'ansia, il rimuginio, l'aggressività e le critiche su

## 2. RESPONSABILITÀ SENZA CONTROLLO

L.J. Romero Lauro<sup>1,2</sup>, Romero Lauro<sup>1,2</sup>, G.M. Ruggiero<sup>2</sup>, F. Fiore<sup>2</sup>, S. Sassaroli<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>*Assegnista. Dipartimento di Psicologia, Università di Milano Bicocca; alunna del III anno, scuola di specializzazione Studi Cognitivi.*

<sup>2</sup>*Studi Cognitivi sede di Milano.*

### Introduzione

Diversi autori attribuiscono un ruolo predominante nel Disordine Ossessivo Compulsivo (DOC) ad un eccessivo senso di responsabilità (Salkovskis, 1985; Rachman, 1993; Van Oppen & Antz, 1994, Mancini et al, 2001). Inoltre, è stato suggerito che una credenza sovraordinata di controllo sia alla base dei sintomi del DOC (Moulding & Kyrios, 2006). Infatti, recenti studi hanno messo in luce l'esistenza di un'interazione tra desiderio di controllo e il senso di responsabilità (Moulding & Kyrios, 2007), nonché tra comportamenti di controllo e livello di responsabilità percepita (Mancini et al., 2004).

La credenza di controllo è stata spesso considerata una conseguenza naturale del senso di responsabilità. A nostro parere in questo modo si rischia di non considerare altri ambiti sintomatologici, come quello depressivo, dove è presente un alto senso di responsabilità in assenza di una marcata tendenza al controllo. Alti livelli di depressione sono tipicamente associati al senso di responsabilità personale elevato nei fallimenti e ridotto nei successi (Mikowsky et al, 1990), nello stesso tempo, la depressione è associata alla percezione di impotenza e di immodificabilità della situazioni.

### Obiettivo

Lo scopo del presente progetto è di valutare la possibilità che in presenza di stati depressivi un alto senso di responsabilità non sia associata ad un'alta tendenza al controllo.

### Metodo

I partecipanti all'esperimento sono 100 universitari a cui saranno forniti 4 questionari autosomministrati:

1. Beck Depression Inventory (BDI; Beck & Steer, 1987); Responsibility Attitude scale (RAS; Salkovskis, 2000); Padua Inventory WUrev (PI; Sanavio, 1988), Anxiety Control Questionnaire, (ACQ, Kirios, 2006).

I dati ottenuti verranno analizzati statisticamente al fine di verificare l'eventuale correlazione tra la tendenza a sviluppare sintomatologia OC (PI) o depressiva (BDI) ed un alto senso di responsabilità (RAS) e/o la tendenza al controllo (ACQ).

### Risultati attesi

Ci aspettiamo di trovare che soggetti con alti valori al PI abbiano anche alti valori nei questionari sul senso di responsabilità (RAS) e sul controllo (ACQ), come dimostrato in letteratura. Ipotizziamo invece che soggetti con alti valori al BDI ottengano alti punteggi al RAS ma non nel ACQ.

### 3. TEORIE NAIVE E COSTRUTTI COGNITIVI

M. Darsena, F. Fiore, G.M. Ruggiero

*Studi cognitivi sede di Milano*

Le teorie psicologiche naïf sono idee per spiegare la sofferenza psichica. Per valutare queste teorie e poterle utilizzare per migliorare il processo terapeutico, è stato messo a punto un test self-report, la Naive Ideas Survey (NIS, Scarinci et al., 2008).

Lo scopo di questo studio è verificare la presenza di correlazioni significative tra le due dimensioni della NIS, Sofferenza e Cura, e i diversi costrutti dell'ansia (Lorenzini e Sassaroli, 2000).

All'esperimento hanno partecipato 30 soggetti sani di età compresa tra i 24 e i 59 anni (età media 38,7 e DS=10,89). Ad ogni partecipante è stata somministrata una batteria di test così costituita:

Intolerance of uncertainty scale (IUS), Anxiety Control Questionnaire-SC (ACQ\_SC), Anxiety Control Questionnaire-DC (ACQ\_DC), Multidimensional Perfectionism Scale (MPS, Frost et al., 1990, versione tradotta da Ruggiero, 1996), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ, Meyer et al, versione di Conti), Naive Ideas Survey (NIS, Scarinci et al., 2008).

I dati sono stati elaborati attraverso la realizzazione di una matrice di correlazioni tra i punteggi ai test riguardanti l'ansia e i totali delle dimensioni di sofferenza e cura della NIS.

Da tale matrice è emerso che vi è una relazione positiva: tra intolleranza all'incertezza e Sofferenza ( $r=0,53$ ;  $p < ,05$ ), intolleranza all'incertezza e Cura ( $r=0,43$ ;  $p < ,05$ ), rimuginio e Sofferenza ( $r=0,48$ ;  $p < ,05$ ), e rimuginio e Cura ( $r=0,55$ ;  $p < ,05$ ). Inoltre, è stata realizzata una matrice di correlazioni tra i costrutti dell'ansia e locus of control interno ed esterno per Sofferenza e Cura, da cui si ha che esiste una relazione positiva tra: intolleranza all'incertezza e Sofferenza interna ( $r=0,54$ ;  $p < ,05$ ), intolleranza all'incertezza e Sofferenza esterna ( $r=0,43$ ;  $p < ,05$ ). Tuttavia, l'intolleranza all'incertezza ha mostrato una relazione positiva solo con Cura esterna ( $r=0,38$ ;  $p < ,05$ ), e non con Cura interna.

Il perfezionismo patologico ha una relazione positiva con Sofferenza interna ( $r=0,40$ ;  $p < ,05$ ) e il rimuginio ha una relazione positiva con Sofferenza interna ( $r=0,44$ ;  $p < ,050$ ) e sofferenza esterna ( $r=0,42$ ;  $p < ,05$ ); ha mostrato, inoltre, una relazione positiva con Cura interna ( $r=0,39$ ;  $p < ,05$ ), e cura esterna ( $r=0,48$ ;  $p < ,05$ ).

Dall'analisi di queste relazioni si evince che l'ipotesi iniziale risulta confermata e che, pur necessitando di un'implementazione del campione, è possibile ricavare informazioni importanti riguardo le teorie naïf sulla sofferenza e sulla cura in relazione ai costrutti dell'ansia.

Si intende dunque estendere lo studio a un campione clinico di soggetti con diverse diagnosi per verificare la presenza di correlazioni significative tra le due dimensioni di sofferenza e cura della NIS e le dimensioni di alcuni disturbi mentali, anche riguardo a locus of control interno ed esterno.

### 4. CONFRONTO TRA LE TEORIE NAIF DEGLI IMMIGRATI ALBANESI, MAROCCHINI, RUMENI E DEGLI ITALIANI.

M. Scarpantoni e L. Epifani

*Studi cognitivi sede di San Benedetto del Tronto*

#### Introduzione

Il paziente, al momento dell'accesso in terapia, presenta una sua teoria naïf: una spiegazione di come funzionano gli esseri umani, di come originano e si mantengono le sofferenze psichiche. Gli studi hanno messo in rilievo l'importanza della loro conoscenza per creare un linguaggio comune utile all'individuazione degli obiettivi e all'esito favorevole della terapia.

Nell'ambito della nostra pratica clinica, siamo venute a contatto sia con italiani, sia con soggetti provenienti da culture diverse ed abbiamo sentito la necessità di approfondire le diversità riguardo alle teorie sulla sofferenza e sulla cura.

### Scopo

Si tratta di uno studio esplorativo che si propone l'indagine delle teorie naive inerenti all'origine e il miglioramento della sofferenza psichica in Albania, Marocco, Romania, Italia e in secondo luogo evidenziare le differenze significative tra le nazionalità.

### Metodo

Ai partecipanti è stato somministrato il test Naif Ideas Survey (NIS). Oltre ai dati generali, età, sesso, livello d'istruzione, è stato introdotto un nuovo criterio, quello della nazionalità.

### Risultati

I dati sono stati elaborati attraverso un'analisi della varianza multivariata (MANOVA), ha evidenziato che il gruppo di pazienti italiani mostra una maggiore prevalenza di teorie naive di tipo psicologico e mentalistico rispetto agli altri gruppi.

## 5. L'ALCOLISTA IN TRATTAMENTO ED I COSTRUTTI DELL'ANSIA: UNO STUDIO PILOTA

V. Spina e S. Crescenzi

*Studi Cognitivi sede di San Benedetto del Tronto*

### Introduzione

La rigidità di pensiero, la bassa tolleranza alla frustrazione, il perfezionismo, vengono spesso considerati dimensioni cognitive legate all'alcolismo. Dati recenti in letteratura indicano una stretta correlazione tra alcolismo e ansia. L'ipotesi del consumo di alcool come tentativo di autoterapia è stata confermata anche nel modello animale dal gruppo di ricerca sulle dipendenze del CNR di Cagliari.

### Scopo

Il presente lavoro costituisce la fase di avvio di una ricerca volta ad approfondire le tematiche relative all'ansia nell'alcolismo da una prospettiva cognitivista. Lo studio pilota, effettuato presso una struttura riabilitativa residenziale, ha l'obiettivo di raccogliere informazioni mettendo a confronto i costrutti principali dell'ansia in un ristretto numero di alcolisti in trattamento ed un campione di soggetti di controllo precedentemente studiati. I costrutti presi in esame sono: l'intolleranza all'incertezza, la tendenza al controllo, la tendenza all'auto svalutazione, l'intolleranza alle emozioni, la tendenza al perfezionismo ed al rimuginio, le preoccupazioni per la salute, la fobia sociale, le capacità metacognitive.

### Metodo

I soggetti partecipando all'esperimento sono stati testati tra il 7° ed il 10° giorno di ricovero attraverso una batteria di test così costituita: Anxious Control Questionnaire (ACQ); Penn State Worry Questionnaire (PSWQ); Intolerance of Uncertainty Scale (IUS); Rosenberg Self-Esteem Scale (R.SES); Multidimensional Perfectionism Scale (MPS); Anxious Thoughts Inventory (AnTI).

### Risultati

Dal confronto dei punteggi medi del campione, con i dati normativi dei test utilizzati, si ipotizza che i costrutti dell'ansia maggiormente esibiti dai soggetti sono riferiti all'Atteggiamento controllante di tipo ossessivo, alla tendenza all'autovalutazione negativa, al timore dell'errore e delle conseguenze negative sull'autovalutazione e accettazione da parte degli altri, all'Intolleranza all'incertezza.

### Discussione

Ricerche recenti hanno dimostrato che gli animali alcohol-preferring esibiscono un'ansia significativamente maggiore come se la tendenza al consumo di alcool dipenda da livelli di ansia costituzionale più elevati. Nella ricerca sugli esseri umani, pur non potendo effettuare un controllo sperimentale così stretto come col modello animale, si è osservata, per esempio, una comorbidità tra Disturbo da Attacchi di Panico ed

Alcolismo. Tale studio ipotizza che la dipendenza da alcol sia collegata a costrutti e ad un mancato sviluppo di abilità metacognitive che impedirebbe un'adeguata regolazione emotiva e difficoltà a delineare i confini del Sé portando i soggetti a sviluppare una dipendenza non essendo in grado di fronteggiare contesti ansiogeni per mezzo di strategie alternative (cognitive) di coping.

**SESSIONE 2:  
TECNICHE E STRUMENTI TERAPEUTICI (5 POSTER)**Tutor: *B. Barcaccia***1. STRUMENTI DI VALUTAZIONE QUALITATIVA DI SEDUTE COGNITIVE: UNO STUDIO ESPLORATIVO**

R. Brambilla, E. Cislighi, R. Colombo, G.M. Ruggiero

*Psicoterapia Cognitiva e Ricerca sede di Milano*

Nella psicoterapia cognitivo appare utile avere la possibilità di riuscire a valutare credenze, funzioni metacognitive e sistema motivazione del paziente. Questo studio utilizza la Scala di valutazione della Metacognizione (SVAM) e la Scala AIMIT (Analisi degli Indicatori della Motivazione Interpersonale nei Trascritti) applicate a trascrizioni di sedute rendendo il materiale stesso verificabile analizzate qualitativamente e quantitativamente. L'ipotesi che vogliamo testare è che ci sia una associazione tra una buona motivazione interpersonale in terapia e i deficit metacognitivi del paziente. Sono state audioregistrate, e trascritte 3 sedute di 3 pazienti diversi: paziente anoressica, paziente ansiosa e paziente depressa. Il profilo metacognitivo delle pazienti analizzate presenta deficit metacognitivi clinicamente rilevanti. La ricerca su questo caso singolo permette di verificare che il miglioramento delle funzioni metacognitive e della motivazione siano correlati tra loro.

**2. ASSESSMENT IN OTTICA COGNITIVA: FORMULAZIONE E SPERIMENTAZIONE DI UNA PROCEDURA**

A. Giordano

*SPC di Reggio Calabria*

Assumendo come modello di riferimento quello della terapia cognitiva, una componente di fondamentale importanza del processo terapeutico è rappresentata dall'assessment, processo attivo simile al problem solving, che consente di giungere alla formulazione di un'ipotesi di lavoro, di trovare una spiegazione-diagnosi e di fornire una guida nell'elaborazione di una proposta di intervento.

Nel 2006, nell'ambito della formazione in Psicoterapia Cognitiva presso la SPC di Reggio Calabria, è stato realizzato un project di ricerca finalizzato ad individuare strumenti che potessero permettere la creazione di una procedura di assessment.

Successivamente è stato avviato il presente lavoro di ricerca con l'obiettivo di definire ulteriormente questi strumenti, formulando una procedura standard da sperimentare su un numero adeguato di pazienti.

Sono stati definiti come strumenti di supporto alla procedura: master di colloquio, repertorio test utilizzati, relazione di sintesi delle attività di assessment, questionario di valutazione del servizio erogato compilato dal paziente e dal terapeuta inviante (ogni strumento è seguito da una guida all'utilizzo e alla compilazione dello stesso). La procedura è rivolta a pazienti adulti, i tempi di assessment ipotizzati variano da un minimo di tre incontri ad un massimo di cinque ai quali va aggiunto l'incontro di restituzione.

La sperimentazione è stata effettuata su circa cinquanta soggetti all'interno di uno Studio di Psicoterapia Cognitiva il cui scopo è la ricerca sulle problematiche psicologiche e psichiatriche attuali e l'erogazione di servizi di trattamento psicoterapeutici individuali. L'obiettivo della sperimentazione era verificare se la procedura individuata permetteva una rilevazione e identificazione, in ottica cognitiva, delle modalità di

funzionamento del paziente (contenuti problematici, funzionamento metacognitivo, schemi e cicli interpersonali) e una successiva descrizione chiara e condivisibile con il terapeuta inviante per consentire, in tempi relativamente brevi, la definizione di un trattamento psicoterapeutico adeguato al bisogno specifico.

I pazienti e i terapeuti inviati si dichiarano tutti ampiamente soddisfatti del servizio di assessment.

I risultati sembrano confermare l'importanza di un assessment strutturato che permetta una definizione chiara del funzionamento del paziente con dati condivisibili sia con il paziente che con il terapeuta inviante.

### 3. IL QUESTIONARIO DI SICUREZZA E PROTEZIONE (QSP)

A. Brugnara, R. Fattorini, A. Ferrante, H. Marino, S. Tagliazucchi e C. Toso

*Terzo APC, sede di Verona*

La presente ricerca si prefigge innanzitutto di contribuire alla validazione del questionario di Sicurezza e Protezione (QSP) messo a punto da Calvo nel 2002, esaminando la presenza di eventuali differenze di genere e di età all'interno del campione considerato; secondariamente, si è cercato di esaminare le correlazioni tra i punteggi del QSP e i profili ottenuti con le Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach) in un campione non clinico di bambini.

Il QSP è un questionario di autovalutazione che ha lo scopo di valutare la percezione di sicurezza in bambini del secondo ciclo della scuola primaria (8-11 anni) nei confronti dei loro genitori. Nato da un primo tentativo di adattamento e modificazione del questionario Security Scale (Kerns, Klepac e Cole, 1996), esso è composto da item che concorrono a determinare due punteggi distinti: un punteggio di Sicurezza e Protezione, percepita dal bambino rispetto a ciascuno dei genitori, e un punteggio di Inversione della Protezione che il bambino avverte di dover agire nei confronti dei genitori.

Il QSP è stato somministrato in tre province italiane (Trento, Venezia e Napoli), a bambini che frequentano le classi terze, quarte e quinte della scuola primaria (n= 504). La somministrazione è avvenuta nel mese di maggio 2006 per il campione di Trento e tra dicembre 2006 e gennaio 2007 per Venezia e Napoli. Sono state condotte una serie di analisi della varianza da cui emerge, come ci attendevamo, un trend evolutivo nel passaggio dalla classe terza alla classe quinta della scuola primaria che determina un abbassamento dei punteggi alle due scale; infine, si sono notate differenze dovute al genere in quanto le femmine riferiscono un maggior senso di sicurezza verso entrambi i genitori.

### 4. L'USO DI TECNICHE COMUNICATIVE NELLA PSICOTERAPIA COGNITIVO - COMPORTAMENTALE

M. Rimondini<sup>1</sup>, S. Albanese<sup>3</sup>, E. Cloch<sup>4</sup>, G. Franchini<sup>3</sup>, M.N. Giacomello<sup>3</sup>, O. Giovanelli<sup>2</sup>, B. Klotz<sup>3</sup>, G. Massironi<sup>3</sup>, A. Savoldelli<sup>3</sup>, S. Viccaro<sup>4</sup>, D. Zardini<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Psicologo, Psicoterapeuta Università degli Studi di Verona

<sup>2</sup>Psicologo, Primo anno Scuola di Specializzazione in Terapia Cognitivo Comportamentale APC/SPC sede di Verona

<sup>3</sup>Psicologo, Secondo anno Scuola di Specializzazione in Terapia Cognitivo Comportamentale APC/SPC sede di Verona

<sup>4</sup>Psicologo, Terzo anno Scuola di Specializzazione in Terapia Cognitivo Comportamentale APC/SPC sede di Verona

<sup>5</sup>Medico, Secondo anno Scuola di Specializzazione in Terapia Cognitivo Comportamentale APC/SPC sede di Verona

Introduzione

Saper comunicare in modo efficace con i propri pazienti è uno degli importanti strumenti di cui un buon

clinico deve sapersi avvalere (Smith, 1997; Rimondini, 2002). L'intervento psicoterapeutico si sviluppa attraverso la capacità di raccogliere e restituire correttamente le informazioni, motivando il paziente e coinvolgendolo nel processo di cura. Tali obiettivi sono perseguibili attraverso una buona conoscenza e una corretta applicazione delle tecniche comunicative.

#### Obiettivo

Nella formazione di psicologi e psichiatri non sempre viene dedicato sufficiente spazio a questo aspetto che spesso è dato per acquisito (Maguire, 1982); scopo del presente lavoro è proporre un'analisi preliminare volta a valutare le abilità comunicative di un gruppo di psicoterapeuti in formazione.

#### Metodo

Un campione composto da 23 psicologi iscritti alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC/SPC sede di Verona, ha audio-registrato e trascritto un primo colloquio condotto nel corso della normale routine clinica. I trascritti sono stati analizzati utilizzando uno strumento di classificazione (Verona Psychiatric Interview Classification System) che ha permesso di stabilire la frequenza di applicazione di alcune tecniche comunicative (domande aperte, commenti empatici, sintesi, ecc..)

#### Risultati

Nel complesso il campione osservato si è mostrato maggiormente abile nella raccolta di informazioni in modo aperto e nell'uso di tecniche centrate sulle emozioni del paziente; più carenti risultano essere gli interventi volti a strutturare il colloquio e a dirigere il flusso comunicativo tra terapeuta e paziente.

#### Conclusioni

Il campione osservato, per quanto non rappresentativo della popolazione generale, mette in evidenza la necessità di implementare nella formazione dei clinici, interventi specificamente rivolti al miglioramento del loro stile comunicativo.

#### Bibliografia

- Maguire P. (1982). Psychiatrists also need interview training. *British Journal of Psychiatry* 141, 423-4.
- Rimondini M, Del Piccolo L. (2002). L'approccio centrato sul paziente: dalla medicina generale alla psichiatria. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 11(4), 232-6.
- Smith R. (1997). La storia del paziente. Un approccio integrato all'intervista medica. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.

### **5. RISULTATI PRELIMINARI SULL'EFFICACIA DELLA TERAPIA MULTISISTEMICA IN ACQUA SULLE RAPPRESENTAZIONI MENTALI IN GENITORI DI BAMBINI AFFETTI DA DISTURBO PERVASIVO DELLO SVILUPPO**

S. Gatto<sup>1</sup>, D. Esposito<sup>1</sup>, G. Caputo<sup>1</sup>, P. Maietta<sup>1</sup>, M. Cimmino<sup>1</sup>, V. Cosentino<sup>1</sup>, G. Ippolito<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Specializzandi Cognitivo - Comportamentale - sede Napoli,*

<sup>2</sup>*Psicoterapeuta in Terapia Sistemico Relazionale*

#### Introduzione

Secondo John Bowlby tutti i primati nascono con la tendenza innata a sviluppare un legame d'attaccamento verso la propria madre o verso un'altra figura primaria particolarmente vicina soprattutto nelle situazioni di stress e di pericolo. La vicinanza ad una figura protettiva incrementa le opportunità di sopravvivenza del piccolo attraverso le cure che il genitore fornisce alla propria prole. Già Bowlby e in seguito altri studiosi si sono interessati di indagare il ruolo delle cure genitoriali attraverso l'attivazione di due sistemi motivazionali innati: 1) Attaccamento 2) Accudimento, ipotizzando che il prendersi cura dei figli fosse strettamente legato a componenti cognitive, comportamentali ed affettive.

L'autismo rappresenta un fattore di rischio relativo a queste distorsioni poiché interferisce in modo traumatico sulle rappresentazioni mentali dei genitori, determinando conseguenze importanti sulla relazione d'attaccamento (Marvin et al., 1996; Pianta et al., 1996). Tali rappresentazioni mettono in crisi le aspettative dei genitori per la "perdita del bambino perfetto" innescando sensi di colpa e ricerca ossessiva sull'accaduto. Le preoccupazioni attuali, continue e reiterate nel tempo, determinate sia dalla condizione clinica sia dai comportamenti bizzarri del proprio figlio, possono: influenzare le strategie usate dai genitori, agire sul sistema di accudimento in quanto l'esperienza della condizione del figlio viene distorta, filtrata, amplificata o addirittura ignorata, impedire un risposta sensibile ed equilibrata di accudimento.

#### Obiettivi

L'obiettivo del presente lavoro è quello di verificare quanto il miglioramento attraverso l'intervento della Terapia Multisistemica in Acqua (T.M.A) dei ragazzi autistici, ha un effetto sulle rappresentazioni mentali dei genitori per mezzo della visione dei filmati della terapia del proprio figlio con un operatore, alla luce dell'instaurarsi delle nuove relazioni d'attaccamento (Cassibba, 2003) e quello di analizzare e verificare:

Lo stile d'attaccamento dei genitori del nostro campione in funzione della diagnosi del figlio quale, come accennato prima, fattore di rischio;

L'effetto della T.M.A. sulle rappresentazioni dei genitori attraverso la visione dei filmati in acqua con l'operatore;

Verificare se la discussione dei filmati ha un effetto sul sistema di caregiving (sistema di cura), durante l'interazione genitore bambino;

#### Metodi e Campione

Il campione è composto da 15 genitori dall'età media di 39,8 anni con un range che varia dai 29 ai 54 anni.

#### Procedura

La 1<sup>a</sup> fase prevede la somministrazione dell'Adult Attachment Interview (A.A.I.) per la valutazione dello stato mentale dei genitori rispetto alle loro esperienze d'attaccamento a 2 (sicuro/insicuro) e 3 (sicuro – distanziante - ambivalente) categorie.

La 2<sup>a</sup> fase prevede la somministrazione delle scale CARS, ABC, PEP, AAPEP per valutare la gravità del bambino e RDI per l'impatto della diagnosi sul genitore, in correlazione all'A.A.I.;

La 3<sup>a</sup> fase consiste nella valutazione della sensibilità genitoriale attraverso la scala della Biringher al fine di capire la capacità della madre di saper cogliere i segnali del bambino.

La 4<sup>a</sup> fase consiste nella suddivisione in 2 gruppi, controllo e sperimentale; al gruppo sperimentale viene somministrato la T.M.A e la visione dei filmati con l'operatore, con la somministrazione, dopo 6 mesi, della Adult Attachment Interview.

#### Risultati preliminari

Come previsto nella prima fase abbiamo rilevato che la distribuzione dello stile d'attaccamento dei genitori è la seguente (Tab. 1):

	FREQUENZA	PERCENTUALE
Sicuro	4	26,7%
Insicuro	11	73,3%

Tab. 1: distribuzione delle frequenze per le 2 categorie A.A.I.

	SICURO (F)	DISTANZIANTE (DS)	INVISCHIATO (E)
Madre	4	6	0
Padre	0	5	0

Tab. 2: distribuzione delle frequenze per le 3 categorie A.A.I.

Dai dati della Tab. 2 emerge la frequenza di 4 madri sicure con tendenza all'evitamento nella relazione d'attaccamento rispetto alle proprie esperienze passate, 6 madri evitanti/distanzianti e 5 padri con uno stile d'attaccamento evitante/distanziante.

Abbiamo verificato, relativamente all'obiettivo 1, che la corrispondenza tra la diagnosi di un figlio (autismo e autismo più ritardo mentale) e lo stile categoriale (sicuro, evitante/distanziante – invischiato/ambivalente) d'attaccamento dei genitori, per verificare se tale diagnosi attuale, continua e reiterata nel tempo, possa avere un effetto traumatico sulle rappresentazioni mentali del genitore.

	SICURO (F)	DISTANZIANTE (DS)	INVISCHIATO (E)
Autismo	0	5	0
Autismo + Ritardo mentale	4	6	0

Attualmente si sta procedendo alla codifica dei dati raccolti sia rispetto alla sensibilità materna sia alle scale per la diagnosi del bambino (2<sup>a</sup>- 3<sup>a</sup> fase) per poter attendere i tempi necessari (almeno 6 mesi) per verificare l'effetto della T.M.A. sui genitori dei bambini (fase 4<sup>a</sup>).

## 6. PRESENTAZIONE DEL PROGETTO TERAPEUTICO PER CONSUMATORI DI COCAINA “FUORIDALLERIGHE”

R. Setti, S. Benato, F. Turri, L. Grigoletti, A. Pasetto, B. Cavalieri, G. Perego, F. Baldini, L. Pagliarani

*Scuole di Psicoterapia Cognitiva APC ed SPC, Verona*

Tale progetto è nato all'interno del project “dipendenze” organizzato dalla scuola di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale di Verona. Questo gruppo di lavoro è nato nel 2005 e ha visto coinvolti la Dott.ssa Pagliarani (Psicoterapeuta e docente della Scuola) in qualità di conduttrice e coordinatrice del gruppo e un team di circa una decina di studenti del secondo e del terzo anno della scuola.

In un primo momento gli incontri sono stati dedicati ad un approfondimento sul tema “tossicodipendenza” in modo da permettere a tutti i componenti del gruppo di avere un corpo di conoscenze ed un linguaggio comune.

Successivamente il gruppo si è interrogato su quali potessero essere gli obiettivi del progetto e, dopo numerosi confronti, si è deciso di lavorare sulla relazione esistente tra uso di sostanze e disturbi di personalità correlati. Il presupposto da cui siamo partiti è che, come numerosi studi confermano, alcuni disturbi di personalità sono maggiormente associati al consumo di specifiche sostanze (ad es: consumatore di eroina-disturbo dipendente di personalità) e quindi ci siamo domandati se fosse possibile progettare

interventi terapeutici più efficaci perché mirati al trattamento sia della tossicodipendenza sia della psicopatologia del soggetto.

Una volta stabilito l'obiettivo i vari componenti del gruppo si sono suddivisi il lavoro di ricerca bibliografica e di traduzione di articoli su questo tema decidendo di ritrovarsi dopo un tempo di circa due mesi; la notevole quantità di materiale trovato ci ha poi indotto a circoscrivere la nostra ricerca ai consumatori di cocaina. Tale scelta è stata supportata anche da altre motivazioni: la minor quantità di materiale prodotto, il crescente consumo di cocaina e la bassa percentuale di consumatori di cocaina che si rivolgono ai servizi perché integrati nella società. Rispetto a quest'ultima considerazione ci siamo interrogati sulla possibilità di progettare un intervento terapeutico destinato proprio a questi consumatori, ritenendo più funzionale concentrarsi inizialmente su questo aspetto lasciando ad un secondo momento il lavoro di ricerca. Da qui siamo partiti informandoci sulla presenza di altri progetti simili. Prendendo spunto dai lavori della Carrol "Trattamento cognitivo comportamentale della dipendenza da cocaina", della M. Linhean "trattamento cognitivo comportamentale del disturbo Border-line" e dall'esperienza di Saman abbiamo impostato un protocollo di intervento psicoterapeutico di tipo integrato ed ambulatoriale chiamato "Fuori dalle Righe".

Abbiamo pensato a questo percorso strutturandolo in moduli integrati ed individualizzati, riflettendo sull'utilità di lavorare con un'equipe multidisciplinare composta da Psicoterapeuti, Psicologi e Psichiatri.

Gli obiettivi che ci siamo posti attraverso tale progetto terapeutico sono stati: sostenere la motivazione al trattamento, modificare il comportamento di assunzione verso l'astinenza attraverso l'apprendimento di tecniche per la prevenzione della ricaduta, aumentare la capacità di affrontare le difficoltà attraverso il riconoscimento delle emozioni, la pianificazione delle emergenze e la modificazione dei pensieri riguardo alla sostanza, insegnare alcune tecniche di rilassamento, informare e sostenere i familiari.

**SESSIONE 3:****PSICOTERAPIA: STUDI DI EFFICACIA E PERCORSO FORMATIVO (6 POSTER)**Tutor: *F. Fiore***1. NEUROANATOMIA FUNZIONALE DELLA PSICOTERAPIA: QUALI MECCANISMI NEURALI SOTTENDONO ALL'EFFICACIA DEI TRATTAMENTI PSICOLOGICI?**

T. Ambrosio\*, C. Barba\*, A. Borrelli\*, G. Busiello\*, G. Castoro\*, M.T. Colavitto\*, M.A. Di Lucca\*, M. Di Meo\*, G. Gentile\*, E. Indaco\*, M. Lopez\*, P. Landi\*, I. Nigro\*, R. Parrotta\*, S. Piserchia\*, A. Ponticelli\*, G. Riccardi\*, M. Riello\*, V. Simeone\*, L. Vergatti\* e G. D'Urso\*\*

*SPC- Sede di Napoli, II anno di corso*

*\*Psicologo*

*\*\*Psichiatra*

**Introduzione**

Il miglioramento delle condizioni psicopatologiche di un paziente è correlato, intuitivamente, ad una variazione del suo assetto neuro-funzionale cerebrale, indipendentemente dal tipo di trattamento che ha provocato tale miglioramento. Fino a circa 10 anni or sono, la scarsa comunicazione tra il mondo delle neuroscienze e quello della psicoterapia ha impedito di indagare l'azione dei trattamenti psicologici sul substrato neurale della vita psichica. La recente diffusione delle tecniche di neuro-imaging funzionale (fMRI, PET, SPECT), l'aumentata attenzione della psichiatria "biologica" al mondo delle terapie psicologiche e della psicoterapia (soprattutto cognitiva e psicoanalitica) ed alle neuroscienze hanno reso possibile l'ipotesi di un sapere integrato che ponga fine al cartesiano dualismo tra conoscenza della mente e conoscenza del cervello.

**Obiettivo**

Raccogliere le evidenze disponibili in letteratura scientifica sui meccanismi neuro-funzionali che sottendono all'efficacia dei trattamenti psicologici. Individuare le condizioni psicopatologiche per le quali, accanto al consueto lavoro clinico del terapeuta, sia utile affiancare uno studio neuro-funzionale del paziente che possa, almeno in parte, orientare l'operato del curante.

**Metodo**

Le fonti bibliografiche utilizzate sono state libri e articoli scientifici pubblicati (reperiti prevalentemente mediante banche dati elettroniche) sul rapporto tra neuroscienze e psicoterapia, sul rapporto tra mente e cervello, sulle basi neuro-fisio-patologiche dei disturbi psicologici. In particolare si è approfondito il substrato neurale di quelle condizioni nelle quali la psicoterapia ha una dimostrata efficacia terapeutica; la massima priorità è stata data alla ricerca di articoli originali riguardanti le modificazioni dell'attività e/o morfologia cerebrale a seguito di trattamenti psicologici.

**Risultati**

Le fonti bibliografiche consultate dimostrano che i trattamenti psicoterapici efficaci modificano la funzionalità e talora la morfologia di specifiche regioni cerebrali; tali modificazioni sono qualitativamente e quantitativamente paragonabili a quelle ottenute con le terapie farmacologiche indicate nei medesimi disturbi. Le evidenze più solide riguardano i disturbi d'ansia ed in particolare il Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

**Conclusioni**

La conoscenza dei meccanismi neurali che sottendono all'efficacia delle psicoterapie consente allo psicoterapeuta di interfacciarsi con competenza al mondo "organicista" e lo prepara ad un avvenire clinico-

scientifico in cui gli esami strumentali saranno sempre più diffusi nella diagnosi e nella gestione clinica del paziente con disturbi psicologici.

In particolare, sulla base delle evidenze raccolte, è possibile ipotizzare che in un prossimo futuro la pratica psicoterapeutica potrà essere ottimizzata sulla base del particolare assetto neuro-funzionale di uno specifico paziente: lo stato neuro-metabolico potrebbe essere utilizzato come marker predittivo di risposta differenziale ai trattamenti farmacologici o psicologici e fornire delle indicazioni su quale particolare modalità o tecnica psicoterapeutica sia più indicata per uno specifico paziente.

## **2. STUDIO DI EFFICACIA DELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DEI DISTURBI ALIMENTARI CON E SENZA IL TRATTAMENTO DELLA CREDENZA DEL CONTROLLO**

L. Boccalari, E. Costa, M. Zapperi, E. Malena, G.M. Ruggiero

*Psicoterapia Cognitiva e Ricerca*

La ricerca è rivolta a pazienti con disturbi del comportamento alimentare e si presenta come uno studio sull'efficacia della terapia. L'ipotesi centrale è che la terapia cognitiva con trattamento specifico del controllo assicura un incremento di efficacia rispetto alla terapia senza trattamento specifico del controllo.

Allo studio parteciperanno pazienti afferenti al Centro Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Ospedale San Paolo, con diagnosi di Anoressia o Bulimia secondo il DSM e con età compresa tra i 16 e i 40 anni.

Sei terapeuti applicheranno il protocollo cognitivo di Fairburn per i Disturbi Alimentari; tre di questi utilizzeranno il protocollo di cura della credenza del controllo, mentre gli altri tre si limiteranno all'uso del protocollo di Fairburn.

L'assegnazione dei pazienti ai terapeuti avverrà dopo una prima visita psichiatrica e sarà randomizzata tra i due gruppi.

Il trattamento durerà 12 sedute e l'effetto sarà misurato attraverso la somministrazione di strumenti psicometrici autosomministrati in varie fasi del trattamento.

Gli strumenti somministrati saranno:

EDI ridotto; MPS ridotto; RSES; ACQ ridotto.

Momenti di somministrazioni della batteria di strumenti:

Dopo la prima visita; dopo la 12ma seduta; a 6 mesi, a 1 anno e a 2 anni.

Tutte le sedute saranno registrate e 6 a caso (una per terapeuta) saranno ascoltate da giudici esterni che valuteranno l'adesione ai protocolli.

## **3. UN PROGETTO DI VALUTAZIONE SISTEMATICA DELL'ESITO DELLE PSICOTERAPIE COGNITIVE ATTRAVERSO IL CORE-OUTCOME**

Filippo Rapisarda<sup>1</sup>, Sandra Sassaroli

*Studi Cognitivi sede di Milano*

Introduzione

La valutazione dell'esito dei trattamenti permette di ricevere, a scadenza regolare, degli indicatori sull'andamento dello stato globale di salute/malattia dei pazienti, e di metterlo in relazione a indici socio anagrafici, psicopatologici e legati al pacchetto di cure offerte. Questo tipo di pratica può essere applicata anche ad un centro di psicologia clinica, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei trattamenti offerti

attraverso un monitoraggio costante dello stato dei pazienti.

#### Scopo

Lo studio si propone di descrivere un protocollo di valutazione sistematica dell'esito delle psicoterapie cognitive attivato presso un centro clinico privato. Verrà valutato l'esito dei primi tre mesi di presa in carico presso il centro.

#### Soggetti

La coorte è formata da un campione di 20 soggetti che hanno richiesto una psicoterapia cognitiva presso il centro di psicoterapia 'Studi Cognitivi' di Milano dal 10 novembre 2008 al 15 dicembre 2008.

#### Metodo

Ad ogni soggetto è stato somministrato il questionario CORE-Outcome all'assessment e tre mesi dal primo contatto con la struttura. Sono stati istituiti un registro dei casi e la figura di un case manager che ha tenuto traccia del percorso del paziente e predisposto il retest a tre mesi. L'esito a tre mesi è valutato sia tramite confronto tra medie (test di Wilcoxon) sia tramite il calcolo del Reliable Change Index Jacobson and Truax (1991).

#### Risultati

Non sono disponibili risultati al momento della stesura dell'abstract

## 4. LE CAPACITÀ TERAPEUTICHE: PERCORSI DI CRESCITA

I. Colicigno, M. Grassi, L. Pagnanelli, S. Pasqualetti, A. Pericoli, E. Puliti, M. Quartini, M. Rossi, L. Salvatori, D. Sambrotta, S. Taddei, M. Poggi

*Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (SCF), Firenze*

I primi risultati delle ricerche relative alle relazioni terapeutiche hanno consentito di identificare alcune caratteristiche e competenze del terapeuta che risultano ricorrenti nell'ambito degli studi e delle ricerche analizzate (Safran, 2005; Dazzi, Lingiardi, Colli, 2006; Roth e Fonagy, 1997). Obiettivo di questo studio è verificare l'impatto dei fattori specifici relativi al terapeuta sulla costruzione e il mantenimento della relazione terapeutica, nonché sugli outcomes stessi della terapia. Una fase successiva e conclusiva della ricerca, consisterà nel definire e selezionare, tra le competenze terapeutiche identificate in letteratura (in termini di conoscenze, capacità, attitudini, modalità relazionali), quelle maggiormente suscettibili di apprendimento e affinamento durante il training di formazione in psicoterapia ed effettuare un benchmark internazionale rispetto alle best practices formative già esistenti sulle competenze selezionate, con l'obiettivo di definire durante il training formativo di specializzazione percorsi di valutazione e di apprendimento, individuali e di gruppo, per il potenziamento di tali competenze, in una logica di auto sviluppo e di confronto nella comunità professionale ("i dati di ricerca mettono in forte rilievo la possibilità di training di specifiche capacità terapeutiche", A. Roth, P. Fonagy, 1997).

## 5. L'ERRORE IN PSICOTERAPIA

P. Mercuri, L. La Rovere, A. Scarinci

*Studi Cognitivi sede di San Benedetto del Tronto*

Per errore si intende un'azione che comporta un giudizio o valutazione che contravviene il criterio riconosciuto valido nel campo a cui il giudizio si riferisce, oppure i limiti di applicabilità del criterio stesso.

Gli errori sono parte integrante della condotta umana e costituiscono un vincolo del funzionamento mentale. Mancini, Gangemi (2002a; 2002b) e Sassaroli, Lorenzini, Ruggiero (2006) hanno messo in relazione la genesi e il mantenimento dei disturbi d'ansia con i bias e il ragionamento condizionale, con le valutazioni probabilistiche e con il ragionamento decisionale, evidenziandone il ruolo patologico in circostanze particolari. Prendendo spunto da questi lavori, si propone una visione dell'errore come momento terapeutico che se opportunamente trattato permette l'evoluzione di ordini attraverso il cambiamento e la formazione di teorie più ricche. Naturalmente, non va cercato volontariamente, ma quando si verifica ci offre una possibilità inaspettata di elaborare le teorie previsionali per renderle più verosimili. L'errore in questo senso assume un ruolo meta complementare nei costrutti e nei processi implicati nei disturbi d'ansia.

Vengono presentati i dati di un esperimento condotto con un gruppo sperimentale (circa 100 soggetti) sottoposto ad un intervento di psicoeducazione sull'errore e un gruppo di controllo (circa 100) che non è sottoposto allo stesso intervento. Ad entrambi i gruppi è stato somministrato il test della selezione delle carte di Wason. In seguito alla risposta al test è stato chiesto a tutti i partecipanti di riferire quale stato d'animo avessero provato (tra 10 possibili alternative) e con quale intensità (da un minimo di 1 ad un massimo di 10). Sullo stato d'animo è stato successivamente costruito un ABC secondario. Le differenze tra i gruppi sono state calcolate applicando l'analisi delle contingenze per verificare se esistano differenze significative tra le frequenze delle emozioni provate dal gruppo sperimentale e le emozioni del gruppo di controllo.

La tabella di distribuzione del chi quadro ( $\chi^2 = 6.76$ ; gdl=1;  $p \leq .01$ ) evidenzia un valore significativo, per cui è possibile supporre che i soggetti del gruppo sperimentale, sottoposti all'intervento di psicoeducazione, rispetto a quelli del gruppo di controllo provano emozioni più neutre e/o positive dopo aver commesso un errore al test di Wason.

Sulla base di ciò è possibile ipotizzare che la riformulazione dell'errore nel suo significato di strumento di conoscenza e di evoluzione verso una maggiore flessibilità del sistema determinerebbe una modificazione dell'emozione associata al bias rendendola maggiormente positiva, e di conseguenza un miglioramento dello stato di sofferenza del paziente.

12.00 – 13.00	SESSIONE RELAZIONI	<p><b>La formazione in psicoterapia: soddisfazione professionale e senso di auto-efficacia in un campione di specializzati nelle scuole APC ed SPC di Verona</b></p> <p><i>Carreri M., Baietta F., Giannello A., Lanfredi M, Mion S., Morini L., Pelaia L., Scolaro C., Untermarzoner E., Perdighe C. (APC – Verona)</i></p> <p><b>Gli schemi motivazionali nel percorso terapeutico</b></p> <p><i>Giovini M., Perini M., Rebecchi D., Possi M., Boldrini P., Cardetti S., Ferrato N. (Studi Cognitivi - Modena)</i></p> <p><b>Schemi maladattivi disfunzionali precoci in un campione di studenti in formazione: indagine attraverso lo Young Schema Questionnaire</b></p> <p><i>Sansone M., Agah Seyed Razi F., Carraresi C., Mazzoni G., Mori S. (Studi Cognitivi - Firenze)</i></p>
	<p><b>“Formazione in psicoterapia”</b></p> <p><i>Chair:</i> A. Fenelli</p> <p><i>Discussant:</i> P. Vinai</p>	



## 1. LA FORMAZIONE IN PSICOTERAPIA: SODDISFAZIONE PROFESSIONALE E SENSO DI AUTOEFFICACIA IN UN CAMPIONE DI SPECIALIZZATI NELLE SCUOLE APC E SPC DI VERONA

M. Carreri, F. Baietta, A. Giannello, M. Lanfredi, S. Mion, L. Morini, L. Pelaia, C. Scolaro, E. Untermarzoner, C. Perdighe

*Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale (APC – Verona)*

L'importanza di promuovere la qualità della formazione professionale nell'ambito della psicoterapia e delle varie forme di aiuto psicologico, è un argomento non solo di grande interesse e dibattuto a livello internazionale (si pensi anche solo a tutto lo sforzo dedicato all'individuazione dei trattamenti evidence-based, da cui deriva l'importanza di un addestramento efficace dei terapeuti), ma anche di grande rilevanza etica e pragmatica. Da un lato, infatti, promuovere la qualità della formazione è un processo indiretto di promozione della salute mentale, dall'altro garantire alti livelli di qualità ha un impatto sul destino professionale dei “formati”, ovvero degli psicologi e psichiatri che afferiscono alle scuole di formazione.

Come misurare la qualità della formazione? E cosa si intende?

Una delle declinazioni della “qualità della formazione” riguarda la sua capacità di incidere sul corso della vita professionale del “formato” e, in particolare, sulla quantità del lavoro, sulla self-efficacy e sulla soddisfazione professionale.

Sarà, dunque, presentata una ricerca finalizzata a indagare il destino professionale di un campione di psicologi e psichiatri che hanno avuto una formazione in terapia cognitiva.

Lo scopo del lavoro era duplice: da un lato di avere un follow-up sulla situazione lavorativa una volta conclusa la formazione, dall'altra di avere indicazioni sull'impatto della formazione in psicoterapia nelle possibilità di impiego, nella qualità e/o quantità dell'attività professionale già svolta e nel senso di efficacia percepita.

Il lavoro prevedeva la somministrazione di un'intervista strutturata. I dati che presenteremo riguarderanno i 127 terapeuti che hanno concluso la formazione tra il 1999 e il 2007 nella sede di Verona delle scuole APC e SPC.

### Bibliografia

Boswell, J.F., AND Castonguay, L.G. (2007). Psychotherapy training: suggestion for core ingredients and future research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*; 44(4): 378–383.

- Castonguay, L. G. (2000). A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 263–282.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 196–205.
- Hill, C. E., Sullivan C., Knox S., Schlosser L.Z. (2007). Becoming psychotherapists: experiences of novice trainees in a beginning graduate class. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 4, 434 – 449
- Rachelson, J., and Clance, P.R. (1980). Attitudes of Psychotherapists toward the 1970 APA standards for Psychotherapy training. *Professional Psychology*, 261-267
- Raimy, V.C. (Ed.). *Training in clinical psychology*. NY: Prentice-Hall, 1959
- Roe, A., Gustad, J.W., Moore, B.V., Ross, S., and Skdak, M. (Eds). *Graduate education in psychology*. Washington D.C.: APA, 1959

## 2. GLI SCHEMI MOTIVAZIONALI NEL PERCORSO TERAPEUTICO

M. Giovini, M. Perini, D., Rebecchi, M. Possi, P. Boldrini, S. Cardetti, N. Ferrato

*Studio Cognitivi sede di Modena*

I terapeuti di orientamenti diversi riconoscono l'importanza di interventi mirati sulle motivazioni del paziente per aumentare l'efficacia della psicoterapia.

In questa ricerca sono state indagate le motivazioni dei pazienti, il loro rapporto con la psicopatologia, i cambiamenti di tali motivazioni nel corso della terapia e la differenza tra le motivazioni così come sono percepite dai pazienti stessi e dai loro terapeuti.

Lo scopo del presente studio è di osservare se a determinati disturbi collocati sull'asse I e II del DSM e se a indici psicopatologici corrispondano patterns motivazionali specifici; inoltre si intende verificare come si modificano i diversi schemi motivazionali nel corso della terapia.

### Metodo

I partecipanti alla ricerca si dividono in: un gruppo di pazienti provenienti in parte da un Servizio Pubblico e in parte dall'attività psicoterapeutica privata di diverse realtà italiane e un gruppo di controllo formato da soggetti sani. I pazienti sono stati sottoposti alla SCID I e II per evidenziare l'esistenza di particolari patologie. Tutti i partecipanti hanno compilato il test di Valutazione e Analisi Motivazionale (VAMO, Grosse et al., 2000), formato da 14 scale relative agli scopi di avvicinamento e 9 relative agli scopi di evitamento, e l'Outcome Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM, )

### Risultati

Il t test evidenzia differenze significative tra i scopi di ricerca e di evitamento e l'intensità degli indici psicopatologici. La ricerca e l'evitamento di condizioni ben precise, e non di altre, correlano significativamente in modo diretto con l'intensità dei sintomi. La ricerca di altre condizioni, invece, correla inversamente in modo significativo con gli indici psicopatologici. Specifici scopi motivazionali correlano poi con la presenza di disturbi di personalità. Infine, questi primi risultati indicano che la modificazione degli scopi motivazionali sembra avvenire nel corso della terapia in modo più lento rispetto al cambiamento sintomatico.

### Conclusioni

A differenza delle ipotesi degli autori della scala VAMO e in linea con le nostre ipotesi iniziali, il rapporto tra scopi di ricerca e di evitamento e sintomi psicopatologici è molto differenziato. L'evitamento di alcune condizioni, come l'umiliazione e la perdita di controllo si associa fortemente alla patologia, ma questo non accade per molte altre forme di evitamento. Un discorso simile avviene per gli scopi di ricerca: fortemente associata a una condizione di salute c'è la ricerca di senso esistenziale, mentre la motivazione a raggiungere buone prestazioni si associa alla patologia.

### **3. SCHEMI MALADATTIVI DISFUNZIONALI PRECOCI IN UN CAMPIONE DI STUDENTI IN FORMAZIONE: INDAGINE ATTRAVERSO LO YOUNG SCHEMA QUESTIONNAIRE**

M. Sansone, F. Agah Seyed Razi, C. Carraresi, G. Mazzoni, S. Mori

*Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (SCF), Firenze*

#### Introduzione

Il concetto di schema è stato ampiamente utilizzato in psicologia per descrivere come viene rappresentata ed organizzata la conoscenza (Bartlett, 1932, Piaget, 1962, Neisser, 1967). In ambito clinico, la terapia cognitiva di Beck (1976) pone alla base della eziopatogenesi dei disturbi psicopatologici gli schemi disfunzionali e i bias cognitivi ad essi correlati. L'accezione che viene data al concetto di schema non è univoca. Jeffrey E. Young (Young, 1990), integrando i contributi di Beck con quelli di Bowlby (1973), Ainsworth (1968), Horowitz (1991) e LeDoux (1996), identifica una particolare classe di schemi, definiti "schemi maladattivi precoci" (SMP). Essi sono modelli articolati riguardanti la visione che l'individuo ha di se stesso e degli altri, costituiti da ricordi, emozioni, pensieri e sensazioni somatiche; si sviluppano durante l'infanzia e l'adolescenza e vengono elaborati successivamente nel corso della vita. Gli SMP in origine costituiscono una visione adattiva della realtà, ma, divenendo disadattivi durante la crescita, sono difficilmente modificabili. Questi guidano il modo di pensare, agire e relazionarsi con gli altri e possono assumere un carattere di pervasività tale da originare tratti di personalità patologica o altre patologie croniche di Asse I (Young, et al., 2003, tr. it a cura di Carrozza et al, 2007). Murphy e Halgin (1995) evidenziano l'esistenza di determinate esperienze di vita e tratti personologici alla base della motivazione verso la professione di psicoterapeuta, anche se poche ricerche si sono rivolte alla valutazione degli effetti del training formativo stesso nelle dinamiche psicologiche dello specializzando in formazione (Perlman, 1973).

#### Obiettivo

Con la presente ricerca si ha l'obiettivo di descrivere e conoscere l'organizzazione degli schemi maladattivi degli studenti di una scuola di specializzazione in psicoterapia cognitiva, e come secondo scopo confrontare i risultati con quelli ottenuti attraverso la somministrazione ad un campione di soggetti non coinvolti in training o professioni di cura, ipotizzando possibili differenze nel profilo tra questi due gruppi di soggetti.

#### Metodo

A circa 80 studenti della scuola di specializzazione in psicoterapia cognitiva di Firenze sarà somministrato il test YOUNG SCHEMA QUESTIONNAIRE (YSQ, Young et al., 1990). Parallelamente verrà eseguita una somministrazione ad un campione della popolazione generale, equivalente per sesso ed età. La scelta dei soggetti è basata su un criterio di esclusione, includendo persone che non hanno intrapreso studi in psicologia, né in psicoterapia, né svolgano attività di cura. Verrà effettuata un'analisi descrittiva dei risultati, attraverso cui sarà possibile stendere un profilo degli specializzandi e una comparazione delle medie tra i due gruppi sulle principali organizzazioni degli schemi.

#### Risultati e conclusioni

La ricerca è adesso in fase di progettazione ed iniziale attuazione. Si prevede di poter stendere un profilo degli specializzandi inerente ai costrutti misurati e di pianificare gli ulteriori sviluppi futuri dello studio. Questa fase della ricerca rappresenta solo un iniziale lavoro descrittivo, che potrebbe essere ampliato in diverse direzioni.

14.30 – 15.45	SESSIONE RELAZIONI	<p><b>Comprendere la mente altrui: relazione tra funzioni neuropsicologiche ed abilità di cognizione sociale in un campione di soggetti normali</b></p> <p><i>Barbarulo A.M., Palmieri R., Sagliano L., Trojano L., Cotugno A.</i> (SPC – Napoli)</p> <p><i>Chair:</i> S. Sassaroli</p> <p><i>Discussant:</i> A. Cotugno</p>
		<p><b>Empatia: la prospettiva delle neuroscienze sociali</b></p> <p><i>Avallone E., Brescia G., Cimmino M., Valente M., Farina B.</i> (SPC – Napoli)</p> <p><b>Emozioni esagerate: perfezionismo, controllo e criticismo</b></p> <p><i>Fiore F., Piccioni S., Valenti V., Mezzaluna C.</i> (Studi Cognitivi – San Benedetto del Tronto)</p>



## 1. COMPRENDERE LA MENTE ALTRUI: RELAZIONE TRA FUNZIONI NEUROPSICOLOGICHE ED ABILITÀ DI COGNIZIONE SOCIALE IN UN CAMPIONE DI SOGGETTI NORMALI

A.M. Barbarulo<sup>1</sup>, R. Palmieri<sup>2</sup>, L. Sagliano<sup>3</sup>, L. Trojano<sup>4</sup>, A. Cotugno<sup>5</sup>

<sup>1</sup>*Psicologa, Dottore di Ricerca in Neuroscienze, Seconda Università di Napoli, Specializzanda della Scuola SPC di Napoli (IV anno). Training: Cotugno-Falcone-Liotti.*

<sup>2</sup>*Psicologa, Seconda Università di Napoli.*

<sup>3</sup>*Laureata in Psicologia, Seconda Università di Napoli.*

<sup>4</sup>*Neurologo, Professore Associato di Psicologia Fisiologica, Seconda Università di Napoli.*

<sup>5</sup>*Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC.*

### Introduzione

La cognizione sociale (social cognition) rappresenta un dominio cognitivo che comprende l'insieme delle capacità che permettono ad un individuo di costruire rappresentazioni mentali delle relazioni esistenti fra se stesso e gli altri, e di utilizzare queste rappresentazioni per muoversi efficacemente nel proprio ambiente sociale (Adolphs, 1999). L'efficacia delle relazioni interpersonali dipende dalla capacità di prevedere e controllare le esigenze comunicative ed emotive degli altri e di valutarne tempestivamente gli effetti. Blair e Cipollotti (2000) hanno recentemente proposto un modello della cognizione sociale "quadrifattoriale" in cui suppongono che per una completa comprensione del mondo circostante sia necessario il funzionamento di quattro abilità fondamentali: la capacità di "mentalizzare" (Teoria della Mente, Baron-Cohen, 1995); la capacità di attribuire stati emotivi alle altre persone; la capacità di aderire alle regole morali e convenzionali; la capacità di assumere un comportamento socialmente adeguato al contesto.

Pochi studi, fin ora, si sono concentrati sui cambiamenti delle abilità di cognizione sociale che si verificano durante l'età adulta. Inoltre, in letteratura non c'è un accordo sostanziale riguardo a quali componenti della cognizione sociale si modificano con l'età e se esse sono determinate o meno da un declino di altre funzioni cognitive di base. In particolare, secondo alcune ricerche (Happé et al., 1998) la Teoria della Mente non si deteriora in età avanzata, anzi si preserva in modo selettivo rispetto ad altre capacità mentali; altri studi (Maylor et al., 2002), invece, suggeriscono la presenza di un declino parallelo delle abilità di Teoria della Mente e del livello intellettuale generale con l'età.

### Obiettivo

Nell'ambito del modello quadrifattoriale della Cognizione Sociale proposto da Blair e Cipollotti (2000), il presente studio si pone l'obiettivo generale di indagare i cambiamenti correlati all'età di alcune abilità di cognizione sociale e la loro relazione con il funzionamento cognitivo di base. Nello specifico, abbiamo valutato empiricamente due funzioni socio-cognitive: le abilità di mentalizzazione e la capacità di attribuire

stati emotivi agli altri, mediante prove sia verbali che non-verbali in modo da valutare anche l'eventuale effetto della modalità di somministrazione.

### Metodo

Per lo studio sono stati reclutati 65 soggetti sani (36 femmine), di età compresa tra i 20 e i 72 anni e con scolarità compresa tra i 5 e i 17 anni. Il quadro cognitivo complessivo è stato misurato mediante una breve batteria di test neuropsicologici per le abilità cognitive generali ed esecutive (test di fluenza verbale, Matrici Progressive di Raven, Mini Mental State Examination e la Frontal Assessment Battery). Le abilità di cognizione sociale sono state valutate utilizzando la traduzione in lingua italiana di Prior e Sartori (2003) del test originale di Blair e Cipollotti (2000). Per misurare l'abilità di interpretazione degli stati mentali altrui sulla base di informazioni verbali è stato utilizzato il test delle 13 storie di Teoria della Mente adattato dal compito di Happè (1994). Per quanto riguarda l'abilità d'interpretazione delle emozioni altrui sulla base di materiale verbale è stato utilizzato il "Test di Attribuzione delle Emozioni", adattato dal compito di Blair (1995). Il test prevede 7 categorie emotive: tristezza, paura, imbarazzo, disgusto, felicità, rabbia, invidia. Per la misurazione dell'abilità d'interpretazione delle emozioni altrui sulla base di materiale non verbale è stato utilizzato il "Test degli Occhi" (Baron-Cohen et al., 1997, adattato in italiano da Surian e Serafin, 2004) che consiste in 36 "slides emotogene" che rappresentano immagini di occhi espressivi di stati mentali complessi. Infine, un sottogruppo del campione sperimentale (21 soggetti; 14 femmine) è stato sottoposto ad una ulteriore valutazione neuropsicologica per l'approfondimento di alcune funzioni cognitive strumentali ed esecutive.

### Risultati

L'analisi della varianza univariata ha evidenziato una differenza significativa tra giovani e anziani alle prove per le abilità di mentalizzazione e per la capacità di attribuzione delle emozioni: i soggetti più giovani ottengono in entrambi i casi una prestazione migliore rispetto agli anziani. In riferimento ai sette subtest del Test di Attribuzione delle Emozioni, si è registrata una superiorità significativa dei giovani rispetto agli anziani solo nel riconoscimento di Rabbia e Imbarazzo. Inoltre, si è evidenziata una correlazione significativa solo tra il test di Attribuzione delle Emozioni e il Test di Teoria della Mente, mentre il Test degli Occhi non correla con le altre prove di Cognizione Sociale. Rispetto alle correlazioni con le prove neuropsicologiche, il Test di Teoria della Mente è risultato significativamente correlato solo con la prova di valutazione della Memoria di Prosa, mentre il Test di Attribuzione delle Emozioni correla significativamente sia con le prove per le abilità cognitive generali (Mini Mental State Examination, Matrici di Raven) sia con numerose prove per le funzioni esecutive (Trail Making Test- parte B e parte B-A, Stroop Test).

### Conclusioni

I risultati del nostro studio hanno evidenziato un declino con il progredire dell'età della capacità di inferire sia stati mentali, come intenzioni e credenze (Teoria della Mente), sia stati emotivi (Riconoscimento e attribuzione di emozioni). La correlazione significativa tra il Test di Teoria della Mente e il Test di Attribuzione delle Emozioni conferma l'ipotesi di Blair e Cipollotti (2000) secondo cui la Teoria della Mente può essere ritenuta il prerequisito di fondo per lo sviluppo di una cognizione affettiva che ci permette di riconoscere le emozioni negli altri. Ed è proprio la componente affettiva della Cognizione Sociale (Test di Attribuzione delle Emozioni) che sembra subire maggiormente gli effetti del funzionamento cognitivo generale, come dimostrato dall'analisi correlazionale. Dunque, sebbene le abilità di attribuzione di stati mentali ed emotivi dipendano in parte l'una dall'altra, esse appaiono dissociabili tra loro e probabilmente dipendenti da circuiti cognitivi e neurali distinti.

E' necessario sottolineare che i soggetti anziani hanno mostrato delle difficoltà significativamente maggiori rispetto ai soggetti giovani alle storie che richiedevano la capacità di attribuire emozioni di tipo negativo, come la rabbia e l'imbarazzo. Tali dati confermano studi precedenti (Prior et al., 2003; Ruffman et al., 2008) e possono essere correlati alla tendenza degli individui più anziani a prestare attenzione e a ricordare maggiormente le informazioni emotive positive rispetto a quelle negative (Charles et al., 2003; Mather e Carstensen, 2003) come una strategia adattiva che consente di evitare i conflitti sociali. Tener conto, che anche nei soggetti normali aree distinte dei circuiti neurali e cognitivi sono specializzate nell'elaborazione di classi differenti di stimoli sociali, può aiutare i ricercatori e i clinici a meglio comprendere i disordini psicopatologici conseguenti a un disturbo di questo meccanismo neurocognitivo.

## 2. EMPATIA: LA PROSPETTIVA DELLE NEUROSCIENZE SOCIALI

E. Avallone<sup>o</sup>, G. Brescia<sup>o</sup>, M. Cimmino<sup>o</sup>, M. Valente<sup>o</sup>, B. Farina<sup>#</sup>

<sup>o</sup>*Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva – Napoli*

<sup>#</sup>*Psichiatra, Didatta SPC - Napoli*

### Introduzione

L'empatia è definita come la capacità di comprendere e rispondere alle esperienze affettive di un'altra persona (Decety, Jackson, 2006). Gli studi più recenti in ambito cognitivo-comportamentale e di neuroimaging funzionale mostrano come la comprensione degli stati emotivi, sia in se stessi che negli altri, avvenga attraverso l'attivazione dei medesimi meccanismi neuronali. Questo sistema dà origine a rappresentazioni condivise/comuni (Decety & Sommerville, 2003) che costituiscono un aspetto importante dell'empatia, ma non l'unico. Così come evidenziato da Decety e Jackson, altre componenti – la capacità cognitiva di differenziazione tra la propria prospettiva e quella altrui e la capacità di regolare le proprie emozioni – fanno parte di un modello funzionale di empatia.

### Obiettivo

Lo scopo dell'intervento è quello di tracciare una visione d'insieme di queste componenti, secondo la prospettiva delle neuroscienze cognitive sociali, presentando alcuni dati sperimentali relativi alle aree cerebrali coinvolte. Si ritiene, infatti, che l'empatia sia un fenomeno unitario risultante dall'interazione di tre componenti principali, distinte fra loro e con specifici meccanismi neuronali. In particolare la nostra attenzione si è soffermata sulla percezione della sofferenza nell'altro, rispetto ai seguenti tre elementi:

L'esistenza di un comune meccanismo neuronale/area cerebrale per il processamento del dolore fisico e del dolore psicologico (Eisenberger, Lieberman, 2004; Eisenberger et al., 2006);

L'esistenza di un meccanismo neuronale sotteso alla differenziazione sè-altro (Ruby e Decety, 2004; Jackson, Brunet et al., 2005) per consentire l'esperienza empatica rispetto al cosiddetto contagio emotivo.

Il fatto che la regolazione dell'esperienza affettiva dolorosa – dimostrata attraverso una ridotta attivazione dell'amigdala – dipenda dalla capacità di simbolizzazione (Lieberman et al., 2007) e dalla sensibilità individuale alle espressioni facciali indicanti rifiuto/disapprovazione (Burklund, Eisenberger, Lieberman, 2007).

### Metodo

Sono stati combinati contributi provenienti dalle più recenti ricerche in ambito delle neuroscienze cognitivo-sociali sui meccanismi neuronali dell'empatia e del dolore, fisico e sociale, che hanno utilizzato prevalentemente come strumento di osservazione la fMRI.

### Risultati

Il concetto di empatia rimanda ad una delle funzioni metacognitive più complesse della mente umana. Anche funzioni così complesse hanno una loro rispondenza in circuiti neuronali ben definiti. Le aree implicate nel dolore, fisico e sociale, pur avendo circuiti distinti e con specifiche funzioni si attivano in coincidenza. Pertanto emerge, dalle ricerche consultate, che condividere e simbolizzare le esperienze dolorose determina una minore attivazione nelle relative regioni cerebrali, riducendone così l'impatto emotivo.

### Conclusioni

Il presente lavoro evidenzia come le componenti dell'empatia trovino una plausibilità neurobiologica nei contributi raccolti, facendo luce su quello che la psicologia clinica e la psicoterapia da sempre conoscono sull'importanza delle relazioni fra gli esseri umani. L'approfondimento delle conoscenze dei meccanismi neuronali dell'empatia può ad esempio chiarire come specifici deficit empatici siano alla base di alcune condizioni psicopatologiche.

Questi aspetti possono aumentare la nostra comprensione del processo empatico all'interno della relazione psicoterapeutica, guidandone il lavoro in maniera più consapevole.

### Bibliografia

Burklund L.J., Eisenberger N.I., Lieberman M.D., “ The face of rejection: Rejection sensitivity moderates

dorsal anterior cingulate activity to disapproving facial expressions” in *Social Neuroscience* Vol.3 n.4, 2007.

Decety J., Jackson P.L., “A Social Neuroscience Perspective on Empathy” in *Current Directions in Psychological Science*, n. 406, 2006.

Eisenberger N.I., Lieberman M.D., “Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain” in *TRENDS in Cognitive Sciences* Vol.8 n.7, 2004.

Eisenberger N.I. et al., “An experimental study of shared sensitivity to physical pain and social rejection” in *Pain* n.126, 2006.

Lieberman M.D. et al., “Putting Feelings Into Words” in *Psychological Science* Vol.18 n.5, 2007.

### 3. EMOZIONI ESAGERATE: PERFEZIONISMO, CONTROLLO E CRITICISMO

F. Fiore<sup>1</sup>, S. Piccioni<sup>1</sup>, V. Valenti<sup>1</sup>, C. Mezzaluna<sup>1</sup>.

*Studi Cognitivi sede San Benedetto del Tronto;*

La regolazione emotiva consiste nell'incapacità del soggetto di compiere operazioni necessarie ed efficaci per ridurre l'intensità delle emozioni (Linehan, 1993). L'emotività esagerata dipende da una mancanza di regolazione degli stati emotivi, derivante da una base biologica-temperamentale, il cui manifestarsi è favorito da un ambiente invalidante (Linehan, 2001). L'ambiente familiare se caratterizzato da criticismo verso i comportamenti e le manifestazioni emotive porta al manifestarsi del perfezionismo (Frost, 2001). La maggior parte delle persone perfezioniste, cioè coloro che mirano a raggiungere alti standard, si pongono obiettivi eccessivamente elevati, e soprattutto hanno timore dell'errore, tendono ad interpretare ogni minima discrepanza dall'obiettivo iniziale come segno di fallimento globale. Per non avvertire questo senso di fallimento totale mettono in atto una serie di meccanismi, mentali e comportamentali, controllanti nei confronti della realtà circostante (Stoeber e Joorman, 2001).

I pazienti affetti da disturbo borderline di personalità sono noti per la loro mancanza di regolazione emotiva. La reazione emotiva di chi ha questo disturbo è molto più immediata, marcata e duratura rispetto a quella delle altre persone, per cui gestire le proprie emozioni diventa più difficile (Semerari, 2003).

Lo scopo del presente lavoro è misurare l'incidenza del perfezionismo, del controllo e del criticismo sulla disregolazione emotiva, osservando la modalità in cui queste variabili si influenzano reciprocamente.

Per tale motivo ad un gruppo di 20 pazienti, con età compresa tra i 30-54 anni ( $DS \pm 7,2$ ), bilanciati per sesso e per età e aventi diagnosi di disturbo borderline di personalità, è stata somministrata la seguente batteria di test: Multidimensional Perfectionism Scale (MPS, Frost 1990), Parental Criticism Inventory (PCI, Apparigliato et al., 2007), Affective Control Questionnaire (ACQ, Kyrios, 2006), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS, Gratz & Roemer, 2004).

I dati sono stati elaborati realizzando un modello di equazioni strutturali in cui la disregolazione emotiva rappresenta la variabile dipendente, mentre il criticismo, il perfezionismo e il controllo rappresentano le variabili indipendenti esogene. Il modello risulta essere un buon modello ( $\chi^2=4,07$ ; gdl=1;  $p<,05$ ; GFI = ,925; AGFI = ,775; CFI = ,921; RMSEA =0,4). Inoltre, è stata eseguita una ANOVA between da cui si ha che esiste l'interazione tra le diverse scale somministrate ( $F(4,72)=,89$ ;  $p<,05$ ).

I partecipanti allo studio sono molto perfezionisti e tentano di controllare di più le situazioni interne rispetto a quelle esterne. Mostrano difficoltà a controllare gli impulsi e tanto hanno subito critiche da parte dei genitori quanto non hanno accesso alle proprie emozioni. Sono molto rabbiosi e non hanno chiarezza e consapevolezza delle proprie emozioni. I dati emergenti dalla path analysis mostrano una relazione positiva tra la rabbia e la disregolazione emotiva. In questo senso confermano empiricamente quanto era già noto dall'osservazione clinica. La relazione inversa, invece, esistente tra il perfezionismo e la disregolazione (se confermata in campioni più estesi) potrebbe essere interpretata come frutto di una pseudo-razionalizzazione delle emozioni che così diventerebbero in qualche modo regolate (Fonagy, 2004).

15.45 – 17.00

**SESSIONE POSTER  
IN PARALLELO**

Sessione 4:  
**Stati Emotivi e loro gestione** (5 poster)  
Tutor: F. Monticelli

Sessione 5:  
**Depressione** (6 poster)  
Tutor: S. Cardetti

Sessione 6:  
**Il Disturbo Borderline** (5 poster)  
Tutor: E. Prunetti

**SESSIONE 4:  
STATI EMOTIVI E LORO GESTIONE (5 POSTER)**Tutor: *F. Monticelli***1. PENSIERI CONTROFATTUALI NEL SENSO DI COLPA DEONTOLOGICO E ALTRUISTICO**M. Baracca, V. Bosio, M. De Carli, C. Magrin, M. Pinton, M.P. Ruggeri, A. Gangemi<sup>o</sup>*Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Verona*<sup>o</sup>*Università di Cagliari, Docente APC ed SPC*

Recenti ricerche hanno dimostrato l'esistenza di due fondamentali domini morali, altruistico e deontologico e quindi di due corrispondenti sensi di colpa: uno dipendente dal riconoscimento di aver danneggiato altri che non lo meritavano o di essere stati egoisti; il secondo conseguente invece al riconoscimento di aver trasgredito norme morali (cfr. Mancini, 2008). Sembra peraltro che i pazienti ossessivi tendono a riconoscersi colpevoli in senso deontologico più facilmente di quanto accade ad altre tipologie di pazienti, mentre i pazienti depressi tendono a riconoscersi colpevoli in senso altruistico più facilmente di altri pazienti (Mancini e Gangemi, 2008).

Il presente lavoro si propone di fornire ulteriori dati a sostegno della tesi pluridimensionale del senso di colpa, mettendo in luce le loro differenti implicazioni sia a livello cognitivo che comportamentale. In particolare, vogliamo dimostrare che il senso di colpa deontologico e il senso di colpa altruistico generano pensieri controfattuali differenti (i.e. pensieri alternativi a quanto avvenuto nella realtà).

A tal fine, dopo aver indotto in due differenti gruppi di soggetti uno dei due sensi di colpa (deontologico e altruistico) attraverso la lettura di brevi storie, verranno loro mostrate storie di colpa comprendenti gli ingredienti cognitivi di entrambi i tipi di colpa, e richiesto loro di produrre pensieri controfattuali. Ci aspettiamo che: 1. chi esperisce senso di colpa deontologico produrrà un maggior numero di pensieri controfattuali riferiti al sé (ad es. "Avrei potuto fare/essere..."), mentre 2. chi sperimenta senso di colpa altruistico produrrà pensieri controfattuali riferiti maggiormente alla vittima (ad es. "se solo... allora non avrebbe sofferto così tanto.") Verranno discusse le implicazioni cliniche dei risultati ottenuti rispetto al disturbo ossessivo-compulsivo.

## 2. IMPULSIVITÀ, RABBIA, AGGRESSIVITÀ: TRATTI DI PERSONALITÀ O RISPOSTE COMPORTAMENTALI A VERGOGNA E COLPA?

A. Brugnoli e M. Fantinati

*Studi Cognitivi sede di Modena*

In relazione al tema dell'impulsività con rischio di esito in comportamenti aggressivi, la letteratura scientifica propone, in particolare, due possibili interpretazioni. La prima in base alla quale l'impulsività costituirebbe una condizione sia di tratto sia di stato. La seconda secondo cui l'impulsività avrebbe una condizione prodromica collegata a sentimenti di colpa e vergogna la cui mancata elaborazione produrrebbe comportamenti disadattivi, anche nella forma di esplosione di violenza. E' possibile integrare impulsività e rabbia in un unico costrutto o costituiscono di due dimensioni separate? E' possibile che l'esito comportamentale manifesto di rabbia e impulsività abbia alla base sentimenti di vergogna e colpa non elaborati? Il compito di anger recall in compiti di rabbia, vergogna e colpa rievocati e rimuginati influenza performances cognitive motorie e visuo-spaziali? Si possono evidenziare su questa base indicazioni terapeutiche?

Tramite questo studio si è andato a valutare se le dimensioni 'impulsività' e 'rabbia' rappresentino specifici tratti di personalità o siano riferibili a sensi di colpa o vergogna, se le misure di impulsività e rabbia e/o quelle di vissuti di colpa e vergogna predicano empiricamente l'assegnazione di pazienti a due classi diagnostiche (Disturbo di Personalità e Disturbo di Personalità e dipendenza da sostanze) ed infine se un compito di anger recall riferito ad episodi che hanno provocato rabbia o vergogna interferisca in un compito cognitivo visuo-spaziale eseguito al computer.

Ai due gruppi di soggetti è stata somministrata una batteria testistica, così articolata: Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton, Stanford & Barratt, 1995), la forma adattata del Test of Self-Conscious Affect (TOSCA, Luyten; Fontaine; Corveley; 2002), State-Trait Anger Expression Inventory - STAXI (Spielberger, 1988), compito di "Anger recall" con e senza distrattore e contemporanea misura di un compito computerizzato di pursuit visuo-spaziale.

I risultati preliminari ottenuti attraverso la realizzazione di una regressione lineare, delineano che gli episodi aggressivi potrebbero essere correlati a emozioni di colpa e vergogna. I dati vanno nella direzione di una correlazione tra comportamenti aggressivi e elaborazione disfunzionale di pensieri e memorie di eventi.

## 3. EMOZIONI E VENDETTA

E. Di Francesco\*, M.C. Barnabei\*, G. Piccione\*, A. Moè\*\*

\* *Studi Cognitivi sede di San Benedetto del Tronto*

\*\* *Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università degli Studi di Padova*

INTRODUZIONE: la vendetta può essere definita come l'infliggere un danno in cambio di un'ingiuria percepita ed è un potente fattore motivazionale per il comportamento aggressivo.

Alcune ricerche hanno valutato le differenze di genere presenti nell'atteggiamento vendicativo arrivando ad evidenziare che i maschi hanno una più forte propensione alla vendetta rispetto alle femmine; altre hanno individuato una correlazione tra l'atteggiamento vendicativo ed emozioni quali rabbia ed empatia.

Questo studio si propone di indagare una differenza di genere nella relazione tra queste due emozioni e l'atteggiamento vendicativo.

IPOSTESI: si prevede che nelle donne la mancanza di empatia si associ con un l'atteggiamento vendicativo nelle donne, mentre la rabbia si associ con l'attitudine degli uomini alla vendetta.

**MATERIALI E METODI:** ad un campione di 161 soggetti (75 M e 86 F) di età compresa tra i 20 e i 65 anni è stata somministrata una batteria di questionari: la Scala della Vendetta (The Vengeance Scale, Stuckless e Goranson, 1992, Trad. ital. di G. Piccione), la State Traits Anger Expression Inventory-2 (Staxi-2, Spielberger, 1979, Adatt. italiano di L. Comunian, 2004), e il questionario per la misurazione dell'Empatia (Davis, 1980, Adatt. italiano di P. Albiero, S. Ingoglia, A. Lo Coco).

**RISULTATI:** i dati delineano una differenza di genere nella correlazione tra l'atteggiamento vendicativo e le modalità emotive considerate.

**CONCLUSIONI:** Gli uomini sono maggiormente indirizzati al vendicarsi di torti subiti dalla rabbia mentre le donne da una mancanza di empatia, ci si prospetta differenti trattamenti nella pratica clinica: un trattamento basato prevalentemente sugli aspetti motivazionali per gli uomini, e uno maggiormente focalizzato sui valori interpersonali per le donne.

#### **4. ONICOFAGIA E DISSOCIAZIONE**

E. Puliti, I. Colicigno, M. Grassi, L. Pagnanelli, S. Pasqualetti, A. Pericoli, M. Quartini, M. Rossi, L. Salvatori, D. Sambrotta, S. Taddei

*Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (SCF), Firenze*

L'onicofagia è conosciuta comunemente come "l'abitudine a mangiarsi le unghie". I sistemi classificatori internazionali non danno un'esauriva spiegazione di questo comportamento, infatti non è menzionata come entità nosografica specifica nel DSM-IV TR e viene classificata nell'ICD-10 nella sezione "Altri disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza".

La ricerca internazionale che è stata svolta finora in questo ambito, ha permesso di riferire questo comportamento all'area dei cosiddetti "self-injurious behavior" (SIB) ovvero tutti quei comportamenti finalizzati alla mutilazione deliberata di una parte del corpo senza che vi sia un intento suicidario.

Il comune denominatore a cui solitamente è associata l'onicofagia è un elevato livello di ansia o comunque uno stato di tensione nervosa negativa che attraverso il comportamento autolesivo, il soggetto mira a ridurre. Recenti ricerche hanno indagato la relazione esistente tra esperienze dissociative e comportamenti autolesivi nei disturbi dell'alimentazione, trovando una relazione positiva tra i due fenomeni psicopatologici (Favaro et al 2007, Claes et al.2007, Waller et al 2007).

Con il presente lavoro, ci proponiamo di contribuire allo studio sulle relazioni tra SIB, quale l'onicofagia, e esperienze dissociative, valutate sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo. A tal fine sono stati somministrati il "Nail Biting Severity Questionnaire", il "Dissociation Questionnaire" (DIS-Q) ed il "Dissociative Experiences Scale" (DES) ad un campione di 40 soggetti onicofagici e ad un campione di 40 soggetti di controllo.

#### **5. VALUTAZIONE DELLE STRATEGIE DI COPING E GESTIONE DELLO STRESS IN ATLETI CALCIAITORI: DIFFERENZE TRA PROFESSIONISTI E NON PROFESSIONISTI**

H. Casale, E. Di Nardo, M. Trombetti

*Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (SCF), Firenze*

Obbiettivi della ricerca sono:

1. Valutare le caratteristiche di coping di atleti non professionisti di una squadra di calcio, in modo da ottenere indicazioni circa le diverse modalità dei giocatori di affrontare lo stress e conoscere come essi rispondano quando devono confrontarsi con difficoltà o con eventi stressanti (professionali o

personali).

2. Comparare i risultati ottenuti circa le caratteristiche di coping degli atleti non professionisti con quelli relativi ad una squadra di calcio professionistica, militante in serie A.

Lo strumento utilizzato sarà il Brief COPE (Carver, 1997), somministrato agli atleti in sessioni individuali, il quale valuta un'ampia varietà di risposte di coping, facendo riferimento ad una serie di distinte modalità di risolvere i problemi o di modulare le emozioni. Studi recenti hanno confermato la validità del Brief COPE in contesti sportivi, mostrando inoltre la superiorità della versione breve (Gaudreau e Blondin; 2002). È strumento idoneo ai nostri scopi anche in quanto di rapida somministrazione. Attraverso tali valutazioni sarà possibile stabilire alcuni punti di forza e alcune aree di possibile miglioramento di ciascun atleta, al fine di personalizzare un percorso di ottimizzazione degli aspetti maggiormente di ostacolo alla prestazione e al benessere. Sarà inoltre possibile stimare se i fattori che incidono sulla possibilità di divenire atleti professionisti siano influenzati, oltre che da differenze fisiche e tecniche, anche da variabili psicologiche e di personalità, nel caso specifico le diverse capacità di gestire gli eventi stressanti.

**SESSIONE 5:****DEPRESSIONE (6 POSTER)**Tutor: *S. Cardetti***1. ELABORAZIONE E SVILUPPO DI INIZIATIVE PREVENTIVE DI RICONOSCIUTA EFFICACIA PER INDIVIDUARE E PREVENIRE LA DEPRESSIONE POST PARTUM**

T. Carmellini

*Associazione di Psicologia Cognitiva, sede di Verona. III anno.***Introduzione**

Il presente lavoro fa parte di un Progetto Ministeriale di Ricerca più complesso e articolato dal titolo "Elaborazione e sviluppo di iniziative preventive di riconosciuta efficacia per individuare e ridurre il rischio di suicidio, tentato suicidio e di depressione post partum", coordinato dall'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio (ASP). Del Progetto fanno parte l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano, i quali si occupano della parte relativa all'individuazione e la prevenzione del rischio di suicidio e tentato suicidio e l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento cui compete l'individuazione e la prevenzione della depressione post-partum, della quale il coordinatore istituzionale è il dr. Francesco Reitano e il coordinatore scientifico la dr.ssa Lorenza Donati dell'Unità Operativa di Psicologia N.2.

Il mio intervento si concentrerà sulla tematica relativa alla depressione post partum, collaborando come psicologa borsista alla realizzazione del suddetto Progetto. Nello specifico i lavori hanno preso avvio nell'anno 2008 e termineranno indicativamente all'inizio del 2010. Pertanto, ai fini della presentazione al Forum di Assisi, mi concentrerò sulla presentazione dei dati di letteratura sui fattori di rischio legati alla depressione post partum e, se possibile, alla presentazione dei primi dati raccolti con la Ricerca.

La depressione perinatale è generalmente riconosciuta come uno dei disturbi più comuni nelle donne durante la gravidanza e nel primo anno dopo il parto. Le stime di prevalenza e incidenza variano in letteratura dal 5% a più del 25% tra le donne gravide e le neomamme (Gaynes, BN., 2005).

La depressione nel post-partum non differisce dalle forme depressive che si presentano in altri periodi della vita; essa, tuttavia, ha evidenti conseguenze sul neonato e sulla relazione madre-bambino (Poobalan et al. 2007). Spesso non è riconosciuta né dalla madre, né dal partner né dal medico e quindi non è trattata, come risulta da precedenti ricerche e sperimentazioni cliniche:

nel 50% dei casi non è diagnosticata e solo il 49% dei soggetti che ne avvertono i sintomi cerca aiuto (Ramsay, 1993);

i sintomi che compaiono in questo periodo sono frequentemente sottovalutati e trascurati sia dalle pazienti sia dai clinici (Evins et al, 2000);

i ginecologi diagnosticano solo una parte delle depressioni post-partum (16%-22%) e non riconoscono adeguatamente le depressioni a rischio suicidario (Morris, Rush et al, 2003).

Similmente, la depressione puerperale è spesso sottodiagnosticata. L'ansia o lo stress materno prima della nascita possono rappresentare un rischio significativo per la futura madre e per lo sviluppo del bambino. L'ansia è frequentemente in comorbilità con la depressione, ma viene trascurata negli studi riguardanti la gravidanza e il periodo post-natale pur risultando spesso associata a depressione post-partum (Austin, 2004), disturbi di sviluppo e attività fetali, basso peso alla nascita, difetti fisici nel bambino e problemi comportamentali ed emozionali (Brockington, 2004).

**Obiettivo**

Obiettivo generale del Progetto è la messa a punto e la valutazione dell'appropriatezza organizzativa di un

percorso assistenziale rivolto all'assistenza della donna in gravidanza e nel periodo post partum, diretto alla prevenzione e al riconoscimento tempestivo della depressione post partum.

Si intende, inoltre, fornire agli operatori del SSN indicatori immediatamente valutabili del rischio di insorgenza della DPP nelle donne in gravidanza e nel periodo post partum, e valutare sul campo l'efficacia di trattamenti psicologici prima e dopo il parto nella riduzione dell'insorgenza del rischio e dell'instaurazione di una DPP vera e propria.

#### Metodo

Si prevede di studiare una coorte di circa 200 donne in gravidanza, ad esclusione di donne che presentino: a) problematiche psichiatriche di tipo psicotico o gravi disturbi di personalità o tossicodipendenza/alcolismo in atto; b) gravi limitazioni di comunicazione verbale o scarsa conoscenza della lingua italiana; c) eventuali complicanze ostetriche da valutare in corso d'opera.

La raccolta dei dati avverrà in modo prospettico e sarà condotta da personale psicologo presso le sedi dei Consultori, delle Unità Operative di Psicologia e delle Unità Operative ospedaliere di Ostetricia e Ginecologia coinvolte.

Una volta individuati in letteratura strumenti di screening e terapeutici idonei, sarà realizzato un intervento volto al miglioramento della diagnosi precoce dei casi di depressione puerperale in cui verranno applicati sia strumenti per la valutazione del rischio in chiave clinica (definizione di livelli di gravità prognostica), sia per la valutazione dell'esistenza di aspetti di vulnerabilità (predittori, mediatori e moderatori di esito) familiare, sociale, culturale ed economica in cui la coppia madre-bambino si inserisce, tenendo pur sempre presente che spesso i segni di depressione post-partum si manifestano a distanza dal parto.

Per effettuare lo screening saranno definiti protocolli di collegamento tra i diversi Servizi e gli operatori per attivare gli spazi di informazione/reclutamento delle partecipanti al Progetto.

Sono previsti nel disegno del percorso assistenziale proposto alcuni spazi/interventi per sensibilizzare e raccogliere le adesioni sia in fase pre-parto sia in fase post-parto, secondo il seguente schema.

#### PRIMO ACCESSO:

Spazio di informazione/reclutamento pre-parto dall'ottava alla dodicesima settimana (prevalentemente ambulatoriale condotto da medico/ostetrica).

#### SECONDO ACCESSO

Spazio di informazione/reclutamento pre-parto dalla ventottesima settimana, in occasione della partecipazione ai Corsi di preparazione alla nascita e genitorialità (condotto prevalentemente dallo psicologo o da personale ostetrico/ginecologo).

#### TERZO ACCESSO

Intervento di carattere informativo, in ospedale subito dopo il parto, dove verrà ulteriormente presentata l'opportunità di partecipare al Progetto (da parte delle psicologhe borsiste).

Per le donne reclutate, che hanno dato l'adesione, nelle tre fasi d'accesso sono previsti due incontri nel post-partum:

- al secondo mese di vita del bambino;
- dal nono al dodicesimo mese di vita del bambino.

Le donne verranno contattate dalle psicologhe borsiste.

Lo screening verrà condotto su tutte le donne che accetteranno la proposta di partecipazione e consisterà in un colloquio psicologico in cui verrà somministrata una intervista semi-strutturata creata ad hoc basandosi sull'analisi dei fattori di rischio individuati da Cheryl Tatano Beck (2001, "Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory") e verrà proposto uno strumento autosomministrato (EPDS) (Cox e al. 1996) nel pre e nel post-parto. Tutto questo nel rispetto delle norme sulla privacy.

Alla luce degli esiti dell'intervista e della presenza di indicatori raccolti nella revisione sistematica, alle donne risultate "a rischio" prima e/o dopo il parto verrà offerto un ciclo di psicoterapia breve individuale. Tutte le donne verranno contattate e informate dalle psicologhe borsiste sugli esiti dell'incontro avuto.

Si intende con questo valutare se uno screening precoce sui sintomi ansiosi e depressivi con una seguente offerta di supporto psicologico (quattro incontri) possa migliorarne gli esiti (Gaynes BN. e al. 2005). Per la valutazione degli esiti degli interventi si utilizzerà uno strumento, proposto in fase d'accesso e dopo i quattro incontri, validato nella popolazione italiana, che misura l'ampiezza dello stress psicologico in maniera trasversale rispetto ai costrutti "benessere", "sintomi" e "funzionamento", il CORE-OM (Evans C. 2003 – Palmieri G. e al. 2006). Dal punto di vista metodologico l'intenzione è quella di poter trattare come una sorta di coorte parallela o "comparison-group" il sottogruppo delle donne a rischio che non accetteranno (sia nel pre che nel post parto) la proposta di trattamento psicologico e che proseguiranno il loro percorso nascita

standard ma che, comunque, potranno essere rivalutate in una delle successive finestre di screening.

### Risultati

Ci si aspetta di individuare nel campione di donne studiato i valori di incidenza del disturbo pari a quelli attualmente presenti in letteratura. Si attende, inoltre, che indicatori di depressione pre partum, individuati attraverso l'intervista semistrutturata e l'EPDS, siano predittivi di depressione nel post partum, se non efficacemente trattati. Infine, per le donne, individuate positive alla depressione peri-parto che hanno accettato un intervento di supporto psicologico, ci si aspetta un miglioramento del loro stato di salute psicologica nel dopo parto.

Al "III Forum sulla Formazione in psicoterapia" verranno presentati i dati derivati dalla letteratura sul tema, in particolare sulla valutazione dei fattori di rischio della PPD, e (se possibile) i risultati della ricerca raccolti sino a quel momento. Per avere i risultati definitivi del lavoro, infatti, bisognerà attendere sino agli inizi del 2010, quando il Progetto terminerà.

### Conclusioni

Con questo lavoro si intendono fornire gli strumenti adeguati di individuazione del fenomeno per cercare di prevenirlo e fornire al personale medico e paramedico gli indicatori precisi per un intervento precoce di prevenzione e cura del fenomeno oggetto di studio.

L'individuazione, attraverso l'intervista semistrutturata, dei fattori di rischio per lo sviluppo della depressione post partum, specifici per ogni donna, permette di offrire alla puerpera o neomamma un intervento efficace e mirato per la promozione della sua salute psicologica. In particolare, data la presenza di depressione prenatale come uno degli indici predittivi più forti della depressione post partum, si inviteranno le donne a cogliere l'opportunità di avere un percorso di supporto psicologico prima della nascita dei loro bambini.

L'importanza di uno screening precoce dei fattori di rischio legati alla depressione post partum, risulta di fondamentale importanza nella prevenzione e promozione della salute psicologica della puerpera e del suo bambino, per un sano sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo dello stesso.

## **2. GESTIONE DELLE EMOZIONI E DEPRESSIONE NEI PAZIENTI OBESI BED E NON BED**

L. Celotti, G. Rancati, R. Dipinto, F. Giudici

*Psicoterapia e Ricerca sede di Milano*

### Introduzione

I fattori emotivi svolgono un ruolo importante per i disturbi alimentari. L'alessitimia, ovvero il mancato riconoscimento degli stati affettivi e l'incapacità di una loro espressione, risulta un aspetto significativo in molti pazienti affetti da queste patologie. Alcuni studi eseguiti sul Binge Eating Disorder (BED) dimostrano l'esistenza di una correlazione tra lo stato depressivo del paziente.

### Obiettivo

L'obiettivo del presente lavoro è verificare l'esistenza di una differenza nel processamento e nella espressione delle emozioni (alessitimia) in soggetti obesi affetti da BED ed in soggetti obesi non affetti da BED e di esplorare la relazione esistente tra BED, depressione e alcuni aspetti del costrutto dell'alessitimia.

### Metodo

A N=100 soggetti obesi (Body Mass Index –BMI- > 30), frequentanti il programma terapeutico residenziale attuato presso una clinica privata (Villa Esperia, Salice Terme (PV)), sono stati somministrati i seguenti test: La scala Binge Eating Scale (BES, Gormally et al, 1982), allo scopo di controllare la presenza del presenza di BED.

La scala Toronto Alexithymia Scale (TAS-20, Taylor et al., 1992), allo scopo di identificare gli indici di alessitimia.

La scala Beck Depression Inventory (BDI, Beck et al., 1987), allo scopo di misurare il grado di eventuali

tratti depressivi.

#### Risultati e Conclusioni

I dati sono stati processati attraverso la realizzazione di una rho di Spearman che evidenzia l'esistenza di una correlazione positiva tra BED e Alessitimia e depressione ( $r = ,475$ ;  $p < ,05$ ). Questo dato potrà avere ripercussioni sul piano clinico al fine di implementare le competenze volte al miglioramento della consapevolezza del legame tra cibo ed emozioni.

### **3. LO STATO MENTALE DI VUOTO: ASPETTI SPECIFICI, DIFFERENZE RISPETTO AGLI STATI DEPRESSIVI, ELEMENTI ATTIVANTI E MODALITÀ DI GESTIONE**

M. Giovini, S. Bartoli, M. Caccialupi, P. Fanti, R. Framba

*Studi Cognitivi sede di Modena*

La condizione di vuoto è frequentemente riportata dai pazienti in terapia e come esperienza da soggetti sani. Il vuoto viene spesso indicato come stato mentale presente in diverse condizioni cliniche: disturbi di personalità, depressione, disturbi alimentari. I sentimenti cronici di vuoto costituiscono anche uno dei criteri per la diagnosi di disturbo di personalità borderline. Lo scopo del lavoro è di raccogliere contenuti relativi agli stati mentali di vuoto (emozioni, temi di pensiero, stati somatici, tendenze all'azione) e informazioni sugli aspetti processuali con particolare attenzione alla relazione con gli stati depressivi, allo scopo di rispondere ai seguenti quesiti: in che modo le persone accedono a uno stato mentale di vuoto? Esistono modalità tipiche di gestire lo stato di vuoto? C'è un rapporto tra la condizione di vuoto e la condizione depressiva? Ci si è, inoltre, proposti di confrontare e distinguere gli stati di vuoto dagli stati depressivi, condizioni molto spesso confuse tra loro in ambito clinico. Infine, si è voluto verificare se vi sono delle differenze nella descrizione degli stati di vuoto in soggetti con diversi disturbi di personalità e in soggetti sani.

#### Metodo

I soggetti si dividono in tre gruppi:

- Pazienti con doppia diagnosi: disturbo di personalità e alcolismo (gruppo sperimentale)
- Pazienti con doppia diagnosi: disturbo di personalità e tossicodipendenza (gruppo sperimentale)
- Soggetti sani (Gruppo di controllo). Ognuno è stato sottoposto alla SCID-II per valutare la presenza di disturbi di personalità nei soggetti della ricerca. Inoltre, è stata utilizzata una griglia per la raccolta degli ABC modificata per poter indagare gli aspetti descrittivi dello stato di vuoto e della depressione (pensieri, emozioni, stati somatici, ricordi, immagini mentali) ed gli aspetti processuali (stati mentali che precedono l'accesso alle condizioni di vuoto e di depressione e modalità di gestione del vuoto e degli stati depressivi).

#### Risultati

Sono state eseguite delle valutazioni quantitative sui dati che hanno permesso di evidenziare vari temi come aspetti specifici dello stato di vuoto, le sue differenze rispetto agli stati depressivi, gli stati mentali che sembrano attivare le condizioni di vuoto, le modalità di gestione del vuoto, il rapporto tra vuoto e depressione.

#### Conclusioni

Lo stato di vuoto appare essere caratterizzato da condizioni di anestesia emotiva e da forme di destrutturazione del pensiero. Si distingue perciò nettamente dalla condizione depressiva che è invece caratterizzata da emozioni ben definite (colpa, tristezza, disgusto) e da un'attenta valutazione cognitiva di sé e di sé rispetto ai propri obiettivi. Sembra, però, esistere un rapporto tra la depressione e il vuoto: l'accesso a uno stato di vuoto (che protegge da pensieri ed emozioni dolorose) avviene infatti in seguito a gravi invalidazioni; in queste condizioni l'accesso a uno stato depressivo viene rapidamente interrotto dal passaggio a una condizione di vuoto destrutturato. Tale condizione "decostruita", molto frequente negli stati

post-traumatici e nell' esperienza di persone con traumi nella loro storia di vita (ad esempio con personalità borderline), espone frequentemente a tentativi di suicidio e gesti autolesivi perchè indebolisce enormemente la capacità di focalizzare il pensiero sugli esiti dei propri comportamenti ed alza la soglia di tolleranza al dolore fisico.

#### **4. QUANDO IL LUTTO E IL TRAUMA DIVENTANO UN'EREDITÀ**

P. Pellacani

*Studi Cognitivi sede di Modena*

##### **Introduzione:**

L'obbiettivo di questo lavoro è indagare la possibile influenza di un lutto complicato sul modo in cui una persona interpreta, gestisce e affronta un evento traumatico. La possibile correlazione è ricercata tramite uno studio qualitativo rivolto a donne portatrici di una mutazione genetica che le predispone al rischio di sviluppare una neoplasia alla mammella e/o all'ovaio, malattia di cui sono decedute le loro madri. L'ipotesi nasce dal considerare la notizia di positività ad un test genetico per lo sviluppo di un tumore come evento potenzialmente traumatico e la morte della madre come plausibile causa della presenza di un lutto, e considerando la possibilità che tale lutto possa non essersi risolto a causa della continua esposizione da parte di queste donne ad un setting ospedaliero che le costringe a rivivere l'esperienza della malattia e della morte della madre.

##### **Materiali e metodi:**

Le donne intervistate sono state distinte in due profili a seconda della presenza di un lutto normale o complicato. Al fine di indagare la presenza di un lutto normale e/o patologico e la presenza di un trauma viene utilizzata l'intervista semistrutturata Structured Clinical Interview for the Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS). Per testare la modalità in cui queste donne vedono oggi se stesse, gli altri e le emozioni provate in seguito alla consapevolezza di essere positive al test per lo sviluppo di un tumore alla mammella e in seguito alla perdita della madre è utilizzata l'Autocaratterizzazione. Inoltre, per individuare la tipologia di locus of control, lo stile di coping, la self- efficacy e la percezione del rischio, viene utilizzata la seguente batteria di test: Multidimensional Health Locus of Control (MHLC), Treating Medical Situation Inventort (TMSI), General Self-Efficacy Scale (GSES) e il CBA\_H.

##### **Risultati:**

Dal confronto fra i due profili risulterebbero alcune differenze legate all'attenzione selettiva e all'attribuzione di significato, per cui sembra che le donne che hanno elaborato il lutto in modo funzionale percepiscano come traumatica la loro condizione di portatrici di mutazione genetica, e quindi tendenzialmente in ansia, mentre le donne con lutto complicato restano ancora vittime di pensieri intrusivi ed emozioni negative legate alla morte della madre, e quindi appaiono principalmente depresse. Altra differenza sembra riguardare la strategia di coping preferenziale: evitamento per le donne con lutto non risolto e controllo per quelle con lutto normale.

#### **5. CONFORTO E REAZIONE ALLA PERDITA**

G. Cacciari

*Studi Cognitivi sede di Modena*

##### **Introduzione**

L'aiuto e il consiglio sono finalizzati e predisporre risorse mentali o materiali per realizzare un obiettivo o

risolvere un problema, mentre, il conforto si focalizza sulla sofferenza dell'altro, puntando a fornire un sollievo, ristoro dall'angoscia (Miceli et al, 1984). Questo sollievo può essere raggiunto indipendentemente da un aiuto specifico o un consiglio relativo al problema attuale. Coincide con il semplice ascolto, con l'esperire sollecitudine e interesse.

### Obiettivi

In questo lavoro s'intende approfondire il tema del lutto e le dinamiche psicologiche che seguono l'elaborazione della perdita, cercando di fornire un'interpretazione in termini cognitivi e un'integrazione agli studi relativi al conforto, inteso come supporto sociale in grado o meno di influenzare il percorso di adattamento a seguito di un lutto. Si vuole osservare se il lutto significativo possa portare a un cambiamento consapevole nel modo di vedere se stesso, gli altri, il mondo e, nel caso fosse così, capire quali caratteristiche possa assumere questo cambiamento. Inoltre, si vuole verificare se, confrontando le risposte date da un gruppo di psicologi e uno di non psicologi, ci siano delle differenze nel riconoscere un eventuale cambiamento a seguito dell'evento luttuoso e quali sono i comportamenti ritenuti efficaci e chi li espleta.

### Metodo

Due gruppi di soggetti hanno partecipato all'esperimento, il primo costituito da 36 psicologi e il secondo da 43 non psicologi. E' stata costruita un'intervista semistrutturata: "Conforto e reazione alla perdita", formata da domande aperte e chiuse di cui una parte rivolta a coloro che hanno ricevuto o meno conforto a seguito di un lutto importante, e l'altra rivolta a coloro che hanno dato o meno conforto, durante la loro vita, a una persona che ha subito un lutto.

### Risultati

Circa il 90% dei soggetti che hanno subito un lutto importante ha identificato un cambiamento consapevole nel modo di vedere se stessi, gli altri e il mondo mettendolo in relazione con la perdita subita. Nello specifico, il 99% degli psicologi (17 su 18 totali) e l'80% fra i non psicologi (19 su 25 totali). All'interno del gruppo degli psicologi è emersa una percentuale leggermente più alta rispetto al resto del gruppo per quanto riguarda il riconoscimento di un cambiamento. La direzione di questo cambiamento è stata categorizzata all'interno di tre poli distinti, in grado di differenziare le varie reazioni di fronte all'invalidazione della perdita subita: Io più forte, Io più vulnerabile, Io più bisognoso di vicinanza. Rispetto al conforto, invece, è risultato che, tra le persone che lo hanno ricevuto, non tutte si sono sentite effettivamente confortate. Nello specifico l'89% (16 su 18) fra gli psicologi e solo il 44% (11 su 25) fra i non psicologi. Mentre fra chi ha dato conforto, si è sentito efficace l'83% fra gli psicologi e solo il 43% fra i non psicologi, quindi il 57% del di questo gruppo non si è sentito efficace, pur mettendo in campo gli stessi comportamenti. Relativamente ai comportamenti che confortano emerge un dato significativo: gli elementi che rendono efficace il conforto a seguito di un lutto sono i medesimi per chi lo riceve e per chi lo dà: la vicinanza fisica, il silenzio e la presenza costante.

## 6. DISTURBO SPECIFICO DELL'APPRENDIMENTO E COMORBIDITÀ PSICHITRICA

M. Firmani, T. Serra, E. Virgili

*Studi Cognitivi sede di San Benedetto del Tronto*

I Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) sono un fenomeno emergente di grande impatto sociale. In letteratura l'incidenza delle difficoltà scolastiche sulla popolazione che frequenta la scuola dell'obbligo risulta essere del 3-5% (Stella G. 1999). Obiettivo di questo lavoro è verificare la presenza di sintomi psichiatrici (ansia e depressione) e valutare l'autostima in un campione italiano di 36 bambini di età compresa fra 7 e 16 anni con Dislessia Evolutiva e adolescenti e valutare la percezione del disturbo da parte dei genitori attraverso l'utilizzo di scale cliniche (Nobile, Alberti, Zuddas 2007).

Lo studio ha evidenziato alti livelli d'ansia nei soggetti con DSA e la presenza di una differenza di genere relativa alla sintomatologia ansiosa. Non risulta confermata, invece, la presenza di una sintomatologia depressiva. Al crescere della sintomatologia ansiosa diminuiscono i valori di alcune scale relative

all'autostima, mentre al crescere della sintomatologia depressiva diminuisce il senso di competenza in ambito scolastico. I genitori, infine, percepiscono i figli più problematici di quanto i ragazzi stessi non si percepiscano, non riconoscono nei loro figli la presenza della sintomatologia ansiosa e individuano, invece, la presenza problemi cognitivi e disattenzione. I risultati suggeriscono la necessità di affiancare all'intervento riabilitativo per il DSA un percorso-cognitivo comportamentale di sostegno alla genitorialità finalizzato alla prevenzione e al trattamento di eventuali problematiche psichiatriche.

**SESSIONE 6:  
IL DISTURBO BORDERLINE (5 POSTER)**Tutor: *E. Prunetti***1. IL RICOVERO NEL PAZIENTE BORDERLINE: ANALISI DEI DATI IN UNO STUDIO DI FOLLOW UP A 3 MESI**V. Bosio<sup>1</sup>, M. Bateni<sup>2</sup>, E. Prunetti<sup>3</sup><sup>1</sup>*Psicologa, III SPC Verona, didatti training Dr.ssa Prunetti e Dr. Carcione*<sup>2</sup>*Marco Bateni, psichiatra, responsabile reparto Disturbi di Personalità, Casa di Cura Villa Margherita (Vicenza)*<sup>3</sup>*Didatta SPC e APC, didatta SITCC; coordinatrice reparto Disturbi di Personalità, Casa di Cura Villa Margherita (Vicenza)*

Il presente lavoro si propone di verificare l'efficacia di un programma di trattamento residenziale breve volto a pazienti con Disturbo di Personalità. Nello specifico l'obiettivo del lavoro è valutare se tale modello può essere in grado di produrre cambiamenti significativi nella sintomatologia ed essere funzionale al trattamento ambulatoriale del paziente.

L'ospedalizzazione del paziente grave è un problema altamente dibattuto in letteratura: alcuni autori hanno messo in luce rischi di peggioramento sintomatologico e terapeutico (Nurnberg & Suth 1978, Rosenbluth & Silver 1992, Linehan 1993, Bohus 2000, Soloff et al 2008), mentre recenti ricerche hanno riscontrato l'utilità di ricoveri specialistici (Bohus, 2000; Chiesa, 2004). Nella pratica clinica di fatto ci si trova a confrontarsi con ospedalizzazioni frequenti e la valutazione dei rischi e benefici di tali trattamenti sarà oggetto di discussione del presente lavoro.

A tale scopo, un campione di pazienti afferenti al reparto per i disturbi di personalità sono stati valutati in fase di ammissione al ricovero, in fase di dimissione e a distanza di 3 mesi dalla prima valutazione.

Nell'esposizione sarà argomentato l'utilizzo dei test somministrati e delle variabili considerate di specifico interesse clinico. Verrà altresì discussa l'analisi dei dati effettuata per rilevare cambiamenti significativi e il loro mantenimento nel tempo di osservazione.

**2. I SINTOMI DISSOCIATIVI IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI RICOVERATI**

C. Magrin\*, F. Mansutti\*\*, E. Prunetti\*\*, M. Bateni\*\*\*

\* *Psicologa, 4° anno training spc sede di Verona*\*\* *Psicoterapeuta*\*\*\* *Psichiatra*

I sintomi dissociativi sono tra i più diffusi nei pazienti psichiatrici. Con il presente lavoro si intende indagarne la frequenza e le caratteristiche, con l'obiettivo di individuare i quadri diagnostici in cui tali sintomi sono più presenti, nonché di indagare la relazione tra sintomi dissociativi e altri sintomi frequentemente riportati. I dati raccolti riguardano un campione di 200 pazienti che hanno usufruito di un periodo di ricovero presso un reparto di psichiatria in una casa di cura privata convenzionata (non si tratta quindi di pazienti con quadri psicotici acuti; 100 pazienti afferiscono al percorso per disturbi di personalità, 100 pazienti presentano quadri psicopatologici vari, con prevalenza di sintomi depressivi). Sono stati

analizzati i questionari compilati dai pazienti al momento dell'ingresso e delle dimissioni; i test presi in esame sono stati: SCL-90, DES, BDI.

I risultati preliminari indicano una marcata presenza di sintomi dissociativi (punteggi DES>30) nell'intero campione (F>35%), con una differenza significativa tra i due gruppi: 13% nel campione a prevalente sintomatologia depressiva vs 62% nel campione afferente al percorso per disturbi di personalità.

### 3. TEORIE E MODELLI ATTUALI SULLA DISSOCIAZIONE

E. Leone, F. Birello, C. Limina, C. Marini, E. Stopani, E. Vezzi, F. Vottero Ris

*Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (SCF), Firenze*

Il termine dissociazione è stato definito in molti modi e da prospettive teoriche diverse. Attualmente un punto di convergenza è costituito dal concetto che la dissociazione implica un fallimento nella capacità di integrare e associare le informazioni e le esperienze nella maniera normalmente prevista. Le divergenze tra gli studiosi sono rappresentate da questioni ancora aperte: si tratta di un fenomeno dimensionale che si muove lungo un continuum da normale a patologico oppure categoriale? Il processo della dissociazione deve essere considerato uno "stato" che prevede che un individuo entri periodicamente in una condizione particolare di coscienza, lo stato dissociativo, o invece un "tratto" che presume che la dissociazione sia una qualità o una caratteristica propria dell'individuo spesso con componente ereditaria?

L'obiettivo del nostro lavoro consiste in una descrizione dell'evoluzione del concetto di dissociazione ed in un tentativo di approfondimento di questo tema, focalizzandoci sulle ricerche più recenti su questo fenomeno.

Partiremo dall'ipotesi di Janet (Janet P, 1889) inerente al rapporto tra trauma ed esperienze dissociative psicologiche e somatoformi ("desaggregation mentale"), fino a considerare le ipotesi più recenti (Putman F 2005, Liotti G, 2006), che estendono il concetto di dissociazione, considerandolo un fenomeno intersoggettivo che ostacola i processi integrativi della coscienza, piuttosto che un meccanismo di difesa intrapsichico contro il dolore mentale.

In questa seconda ottica, la stessa disorganizzazione dell'attaccamento infantile è considerata un processo dissociativo, che predispone allo sviluppo da parte dell'individuo di esperienze dissociative nel corso della vita in occasione dell'incorrere di eventi traumatici o stressanti. L'attivazione di difese precoci contro la dissociazione connessa all'attivazione del sistema di attaccamento si baserebbe su strategie di controllo interpersonali, che inibiscono l'attaccamento stesso. I sintomi dissociativi emergerebbero quali conseguenze del fallimento di tali strategie di fronte ad eventi traumatici, che innescano potentemente il sistema di attaccamento.

Questo nostro lavoro vuole essere un contributo all'attuale filone di ricerca che si interessa alle possibili correlazioni tra attaccamento disorganizzato e sintomi di tipo dissociativo in specifici disturbi psicopatologici.

#### Bibliografia

Janet P. *L'automatisme psychologique*. Paris: Felix Alcan; 1889.

Janet P. *The mental state of hystericals*. Washington, DC: University Publications of America; 1977. (Original work published in 1901.)

Putman F. *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti*. Roma Astrolabio 2005

Liotti G. *A Model Of Dissociation*. Journal of Trauma & Dissociation (The Haworth Medical Press, an imprint of The Haworth Press, Inc.) Vol. 7, No. 4, 2006, pp. 55-73.

#### **4. ANALISI QUALITATIVA DI SEDUTE DI TERAPIA COGNITIVA DI GRUPPO PER DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ**

S. Bertella, A. Bertuletti, F. Buscaglia, M. Dellupi, G. Frazioni, S. Galimberti, F. Noci, E. Zbudil Bonatti, F. Rapisarda, G.M. Ruggiero

*Studi Cognitivi sede di Milano*

Questa ricerca di natura esplorativa nasce dall'osservazione di gruppi terapeutici composti da pazienti che presentano difficoltà nella gestione delle emozioni e deficit di competenze relazionali e in buona parte riconducibili all'area del Disturbo Borderline di Personalità. I terapeuti che hanno condotto i gruppi hanno utilizzato l'approccio Dialettico Comportamentale (DBT, Linehan, 2004), nonostante avessero una formazione cognitivo comportamentale (CBT, Beck, 1967). L'obiettivo della ricerca è di descrivere il processo terapeutico dal punto di vista degli interventi effettuati, valutando la proporzione fra interventi di DBT e di CBT. Allo studio hanno partecipato 8 codificatori esperti che hanno valutato di volta in volta le diverse sedute. Sono stati scelti due gruppi di sedute appartenenti a due moduli dello skill training previsti dal modello DBT: Regolazione emotiva ed Efficacia interpersonale, di cui sono state esaminate le 4 sedute centrali di ciascun modulo. Per la valutazione degli interventi terapeutici è stata utilizzata una scala che comprendeva interventi CBT: accertamento cognitivo, critica delle credenze e costruzione di credenze alternative, e interventi DBT: validazione emotiva, attribuzione di senso alle emozioni, dare senso all'impulso, incrementare il tempo fra risposta e soglia, apprendere il bilanciamento fra ambiente e bisogni e apprendere la gestione emotiva. Sono state inserite inoltre due categorie trasversali ai due approcci, ovvero gli interventi comportamentali direttivi e i richiami al contratto terapeutico.

Ogni categoria era valutata attraverso una scala Likert a 5 punti, dove con 1 rappresentava la completa non applicabilità di un intervento dei terapeuti ad una delle categorie stabilite e con 5 la totale applicabilità. Da un'analisi descrittiva delle varie sedute si evince che nel gruppo "Disregolazione emotiva" prevalgono gli interventi DBT cioè quell'insieme di interventi di informazione sulle emozioni, sul senso, l'utilità e l'apprendimento di una gestione emotiva in rapporto anche alle esigenze esterne e ambientali. Nel gruppo "Efficacia interpersonale" prevalgono invece interventi CBT, cioè l'accertamento cognitivo, la critica delle credenze e la costruzione di credenze alternative. L'impressione è quindi che il secondo gruppo sia più cognitivo del primo. Tutto ciò può essere spiegato dal fatto che il contenuto del primo modulo è maggiormente compatibile con un intervento di tipo dialettico rispetto al modulo interpersonale, che si presta ad un'analisi più cognitiva di quelli che possono essere le problematiche relazionali portate dai pazienti.

Sarebbe interessante, in una prospettiva futura, una valutazione di uno stesso modulo condotto da terapeuti diversi.

#### **5. L'APPLICAZIONE DELLA TERAPIA DIALETTICO-COMPORTAMENTALE (DBT) AL TRATTAMENTO DEL DISTURBO ALIMENTARE (ED) IN PAZIENTI CON DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ (BPD): STUDIO PRELIMINARE DI GRUPPO**

Sara Alighieri

*Studi Cognitivi sede di Modena*

##### **Ipotesi**

La DBT standard è un trattamento che mira a sostituire gli agiti multimpulsivi in pazienti con BPD attraverso l'apprendimento di abilità di regolazione emotiva. Recenti evidenze empiriche (Telch et al., 2000; Safer et al., 2001; Wisniewski et al., 2003) suggeriscono che tale trattamento potrebbe rivelarsi utile anche nell'approccio ai sintomi da ED dei pazienti con BPD.

##### **Scopo**

Dimostrare che l'utilizzo, sia teorico che pratico, del modello biopsicosociale della DBT, con modifiche ad

hoc per il trattamento del ED, può migliorare la qualità di vita dei pazienti, in termini di riduzione dei comportamenti autolesivi e di quelli di binge eating, grazie all'acquisizione di abilità di regolazione emotiva e sociali.

#### Metodo

Le sessioni manualizzate di skills training, con modifiche ad hoc per il trattamento dei sintomi di ED (con l'aggiunta dei moduli di mindfuleating e psicoeducazione nutrizionale), sono state proposte nel seguente ordine:

1. Abilità di mindfulness e mindfuleating
2. Abilità di stress tolerance
3. Abilità di regolazione emozionale
4. Psicoeducazione nutrizionale
5. Abilità di efficacia interpersonale

Sono state inoltre adattate le schede standard di homework (con l'attenzione ai costrutti tipici dell'ED: obbligo di controllo, timore dell'errore, autovalutazione negativa ...) ed è stata stilata una griglia di sintesi per ogni paziente, consegnata al termine di ogni sessione di gruppo dai trainer al terapeuta individuale, allo scopo di informarlo rispetto alle tematiche emerse e consentirgli il monitoraggio degli homework del paziente. Il campione è formato da 11 pazienti con pregressa diagnosi di BPD e ED, in carico al Servizio (terapie individuali), di età compresa tra i 19 e i 49 anni (M: 34.45). I test somministrati all'inizio del trattamento, a 3 mesi e a fine trattamento sono stati: SCID – II (Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi dell'Asse II del DSM-IV, Spitzer et al., 1990), EDI -2 (Eating Disorder Inventory, Garner et al., 1991), Q – LES – Q (Quality of Life and Satisfaction Questionnaire, Endicott et al., 1993).

#### Risultati

A 3 mesi dall'inizio dello skills training, tutti i pazienti riferiscono un decremento dei comportamenti autolesivi e di binge eating, ed un percepito aumento delle abilità di mastery personale e sociale.

#### Discussione

L'attenuazione dei sintomi ED, oltre al decremento dei comportamenti autolesivi e all'accresciuta competenza riferita nella gestione delle emozioni e nelle abilità relazionali, a 3 mesi dall'inizio dello skills training, sono dati che, al momento, supportano le prove di efficacia della DBT anche in presenza di sintomi di ED in BPD.

17.15 – 18.30

SESSIONE RELAZIONI

**“Impulsività, comportamento coatto, aggressività eterodiretta o auto-diretta”**

*Chair:*

D. Rebecchi

*Discussant:*

C. Buonanno

**La dipendenza sessuale: un disturbo dello spettro del comportamento coattivo**

*Cantanna A., Carella S., Coltella M.B., De Pascali O., Frisenna A., Giangaspero R., Macri A., Papadia D., Sergi G., Perrone S. (APC – Lecce)*

**La valutazione del rischio suicidario nel trattamento della depressione**

*Balestrini V., Del Dotto A., Lanari A., Salta A., Spinello M., Troncarelli G., Vellani E., Saettoni M. (SPC – Grosseto)*

**Stili di parenting ed impulsività in età evolutiva: una review degli ultimi dieci anni**

*D’Alessandro M., Amicuzzi I., Anselmi R., Capponi C., Di Re V., Faretta A., Frapiccini C., Gialluca E., Lavatori P., Marzetti M., Pagnanini R., Petrini R., Piccinini L., Romeo A., Sabbatini S., Sebastiani V., Spinogatti R., Buonanno C. (SPC – Ancona)*

**L’influenza del criticismo sull’aggressività e sull’impulsività manifesta**

*Morelli K., Mezzaluna C., Fiore F. (Studi Cognitivi – Milano)*



## **1. LA DIPENDENZA SESSUALE: “UN DISTURBO DELLO SPETTRO DEL COMPORTAMENTO COATTIVO”?**

A. Cantanna, S. Carella, M.B. Colella, O. De Pascali, A. Frisenna, R. Giangaspero, A. Macri, D. Papadia, G. Sergi, S. Perrone

*Scuola di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale (APC) – Lecce*

Più di cento anni fa Krafft-Ebing (1886) descrisse una condizione nella quale “l’appetito sessuale è intensificato in misura abnorme al punto da permeare tutti i pensieri e i sentimenti (dell’individuo) e da non consentire altri scopi nella vita...”. Molti clinici riconoscono l’esistenza di quella che Krafft-Ebing ha descritto come sessualità patologica nella forma di parafilie e sindromi di comportamento sessuale compulsivo non parafilico. Questa condizione è stata considerata come un disturbo ossessivo compulsivo, un disturbo del controllo degli impulsi e un disturbo da dipendenza. Tutti e tre i tipi di disturbo determinano una spinta ad attuare comportamenti che portano a esperienze dannose o spiacevoli per l’individuo. La funzione primaria del comportamento impulsivo è produrre piacere o gratificazione mentre quella del comportamento compulsivo è di alleviare l’ansia o altri affetti dolorosi. Secondo il modello teorico dell’apprendimento prevale, nel primo caso, un rinforzo positivo mentre nel secondo caso prevale un rinforzo negativo. Infine, il comportamento di dipendenza ha sia la funzione di produrre piacere che quella di alleviare affetti penosi, dunque tale comportamento è caratterizzato da rinforzi positivi e negativi. Per tali ragioni Goodman (1995) raggruppa le tre classi di comportamento in una categoria che descrive ‘i disturbi dello spettro del comportamento coattivo’ sostenendo che “un comportamento di dipendenza può diventare sempre più compulsivo in quanto viene favorito inizialmente dalla possibilità di ottenere piacere e sollievo da affetti dolorosi ma può perdere, con il passar del tempo, la funzione di ricompensa mentre cresce il dispiacere e la frustrazione in assenza del comportamento. Di conseguenza, nel corso di una malattia di dipendenza, un comportamento viene attuato non tanto per la ricompensa, quanto piuttosto per il sollievo dal dispiacere”. Secondo Anthony e Hollander (1993) “le compulsioni sessuali forniscono piacere immediato, sollievo da affetti dolorosi e conseguenze dannose e quindi presentano caratteristiche comuni al DOC e alle dipendenze

da sostanze”.

Scopo del nostro lavoro è quello di rilevare in soggetti affetti da dipendenza sessuale, partendo dalle considerazioni di Goodman e Hollander, la eventuale co-presenza di comportamenti di tipo ossessivo-compulsivo e impulsività. A tal fine sono stati utilizzati i seguenti questionari e test:

Symptom Checklist SCL-90-Revised (SCL-90; L. Derogatis, 1983, 1994) con particolare riferimento alla sottoscala dell'ossessività/compulsività;

Barratt Impulsiveness Scale v. 11 di E.S. Barrat (BIS 11, 1995);

Sexual Addiction Screening Test di P. Carnes (SAST, 1991).

I risultati, ancora in fase di valutazione, saranno presentati, entro il 10 marzo, nella relazione definitiva al Comitato Organizzatore del III Forum sulla Formazione in Psicoterapia.

#### Bibliografia

Anthony D. T., Hollander E., Sexual Compulsions, in Hollander E, Obsessive compulsive-related disorder, American Psychiatric Press, Washington DC., 1993

Avenia F., Pistuddi A., Manuale sulla sex addiction, FrancoAngeli, 2007

Bancroft J., Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model, Journal of sex research, 2004 (www.findarticles.com)

Goodman A., La dipendenza sessuale, un approccio integrato, Astrolabio, 2007

## **2. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO NEL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE**

V. Balestrini, A. Del Dotto, A. Lanari, A. Salta A., M. Spinello, G. Troncarelli, E. Vellani, M. Sættoni

*Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Grosseto*

La depressione è un importante fattore di rischio per tutti gli aspetti del suicidio (ideazione, pianificazione, attuazione) (Kessler, 2005). Tra le patologie psichiatriche più frequentemente associate al suicidio, ai disturbi dell'umore spetta una posizione largamente prioritaria (65-90%).

Obiettivo del nostro lavoro: è un'analisi dello stato dell'arte rispetto la valutazione del rischio suicidario nel trattamento della depressione, con un focus sull'esistenza di fasi critiche o di maggior rischio del trattamento farmacologico o psicoterapeutico, i fattori predittivi di ideazione e progettualità suicidaria; strumenti psicometrici più idonei per la valutazione del rischio.

La metodologia è una rassegna della letteratura scientifica con l'uso di parole chiave come depression, suicidality, suicidal attemps, suicidal ideation.

Risultati:

la tempistica dei tentati suicidi durante il trattamento (i tre mesi precedenti ed i sei mesi successivi all'inizio) rimane la stessa per i diversi tipi di intervento (farmacologico o psicoterapeutico), presentando un picco nel mese precedente l'inizio della terapia e mantenendosi comunque alto nel primo mese di cura. Un'anamnesi positiva per pregressi tentativi multipli è il più affidabile elemento di predittività per il rischio suicidario, Williams considera tra i fattori più predittivi lutto, l'isolamento sociale, la rottura di relazioni interpersonali (le separazione), il grave isolamento, l'abuso sessuale la conoscenza diretta o indiretta di una persona deceduta per suicidio.

La BSS (Beck scale for suicidal ideation), appare essere la scala in grado di fornire al clinico le informazioni più utili per la valutazione del rischio suicidarlo.

### 3. STILI DI PARENTING ED IMPULSIVITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA: UNA REVIEW DEGLI ULTIMI DIECI ANNI

M. D'Alessandro, I. Amicuzzi, R. Anselmi, C. Capponi, V. Di Re, A. Faretta, C. Frapiccini, E. Gialluca, P. Lavatori\*, M. Marzetti, R. Pagnanini, R. Petrini, L. Piccinini, A. Romeo, A. Sabbatini, V. Sebastiani, R. Spinogatti, C. Buonanno\*\*.

*SPC s.r.l. I anno, sede di Ancona*

*\*Medico*

*\*\*APC-SPC s.r.l. Roma*

Obiettivo del lavoro è presentare una rassegna delle ricerche condotte nel corso degli ultimi dieci anni, relativamente alla relazione tra stili di parenting e sviluppo di condotte esternalizzanti in età evolutiva.

Dall'analisi della letteratura, emerge come numerosi autori abbiano descritto lo stile di parenting lungo due dimensioni: il supporto ed il controllo (Maccoby & Martin, 1983; Rollins & Thomas, 1979).

Il Supporto è descritto come quel comportamento che garantisce al bambino sicurezza e che aumenta le probabilità di stabilire una relazione con i propri genitori caratterizzata da intenso benessere, promuovendo nel bambino una rappresentazione interna di sé stabile e coerente. Uno stile di parenting supportivo è correlato ad altri costrutti come il calore, la sensibilità, il nutrimento, la responsività e l'accettazione ed è considerato essenziale per la formazione di un attaccamento sicuro (Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2004), laddove la perdita di supporto può contribuire allo sviluppo di comportamenti problematici.

Relativamente alla seconda dimensione, il Controllo, numerose ricerche hanno dimostrato l'esistenza di una correlazione significativa tra il ricorso frequente a strategie di parenting caratterizzate da elevati livelli di controllo restrittivo (negatività, intrusività, ostilità, iper-controllo, iper – coinvolgimento) e lo sviluppo di sintomatologia esternalizzante (Calkins, 2002; Campbell, 1995).

Inoltre, dalle ricerche longitudinali esaminate è emerso che, rispetto ad uno stile di parenting operativo/conflittuale, uno stile di parenting supportivo e rappresentativo risulta più efficace nel garantire lo sviluppo del ragionamento morale, oltre che nel promuovere la definizione di una dimensione affettiva positiva ed in generale lo sviluppo cognitivo del bambino.

### 4. L'INFLUENZA DEL CRITICISMO SULL'AGGRESSIVITÀ E SULL'IMPULSIVITÀ MANIFESTA

K. Morelli <sup>1</sup>, C. Mezzaluna <sup>1</sup>, F. Fiore <sup>2</sup>.

<sup>1</sup>*Studi Cognitivi Sede San Benedetto del Tronto*

<sup>2</sup>*Studi Cognitivi Sede Milano*

Il criticismo rappresenta un costrutto relazionale caratterizzato da un atteggiamento intrusivo e poco rispettoso che tende a minare fortemente l'autostima del soggetto criticato, sviluppando spesso in quest'ultimo, convinzioni di incapacità, credenze di colpa e disorientamento personale. Inoltre, il soggetto che subisce il criticismo mostra una certa tendenza a costruire l'identità e la stima di sé sulla base di regole o sull'opinione degli altri (Apparigliato, Ruggiero, Sassaroli, 2007). Studi recenti (Mezzaluna et al, 2008) dimostrano come i soggetti con genitori criticisti, tendano a controllare maggiormente le situazioni interne rispetto a quelle esterne e mostrano una maggiore rabbia piuttosto che chiarezza e consapevolezza delle proprie emozioni. Hooley et al. (2007), sostengono che i soggetti che hanno ricevuto molte regole da parte dei loro genitori non disregolano.

Lo scopo del presente studio è verificare se soggetti in età preadolescenziale, che hanno subito critiche da parte della famiglia e da parte dei pari, tendono a trasformare la loro emotività in aggressività e impulsività. La scelta del campione è dettata dalla necessità di verificare cosa succede prima dell'età adulta, poiché gli

studi realizzati in merito a tale argomento hanno come target soggetti in età adulta.

Il campione è composto da 60 soggetti ( $X_{\text{medio}}=12\pm 3,16$ ), bilanciati per sesso e per età, frequentanti la scuola media inferiore.

Ognuno eseguirà una batteria di test così formata: Perception of Teasing Scale (POTS, Thompson et al., 1995), Barratt Impulsiveness Scale (BIS, Barratt e Stanford, 1995), Aggression Questionnaire (AQ, Buss e Perry, 1992), Perceived Criticism Inventory (PCI, Apparigliato et al., 2007).

I dati sono stati elaborati attraverso un'analisi della varianza da cui si evince che tutti i soggetti che hanno subito critiche sono più aggressivi e più impulsivi rispetto a coloro che non le hanno ricevute.

Quindi, le critiche subite determinano una non organizzazione dei propri stati emotivi e una disregolazione manifestata attraverso l'impulsività riconosciuta attraverso la messa in atto di comportamenti aggressivi.

## Domenica 29 Marzo

09.15 – 10.15	SESSIONE RELAZIONI	<p><b>Associazione di tratti narcisisti, perfezionisti ed alexitimia nei disturbi di personalità: confronto tra popolazioni cliniche e non cliniche</b>  <i>Calarco M.T., Paviglianiti A., Carcione A., Dimaggio G., Pedone R.</i>          (SPC - Reggio Calabria)</p> <p><i>Chair:</i>          F. Mancini</p> <p><i>Discussant:</i>          C. Lamela</p> <p><b>Analisi categoriale e analisi dimensionale nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo di personalità: un'indagine descrittiva di tre casi clinici valutati con la SWAP 200 e la SCID II</b>  <i>Martelli Venturi I., Mosconi M., Lucciola M., Foggetti P., Galluzzi C., Lucidi A., Russo M., D'Angerio S.</i> (SPC – Roma)</p> <p><b>La valutazione dell'alleanza terapeutica nel passaggio dal trascritto ai video delle sedute nei pazienti con disturbi di personalità</b>  <i>Coda D., De Pari L., D'Angelo R., Esposito L., Scelsa A., Bencivenga A., Cennamo P., Cosentino V., D'Aiello A., De Lia I., Di Crescenzo M.R., Fusco M., Iadevaia C., Iele S., Matarrese I., Merola A., Modestino S., Pascarella A., Putrella P., Fassone G.</i> (SPC – Napoli)</p>
---------------	--------------------	---



### 1. ASSOCIAZIONE DI TRATTI NARCISISTI, PERFEZIONISTI E ALESSITIMIA NEI DISTURBI DI PERSONALITÀ: CONFRONTO TRA POPOLAZIONI CLINICHE E NON CLINICHE. UNO STUDIO PILOTA

M.T. Calarco<sup>1</sup>, Paviglianiti A.<sup>1</sup>, Carcione A.<sup>2</sup>, Dimaggio G.<sup>2</sup>, Pedone R.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Specializzanda SPC, IV anno – Reggio Calabria*

<sup>2</sup>*Didatta SPC*

<sup>3</sup>*Dip. di psicologia, Università di Napoli*

Introduzione:

Alcuni tratti di personalità appaiono particolarmente problematici in pazienti con disturbi della personalità (DP). Tali tratti sono meglio definiti come modalità di pensiero, ragionamento, affettività e comportamenti presenti stabilmente in una varietà di contesti. Tratti quali narcisismo e perfezionismo sono apparsi associati in varie patologie ad una varietà di problemi come funzionamento interpersonale compromesso o scarsa consapevolezza emozionale e quindi probabilmente legati al malfunzionamento sociale e alla sofferenza tipici dei DP.

Differenti tratti possono essere presenti nello stesso soggetto e la loro interazione può alimentare processi patologici. Per esempio, studi clinici dimostrano che soggetti con tratti narcisisti tendono ad avere mete grandiose e standard morali elevati per se stessi e per gli altri, di conseguenza sono perfezionisti. Al meglio della nostra conoscenza, la combinazione dei tratti narcisistico e perfezionistico non è mai stata studiata nei DP e non sono state esplorate le loro correlazioni con sintomi e funzionamento sociale.

Obiettivi ed ipotesi:

a) Analizzare i tratti narcisisti e perfezionisti e constatare se sono rilevanti nei soggetti clinici rispetto ai non clinici. b) Esplorare le possibili associazioni di questi tratti attraverso strumenti che misurano sintomi, adattamento e consapevolezza emozionale. Indaghiamo attraverso una batteria di tests se la relazione proposta tra narcisismo, perfezionismo e differenti aspetti dei DP sia valida. c) il narcisismo e alcune dimensioni del perfezionismo sono correlate tra di loro

**Strumenti:**

ADP IV: Assessment of DSM-IV Personality Disorder

MPS: Multidimensional Perfectionism Scale (Frost et al.; 1990)

IIP-PD 47: Scales for personality disorders developed from the Inventory of Interpersonal Problems (Pilkonis 1996; Italian adaptation by Ubbiali)

NPI: The Narcissistic Personality Inventory (Raskin & Hall, 1979)

TAS-20 : Toronto Alexithymia Scale (Taylor et al., 1992)

SCL90-R: Self-Report Symptom Checklist -Revised (De Rogatis et al., 1994)

**Risultati:**

**DIFFERENZE CLINICO-NON-CLINICO:** NPI e MPS appaiono parzialmente capaci di discriminare il campione clinico da quello non clinico in termini di valori assoluti. La scala MPS-PC è più alta nel campione clinico, mentre la scala MPS-O è più alta nel campione non clinico. La percezione di essere eccessivamente criticati dai genitori può esporre a rischio di patologia, mentre l'importanza attribuita ad e organizzazione può essere un tratto adattivo

**CORRELAZIONI TRA NPI E MPS:** Come previsto i tratti narcisistico e perfezionistico sono almeno parzialmente correlate. Il narcisismo correla con l'aver standard elevati. Ciò spiegherebbe come i narcisisti perseguono mete grandiose guidate dall'ambizione; una volta raggiunta una ne perseguono un'altra ancora più grande

**CORRELAZIONI TRA NARCISISMO TRATTI DI PERSONALITA', SINTOMI E ADATTAMENTO INTERPERSONALE.** Il narcisismo ha correlazioni positive con alcuni tratti patologici di personalità e disfunzioni interpersonali - conflittuali.

**Correlazioni tra NPI e TAS-20:** si assiste ad una correlazione inversa fra alexitimia e narcisismo. All'aumentare dell'alexitimia diminuisce il narcisismo. Ciò contrasta con quanto riportato nella letteratura sull'alexitimia, possiamo presumere che questa correlazione sia inversa in quanto legata all'autoesaltazione del narcisista, incapace di ammettere la propria difficoltà a riconoscere gli affetti

**CORRELAZIONI TRA PERFEZIONISMO TRATTI DI PERSONALITA', SINTOMI E ADATTAMENTO INTERPERSONALE.**

Alcune sotto-scale hanno forti associazioni con i sintomi: Excessive Concern Over Mistakes e Parental Criticism correlano con tutte le sottoscale SCL-90. Doubts About Actions correla con 6 sottoscale e il Global-Severity Index. Excessive Concern Over Mistakes correla con media IIP!

**Conclusioni:**

**POSSIBILE DESCRIVERE ALCUNI DISTURBI IN TERMINI DI PATTERN DI NARCISISMO E PERFEZIONISMO, esempi:**

DSZP: Bassa immagine di sé, elevate Critiche genitoriali e dubbi sulle azioni

DNP: Alta stima di sé e alti standard

DEvP e DDP: Elevata paura degli errori e dubbi sull'azione.

DDEPDP: Bassa immagine di sé, elevate critiche genitoriali, paura degli errori e dubbi sulle azioni

## **2. ANALISI CATEGORIALE E ANALISI DIMENSIONALE NEL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO DI PERSONALITÀ: UN'INDAGINE DESCRITTIVA DI 3 CASI CLINICI VALUTATI CON LA SWAP 200 E LA SCID II**

I. Martelli Venturi\*, M. Mosconi\*, M. Lucciola\*, P. Foggetti\*, C. Galluzzi\*, A. Lucidi\*, M. Russo\*\*, S. D'Angerio\*\*.

*\*Specializzando SPC Roma*

*\*\* Psicoterapeuta, III Centro di Psicoterapia Cognitiva*

**Introduzione**

Nell'ambito clinico e della ricerca, le difficoltà diagnostiche ai disturbi di personalità sono oggetto di accesi

dibattiti. Una questione molto discussa in letteratura, riguarda la conservazione dell' approccio categoriale, oppure l'utilizzo di un sistema dimensionale o, ancora, una qualche combinazione tra i due.

Le difficoltà diagnostiche evidenziate nei disturbi di Asse II, sono particolarmente evidenti nel caso del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP).

La letteratura sul DOCP è molto scarsa, ed evidenzia le difficoltà che si incontrano nella diagnosi di questo disturbo. Da un punto di vista clinico, tutti gli elementi estremi del DOCP producono sofferenza e un certo grado di disagio; il quadro clinico è, comunque, spesso complesso perché nonostante la sofferenza e la disabilità, alcuni fattori adattivi possono essere mantenuti con un buon funzionamento di compenso. I tratti dei pazienti con DOCP sembrerebbero socialmente adattivi, creerebbero minore disabilità, nonché sembrerebbero distribuiti in maniera trasversale in tutta la popolazione, motivi che contribuiscono a complicare la diagnosi.

#### Obiettivo

Sulla base dell'osservazione clinica e dei dati presenti in letteratura, il lavoro si pone l'obiettivo di dare un contributo maggiore all'analisi del DOCP. In particolare, si pone lo scopo di analizzare il profilo di 3 pazienti con diagnosi di DOCP valutati attraverso due strumenti diagnostici: la SWAP 200 per l'approccio dimensionale e la SCID II per quello categoriale.

L'ipotesi è che, dall'analisi qualitativa dei risultati ottenuti dalla valutazione dei 2 strumenti diagnostici (SWAP 200 e SCID II) per ogni caso clinico, emerga una concordanza nei risultati. Si ipotizza che ci siano fattori comuni rilevati sia dalla SWAP 200, che dalla SCID II e che, l'integrazione dei due strumenti fornisca una descrizione più accurata del caso.

#### Metodo

Nel presente lavoro abbiamo svolto un'analisi descrittiva di 3 casi clinici con diagnosi principale di DOCP alla SCID II: 2 femmine e 1 maschio. Questi risultati sono stati confrontati con quelli ottenuti con la SWAP 200, al fine di individuare concordanze e/o differenze.

#### Strumenti diagnostici:

La SCID II (Structured Clinical Interview for DSM-V Axis I Disorders) è stata somministrata prima del trattamento psicoterapico e consiste in un'intervista semistrutturata composta da 120 items, articolati in diverse sezioni, una per ogni disturbo di personalità.

La SWAP 200 (Shedler – Westen Assessment Procedure) è stata compilata dai terapeuti, dopo alcuni mesi di trattamento. È uno strumento diagnostico che tenta di integrare i dati della clinica con quelli della ricerca. È composta da 200 affermazioni che descrivono la personalità e il clinico deve attribuire un valore numerico per ognuno. La SWAP 200 mantiene una certa continuità con la classificazione dei disturbi di personalità del DSM-IV, ma al tempo stesso fornisce una descrizione narrativa del caso, che facilita la formulazione clinica.

#### Risultati

L'analisi descrittiva dei 3 casi clinici evidenzia delle caratteristiche comuni nel confronto sia tra le valutazioni SCID-II/SWAP 200 e sia tra i due strumenti nello stesso paziente.

Emergono i seguenti tratti di personalità:

- eccessiva dedizione al lavoro e alla produttività a scapito di attività di svago
- un atteggiamento molto coscienzioso e scrupoloso
- un'attenzione rigida a regole morali e valori
- un profilo ansioso e fortemente controllante.

La diagnosi di DOCP nella SWAP 200 risulta soddisfatta solo per un paziente, mentre negli altri due casi, vengono evidenziati dei tratti caratteristici del disturbo, ma non una vera e propria psicopatologia. Questo si attribuisce al fatto che la SWAP 200, a differenza della SCID II, mette in rilievo non solo gli aspetti patologici, ma anche le risorse cognitive, interpersonali e relazionali del paziente e, i sopra citati aspetti del DOCP, in una società dove la produttività e il raggiungimento di standard sempre più elevati sono estremamente esaltati, sono considerati funzionali ed adattivi.

La differenza sostanziale, sta nel fatto che secondo la SWAP 200 il DOCP è un paziente che funziona meglio rispetto alla categoria DOCP del DSM.

L'analisi SWAP 200, a differenza dell'analisi SCID II, permette di individuare la gravità del disturbo perché gli stili di personalità vengono analizzati lungo un continuum e non solo come categorie, che si limitano ad incasellare un paziente sulla base della presenza o assenza di alcuni aspetti.

In ultimo, l'analisi SWAP 200, rispetto alla SCID II, fornisce una descrizione molto più completa del paziente, mettendo in evidenza anche aspetti della vita mentale e dell'esperienza interna (per esempio conflitti, fantasie, difese, esperienza di sé, ecc.), trascurati, invece, dal DSM.

### Conclusioni

L'analisi dei dati della letteratura evidenzia le enormi difficoltà che si incontrano nel fare diagnosi di disturbo di personalità e questo è ancor più vero nella diagnosi del DOCP.

La letteratura è veramente scarsa e, quella esistente, mette in luce una serie di criticità: mancano dati empirici a sostegno dei numerosi criteri diagnostici necessari per avere diagnosi di DOCP; la soglia per ricevere tale diagnosi è dimostrata ripetutamente problematica; il DOCP condivide i criteri con diversi altri disturbi di personalità; presenta alti livelli di comorbidità con altri disturbi di Asse I, sembrerebbe avere un andamento temporale stabile, nonché un buon livello di funzionamento.

A partire dall'ipotesi del nostro lavoro, possiamo dire che, la diagnosi di DOCP, valutata con la SWAP 200 e con la SCID II, coincide solo per un paziente, ma che, molte delle caratteristiche di personalità, tipiche di questi soggetti, vengono rilevate da entrambi gli strumenti diagnostici: tratto tendenzialmente coscienzioso e responsabile, eccessiva dedizione al lavoro, standard morali ed etici elevati. Secondo la diagnosi SWAP 200, questi tratti, diventano maladattivi quando raggiungono valori estremi all'interno di un continuum.

Per concludere, l'indagine sui 3 casi, in linea con le ricerche precedenti, evidenzia ancora criticità nel porre questa diagnosi e le aree da indagare sono ancora molteplici.

### 3. LA VALUTAZIONE DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA NEL PASSAGGIO DAL TRASCritto AI VIDEO DELLE SEDUTE DI PAZIENTI CON DISTURBO DI PERSONALITÀ.

A. Bencivenga\*, P. Cennamo\*, D. Coda\*, V. Cosentino\*, A. D'Aiello\*, R. D'Angelo\*, I. De Lia\*, L. De Pari\*, M.R. Di Crescenzo\*, L. Esposito\*, M. Fusco\*, C. Iadevaia\*, S. Iele\*, I. Matarrese\*, A. Merola\*, S. Modestino\*, A. Pascarella\*, P. Petrella\*, S. Amalia\*, G. Fassone°

° *Psichiatra, didatta della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Napoli*

\* *Psicologhe, III anno della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Napoli*

### Introduzione

Il concetto di alleanza terapeutica (o alleanza di lavoro) quale elemento centrale della relazione terapeutica nel campo della psicoterapia, è stata oggetto di numerose ricerche scientifiche dagli anni '70 ad oggi, e da più parti è stato sottolineato come una solida alleanza terapeutica possa predire il successo della terapia. Lingiardi (2002) definisce l'alleanza terapeutica (AT) come *“una dimensione interattiva fra paziente e terapeuta riferita alla capacità di entrambi di sviluppare una relazione basata sulla fiducia, il rispetto e la collaborazione nel lavoro comune al fine di affrontare i problemi e le difficoltà del paziente”*. Bordin (1975) aveva espresso un concetto simile quando con il termine alleanza si riferiva *“ad un rapporto collaborativo tra paziente e terapeuta dove entrambi hanno un ruolo attivo nel perseguire gli obiettivi terapeutici”*.

L'alleanza terapeutica quindi si compone di tre elementi fondamentali che sono: l'accordo tra paziente e terapeuta circa gli scopi della terapia; l'accordo sui compiti che ciascuno svolge all'interno della relazione; un clima interpersonale positivo, costituito da stima e fiducia reciproche.

Gli strumenti di valutazione dell'alleanza terapeutica oggi più utilizzati sono la WAI (Working Alliance Inventory), la CALPAS (California Psychotherapy Alliance Scale) e l'IVAT (Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica).

### Obiettivi

Il presente lavoro ha lo scopo di dimostrare che esistono differenze quantitative e qualitative nella valutazione dell'alleanza terapeutica, nel passaggio dal trascritto ai video di sedute con pazienti affetti da disturbo di personalità. Il fine della ricerca non è, però, eminentemente scientifico, perché, considerando l'ambito in cui essa si è sviluppata, non poteva non tenere conto di obiettivi anche di tipo didattico. Infatti questo studio ha permesso anche di analizzare l'importanza degli aspetti verbale e non verbale della

comunicazione tra paziente e terapeuta all'interno della seduta psicoterapeutica.

#### Metodo

La valutazione dell'alleanza terapeutica è stata effettuata con l'utilizzo della Working Alliance Inventory (WAI-O) di Horvath e Greenberg (1989) applicata ai trascritti e ai video delle sedute di 6 pazienti affetti da un disturbo di personalità. Per ogni seduta, ciascun componente del gruppo di ricerca ha compilato il questionario di valutazione sulla base prima del trascritto e poi del video. I risultati sono stati raccolti ed analizzati secondo le indicazioni della WAI-O che è suddivisa in tre sottoscale: quella dei compiti, degli obiettivi e del legame.

La ricerca è ancora in fase di elaborazione.

#### Bibliografia

Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina

Bordin, E. S. (1975). The working alliance: basis for a general theory of psychotherapy. Paper presented at the annual meeting of American Psychological Association, Washington, DC

Horvath, A. O., Greenberg, L. S. (1989). The development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology*, 36, 223-233

10.15 – 11.30

**SESSIONE POSTER  
IN PARALLELO**

Sessione 7:

**Metacognizione: aspetti teorici ed implicazioni cliniche (5 poster)**

Tutor: A. Saliani

Sessione 8:

**Attaccamento nella popolazione normale ed in campioni clinici (6 poster)**

Tutor: G. Fassone

Sessione 9:

**I Disturbi del Comportamento Alimentare (6 poster)**

Tutor: L. R. Lauro

**SESSIONE 7:****METACOGNIZIONE: ASPETTI TEORICI ED IMPLICAZIONI CLINICHE (5 POSTER)**Tutor: *A. Saliani***1. TEORIA DELLA MENTE, METACOGNIZIONE E FUNZIONE RIFLESSIVA: ASPETTI COGNITIVI E LINGUISTICI**

D. Mandolesi, C. Mezzaluna, F. Fiore

*Studi Cognitivi, S. Benedetto del Tronto*

Secondo molte teorie psicologiche, da adulti continuiamo ad inferire sulla base delle nostre credenze apprese in contesti relazionali e quindi, comunicativi. Il lavoro si basa sull'ipotesi che, un individuo esposto a contesti relazionali dove la comunicazione è stata fortemente caratterizzata dalla presenza di criticismo, ciò potrebbe aver in qualche modo influenzato lo sviluppo della capacità metacognitiva. Apparigliato, Ruggiero, Sassaroli (2004) sostengono che coloro che assumono un atteggiamento criticista tendono a considerare i propri scopi come universalmente validi o comunque validi per colui che viene fatto oggetto di critica e, questa operazione comporta il non prendere in considerazione gli scopi dell'altro o comunque, nel caso in cui ciò venga fatto, il non prescindere dal proprio punto di vista. Semerari (1999) suggerisce un possibile legame tra criticismo e metacognizione, ipotizzando un deficit metarappresentativo sovraordinato relativo alla comprensione della mente altrui. Quindi, se il criticista fallisce nel giungere ad una corretta comprensione della mente altrui, l'essere stati esposti a questo stile comunicativo e relazionale può avere in qualche modo influenzato la metacognizione di chi lo ha subito? A tal proposito è stato realizzato uno studio su un campione costituito da 30 soggetti che si avvalgono di un trattamento psicoterapico di tipo cognitivo-comportamentale. Il campione risulta bilanciato per sesso. L'età media dei soggetti è pari ad anni 34,3 e il 60% ha conseguito il diploma mentre il 40% possiede la licenza media. Ogni partecipante ha eseguito due test: il PERCEIVED CRITICISM INVENTORY (PCI, Apparigliato et al., 2007); METACOGNITION QUESTIONNAIRE (MQ, Wells, 1996). Sono state realizzate delle correlazioni tra il criticismo e le diverse dimensioni della metacognizione indagate attraverso l'MQ. Si ha una relazione positiva tra il Criticismo e l'Automonitoraggio" ( $r = 0,83$ ;  $p < 0,05$ ), il Decentramento ( $r = 0,59$ ;  $p < 0,05$ ), la Mastery ( $r = 0,48$ ;  $p < 0,05$ ) e le Convinzioni positive sul rimuginio ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,05$ ). Allo scopo di osservare se esiste una dimensione metacognitiva principalmente influenzata dal Criticismo è stata eseguita una regressione lineare ( $F(5,4) = 87$ ;  $p < 0,05$ ;  $r^2 = 0,52$ ), da cui è emerso che è l'automonitoraggio ad essere maggiormente influenzato ( $\beta = 0,81$ ;  $t = 88$ ;  $p < 0,05$ ), rispetto a tutte le altre dimensioni. In base ai risultati è possibile sostenere che

l'acquisizione della teoria della mente è parte di un processo intersoggettivo tra bambino e caregiver e secondo questa prospettiva, il caregiver facilita la creazione di modelli di mentalizzazione attraverso complessi processi linguistici e semilinguistici volti a creare un collegamento tra realtà fisica e mondo interno. Volti a creare un collegamento tra il suo comportamento, le sue azioni e gli stati psicologici sottostanti, azioni e stati che possono essere generalizzati per comprendere il comportamento degli altri mentre, lo stile relazionale del criticista può essere considerato come un atteggiamento di non-mentalizzazione.

## **2. IL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO DI PERSONALITÀ: UN PROFILO DEL FUNZIONAMENTO METACOGNITIVO ATTRAVERSO L'USO DELL'IVAM**

M. Mosconi, I. Martelli Venturi, M. Marini, M. Lucciola, P. Foggetti, C. Galluzzi, A. Lucidi, M. Russo, S. D'Angerio

*Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma*

### **Introduzione**

In letteratura vi è la presenza di numerose teorie di matrice neurobiologica, evolutiva, genetica, cognitivo-comportamentale, psicodinamica, interpersonale sul Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP). Le caratteristiche del disturbo comuni alle varie teorizzazioni risultano essere la rigidità, la preoccupazione per il perfezionismo, gli eccessivi standard personali e morali, l'eccessiva preoccupazione in questioni di controllo e di ordine, l'estremo controllo emotivo, la reticenza interpersonale e l'indecisione, al costo della flessibilità, apertura ed efficienza (Pfohl e Blum, 1991).

Quello che, ad oggi, ancora non esiste è un profilo del funzionamento metacognitivo di questi pazienti.

Per metacognizione intendiamo quell'insieme di abilità che consentono di riflettere sui propri stati mentali e sugli stati mentali degli altri, comprendendo ad esempio le cause sociali delle proprie azioni, intuendo correttamente le intenzioni degli altri e riconoscendo la natura ipotetica delle proprie idee. Includono attività del tipo: definire un problema, essere in grado di predire la propria prestazione, pianificare l'attività cognitiva, prevedere l'efficacia, monitorare i processi e regolarli in vista degli scopi (A. Carcione et al, 1997). Carcione, Falcone, Magnolfi e Manaresi (1997) hanno proposto la seguente definizione di funzione metacognitiva: la capacità dell'individuo di compiere operazioni cognitive euristiche sulle proprie ed altrui condotte psicologiche, nonché la capacità di utilizzare tali conoscenze a fini strategici per la soluzione di compiti e per padroneggiare specifici stati mentali fonte di sofferenza soggettiva.

La funzione metacognitiva può essere suddivisa in tre sottofunzioni: l'attività autoriflessiva (la capacità del soggetto di rappresentare eventi mentali e di compiere operazioni cognitive euristiche sul proprio funzionamento mentale), la comprensione degli stati mentali altrui (la capacità del soggetto di rappresentare eventi mentali e di compiere operazioni cognitive euristiche sul funzionamento mentale altrui), le strategie di padroneggiamento o mastery (la capacità dell'individuo di rappresentare ambiti psicologici in termini di problemi da risolvere; elaborare strategie adeguate alla risoluzione del compito a livelli crescenti di complessità (Carcione et al, 2003).

### **Obiettivo**

L'obiettivo della nostra ricerca è quello di esaminare il funzionamento metacognitivo di pazienti con DOCP attraverso l'uso dell'Ivam, un'intervista semistrutturata in corso di validazione.

### **Ipotesi**

Sulla base dell'osservazione clinica e dei dati presenti in letteratura abbiamo ipotizzato che i pazienti con DOCP presentino alcune disfunzioni in ambito metacognitivo.

I malfunzionamenti più marcati potrebbero essere nelle seguenti sottofunzioni: Monitoraggio (la capacità di identificare e descrivere le emozioni e comprenderne le cause); Differenziazione (la capacità di riconoscere la soggettività delle proprie rappresentazioni); Decentramento (la capacità di fare inferenze sugli stati mentali e le azioni altrui a prescindere dal proprio punto di vista); Integrazione (la capacità di dare ordine e coerenza ai propri stati mentali); infine, la Mastery (la capacità di usare consapevolmente le conoscenze psicologiche

per regolare piani d'azione).

#### Metodo

Nel campione sono stati inclusi 12 pazienti con DOCP come prima diagnosi, di cui 5 femmine e 7 maschi e di età compresa tra i 18 e i 60 anni, all'inizio del trattamento psicoterapeutico.

Tutti i soggetti sono stati valutati mediante una batteria di test che comprende: SCID-II, MINI PLUS, SCL-90-R, EDI2, TAS. Il funzionamento metacognitivo è stato esaminato attraverso l'IVAM, un'intervista semistrutturata in corso di validazione, che consente di effettuare una valutazione della funzione metacognitiva indipendentemente dal setting terapeutico. Il concetto di Metacognizione qui adottato concepisce questo costrutto non come un'unica funzione, ma come un insieme di componenti, chiamate sotto-funzioni, che individuano operazioni metacognitive distinguibili e separabili fra di loro. L'intervista consente di indagare quattro sotto-funzioni: monitoraggio, differenziazione, integrazione e decentramento.

#### Risultati e conclusioni

Le nostre analisi saranno volte ad evidenziare i malfunzionamenti metacognitivi significativi in pazienti con DOCP. In particolare sarà posta attenzione alle aree più danneggiate e si cercherà di elaborare un profilo metacognitivo di questi pazienti.

Tali osservazioni ci sembrano rilevanti proprio per le implicazioni che potrebbero avere dal punto di vista della gestione clinica. E' necessario, infatti, enfatizzare che, al di là dell'osservazione clinica, ci sono poche evidenze empiriche e studi di efficacia per il trattamento del DOCP. Pertanto, un profilo metacognitivo del disturbo permetterebbe di lavorare specificatamente sulle disfunzioni di questi pazienti. L'approccio al paziente "difficile" aggiunge, infatti, ai tradizionali obiettivi della psicoterapia cognitiva, quello di migliorare o di compensare le disfunzioni funzionali (Perris, 1994).

### 3. DEFICIT METACOGNITIVI NEI DISTURBI DI PERSONALITÀ EVITANTE E NARCISISTICO

T. Fera, C. Grandinetti, F. Moroni, G. Pellicchia, A. Sforza, S. D'Angerio\*

*Scuola di Specializzazione SPC di Roma – I Anno – Training Semerari-Lorenzini*

*\*Terzo Centro Di Psicoterapia Cognitiva*

Negli ultimi anni si stanno accumulando evidenze convergenti circa un legame tra deficit nelle abilità metacognitive (con le quali si intende la capacità di comprendere i fenomeni mentali sia propri che altrui) e Disturbi di Personalità (Di Maggio et al, 2007, Semerari et al, 2003, Fonagy et al, 2002). E' stato inoltre ipotizzato che i diversi disturbi di personalità siano caratterizzati da una compromissione di differenti sottofunzioni metacognitive (Di Maggio et al., 2007). In particolare sono stati recentemente osservati, in alcuni pazienti con Disturbo di Personalità Evitante e Narcisistico specifici deficit nella funzione metacognitiva di monitoraggio (Di Maggio et al, 2007).

Pertanto il presente lavoro persegue tre diversi obiettivi:

- 1) approfondire il coinvolgimento e la specificità delle diverse funzioni metacognitive (monitoraggio, differenziazione, integrazione e decentramento, valutate tramite Ivam - Intervista per la Valutazione delle Abilità Metacognitive) implicate nel Disturbo Evitante e nel Disturbo Narcisistico di Personalità;
- 2) verificare la sussistenza di un nesso significativo tra la gravità del disturbo (valutata tramite SCID-II - Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II Disorders), le capacità metacognitive e la compromissione del funzionamento globale (valutata tramite VGF - **Valutazione** Globale del Funzionamento);
- 3) indagare le possibili relazioni della metacognizione, considerata sia nella sua globalità che nelle sue diverse sottofunzioni, con altri costrutti psicologici, in particolare con quello dell'attaccamento (valutato tramite ASQ - Questionario sugli stili di **attaccamento**), dell'ansia (valutata tramite SCL90 - Symptom Checklist) e dell'alessitimia (valutata tramite TAS-20 - Toronto Alexithymia Scale).

Lo studio è stato condotto su un campione di 30 soggetti, rispettivamente 15 con Disturbo Evitante (Età media= 29.4± 8.7; M=10, F=5) e 15 con Disturbo Narcisistico di Personalità (Età media= 39.7± 8.8; M=9, F=6). L'andamento di tali parametri verrà altresì indagato all'interno di un campione normativo di 15

soggetti, con lo scopo di evidenziare eventuali analogie e/o differenze rispetto a quello clinico. Attualmente tale ricerca rimane di carattere prettamente esplorativo, in quanto la ridotta numerosità del campione non permette la generalizzabilità dei risultati ottenuti.

#### **4. AUTOEFFICACIA PERCEPITA E AUTOCONSAPEVOLEZZA DELLA PROPRIA MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO NEL PERCORSO DI FORMAZIONE IN PSICOTERAPIA**

Anelli M., Bigoni E., Boeris F., Cattaneo S., Confalonieri L., Contini M., Ferrari G., Lebbolo S., Mannocci F., Micheli M., Polese C., Radaelli S., Riccio R., Rossi M., Sacco M., Santarelli F., Simonini M., Vaccaro S., Zucchetti M., Finocchietti A., Verità R., Zanoni T.

*Studi Cognitivi, Milano*

##### Introduzione

La formazione in psicoterapia riveste un ruolo molto importante non solo quale momento fondamentale per l'acquisizione di conoscenze e competenze indispensabili allo svolgimento della professione, ma anche quale percorso di crescita e cambiamento personale. In letteratura pochi studi hanno analizzato i cambiamenti ottenuti durante il percorso di formazione sia a livello di autoefficacia percepita che di maggior consapevolezza delle proprie modalità di funzionamento. (Lorenzini e Sassaroli, 1996; BOSWELL & CASTONGUAY, 2007).

##### Obiettivi

Lo scopo è esplorare durante i 4 anni di percorso di formazione in psicoterapia il cambiamento di due aspetti: a) la percezione di autoefficacia personale riguardante la professione di psicoterapeuta (sia negli aspetti tecnici che relazionali); b) l'autoconsapevolezza delle proprie modalità di funzionamento a livello cognitivo/emotivo/interpersonale. Inoltre, ci si propone di verificare l'eventuale relazione tra la percezione di autoefficacia personale riguardante la professione di psicoterapeuta, il numero di pazienti seguiti e i livelli di perfezionismo.

##### Metodo

Agli studenti frequentanti i 4 anni della scuola di psicoterapia cognitiva e cognitivo-comportamentale "Studi Cognitivi" di Milano e la Scuola Cognitiva di Firenze saranno somministrati i seguenti questionari: una versione modificata del General Self-Efficacy Scale (GSES, Schwarzer e Jerusalem, 1979); Questionario sulle Convinzioni Personali (QCP, Ellis); il Multidimensional Perfectionism Scale (MPS, Frost et al., 1990).

Risultati e Conclusioni: Lo studio esplorativo ha verificato l'esistenza di una relazione tra autoefficacia percepita e l'avanzamento del percorso formativo.

##### Risultati

Lo studio esplorativo ha verificato una relazione tra l'autoefficacia percepita e l'avanzamento nel percorso formativo

#### **5. ALCUNI ASPETTI DELLA RIABILITAZIONE METACOGNITIVA DELLA SCHIZOFRENIA: UN INTERVENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE ALL'INTERNO DI UNA COMUNITÀ SOCIO-RIABILITATIVA**

D. D'Alia<sup>1</sup> e G. Laguardia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ex allieva APC – Roma, Training Isola-Reda 2004-2007

<sup>2</sup>Ex allievo APC – Roma, Training Fenelli-Reda 2000-2004

## INTRODUZIONE

In questo contributo gli autori descrivono il lavoro da loro effettuato all'interno di una comunità socio-riabilitativa che accoglie pazienti con diagnosi di schizofrenia.

L'intervento cognitivo-comportamentale prevede un setting individuale di psicoterapia post-razionalista (A) e un setting di gruppo di social skills training (B).

A. Il lavoro individuale dura da tre anni ed è tuttora in corso con un paziente con diagnosi di schizofrenia catatonica che si manifesta con dei prolungati blocchi nello spazio e nell'esecuzione di rituali numerici. Tali blocchi si manifestano in tutte le operazioni della vita quotidiana e possono durare anche delle ore.

La terapia si è articolata nelle seguenti fasi:

- 1) Analisi del sintomo nel qui ed ora, con la tecnica della moviola (6-8 mesi)
- 2) Ricostruzione dell'esordio della malattia (6 mesi)
- 3) Analisi della storia di sviluppo partendo dai ricordi del paziente dai 3 ai 4 anni di vita (1 anno)
- 4a) Ricostruzione della narrativa personale in riferimento all'individuazione dei temi di vita emersi nell'analisi delle tre fasi precedenti (1 anno)
- 4b) Analisi dei temi di vita nel rapporto attuale con i propri genitori e con gli operatori della comunità (6 mesi)

Questo lavoro si pone come strumento attraverso il quale il paziente può sviluppare le sue funzioni metacognitive nella direzione di una maggiore comprensione dei propri e degli altrui stati interni (emotivi e cognitivi) in riferimento alla propria personale storia di vita.

B. Il setting di gruppo nato due anni fa come laboratorio di addestramento alle abilità sociali di base, nel corso del tempo subisce una rivisitazione e viene utilizzato come strumento per lo sviluppo delle sottofunzioni metarappresentative: l'autoriflessività e la comprensione della mente altrui (Carcione et al. 2000).

I conduttori si servono delle simulate di role-play, di materiale fotografico e di riprese video delle simulate dei partecipanti al laboratorio. A partire da questo materiale si stimola nei partecipanti al gruppo un'analisi delle emozioni, dei pensieri e delle loro relazioni al fine di offrire un continuo allenamento e un accesso sia agli stati mentali altrui sia ai propri.

## OBIETTIVO

Il contributo degli autori pone l'attenzione al lavoro sulle disfunzioni metacognitive come aspetto imprescindibile nel trattamento dei disturbi psichiatrici gravi.

L'uso di tecniche e approcci tradizionali possono essere adattati a questa tipologia di pazienti evidenziando come focus il lavoro sulle abilità metacognitive, in quanto i deficit in tali abilità sono coinvolti e determinano una predisposizione all'espressione sintomatologica della malattia.

L'intervento sui deficit metacognitivi dovrebbe produrre sia un miglioramento sintomatologico sia fungere da prevenzione per le ricadute.

## METODO

Per quel che riguarda la psicoterapia individuale post-razionalista le fonti si riferiscono alle teorie di Guidano (1988; 1992) e di Liotti (2001).

Il lavoro di gruppo è stato eseguito riferendosi alla tecnica di social skills training di Bellack et al. (2003) ed è stato rivisitato seguendo le teorie sulla metacognizione di Carcione et al (2000).

## CONCLUSIONI

Partendo dall'esperienza clinica gli autori descrivono in maniera qualitativa il lavoro svolto in comunità, prospettando per il futuro una ricerca tesa a vagliare gli esiti dell'intervento.

**SESSIONE 8:  
ATTACCAMENTO NELLA POPOLAZIONE NORMALE ED IN CAMPIONI CLINICI (6 POSTER)**Tutor: *G. Fassone***1. STILI E TRASMISSIONE INTERGENERAZIONALE DELL'ATTACCAMENTO IN UN CAMPIONE ITALIANO DI BAMBINI NON CLINICI E DELLE LORO MADRI**Montanaro Maria<sup>o</sup>, Favaro Nicoletta<sup>o</sup>, Parlato Brunella, Fabbro Nerina\*<sup>o</sup>*Psicologa-psicoterapeuta specializzata Scuola di Psicoterapia Cognitiva - APC ed SPC*\**Psicologa-psicoterapeuta, didatta Scuola di Psicoterapia Cognitiva - APC ed SPC*

Il ruolo dei legami fra il bambino e le sue figure adulte di riferimento e il loro contributo allo sviluppo rappresentano, attualmente, uno dei temi di maggiore interesse in ambito psicologico. Oltre a Bowlby (1969), molti sono stati negli anni i contributi teorici apportati alla teoria dell'attaccamento. Ainsworth (1978), mediante la Strange Situation, identifica tre stili di attaccamento: sicuro, insicuro-evitante e insicuro-ansioso-ambivalente; Main e Solomon (1986) creano una nuova configurazione chiamata attaccamento disorganizzato/disorientato (D); Crittenden (1981) propone un nuovo approccio, definito dinamico-maturativo, secondo cui i mutamenti di configurazione sono particolarmente frequenti in prossimità dei periodi di rapido cambiamento neurologico, in particolare nel corso della seconda infanzia e dell'adolescenza.

Gli innumerevoli tentativi di mettere in stretta correlazione un certo pattern di attaccamento con una specifica sindrome clinica si sono dimostrati inutili. E' invece possibile che l'attaccamento determini il modo di percepire e di rapportarsi nei confronti dell'ambiente e di sé stessi, cioè la personalità e lo stile cognitivo. Crittenden identifica, sulla base dei diversi itinerari di sviluppo, una serie di disturbi evolutivi, sostenendo tuttavia la necessità di leggere la funzione di ciascun sintomo all'interno della relazione di attaccamento-accudimento. I modelli operativi interni danno conto non solo del comportamento messo in atto nei vari contesti sociali, ma anche del fatto che gli individui, nelle relazioni con i propri figli, tendono ad utilizzare uno stile di attaccamento analogo a quello che era proprio della loro figura di accudimento (Main et al., 1985), fenomeno definito trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento.

In quest'ambito si inserisce la nostra ricerca, i cui obiettivi sono: studiare la distribuzione degli stili di attaccamento in un campione di bambini non clinici; verificare il ruolo dell'attaccamento come potenziale fattore di rischio per specifiche psicopatologie evolutive; indagare le tipologie di attaccamento delle madri e la presenza di eventuali nessi tra i loro stili di attaccamento e quelli dei figli (trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento).

Il nostro campione comprende 30 bambini, di età compresa tra 8 e 12 anni, frequentanti due Istituti Comprensivi delle province di Enna e Venezia, e le rispettive madri. Per verificare le ipotesi di ricerca, sono stati utilizzati diversi strumenti: il Separation Anxiety Test (SAT, Attili, 2001), la Scala Psichiatrica di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA, Sannio Fancello, 2001), la Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL, Achenbach, 1991), l'Attachment Style Questionnaire (ASQ, Feeney et al., 1994) ed il Parental Bonding (PBI, Parker et al., 1979).

I dati derivanti dal SAT evidenziano che gli stili di attaccamento nei bambini e nelle madri del nostro campione hanno una distribuzione simile a quella emersa da altre ricerche (Attili, 2001), con prevalenza della tipologia di attaccamento sicuro. Gli stili di attaccamento insicuro non sembrano essere correlati a specifici disturbi evolutivi, secondo quanto emerso da SAFA e CBCL. Infine, non è stata confermata l'ipotesi della trasmissione intergenerazionale dei pattern di attaccamento, tranne che per i bambini con attaccamento sicuro.

La nostra ricerca si colloca nel filone degli studi condotti su popolazioni non cliniche di bambini, proponendosi di ampliare la letteratura sulla classificazione dell'attaccamento nei bambini e loro genitori e sulla trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento.

## Bibliografia

- Ainsworth M.D.S., Blehar M., Waters E., Wall S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, N.J., Erlbaum.
- Attili G. (2001). Ansia da separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico. Edizioni Unicopli, Milano.
- Bowlby J. (1969/82). Attachment and loss. Vol. I: Attachment. New York, Basic Books. Trad. It. Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre. Bollati Boringhieri, Torino, 1972.
- Crittenden P. M. (1997). Pericolo sviluppo e adattamento. Masson, Milano.
- Simonelli A., Calvo V. (2002). L'attaccamento: teoria e metodi di valutazione. Carocci Editore, Roma.

## 2. EFFETTI DELLA SEPARAZIONE E DEL DIVORZIO DEI GENITORI SULLA QUALITÀ DELL'ATTACCAMENTO DEL FIGLIO. STUDIO SU UN CAMPIONE DELLA POPOLAZIONE ITALIANA

S. Bernardelli<sup>o</sup>, A. Bianchi<sup>^</sup>, S. Bonedimane<sup>o</sup>, S. Castagna<sup>o</sup>, I. Domenichini<sup>o</sup>, F. Gamba<sup>o</sup>, L. Rigobello<sup>o</sup>, E. Zanolli<sup>^</sup>, N. Fabbro<sup>\*</sup>

*Allievi psicologi specializzandi*

<sup>^</sup>Associazione Psicologia Cognitiva

<sup>o</sup>Scuola Psicoterapia Cognitiva, sede Verona, II anno

<sup>\*</sup>Psicologo-Docente, conduttore project di ricerca

### INTRODUZIONE

Numerose ricerche hanno evidenziato come il divorzio sia un fattore che può influenzare la qualità della relazione di attaccamento tra i figli e i genitori determinando una modifica di tale relazione che da sicura può diventare insicura a causa, soprattutto, degli eventi che solitamente accompagnano questa esperienza, quali il conflitto tra i genitori, la depressione materna e il fatto che bambini molto piccoli trascorrono la notte dal padre.

### OBIETTIVO

Lo scopo del presente lavoro è quello di raccogliere i dati relativi alla popolazione italiana per analizzare se ci sono differenze nelle rappresentazioni di attaccamento tra i bambini provenienti da famiglie separate rispetto ai figli di genitori non separati.

### METODO

Il campione include un gruppo (una ventina) di bambini figli di genitori separati e un gruppo di bambini provenienti da famiglie unite di età scolare (6-12 anni).

I dati sono stati raccolti attraverso la somministrazione di alcuni test che indagano la qualità della relazione di attaccamento tra i bambini e i genitori: Disegno della Famiglia (Attili 2007), Separation Anxiety Test (SAT, Attili 2001), Questionario di Sicurezza e Protezione (QSP, Calvo 2002) e Inclusion of Other in the Self (IOS, Aron, Aron, Tudor, Nelson, 1991; Inguglia et al. 2004).

### RISULTATI E CONCLUSIONI

I risultati, in corso di elaborazione, ci permetteranno di verificare se sono presenti differenze significative nella qualità della relazione di attaccamento tra i due gruppi di partecipanti. In modo particolare se i bambini figli di genitori separati presentano attaccamento insicuro in misura maggiore rispetto al gruppo di bambini provenienti da famiglie unite.

### **3. EFFETTI DELLA SEPARAZIONE E DEL DIVORZIO DEI GENITORI SULLA QUALITÀ DELL'ATTACCAMENTO DEL FIGLIO**

S. Bernardelli°, S. Castagna°, I. Domenichini°, F. Gamba°, E. Zanolta°, N. Fabbro\*

*°Allievi psicologi specializzandi*

*\*Docente; Project di ricerca Associazione Psicologia Cognitiva e Scuola Psicoterapia Cognitiva, sede Verona*

I dati ISTAT di giugno 2008 indicano che in dieci anni in Italia le separazioni sono aumentate del 57% ed i divorzi del 74%. In relazione a questo fenomeno, il presente lavoro ha analizzato i più recenti studi per capire quali possano essere le conseguenze sul benessere psicologico dei bambini che si trovano coinvolti in questo tipo di esperienza, per cercare di avere un quadro più chiaro degli interventi e delle indicazioni terapeutiche più adatte da adottare all'interno delle famiglie. Si sono esaminate le ricerche che hanno studiato gli effetti della separazione e del divorzio sulla qualità dell'attaccamento dei figli. La letteratura evidenzia che, anche quando intervengono le varie forme distruttive di attaccamento, quali ad esempio il divorzio, l'impatto sull'attaccamento può essere contenuto dalla presenza di alcuni fattori protettivi che riducono il rischio psicosociale, quali ad esempio una comunicazione aperta tra le persone coinvolte, la capacità di rispondere al figlio, di saper legger accuratamente i suoi segnali e le sue richieste d'aiuto. Viene suggerito inoltre che migliori relazioni tra i genitori riguardanti la negoziazione del divorzio e le decisioni sui figli permettono ai bambini di mantenere un positivo working model di sé e dell'altro. Infine, vengono discussi diversi tipi di possibili interventi per aiutare i genitori a gestire meglio l'esperienza del divorzio e per proteggere i figli dallo sviluppo di psicopatologia.

### **4. STILI D'ATTACCAMENTO NELLE DIVERSE RELAZIONI INTERPERSONALI IN UN CAMPIONE FEMMINILE CON DISTURBI ALIMENTARI**

C. Armatura°, V. Campostrini°, S. Lecchi°, M. Piccardi°, N. Fabbro\*

*°Allieve psicologhe specializzande 1° anno SPC-Verona*

*\*Psicologa, tutor project di ricerca*

#### **Introduzione**

Negli ultimi decenni i disturbi alimentari hanno stimolato una crescente attenzione a causa dell'elevata diffusione del disturbo nella popolazione adolescenziale e giovanile, in particolare quella femminile. I disturbi alimentari sono patologie dalla eziologia complessa, in cui entrano in gioco diversi fattori; in particolar modo si individua nelle relazioni familiari l'elemento determinante per l'insorgenza del disturbo.

La teoria dell'attaccamento diventa una guida per identificare quali elementi e quali caratteristiche genitoriali entrano in gioco nell'insorgenza dei DCA; studi recenti (Lutzer Y, Hochdorf Z, Bachar E, Canetti L, 2004) affermano che l'attaccamento insicuro gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo dei sintomi anoressici e bulimici. Si pensa che i disturbi del comportamento alimentare possano essere considerati dei comportamenti finalizzati alla ricerca della vicinanza con le figure di riferimento. L'insicurezza che si viene a sviluppare in queste ragazze porta allo sviluppo di personalità caratterizzate da scarsa fiducia in sé e negli altri, rabbia, perfezionismo, impulsività che vanno poi ad incidere sull'insorgenza e mantenimento di comportamenti alimentari patologici.

Dall'analisi della letteratura è emerso che i contributi clinici e di ricerca hanno dato enfasi al ruolo svolto dalle modalità relazionali instaurate con le proprie figure genitoriali in età precoce.

In particolare le fonti hanno enfatizzato una iper-rappresentazione di attaccamenti insicuri e irrisolti nei soggetti con disturbi alimentari (Ammaniti, Mancone, Vismara 2001).

#### **Obiettivo**

L'ipotesi di partenza della ricerca è di riconfermare la distribuzione degli stili di attaccamento in un

campione femminile clinico con DCA e in un campione di controllo senza diagnosi di DCA o alcuna patologia clinica diagnosticata, indagando inoltre la qualità del legame nella attuale relazione di coppia; si vuole poi esaminare se le relazioni precoci con le figure genitoriali siano state caratterizzate da insicurezza nell'attaccamento, nell'ottica di una trasmissione inter-generazionale dei vari stili, stante quanto sostenuto in letteratura, circa il ruolo della insicurezza nell'attaccamento come potenziale fattore di rischio per uscite psicopatologiche in età adolescenziale-adulta.

Le ipotesi di partenza della presente ricerca sono quindi le seguenti:

che le ragazze con DCA abbiano uno stile di attaccamento di tipo insicuro (evitante o ambivalente) mentre il campione di controllo presenti maggiormente un attaccamento sicuro nelle differenti relazioni interpersonali; che vi sia una trasmissione inter-generazionale dei vari stili di attaccamento, cioè che le ragazze tendano a manifestare lo stesso stile di attaccamento dei loro genitori, in particolare delle madri, nelle differenti relazioni (con gli altri, con il partner).

#### Metodo

Il campione da noi esaminato è composto da 61 ragazze; 30 rappresentano il campione clinico, sono soggetti con diagnosi certificata di DCA (BN e AN) reperiti presso il CDCA dell'Asl di Trento e presso il reparto di NPI dell'Ospedale Civile di Brescia, di età compresa tra i 12 e 42 anni. Per quanto riguarda il campione di controllo, sono stati individuati casualmente nella popolazione femminile di Brescia 31 soggetti di età compresa tra i 14 e i 42 anni.

A entrambi i campioni è stata somministrata una batteria di test volta a indagare gli stili di attaccamento e la presenza di sintomi riferiti ai disturbi alimentari.

La batteria include: il Parental Bonding Instrument (PBI, Parker et al. 1979) e l' Inclusion of Other in the Self (IOS, di Aron et al. 1991) *per valutare* la qualità della relazione genitori-figli; Attachment Style Questionnaire (ASQ, Feeney et al. 1994) per indagare gli stili di attaccamento attuali nelle relazioni interpersonali; al fine di valutare l'attaccamento adulto all'interno delle relazioni sentimentali e tra i pari è stato utilizzato l'Experiences in Close Relationship (ECR, Brennan et al.1998); l'Eating Disorder Inventory (EDI, Garner 1995) per analizzare la sintomatologia del disturbo alimentare ed infine il Body Attitude Test (BAT, Probst et al. 1995) per indagare la percezione generale della propria immagine corporea.

#### Risultati e conclusioni

L'elaborazione dei risultati è in corso.

## 5. VICINANZA ED AUTONOMIA EMOTIVA DAI GENITORI, QUALITÀ DELLE RELAZIONI E BENESSERE PSICOLOGICO IN ADOLESCENZA

E. Ceccato\*, M.G. Zocca \*, N. Fabbro°

*\*Psicoterapeuti specializzati*

*°Psicologa-Psicoterapeuta, docente; project di ricerca, Associazione di Psicologia Cognitiva, sede di Verona*

#### INTRODUZIONE E OBIETTIVO

Con questo lavoro si vuole fornire un ulteriore contributo alla ricerca che intende esaminare l'acquisizione dell'autonomia emotiva in adolescenza in relazione alla vicinanza emotiva ai propri genitori, al rapporto con i pari ed i docenti, esplorando al contempo il benessere psicologico e l'autostima.

#### METODO

La ricerca è stata condotta su un vasto campione di studenti (n.288) di scuola superiore, di 14, 16, 18 anni, residenti nel nord-est italiano, ai quali è stata somministrata una serie di prove collettive (Inclusion of Other in the Self – IOS, di Aron et al., 1991; Emotional Autonomy Scale-EAS, di Steinberg e Silverberg, 1986; Self Esteem Questionnaire - SEQ, di Dubois et al., 1998; Youth Self Report – YSR, di Achenbach et al., 1986; Test Relazioni Interpersonali – TRI, di Bracken, 1996 ), con l'intento di misurare il livello di vicinanza e di autonomia dai genitori, la qualità delle relazioni amicali e con i docenti, il livello dell'autostima e la presenza di comportamenti internalizzanti ed esternalizzanti.

## RISULTATI E CONCLUSIONE

I risultati evidenziano buoni rapporti con i genitori e con i pari fino ai 18 anni, età in cui, oltre ad una maggiore problematicità comportamentale, peggiora la relazione con i genitori e con i coetanei dello stesso sesso, bilanciata da un buon rapporto con gli insegnanti. Rispetto all'autonomia emotiva, tutti gli adolescenti appaiono impegnati nel processo di de-idealizzazione dei genitori, che cresce progressivamente per i maschi e le femmine, salvo diminuire per le diciottenni.

La de-idealizzazione dei genitori implica un drastico distanziamento dai genitori stessi, con flessione dell'autostima rispetto al valore di sé come membro della famiglia, un maggiore avvicinamento ai coetanei maschi, presumibilmente alla ricerca del sostegno e del supporto persi nel contesto parentale, e un peggioramento del benessere psicologico.

## 6. LA TRASMISSIONE INTERGENERAZIONALE DELLO STILE DI ATTACCAMENTO TRA GENITORI UDENTI E BAMBINI SORDI

G. Arcaro<sup>o</sup>, M. Bevilacqua<sup>^</sup>, D. Di Donfrancesco<sup>^</sup>, L. Lessio<sup>o</sup>, E.C. Russo<sup>o</sup>, F. Zanella<sup>^</sup>, N. Fabbro<sup>\*</sup>

<sup>o</sup>Allieve del corso APC della scuola di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale di Verona

<sup>^</sup>Allieve del corso SPC della scuola di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale di Verona

<sup>\*</sup>Conduttore del project di ricerca della scuola di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale di Verona

## INTRODUZIONE

Il presente contributo si propone di approfondire il tema della trasmissione intergenerazionale del legame di attaccamento tra genitori e figli, focalizzando l'attenzione in particolare su genitori udenti con bambini sordi. Dopo un'introduzione sulla Teoria dell'Attaccamento, formulata da Bowlby (1969) e sulla disabilità uditiva, viene riportata una rassegna delle poche ricerche effettuate, a livello internazionale, sul legame di attaccamento in famiglie con componenti non-udenti.

## OBIETTIVO

Si è cercato di osservare se la condizione di sordità nei bambini influisce, e in che modo, sulla costruzione della relazione diadica con la figura di attaccamento al fine di verificare se, come alcuni autori sostengono, il tipo di attaccamento che si sviluppa nei soggetti con sordità non sia da attribuire esclusivamente alla disabilità sensoriale, ma sia maggiormente correlato alle caratteristiche di attaccamento della madre.

## METODO

Il campione è costituito da bambini sordi e dalle rispettive madri udenti; a ciascun bambino sono stati somministrati: il Separation Anxiety Test (SAT, Klagsbrun e Bowlby, 1976; versione modificata e adattamento italiano di G. Attili), il disegno della famiglia reale e ideale (Attili 2007) e l'Inclusion of Other in the Self (Aron, Aron, Tudor, Nelson, 1991). Ai genitori sono stati somministrati: l'Attachment Style Questionnaire (ASQ, Feeney, Noller, Hanrahan, 1994), l'Experiences in Close Relationships (ECR, Brennan, Clark, Shaver, 1998; versione italiana validata a cura di Picardi, Vermigli, Toni, D'Amico, Bitetti, Pasquini, 2002), il Parental Bonding Instrument (PBI, Parker, Tupling, Brown, 1979) e il Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach, 1991).

## RISULTATI E CONCLUSIONI

I risultati, in corso di elaborazione, verranno commentati in base alle ipotesi e aspettative formulate inizialmente relative all'aspetto intergenerazionale di trasmissione del legame d'attaccamento.

**SESSIONE 9:  
I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (6 POSTER)**Tutor: *L. R. Lauro***1. VALORI CULTURALI E DISTURBI ALIMENTARI**

Villa, Acquistapace, Sogni

*Psicoterapia Cognitiva e Ricerca, Milano*

Studi recenti sui disturbi alimentari nelle società non occidentali o non affluenti e sostengono che l'impatto legato al cambiamento culturale potrebbe essere un determinante socio culturale per la genesi dei disturbi alimentari nei paesi in via di sviluppo. L'impatto avverrebbe tra l'aumentato livello di urbanizzazione e la modernità, con i conseguenti cambiamenti legati allo stile di vita individuale, ed i tradizionali valori patriarcali e familiari. Secondo Katzman & Lee (1997), è plausibile pensare che in tali ambienti di cambiamento culturale le donne possono sviluppare disturbi alimentari non solo come conseguenza del mettersi a dieta, della paura del peso o di essere grasse, ma anche a causa del cambiamento e della disconnessione socio culturale. Tale ipotesi è contraria al pensiero comune che i disturbi alimentari sono una malattia tipicamente occidentale, quindi non è ancora chiaro se i disturbi alimentari sono associati ad una fase di completa modernizzazione dei valori o ad una fase di scontro culturale. Lo scopo della ricerca è di indagare la relazione esistente tra i valori culturali ed il grado di disturbi alimentari in campioni di differenti paesi. Il test usato per valutare le differenze culturali è l'individualism / traditionalism scala (I/TS, Triandis 1995), mentre per la sintomatologia tre scale dell'Eating Disorders Inventory (EDI-2, Garner & Olmsted, 1984): Ricerca della magrezza, Bulimia, e insoddisfazione corporea. Inoltre, tutti i soggetti sono stati sottoposti alla Doubts and Concern over Mistakes Scale e alla Parental Criticism and Expectations Scale, subtest del Multidimensional Perfectionism Scale (MPS, Frost et al., 1990), e al Self-Esteem Scale (RSES, Rosenberg 1965). Le due ipotesi sono che da un lato i valori tradizionali correlino con il criticismo, il criticismo genitoriale con il perfezionismo ed il perfezionismo con le scale EDI.

**2. LO STIGMA E PREGIUDIZIO NEI CONFRONTI DELL'OBESITÀ IN AMBITO SANITARIO. COSA DEVONO SAPERE I PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E COME CREARE UN AMBIENTE VALIDANTE PER IL PAZIENTE AFFETTO DA OBESITÀ**

D. Di Pauli

*IV anno APC Verona, training Ivaldi – Perdighe***INTRODUZIONE**

La nostra società vede l'obesità come qualcosa di estremamente negativo e spesso legata alla scarsa forza di volontà di chi ne è affetto, mentre la magrezza, come bellezza, controllo e successo. Questa attitudine negativa verso l'obesità ha portato ad episodi di discriminazione, pregiudizio e penalizzazione, a causa del peso, documentati in diverse aree della nostra vita: lavoro, istruzione, sanità, ricerca e tempo libero. Studi mostrano come insegnanti, medici, studenti, adulti e anche bambini riportino spesso giudizi negativi e scarsa accettazione verso le persone obese.

L'impatto psicologico derivato da questa stigmatizzazione porta ad una diminuzione dei livelli di autostima e ad un'immagine corporea negativa oltre a depressione, ansia e, in casi estremi, al suicidio.

## OBIETTIVO

L'obesità è una malattia cronica che pone, chi ne è affetto, al rischio di complicanze mediche e psicologiche. I professionisti della salute a cui il paziente obeso può rivolgersi sono molteplici: medici, infermieri, fisioterapisti, dietisti, dietologi, psichiatri, psicologi, ecc..

Tuttavia la ricerca ha dimostrato come anche l'ambiente medico non sia immune da pregiudizi nei confronti dell'obesità evidenziando come i professionisti della salute siano una delle più comuni fonti di stigma.

Alla luce di queste evidenze lo scopo del presente lavoro è quello di:

- offrire una panoramica dei risultati delle ricerche che hanno indagato la presenza dei bias sul peso
- descrivere le conseguenze che queste attitudini negative possono avere sul paziente affetto da obesità
- suggerire alcune strategie con le quali i professionisti della salute possono migliorare la qualità di cura del paziente affetto da obesità

## METODO

È stata fatta una ricerca bibliografica su pub – med (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) digitando i termini: Stigma, Bias, Obesity, Health Care, e visitando il sito <http://www.yaleruddcenter.org/>.

## RISULTATI

I dati presenti in letteratura evidenziano come i professionisti della salute non siano immuni da pregiudizi verso l'obesità e il paziente obeso.

La presenza di queste attitudini negative potrebbe causare seri danni, infatti, la ricerca ha dimostrato che i pazienti con più alti livelli di BMI (indice di massa corporea) tendono a evitare, cancellare o ritardare importanti visite mediche di controllo o prevenzione rispetto ai pazienti normopeso.

## CONCLUSIONI

La letteratura scientifica ha evidenziato la presenza di bias sul peso tra i professionisti della salute mostrando l'impatto negativo che possono avere sulla qualità di vita del paziente obeso.

I medici, psicologi, dietiste e quanti si occupano della salute e benessere delle persone affette da obesità hanno un importante ruolo nella prevenzione e gestione di queste problematiche.

È necessario quindi sviluppare strategie d'intervento per aiutare a migliorare queste attitudini e per comprendere meglio l'impatto che hanno sul paziente.

### **3. COSTRUTTI DELL'ANSIA E DISTURBI DELL'IMMAGINE CORPOREA IN PAZIENTI AFFETTI DA GRAVE OBESITÀ PRIMA E DOPO INTERVENTO BARIATRICO**

S. Sampietro, G. Segato, F. Favretti, P. Vinai, G.M. Ruggiero, S. Sassaroli, L. Busetto, G. Enzi.

*Studi Cognitivi sede di Milano*

#### Introduzione

Gli obesi sovrastimano e distorcono maggiormente la loro taglia corporea, sono più insoddisfatti del loro peso e delle loro forme corporee ed evitano con più frequenza le situazioni sociali perché sono preoccupati della loro apparenza (Dalle Grave, 2001). In seguito all'intervento sia di bendaggio gastrico, sia di bypass gastrointestinale, insieme al dimagrimento si è osservato un significativo miglioramento dell'immagine corporea (Song et al., 2006). Tuttavia, non sempre il dimagrimento comporta un miglioramento dell'immagine corporea, perché non tutte le preoccupazioni dei soggetti obesi sono focalizzate sul peso corporeo, riguardando ad esempio anche la taglia e la circonferenza dei fianchi, la forma corporea, e le caratteristiche somatiche non associate al peso, come la forma della faccia (Song et al., 2006).

#### Obiettivo

Scopo del lavoro è indagare i costrutti dell'ansia, i disturbi dell'immagine corporea, la depressione e la presenza di rimuginio, in un gruppo di pazienti, di sesso femminile, affetti da obesità grave (BMI>40).

S'intende inoltre valutare se l'intervento di chirurgia bariatrica contribuisca al cambiamento di tali aspetti.

#### Metodo

Sono stati esaminati 42 pazienti affetti da grave obesità, di cui 23 sono stati sottoposti ad intervento di chirurgia bariatrica. Ai soggetti sono stati somministrati i seguenti test: EDI-II, BED DSM Questionnaire, BDI, ACQ-SC, ACQ-DC, PSWQ, MPS, RSES e BUT.

#### Risultati

Relativamente al test EDI, si riscontrano differenze significative tra i due gruppi nella scala della bulimia, dell'inefficacia e della consapevolezza enterocettiva. Il punteggio totale del BDI è significativamente inferiore nel gruppo PostBend. La RSES evidenzia una più elevata autostima nel gruppo PostBend. Per quanto riguarda la scala BUTa, il gruppo PreBend presenta punteggi patologici in tutte le sottoscale, a differenza del gruppo PostBend dove i punteggi patologici riguardano l'indice globale di gravità, la fobia del peso e la preoccupazione eccessiva per l'immagine del corpo. I due gruppi differiscono significativamente per i punteggi di tutte le sottoscale, tranne la sottoscala fobia del peso

#### Conclusioni

Dopo l'intervento le condotte di Binge Eating, presenti in misura non clinicamente rilevante, si riducono; migliora la capacità di riconoscere le sensazioni corporee (fame e sazietà) e migliora il senso di efficacia dei soggetti; pur non essendo patologico il risultato prima dell'intervento. Per quanto riguarda la depressione osserviamo un miglioramento del tono dell'umore conseguente alla riduzione di peso. Entrambi i gruppi hanno una buona autostima; tuttavia successivamente ad un importante calo di peso, l'autostima dei soggetti migliora. Sembra che i pazienti obesi non siano perfezionisti e non abbiano la tendenza a rimuginare in modo patologico; e sembra che l'intervento chirurgico su questi aspetti non influisca in nessun modo. Entrambi i gruppi di pazienti vivono un forte disagio legato al corpo. Successivamente all'intervento di bendaggio si riducono i comportamenti di evitamento, i controlli compulsivi della propria immagine e i vissuti di distacco ed estraneità del proprio corpo. La paura dell'aumento di peso rimane elevata.

#### **4. LA FAME INFINITA:PREVISIONE DEL SENSO DI SAZIETÀ IN UN CAMPIONE DI SOGGETTI NORMO-PESO E SOVRAPPESO**

P. Vinai<sup>ab</sup>, N. Ferrato<sup>ab</sup>, P. Vallauri<sup>ab</sup>, G. Carpegna<sup>ab</sup>, S. Cardetti<sup>ab</sup>, G.M. Ruggiero<sup>a</sup>, S. Sassaroli<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Studi Cognitivi*

<sup>b</sup> *Gnosis, no profit association for psychotherapy research*

Abbiamo ricercato in un gruppo di soggetti adulti se vi fossero delle correlazioni tra la loro valutazione del senso di sazietà dopo un pasto, la previsione della sazietà dopo aver fatto il bis della stessa porzione di cibo ed il loro BMI. Materiali e metodi. 128 soggetti adulti sono stati reclutati casualmente durante una sagra paesana 20 erano sottopeso, 74 normopeso e 34 sovrappeso. Subito dopo aver mangiato una porzione di zuppa di fagioli è stato loro chiesto di valutare il loro senso di sazietà e di prevedere quale sarebbe stato dopo aver assunto un'identica porzione dello stesso cibo. Risultati Si è riscontrata una correlazione negativa statisticamente significativa tra il BMI dei soggetti e la previsione della loro sazietà dopo il bis. Non si è riscontrata alcuna correlazione tra la valutazione della sazietà attuale ed il BMI dei soggetti. Conclusioni I risultati dello studio offrono interessanti prospettive per la prevenzione ed il trattamento dei pazienti sovrappeso.

## **5. VARIABILI COGNITIVE E SINTOMATOLOGIA ALIMENTARE IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE**

Vazzano, Simoncini, Patrone, Bertelli, Cocchini, Lazzerini, Martini, Continenza, Bovini, Rigacci

*Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (SCF), Firenze*

La ricerca recente sottolinea l'importanza di alcune dimensioni cognitive in qualità di variabili psicologiche per i Disturbi dell'Alimentazione (DA), in particolare: rimuginio, bassa autostima, perfezionismo, percezione ansiosa e pervasiva di scarso controllo (Sassaroli, 2008; Fairburn, 2003).

Il presente studio è diretto ad indagare l'andamento di tali variabili in un campione di pazienti affetti da DA, in relazione alla sintomatologia alimentare rilevata.

Sono stati reclutati 40 pazienti affetti da DA (7 AN, 15 BN, 9 BED, 9 EDNOS non BED) da una popolazione di soggetti sottoposta a psicoterapia cognitiva e/o terapia farmacologica, somministrate presso 2 centri specializzati: il Dipartimento di Salute Mentale Adulti ASL-11-Empoli, Centro di Cognitivismo Clinico di Firenze. Sono stati raccolti dati inerenti le caratteristiche cliniche e socio-demografiche. Per l'analisi della sintomatologia alimentare e delle variabili psicopatologiche cognitive sono stati utilizzati i seguenti questionari autosomministrati: EDEQ (Fairburn, 1994), RSES (Rosemberg, 1965), MPS (Frost, 1990), ACQ (Rapee, 1996), PSWQ (Meyer, 1990).

Conformemente alle attese, i dati da noi raccolti hanno indicato la presenza di una significativa correlazione tra sintomatologia alimentare generale, scarsa autostima e incertezza sulle proprie capacità (sottodimensione del perfezionismo). Si è inoltre osservata una correlazione tra perfezionismo, rimuginio, scarsa autostima ed episodi di perdita di controllo.

I nostri risultati confermano la presenza e l'importanza dei fattori cognitivi indagati, nell'ambito della genesi e del mantenimento dei DA.

## **6. VALUTAZIONE DELLA PSICOPATOLOGIA ALIMENTARE E GENERALE IN UNA POPOLAZIONE DI 207 ADOLESCENTI E NEI LORO GENITORI**

L. Cangioni, G. Castellini, V. Ricca, C. Ravaldi

*Studi Cognitivi sede di Firenze*

### **Introduzione**

L'adolescenza è un periodo a rischio di sovrappeso, d'obesità e di sviluppo del DA (Hoek HW., 2006; Aina et al., 2007; Field et al., 2008). L'obiettivo è verificare la presenza e l'intensità dell'associazione tra comportamenti alimentari disturbati e psicopatologia generale negli adolescenti, nonché la presenza e il tipo delle correlazioni con la psicopatologia generale dei genitori. È stato inoltre ipotizzato, facendo riferimento ad un lavoro precedente (Ricca et al., 2006), la possibilità anche per l'adolescenza, che le convinzioni e i pensieri dei genitori su cibo e corpo svolgessero un ruolo di mediazione per la comparsa di DCA.

### **Metodo**

La popolazione esaminata è costituita da 207 adolescenti (15-19 anni), di cui 120 femmine e 87 maschi e dai loro genitori, 395 soggetti di cui 205 madri e 190 padri. I test somministrati ai ragazzi e ai genitori sono l'SCL-90R e l'EDE-q; inoltre a questi ultimi veniva dato anche il CIBUS. La versione di EDE-q da noi somministrata era arricchita di alcune domande che permettevano di porre diagnosi trasversale di DCA a carattere categoriale, secondo DSM-IV TR, al momento della compilazione del test.

### **Conclusioni**

Il tasso di prevalenza del sovrappeso riscontrato è inferiore a quello documentato da precedenti lavori, mentre quello del sottopeso è maggiore. La diffusione dei DCA riscontrata è sovrapponibile a quella descritta

da precedenti studi di popolazione (Kjelsas et al., 2004), pur con un lieve incremento per ambo i sessi, in linea con quanto afferma la letteratura recente (Neumark-Stzainer et al., 2007). I livelli di gravità evidenziati sono comparabili a quelli già documentati sulla popolazione generale (Mond et al., 2004). Il sovrappeso si associa a maggiori livelli di psicopatologia alimentare negli adolescenti, ma non a un aumento dei livelli della psicopatologia generale, contrariamente a quanto sostenuto da altri lavori (Lien et al., 2007).

11.45 – 13.00

SESSIONE RELAZIONI

**“Disturbi del  
comportamento  
alimentare”***Chair:*  
F. Baldini*Discussant:*  
C. Mezzaluna**Attitudini alimentari, immagine corporea, impulso alla  
magrezza e body checking in un campione non clinico in varie  
regioni d’Italia. Un confronto***Baroncelli M., Alibrandi M., Andreoni L., Beccai S., Boretti R.,  
Calzolari L., Capitoni S., Cellini E., Cipriani V., Dall’Ara E., Fava  
L., Feri C., Ferrone M., Giorgeschi F., Lopresti D., Mantia F.,  
Marottoli S., Montanelli G., Panella V., Pineider F., Ragugini F.,  
Calugi S. (SPC – Grosseto)***Alessitimia, criticismo, perfezionismo e percezione del controllo  
nei disturbi del comportamento alimentare***Marselo S., Di Tucci A, Ruggiero G.M. Sassaroli S. (Studi Cognitivi  
- Milano)***I disturbi del comportamento alimentare: maschi e femmine a  
confronto***Carone C., Cuna A., De Pascali I., D’Errico L., Giuliani C., Monti  
E., Petreza L., Sabatelli B., Toma M., Vergine F., Zecca L., Astore T.,  
Calabrese V., Carrino M., De Giovanni M.R., De Villanova M.,  
Francioso N., Lagravinese R., La Muraglia C., Martella A.L.,  
Montinaro F., Perillo R., Rosafio V., Sabetta A.L., Taccone S.,  
Perrone S. (APC – Lecce)***Euritiche associative tra variabili cognitive dei disturbi  
alimentari e credenze sulla forma fisica***Confalonieri L., Alighieri S., Cattaneo S., Sacco M., Ruggiero M.  
(Studi Cognitivi – Milano e Modena)***1. ATTITUDINI ALIMENTARI, IMMAGINE CORPOREA, IMPULSO ALLA MAGREZZA E  
BODY CHECKING IN UN CAMPIONE NON CLINICO DI MASCHI E FEMMINE DI VARIE  
REGIONI D’ITALIA. UN CONFRONTO***M. Baroncelli, M. Alibrandi, L. Andreoni, S. Beccai, R. Boretti, L. Calzolari, S. Capitoni, E. Cellini, V.  
Cipriani, E. Dall’Ara, L. Fava, C. Feri, M. Ferroni, F. Giorgeschi, D. Lopresti, F. Mantia, S. Marottoli, G.  
Montanelli, V. Panella, F. Pineider, F. Ragugini, S. Calugi**IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva, training 2005-2008 Mancini- Lorenzini- Gragnani***Introduzione**

Nelle ultime due decadi, lo studio delle attitudini alimentari, dell’immagine corporea, dell’impulso alla magrezza e del body checking, in soggetti non clinici, ha assunto notevole interesse in diverse parti del mondo, incrementandone la ricerca. Le principali indagini si sono focalizzate sulla popolazione più a rischio di sviluppare un disturbo dell’alimentazione, quella degli adolescenti di sesso femminile. Molto poco si conosce, invece, sulle popolazioni adulte, di entrambi i sessi, non a rischio.

**Obiettivo**

Valutare attitudini alimentari, immagine corporea, impulso alla magrezza e body checking in un campione italiano non clinico, di età non a rischio ed analizzare eventuali differenze regionali.

### Metodo

Il campione è composto da 340 soggetti di cui 171 femmine e 169 maschi, appartenenti a quattro diverse regioni italiane (Liguria, Toscana, Puglia, Sardegna) e di età compresa tra i 25 ed i 45 anni. Sono stati raccolti, oltre ai dati anagrafici, anche il peso e l'altezza di ogni soggetto, ed è stata somministrata una batteria di questionari self-report (EAT-26, BUT-A, BCQ, EDI-2) in forma anonima ed alla presenza del ricercatore. Le regioni sono state scelte al fine di rappresentare il territorio italiano (Nord, Centro, Sud ed isole).

### Risultati

Il campione femminile ha mostrato punteggi significativamente più elevati per le variabili cliniche del BCQ e del BUT, rispetto al campione maschile. Il 9,4% del campione femminile ha un IMC inferiore a 18,5 contro lo 0,6% di quello maschile. Non si sono riscontrate differenze significative nei due campioni sia rispetto all'impulso alla magrezza che all'EAT-26. Per quanto riguarda il confronto regionale, la Liguria mostra i punteggi significativamente più alti nelle variabili cliniche, tranne che nel body checking. La Puglia, invece, quella con punteggi più bassi. Infine è stata riscontrata un'associazione positiva tra IMC e insoddisfazione dell'immagine corporea e tra IMC ed impulso alla magrezza nel campione femminile.

### Conclusioni

Le donne adulte hanno, complessivamente, più attitudini a sviluppare un disturbo dell'alimentazione rispetto agli uomini. Le differenze regionali indicano che la Liguria è la regione con punteggi più alti e la Puglia quella con punteggi più bassi.

## **2. ALESSITIMIA, CRITICISMO, PERFEZIONISMO E PERCEZIONE DI CONTROLLO NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

Marsero S., Ruggiero G.M., Di Tucci A., Sassaroli S.

*Studi Cognitivi, Milano*

*Psicoterapia Cognitiva e Ricerca, Milano*

Diverse ricerche mostrano come ai disturbi del comportamento alimentare (DCA) siano correlati alcuni fattori psicologici, quali il perfezionismo disadattivo, il criticismo percepito, alti livelli di alessitimia e una percezione di basso controllo. L'obiettivo del presente studio è di verificare se esiste interazione tra il criticismo genitoriale e l'alessitimia predisponendo il soggetto all'utilizzo di un perfezionismo patologico basato sul controllo che, a sua volta, faciliterebbe l'insorgenza di un disturbo del comportamento alimentare. In particolare si è ipotizzato che il perfezionismo patologico giochi un ruolo di intermediazione tra i fattori predisponenti e lo sviluppo di un disturbo alimentare (impulso alla magrezza). Quarantanove soggetti con DCA (anoressia nervosa=13, bulimia nervosa=12 e DCA NAS=24) (47 femmine, 2 maschi, età media 32.36 anni) sono stati valutati con i seguenti test: EDI (Eating Disorder Inventory, Garner et al. 1983); PCI (Perceived Criticism Inventory, Apparigliato et al, 2007); TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale, Bagby et al., 1994; Bressi et al., 1996); ACQ (Anxiety Control Questionnaire, Rapee et al., 1996) e MPS (Multidimensional Perfectionism Scale, Frost et al., 1990). I risultati ottenuti hanno confermato le ipotesi iniziali. Vi è una differenza significativa dei punteggi ottenuti dal campione patologico rispetto ad un campione di controllo di 49 soggetti (47 femmine, 2 maschi) senza DCA. Le analisi esplorative effettuate confermano che il criticismo genitoriale, l'alessitimia e la percezione di basso controllo sono predittori significativi del perfezionismo patologico che, a sua volta, risulta predittore significativo dell'impulso alla magrezza. Questo modello non è presente nel campione di controllo. Ciò potrebbe significare che è stato messo in luce un meccanismo peculiare nello sviluppo dei DCA.

### 3. I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: MASCHI E FEMMINE A CONFRONTO

\*C. Carone, A. Cuna, I. De Pascali, L. D'Errico, C. Giuliani, E. Monti, L. Petrerà, B. Sabatelli, M. Toma, F. Vergine, L. Zecca.

\*\*T. Astore, V. Calabrese, M. Carrino, M.R. De Giovanni, M. De Villanova, N. Francioso, R. Lagravinese, C. La Muraglia, A.L. Martella, F. Montinaro, R. Perillo, V. Rosafio, A.L. Sabetta, S. Taccone

*\*Gruppo del Project di Ricerca, IV anno accademico 2007/2008, Scuola di Specializzazione di Psicoterapia Cognitiva, APC di Lecce, tutor: Silvia Perrone*

*\*\* Gruppo del Project di Ricerca, III anno accademico 2008/2009, Scuola di Specializzazione di Psicoterapia Cognitiva, APC di Lecce, tutor: Silvia Perrone*

Fino a pochi anni fa i disturbi del comportamento alimentare erano particolarmente diffusi tra le ragazze adolescenti mentre in questi ultimi anni è stata rilevata una maggiore diffusione anche tra i ragazzi. La diagnosi di anoressia nervosa nei maschi tuttavia è ancora problematica: i criteri diagnostici dell'anoressia sono stati finora incentrati sulla donna; uno dei più importanti sintomi della malattia, infatti, è considerata l'alterazione del ciclo mestruale.

Obiettivo di questo lavoro è rilevare somiglianze e differenze circa i disturbi del comportamento alimentare tra soggetti di sesso maschile e di sesso femminile partendo da un'analisi dei dati presenti nella recente letteratura scientifica; rilevare l'eventuale aumento, in questi ultimi anni, nella popolazione maschile, dei disturbi del comportamento alimentare (o dei soggetti a rischio per lo sviluppo di un DCA). A tal fine sono state consultate alcune tra le più note riviste scientifiche internazionali quali: *European Eating Disorders Review*, *International Journal of Eating Disorder*, *South African Journal of Psychology* (2000 – 2007); sono stati somministrati ad un campione di 224 soggetti, di età media di 17 anni, i seguenti test: *Eating Attitudes Test - 26* (Garner e Garfinkel, 1979), *Body Uneasiness Test* (versione italiana di M. Cuzzolaro e coll., 1999), *Self Esteem Inventory* (Stanley Coopersmith, 1981, versione italiana di M. Cuzzolaro 1996); sono state analizzate, inoltre, somiglianze e differenze tra 20 soggetti maschi e 20 soggetti femmine affetti da DCA (Anoressia e Bulimia) tramite l'uso di alcuni tra i più noti test quali *Eating Disorder Inventory – 2* (EDI-2, Garner e coll.1991), *Symptom Checklist SCL-90-Revised* (SCL-90, Derogatis, 1983, 1994), *Body Uneasiness Test* (BUT versione italiana di M. Cuzzolaro e coll., 1999).

Da una prima analisi effettuata sul campione non clinico di 224 soggetti di età media di 17 anni (dev. st.: 2,059), composto per il 54% da maschi e per il 46% da femmine di età compresa tra i 14 e i 25 anni è stato possibile rilevare quanto segue: il 12,1% dei soggetti che hanno compilato il test EAT – 26 risulta a rischio circa lo sviluppo di un DCA. In particolar modo ha comportamenti alimentari a rischio il 16,5% delle femmine e l'8,3% dei maschi. Il 35,3% dei soggetti prova sentimenti di frustrazione nei confronti del proprio corpo, in particolar il 24% dei maschi e il 48,5% delle femmine; il 20,1% del campione considerato dichiara di avere una bassa autostima, in particolar modo il 9,9% dei maschi e il 32% delle femmine (chi quadro.: 0,00).

I DCA sembrano essere maggiormente diffusi nei soggetti di sesso femminile piuttosto che in quelli di sesso maschile. Sono state rilevate differenze significative tra maschi e femmine circa l'autostima e i sentimenti nei confronti del proprio corpo. In particolar modo le femmine sembrano essere maggiormente a rischio. Inoltre, considerando le percentuali dei soggetti maschi a rischio di sviluppare un DCA rilevate in questi ultimi anni, è stato possibile osservare un graduale aumento di soggetti maschi a rischio. Tuttavia un limite di questo lavoro può essere rappresentato dall'utilizzo di strumenti psicometrici costruiti prevalentemente sulla base di studi effettuati su popolazioni cliniche e non cliniche costituite da sole donne. Gli autori ritengono utile lavorare sulla costruzione di strumenti di indagine che considerino maggiormente gli aspetti tipici dei DCA nei maschi e quindi misure che possano discriminare con maggior precisione le differenze tra i due sessi: basti pensare, per esempio all'anoressia reverse o a quel disagio che molti chiamano vigoressia proprio per sottolineare le caratteristiche del disagio nei maschi strettamente legato alla ossessione di avere un corpo muscoloso e perfetto. (I risultati inerenti la valutazione e le differenze del campione clinico sono attualmente in fase di elaborazione).

#### **4. EURISTICHE ASSOCIATIVE TRA VARIABILI COGNITIVE DEI DISTURBI ALIMENTARI E CREDENZE SULLA FORMA FISICA**

L. Confalonieri<sup>1</sup>, S. Alighieri<sup>2</sup>, S. Cattaneo<sup>1</sup>, M. Sacco<sup>1</sup>, G.M. Ruggiero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Studi Cognitivi Milano*

<sup>2</sup>*Studi Cognitivi Modena*

##### **Introduzione**

Recenti studi hanno dimostrato il legame tra perfezionismo patologico e disturbi alimentari, mediato da una bassa percezione di controllo e bassa autostima (Sassaroli, Gallucci, & Ruggiero, 2007). Ad ogni modo pochi studi hanno indagato, mediante disegni sperimentali o semi-sperimentali, la presenza di euristiche associative (Tversky & Kahneman, 1983) tra il perfezionismo patologico, il controllo e le credenze sulla forma fisica.

##### **Obiettivi**

L'obiettivo è quello di verificare, mediante un compito sperimentale, la presenza di euristiche associative tra il costrutto del perfezionismo patologico, le credenze sulla forma fisica e il costrutto del controllo percepito e desiderato su eventi sia esterni che interni all'individuo, esercitato in vari domini esperienziali. Inoltre lo studio si propone di verificare la correlazione tra la presenza di tali euristiche associative (focalizzate su perfezionismo patologico, forma fisica e controllo) e il bisogno di magrezza, la bulimia e l'insoddisfazione corporea.

##### **Metodo**

Il campione è composto da 40 soggetti di genere femminile, studenti delle scuole secondarie di secondo grado, di età compresa fra i 17 e 33 anni.

Ai partecipanti è stato richiesto di completare un compito sperimentale di valutazione di probabilità di alcune frasi riguardanti la forma fisica e comportamenti di controllo a fronte della descrizione di alcuni profili di personalità perfezioniste patologiche (caratterizzate dalla presenza di alti standard e eccessivo timore dell'errore). Tale compito sperimentale rappresenta una variazione del compito utilizzato da Tversky e Kahneman (1983), finalizzato a valutare la presenza di euristiche associative sopra descritte. Per la valutazione di bisogno di magrezza, bulimia, insoddisfazione corporea, perfezionismo patologico, percezione/sensazione e bisogno di controllo sono stati somministrati il questionario Eating Disorder Inventory (EDI-1) (Garner et al., 1991), il questionario Multidimensional Perfectionism Scale (Frost et al., 1990) e il questionario ACQ (Kyrios, 2003).

##### **Risultati**

E' emersa, anche in soggetti non affetti da disturbi alimentari, la presenza di euristiche associative tra perfezionismo patologico e specifiche credenze sulla forma fisica. La presenza di tali euristiche associative sembra essere mediata dalla variabile cognitiva della percezione/sensazione e bisogno di controllo.

