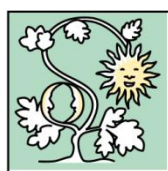




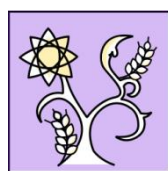
Scuole di Specializzazione  
in Psicoterapia Cognitiva



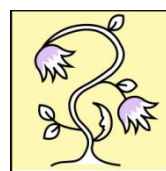
APC



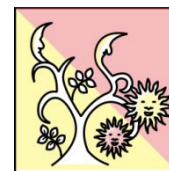
SPC



SICC



AIPC



IGB

# VII Forum sulla Formazione in Psicoterapia

## Assisi, 13-15 Ottobre 2017



***Libro degli Abstract***

<b>Programma generale</b> .....	3
<b>Sessione Relazioni 1</b>	
<i>Disgusto</i> .....	11
<b>Sessione Relazioni 2</b>	
<i>Emozioni, Scopi e Strategie di Regolazione Emotiva</i> .....	15
<b>Sessione Relazioni 3</b>	
<i>Disturbo Ossessivo Compulsivo</i> .....	21
<b>Sessione Relazioni 4</b>	
<i>Sui Disturbi di Personalità e sugli Interventi Psicoeducativi</i> .....	29
<b>Sessione Relazioni 5</b>	
<i>Età Evolutiva</i> .....	41
<b>Sessione Relazioni 6</b>	
<i>Trauma e Lutto</i> .....	48
<b>Sessione Relazioni 7</b>	
<i>Terapeuta e Terapia</i> .....	57
<b>Sessione Relazioni 8</b>	
<i>Benessere Psicologico, Assertività e Depressione</i> .....	76

### **Sessione Poster 1**

Relazione Terapeutica e Metacognizione ( <i>Sala Onda</i> ) .....	91
Efficacia della Psicoterapia, Formazione e Validazione Test ( <i>Sala Ping Pong</i> ).....	102
Trauma e Dipendenze ( <i>Sala Galleria</i> ) .....	117

### **Sessione Poster 2**

Età Evolutiva ed Esclusione Sociale ( <i>Sala Onda</i> ) .....	127
Mindfulness ( <i>Sala Ping Pong</i> ) .....	136
ACT, Social Skills e Training Assertivo ( <i>Sala Galleria</i> ) .....	147

### **Sessione Poster 3**

Psicosi, Schizofrenia e Interventi Psicoeducativi per Familiari di Pazienti Psichiatrici ( <i>Sala Onda</i> ).....	161
Disturbi di Personalità, Psicopatia e Rischio Suicidario ( <i>Sala Ping Pong</i> ) .....	169
Funzioni Cognitive, Processo Decisionale e Ruminazione ( <i>Sala Galleria</i> ) .....	177

<b>Venerdì 13 Ottobre</b>		
16.00 - 16.30	<b>Apertura Lavori del VII Forum sulla Formazione in Psicoterapia</b> <b>Francesco Mancini e Giuseppe Romano</b> (Sala Teatro)	
16.30 - 17.30	<b>Un caso clinico due interventi 1</b> (Sala Teatro) <i>Chair: A. Rainone</i>	<b>Un caso clinico due interventi 2</b> (Sala Musica) <i>Chair: A. Saliani</i>
	1. <b>Caso di Sara Appoloni</b> <i>discusso dagli allievi del III SPC AN</i> <i>discusso dagli allievi del III SPC RM</i>	1. <b>Caso di Jacopo Jarach</b> <i>discusso dagli allievi del IV SPC GR</i> <i>discusso dagli allievi del III SPC AN</i>
	2. <b>Caso di Valeria Rossi</b> <i>discusso dagli allievi del SPC GR</i> <i>discusso dagli allievi del III SPC RM</i>	2. <b>Caso di Emily Morini</b> <i>discusso dagli allievi del III SPC AN</i> <i>discusso dagli allievi del IV SPC GR</i>
17.30 - 18.30	<b>Sessione Relazioni 1</b> (Sala Teatro) <b>Disgusto</b> <i>Chair: O. Luppino</i> <i>Discussant: M. Giacomantonio</i>	<b>Sessione Relazioni 2</b> (Sala Musica) <b>Emozioni, Scopi e Strategie di Regolazione Emotiva</b> <i>Chair: L. Colle</i> <i>Discussant: F. Russo</i>
	1. <b>Interconnessione tra disgusto morale e rabbia: una revisione.</b> <i>Giurgola, Nestola, Mancini et al.</i> 2. <b>Rubber Hand Illusion: an ally against OCD.</b> <i>Zappatore, Ferlisi, Altomare et. al.</i> 3. <b>Correlati elettrofisiologici del Disgusto Morale e Fisico.</b> <i>Albanese, Caliciotti, Mancini e Lucci.</i>	1. <b>Come le credenze sulle emozioni influiscono sulla scelta delle strategie di regolazione.</b> <i>Laglia, Bellizzi, Bernabei et al.</i> 2. <b>Perché le persone ruminano? Il ruolo degli scopi nella ruminazione.</b> <i>De Carlo, Trincas e Mancini</i> 3. <b>Onori e oneri: il ruolo delle motivazioni interpersonali.</b> <i>Casali, Mira, Capuano et al.</i> 4. <b>Rapporto tra happiness e standard morali: essere buoni rende più felici?</b> <i>Iannucci, Albanese, Cascone et al.</i>
18.30 - 19.30	<b>Sessione Poster 1</b>	
	A - Sala Onda Chair: L. Cieri  <b>Relazione Terapeutica e Metacognizione</b>	B . Sala Ping Pong Chair: S. Fadda  <b>Efficacia della Psicoterapia, Formazione e Validazione Test</b>
		C . Sala Galleria Chair: C. Perdighe  <b>Trauma e Dipendenze</b>
19.30	<b>Cocktail di benvenuto</b>	

<b>Sabato 14 Ottobre</b>		
<b>08.30 - 10.30</b>	<b>Sessione Relazioni 3</b> (Sala Teatro) <b>Disturbo Ossessivo Compulsivo</b> <i>Chair: A. Gragnani - Discussant: S. Timitilli</i>	<b>Sessione Relazioni 4</b> (Sala Musica) <b>Sui Disturbi di Personalità e sugli Interventi Psicoeducativi</b> <i>Chair: I. Martelli Venturi - Discussant: G. Grossi</i>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Prevalenza e significato clinico dei sintomi UHR in un campione di bambini e adolescent con Disturbo Ossessivo Compulsivo.</b> <i>Averna, Pontillo, De Maria et. al.</i></li> <li>2. <b>Confronto tra pazienti con disturbo ossessivo compulsivo e altri disturbi nell'applicazione della tecnica dell'Imagery with rescripting: uno studio osservazionale.</b> <i>De Sanctis, Basile, Tenore et al.</i></li> <li>3. <b>Comportamenti ossessivi, moral foundation e dilemmi morali.</b> <i>Milioni, Giacomantonio, Bilotta et al.</i></li> <li>4. <b>Bias attentivi verso stimoli inerenti la colpa nel disturbo ossessivo compulsivo: un'indagine preliminare.</b> <i>Iuliano, Cosentino, Saliari et al.</i></li> <li>5. <b>La Schema Therapy applicata ai pazienti con Disturbo Ossessivo Compulsivo.</b> <i>Petrucci, Luppino, Fadda et. al.</i></li> <li>6. <b>Dati preliminari di uno studio sugli effetti dell'induzione del senso di colpa sulla elaborazione delle espressioni facciali emotive.</b> <i>Sagliano, Riccio, De Olimpio e Mancini</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Psicoeducazione e spettro bipolare: un programma breve di gruppo per la prevenzione delle ricadute.</b> <i>Destino, Marinelli, Longo</i></li> <li>2. <b>Dalla psicoeducazione al cambiamento dello stile di vita, passando per il corpo. Progetto pilota in un reparto di riabilitazione cardiologica.</b> <i>Grossi, Zaninotto, Azzarito et al.</i></li> <li>3. <b>Il social non mente? Utilizzo massivo dei social network tramite smartphone e tratti di personalità: indagine esplorativa su un campione italiano.</b> <i>Ambrosio, Aragona, Bivone, Bonina et al.</i></li> <li>4. <b>Oggi che si fa? Indagine sulla correlazione tra frequenza di un centro diurno e funzionamento cognitivo sociale in pazienti schizofrenici.</b> <i>Zaffina, Catania, De Leo et al.</i></li> <li>5. <b>Struttura fattoriale dell'YSQ-Short version in un campione di 192 soggetti con diagnosi di Disturbo di Personalità.</b> <i>Altomare, Armenise, Bruno et al.</i></li> <li>6. <b>La componente affettiva nei disturbi di personalità. Elaborazione, regolazione e riconoscimento delle emozioni e delle funzioni cognitive.</b> <i>Di Mauro, Pisano, Falanga et al.</i></li> </ol>
<b>10.30 - 10.45</b>	<b>Coffee Break</b>	
<b>10.45 - 12.00</b>	<b>Lecture: Cognitive Behavior Therapy of OCD È how did it all begin?</b> <i>Dr. Gisela Röper</i> (Sala Teatro)	
<b>12.00 - 13.30</b>	<b>Sessione Relazioni 5</b> (Sala Teatro) <b>Età Evolutiva</b> <i>Chair: G. Romano - Discussant: C. Laglia</i>	<b>Sessione Relazioni 6</b> (Sala Musica) <b>Trauma e Lutto</b> <i>Chair: E. Prunetti - Discussant: J. Marciano</i>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Disimpegno morale, rabbia e perdono negli adolescenti.</b> <i>Bambagioni, Pallini, Saliari et al.</i></li> <li>2. <b>Perdono di sé, perdono interpersonale e vendetta in adolescenza.</b> <i>Bellucci, Pallini, Saliari et al.</i></li> <li>3. <b>Programma Mindfulness Í Il Fiore DentroÍ: uno studio pilota in una classe di Scuola Primaria.</b> <i>Mazzocchi, Totino, Paoletti et al.</i></li> <li>4. <b>ABC in bambini con problemi del neurosviluppo.</b> <i>Licchelli, Giovagnoli, Torre et al.</i></li> <li>5. <b>Il lutto traumatico nei bambini orfani speciali.</b> <i>Sgaramella, Lovero, Magno, Prudente et al.</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Analisi esplorativa in un gruppo di pazienti ricoverati in una riabilitazione respiratoria.</b> <i>Grossi, Delle Cese, Lolletti et al.</i></li> <li>2. <b>Esperienze traumatiche infantili e fenomeni dissociativi nei disturbi del comportamento alimentare: livelli e associazione con la severità dei sintomi di abbuffata compulsiva.</b> <i>Palmisano</i></li> <li>3. <b>Crescere oltre i confini: gli adolescenti stranieri non accompagnati nei percorsi sanitari. Uno studio osservazionale.</b> <i>Sgaramella, Vitale, Stellacci, Laforgia et al.</i></li> <li>4. <b>Il viaggio traumatico: tortura e dimensione post-traumatica nei migranti forzati.</b> <i>Schepisi e Visco Comandini.</i></li> </ol>
<b>13.30 - 14.30</b>	<b>Pausa pranzo</b>	

14.30 - 15.45	<p><b>Sessione casi clinici 3</b> (Sala Ping Pong) <i>Chair: Marco Saettoni</i> <i>Discussant: Ludovico Inglese</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Caso di Antonella Stellacci</b> SPC AN</li> <li><b>Caso di Paola Cerratti</b> SPC AN - NEA (Pescara)</li> <li><b>Caso di Barbara Cesarelli</b> III SPC VR</li> </ol>	<p><b>Sessione casi clinici 4</b> (Sala Musica) <i>Chair: Carlo Buonanno</i> <i>Discussant: Chiara Falletta</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Caso di Giulia Riccobono</b> III anno APC RM</li> <li><b>Caso di Giuseppe Grossi</b> SPC RM</li> <li><b>Caso di Federica Iezzi</b> SPC AN - NEA (Pescara)</li> </ol>	<p><b>Sessione casi clinici 5</b> (Sala Teatro) <i>Chair: Barbara Basile</i> <i>Discussant: Federica Brindisino</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Caso di Emanuele Sacchi</b> III SPC AN</li> <li><b>Caso di Amelia Rizzo</b> III SPC RC</li> <li><b>Caso di Sara Santarelli</b> Centro Clinico AN</li> </ol>			
15.45 - 16.15	<i>Coffee Break</i>					
16.15 - 17.15	<p><b>Sessione Poster 2</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; border: none;"> <p>A - Sala Onda <i>Chair: V. Semeraro</i></p> <p><b>Età evolutiva ed esclusione sociale</b></p> </td> <td style="width: 33%; text-align: center; border: none;"> <p>B - Sala Ping Pong <i>Chair: R. Esposito</i></p> <p><b>Mindfulness</b></p> </td> <td style="width: 33%; text-align: center; border: none;"> <p>C - Galleria <i>Chair: E. Rossi</i></p> <p><b>ACT, Social Skills e Training Assertivo</b></p> </td> </tr> </table>			<p>A - Sala Onda <i>Chair: V. Semeraro</i></p> <p><b>Età evolutiva ed esclusione sociale</b></p>	<p>B - Sala Ping Pong <i>Chair: R. Esposito</i></p> <p><b>Mindfulness</b></p>	<p>C - Galleria <i>Chair: E. Rossi</i></p> <p><b>ACT, Social Skills e Training Assertivo</b></p>
<p>A - Sala Onda <i>Chair: V. Semeraro</i></p> <p><b>Età evolutiva ed esclusione sociale</b></p>	<p>B - Sala Ping Pong <i>Chair: R. Esposito</i></p> <p><b>Mindfulness</b></p>	<p>C - Galleria <i>Chair: E. Rossi</i></p> <p><b>ACT, Social Skills e Training Assertivo</b></p>				
17.15 - 19.15	<p style="text-align: center;"><b>Sessione Relazioni 7</b> (Sala Teatro) Terapeuta e Terapia <i>Chair: K. Tenore - Discussant: G. Ercolani</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Momenti di incontro e sintonia motivazionale.</b> <i>Marciano, Santorelli, Caiazza et al.</i></li> <li><b>Teorie Naif e Relazione Terapeutica.</b> <i>Di Cicco, Di Luca, Di Tella et al.</i></li> <li><b>Il ruolo dell'autoefficacia percepita nella relazione tra perfezionismo e burnout.</b> <i>Barbara e Lucà</i></li> <li><b>L'utilizzo della ristrutturazione cognitiva per favorire il cambiamento psicologico. Ci sono effetti anche sui pensieri disfunzionali del terapeuta?</b> <i>Amato, Bertoletti, Besazza et al.</i></li> <li><b>La valutazione degli esiti di una psicoterapia cognitivo comportamentale modificata.</b> <i>Palmisano, De Feudis, Taurisano, Macaione et al.</i></li> <li><b>La Formulazione del Caso basata su tre livelli: una proposta teorico-pratica.</b> <i>Affatati, Altomare, Bruno, Clary et al.</i></li> <li><b>Una esperienza formativa in prima persona.</b> <i>Delfino D., Arestia A., Caliandro M et al.</i></li> </ol>					
20.00	<b>Cena Sociale</b>					

## Domenica 15 Ottobre

08.30 - 10.00	<b>Sessione Casi Clinici 6</b> (Sala Ping Pong)  <i>Chair: Maurizio Brasini</i> <i>Discussant: Daniela Rossi</i>  1. <b>Caso di Stefania Ferrante</b> APC LE 2. <b>Caso di Alberto Barbieri</b> III SPC GR 3. <b>Caso di Chiara Falletta</b> SPC RM 4. <b>Caso di Rossella Macaione</b> IV APC LE	<b>Video Poster</b> (Sala Teatro)  <b>L'uso delle tecniche esperienziali in supervisione: il gruppo psicodrammatico</b> <i>Francesca De Luca, Carmen Perna, Angela Vigliotta, Francesco D'Angico et al.</i>  <b>Freud in cornice cognitivista</b> <b>Per condoglianze per felicitazioni: l'uomo dei topi da un terapeuta cognitivista</b> Riformulazione del noto caso clinico di Sigmund Freud all'interno di una cornice teorica cognitivista <i>Mariapina Accardo</i>	<b>Sessione Casi Clinici 7</b> (Sala Musica)  <i>Chair: Francesca Baggio</i> <i>Discussant: Rossella M. Milano</i>  1. <b>Caso di Barbara Bonfigli</b> III SPC AN 2. <b>Caso di Dalila Gigante</b> APC LE 3. <b>Caso di Feliciano Lizzadro</b> SPC NA 4. <b>Caso di Benedetto Astiaso Garcia</b> II SPC RM			
10.00 - 11.00	<b>Frequentare una scuola di formazione in psicoterapia è una buona scelta?</b> <i>Qualche dato sul destino professionale dei diplomati APC e SPC</i> <b>Claudia Perdighe e Francesco Mancini</b>  <b>- Un allievo intervista Francesco Mancini -</b>					
11.00 - 12.00	<b>Sessione Poster 3</b>  <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;">           A - Sala Onda            Chair: G. Femia   <b>Psicosi, Schizofrenia e Interventi Psicoeducativi per Familiari di Pazienti Psichiatrici</b> </td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;">           B - Sala Ping Pong            Chair: G. Mangiola   <b>Disturbi di Personalità, Psicopatia e Rischio Suicidario</b> </td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;">           C - Sala Galleria            Chair: B. Barcaccia   <b>Funzioni cognitive, Processo Decisionale e Ruminazione</b> </td> </tr> </table>			A - Sala Onda Chair: G. Femia  <b>Psicosi, Schizofrenia e Interventi Psicoeducativi per Familiari di Pazienti Psichiatrici</b>	B - Sala Ping Pong Chair: G. Mangiola  <b>Disturbi di Personalità, Psicopatia e Rischio Suicidario</b>	C - Sala Galleria Chair: B. Barcaccia  <b>Funzioni cognitive, Processo Decisionale e Ruminazione</b>
A - Sala Onda Chair: G. Femia  <b>Psicosi, Schizofrenia e Interventi Psicoeducativi per Familiari di Pazienti Psichiatrici</b>	B - Sala Ping Pong Chair: G. Mangiola  <b>Disturbi di Personalità, Psicopatia e Rischio Suicidario</b>	C - Sala Galleria Chair: B. Barcaccia  <b>Funzioni cognitive, Processo Decisionale e Ruminazione</b>				
12.00 - 13.30	<b>Sessione Relazioni 8</b> (Sala Teatro) Benessere Psicologico, Assertività e Depressione <i>Chair: T. Cosentino</i> <i>Discussant: C. Schepisi</i>  1. <b>Il Disturbo Depressivo di Personalità: ipotesi diagnostica lungo un continuum dimensionale di gravità.</b> <i>Pidri e Semerari</i> 2. <b>Hai problemi di umore e di insonnia? ma sei sicuro di essere assertivo?</b> <i>Devoto, Cerolini, Ballesio et al.</i> 3. <b>Ansia, Depressione e Mindfulness: più si giudica, peggio si sta.</b> <i>Marciano, Pallini, Ariano et al.</i> 4. <b>Perdono e benessere psicologico. Non-perdono e psicopatologia.</b> <i>Marciano, Pallini, Brindisino, Ariano et al.</i>	<b>Sessione Casi Clinici 8</b> (Sala Musica) <i>Chair: Monica Mercuriu</i> <i>Discussant: Marida D'Andrea</i>  1. <b>Caso di Manuel Petrucci</b> . IV SPC GR 2. <b>Caso di Livia Wright</b> . III SPC GR 3. <b>Caso di Paola Cerratti</b> . SPC AN (NEA Pescara) 4. <b>Caso di Giordana Ercolani</b> . SPC GR				
13.30 - 13.45	<b>Chiusura dei lavori e premiazione</b> <b>Francesco Mancini e Giuseppe Romano</b>					

## Sessione Poster 1

Venerdì 13 Ottobre

18.30-19.30

### Relazione Terapeutica e Metacognizione

Chair: Luca Cieri

**Sala  
Onda**

#### TITOLO INTERVENTO

Un modello metacognitivo-interpersonale nella riabilitazione psicosociale  
Intelligenza emotiva, autoefficacia emotiva percepita e metacognizione: studenti di psicologia e studenti di economia a confronto  
Alleanza terapeutica: correlazione tra AIMIT e WAI

#### AUTORI

*Paci Sara, Dibattista Gabriella, Vinci Giancarlo  
Emanuela Bartolo et al.*

Il drop-out nelle TCC con giovani terapeuti in formazione (I-II anno) - studio pilota

*S. Grimaldi, V. Venturino, L. Tombolini, E. Gasperini, G. Simoncini Malucelli, L. Mismetti, F. Sternini, M. Russo, E. Melchiorri, M. Cioci, B. Farina, F. Monticelli, R. Pedone.*

CIS-R e AIMIT nell'analisi micro-processuale della relazione terapeutica: due prospettive a confronto

*Ciccarelli Maria, Scuotto Adriana, Battimiello Valentina, Colardo Tania, Rossi Alessandra, Cicia Manuela, Attianese Raffaella, Vicidomini Marianna, Napolitano Maria, Pirozzi Francesco, Fasano Nadia, Raimo Simona, Nacchia Veronica, Fassone Giovanni  
Pucci Silvia, Aleandri Stefania, Colli Antonello, Gentile Daniela, Lingiardi Vittorio, Montuori Anna, Liotti Giovanni, Brasini Maurizio*

### Efficacia della Psicoterapia, Formazione e Validazione Test

Chair: Stefania Fadda

**Sala  
Ping  
Pong**

#### TITOLO INTERVENTO

Efficacia dei trattamenti psicologici Evidence-based per il vaginismo: revisione della letteratura

Indagine sull'utilizzo dell'esposizione con Prevenzione della Risposta nel trattamento dei disturbi d'ansia.

Il Disturbo da Accumulo: Validazione Test e Statistiche Preliminari

L'utilizzo del CBA-VE per la misurazione dell'efficacia di un intervento di Training Autogeno in una popolazione non clinica.

La Disgust Propensity and Sensitivity Scale-Revised (dpss-r) in un campione di soggetti clinici: evidenze empiriche

La psicoterapia è davvero efficace per i pazienti che soffrono di Sintomi fisici inspiegabili (MUPS)? Revisione sistematica della letteratura sulle dimensioni dell'efficacia terapeutica.

#### AUTORI

*Giulia Cori*

*Raimo Simona, Ciccarelli Maria, Scuotto Adriana, Battimiello Valentina, Biondi Dalla, Colardo Tania, Schiano Loredana, Riemma Dora, Cosentino Teresa  
Claudio Stefano Del Monte, Claudia Perdighe, Angelo Saliani, Palmira Faraci Andreoli e Michielin*

*Dassisti Angela, Faraci Palmira, Questa Michele, Sorbara Flavia, Cosentino Teresa*

*Francesca Ceccarelli*

### Trauma e Dipendenze

Chair: Claudia Perdighe

**Sala  
Galleria**

#### TITOLO INTERVENTO

Disturbo Post-Traumatico da Stress Complesso (cPTSD): psicopatologia, dissociazione e trattamento in fasi  
Le allucinazioni uditive nei pazienti psicotici con storia di trauma

A forza di essere vento: la promozione della crescita post traumatica nel trattamento del trauma migratorio  
Overview on behavioural addiction: classification, future research and clinical practice  
Internet Addiction

#### AUTORI

*Di Mauro V., Pisano G., Pedone R.*

*D'Abrosca, A., Amoriello, K, Capodanno A, Galizia E., Gifuni, M.M., Neviller F., Palladino G., Santorelli A, Fiorito T., Farina B., Pinto A.  
Antonella Stellacci, Rita Di Nino*

*E. Giannelli, M. Muja, V. Bernardo, P. Massafra, R. Maniglia  
M. Caroprese; F. Pizzicannella; F. Siino; S. Simeoni*

## Sessione Poster 2

Sabato 14 Ottobre

16.15-17.15

### *Età evolutiva ed esclusione sociale*

Chair: Valeria Semeraro

**Sala  
Onda**

#### TITOLO INTERVENTO

L'educazione Razionale-Emotiva: un progetto esperienziale nelle scuole in veneto

Nella mente del Bullo

La catastrofizzazione del dolore in età pediatrica

Il ruolo del Senso di Colpa nello sviluppo di due, distinti quadri psicopatologici in età evolutiva: il Disturbo Ossessivo Compulsivo e Il Disturbo della Condotta

L'impulsività nel Disturbo da deficit di Attenzione e Iperattività (DDAI) e nel Disturbo da Uso di Sostanze (DUS)

Dare una mano: estensione e limiti nei benefici del contatto interpersonale.

#### AUTORI

Giorgia Bernardi, Antonio Calvanese, Mariangela Candela, Barbara Cesarelli, Rosanna Ferrara, Giulia Lucchini, Valentina Miscali, Claudia Tomasi, Cristina Zaccagnino, Bernardelli Sara Zappatore Silvia, Manno Paola, Quaranta Marta, Biasco Patrizia, Catania Filomena, Gentile Elisabetta, Leo Anna Cosima, L'Abbate Annalisa, Ciraci Sara, Angiuli Federica, Buonanno Carlo.

Roberta Caterina Tanzi, Teresa Antonicelli, Mauro Di Pierro, Maria Grazia Foschino, Michele Simeone

Rosa Maria Borriello, Vita Buongermino, Chiara Cimminiello, Mafalda Golia, Natascia Guarino, Mario La Corte, Giorgia Migliorelli, Daniela Panorano, Lisa Pisani, Barbara Pizzini, Antonio Siani, Angela Sparaco, Emiliana Stendardo, Fabrizia Tudisco, Carlo Buonanno

Federica Russo, Emiliana Stendardo, Carlo Buonanno

Cerratti P., Brindisino F., Collazzoni A., Lo Zito S., Pietrarelli S., Brasini M.

### *Mindfulness*

Chair: Rosario Esposito

**Sala  
Ping  
Pong**

#### TITOLO INTERVENTO

Ruminazione, insonnia e disposizione mindful

Bias cognitivi e Mindfulness nel Disturbo da Gioco da Azardo: una revisione della letteratura.

Promuovere la consapevolezza: mindfulness a scuola

Mindfulness in carcere: una rassegna di letteratura

Protocollo I-MBCT: Protocollo Integrato di Terapia Cognitiva basato sulla Mindfulness *Integrated Mindfulness Based Cognitive Therapy*

#### AUTORI

Feliciano Lizzadro, Federica Farina, Nicola Petrocchi, Angelo Maria Saliari, Francesco Mancini, Barbara Barcaccia Aceto M., Cannone F., Costanzo I., Di Vara S., Paci S., Picci G., Rogier G., Saccoccio P.

Giannoccaro Stefania, Gelao Antonia

Feliciano Lizzadro, Chiara Sassano, Angelo Maria Saliari, Francesco Mancini, Barbara Barcaccia Enrico Scappatura

### *ACT, Social Skills e Training Assertivo*

Chair: Emanuele Rossi

**Sala  
Galleria**

#### TITOLO INTERVENTO

ACT e Sclerosi Multipla: un percorso per l'accettazione della sofferenza

Un protocollo act con caregiver di pazienti con alzheimer

Acceptance and Commitment Therapy applicata alla terapia dei Disturbi dell'Alimentazione

Adolescenti: istruzioni per aiutarli ACTivamente

Relational Frame Theory e applicazioni cliniche

Gruppo esperienziale di Social Skills Training: risultati di un gruppo pilota.

L'efficacia del Training Assertivo in ambito clinico e non: breve review sui dati attualmente disponibili in letteratura

#### AUTORI

Gnesato e Poiese

D'Annunzio A., Rosamilia P., Gragnani A., Cassetta E., Perdighe C. Federica Pasca

Ginex, Candria, Ciarapica, Rossi

Del Brutto, Ginex, Bianconi, Bachetti, Rossi

Cristina Salvatori

Villirillo e Cosentino

## Sessione Poster 3

**Domenica 15 Ottobre**

**11.00-12.00**

### **Psicosi, Schizofrenia e Interventi Psicoeducativi per Familiari di Pazienti Psichiatrici** Chair: Giuseppe Femia

**Sala  
Onda**

#### **TITOLO INTERVENTO**

Funzioni cognitive e metacognitive nei pazienti psicotici. Una valutazione dell'impatto sulla vita quotidiana

Cognitive Remediation nella Schizofrenia. Esordi precoci e in età adulta: revisione della letteratura e prospettive future.

Diagnosi differenziale tra disturbo ossessivo-compulsivo e fenomeni psicotici

Progetto di intervento integrato di comunità residenziale

Intervento di Psicoeducazione rivolto ai familiari di pazienti psichiatrici: verso un trattamento complesso e integrato

#### **AUTORI**

*Di Mauro V., Rapuano M., Scaglione L., Sagliano L.*

*Zaccari Vittoria, Martini Cristiana*

*Visco Comandini F., Femia G., Gragnani A.*

*Paoli B., Laglia C., R. Vitale, M. Procacci*

*Rosa Vitale, Gabriella Catalano, Barbara Paoli, Michele Procacci*

### **Disturbi di Personalità, Psicopatia e Rischio Suicidario** Chair: Gaetano Mangiola

**Sala  
Ping  
Pong**

#### **TITOLO INTERVENTO**

La compromissione dell'identità nei Disturbi di Personalità secondo l'approccio comportamentale

I Disturbi di Personalità: una prospettiva comportamentale

Il Disturbo Narcisistico di Personalità: sfide diagnostiche e difficoltà cliniche

Misure Implicite, Psicopatia e comportamenti devianti: una rassegna della letteratura

Valutazione e trattamento del rischio suicidario

#### **AUTORI**

*Anna Arena*

*Giorgia Manca*

*Pisano G., Di Mauro V., Bilotta E.*

*Luana Stamerra, Francesco Mancini, Elena Bilotta*

*Alice Bertuzzi*

### **Funzioni cognitive, Processo Decisionale e Ruminazione** Chair: Barbara Barcaccia

**Sala  
Galleria**

#### **TITOLO INTERVENTO**

Il processo decisionale: un'analisi della letteratura sulle variabili intervenienti

Attentional Bias nel disgusto fisico e morale

Scopi e Funzioni della Ruminazione: una review della letteratura

Auto-inganno

Bias attenzionale nell'aspirazione del senso di colpa, altruistico e deontologico.

Alpha band functional connectivity supports active inhibition associated with Visuo-Spatial Attention through the Superior Longitudinal Fasciculus

#### **AUTORI**

*Angelo Bellofiore, Alessandra Cassese, Eleonora Denaro, Carla Galzenati, Marzia Mazzei, Federica Papa, Barbara Pizzini, Linda Raia, Lorella Rapuano, Veronica Sanges, Fabrizia Tudisco, Rosario Esposito*

*Sorbara F., De Luca R., Boccella G., Pisano G., De Luca O., Rapuano M., D'Ambrosia A., Falanga P., Di Mauro V., Marciano J., Romano G., Gragnani A., Cimmino R.L.*

*Schepisi C., Leombruni E., Di Mauro V., Trincas R., Mancini F.*

*Clary Marta, Giglio Antonio, Meschino Domenico, Pidri Emanuela, Dell'Erba Gian Luigi*

*Mignogna V., Mignogna C., Gragnani A., Mancini F., Lucci G., Bello A.*

*Antea D'Andrea*

# **Sessione Relazioni 1**

**Venerdì 13 Ottobre**

**17.30 - 18.30**

*Sala Teatro*

## ***Disgusto***

**Chair:** O. Luppino

**Discussant:** M. Giacomantonio

## 1. INTERCONNESSIONE TRA DISGUSTO MORALE E RABBIA: UNA REVISIONE

Alessandro Giurgola<sup>1</sup>, Giovanni Nestola<sup>1</sup>, Francesco Mancini<sup>2,3</sup>, Giuliana Lucci<sup>3</sup>, Annalisa Bello<sup>4</sup>.

1 - Il anno Associazione di Psicologia Cognitiva, Lecce

2 - Scuola di Psicoterapia Cognitiva-Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma

3 - Università degli Studi "Guglielmo Marconi", Roma

4 - Associazione di Psicologia Cognitiva, Lecce

**INTRODUZIONE:** Il disgusto nasce come emozione base, con valenza negativa associata, che facilita una risposta di rifiuto o di repulsione implementata al fine di prendere le distanze da un potenziale oggetto contaminante e prevenire le malattie. Per quanto sia un'emozione semplice, il disgusto può considerarsi un'emozione multicomponentiale, avendo una componente comportamentale, una cognitiva e una fisiologica (Levenson, 1992), il cui operare combinato permette, come detto, di evitare la contaminazione e le malattie (Woody & Teachman, 2000), in poche parole di proteggere la vita. Le definizioni di disgusto, che potremmo definire classiche, considerano il disgusto principalmente come una risposta di repulsione ad alimenti stomachevoli (Darwin, 1872/1965). Tuttavia, i più contemporanei considerano il disgusto una risposta di base a una vasta gamma di stimoli, non soltanto materiali, che possono comunicare sporcizia, contaminazione e rischio di malattia (Rozin, Haidt, e McCauley, 2000). In quest'ottica più moderna, il disgusto ha acquisito anche un dominio morale (Rozin et al. 2000): in questo ambito il disgusto è suscitato da reati contro la morale comune, come l'omicidio o la pedofilia, e ha il compito di proteggere l'ordine sociale. Le regole morali sono viste come indipendenti dall'autorità e dalle disposizioni sociali esistenti. Tipicamente, il dominio morale include il comportarsi in maniera corretta, i diritti e la giustizia, tutti aspetti che regolano la convivenza sociale. Si capisce, quindi, perché le trasgressioni morali hanno generalmente conseguenze negative intrinseche per gli individui (Chapman 2011). Inoltre, dalle evidenze sperimentali sembrerebbe che le trasgressioni socio-morali evocano più rabbia che il disgusto (Olatunji 2012) e che nella quotidianità la rabbia sia la risposta principale alla morale (Rozin, Lowery e Imada, 1999).

**METODO:** Revisione della letteratura esistente in merito sull'argomento.

**TESI:** Dalle evidenze sperimentali sembrerebbe che le trasgressioni socio-morali evocano più la rabbia che il disgusto (Olatunji 2012) e che nella quotidianità la rabbia sia la risposta principale alla morale (Rozin, Lowery e Imada, 1999). Il presente lavoro propone una revisione approfondita della letteratura del collegamento tra rabbia e disgusto morale, al fine ultimo di costruire uno strumento quantitativo che misuri l'associazione e l'influenza reciproca tra le due. Dallo studio della letteratura finora effettuato non si evince l'esistenza di uno strumento validato ed affidabile che sappia 'misurare' l'emozione di disgusto morale e che potrebbe essere utile nel trattamento clinico di alcune psicopatie, come il disturbo ossessivo-compulsivo, fortemente connotato dall'emozione del disgusto.

**CONCLUSIONI:** I risultati in parte raggiunti e in parte ancora attesi riguardano la comprensione dell'associazione tra la rabbia e il disgusto morale, che dalla ricerca fin qui effettuata, risulterebbero essere costantemente co-presenti e difficilmente scindibili.

**RELATORE:** Alessandro Giurgola, Giovanni Nestola

## 2. RUBBER HAND ILLUSION: AN ALLY AGAINST OCD

Silvia Zappatore<sup>1</sup>, Gabriele Ferlisi<sup>2</sup>, Silvia Altomare<sup>2</sup>, Maria Teresa Mirante<sup>2</sup>, Francesco Mancini<sup>3,4</sup>, Giuliana Lucci<sup>4</sup>, Annalisa Bello<sup>5</sup>.

1 - 2° anno Associazione di Psicologia Cognitiva, Lecce.

2 - 3° anno Associazione di Psicologia Cognitiva, Lecce.

3 - Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma.

4 - Scuola di Psicoterapia Cognitiva-Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma.

5 - Associazione di Psicologia Cognitiva, Lecce.

**INTRODUZIONE:** Il Disturbo Ossessivo Compulsivo (OCD) è un disturbo psichiatrico associato spesso ad alta sensibilità al disgusto. L'emozione di disgusto, oltre a preservare l'individuo dall'incorporazione di sostanze tossiche e potenzialmente pericolose, ha anche una valenza sociale e morale (Rozin et al, 1987). Le tendenze comportamentali tipiche del disgusto sono l'evitamento e la repulsione, rappresentano il versante fenomenologico dell'emozione del disgusto e, in quanto tali, possono considerarsi anche una misura indiretta dell'efficacia del trattamento del DOC.

**OBIETTIVO:** Nel presente lavoro utilizziamo un paradigma sperimentale in grado di incidere sulla consapevolezza e sul senso di *ownership* (i.e., appartenenza) corporea, il paradigma dell'illusione della mano di gomma (i.e., la Rubber Hand Illusion, RHI). In questo caso, al fine di indagare se, in soggetti sani, la consapevolezza corporea e il senso di ownership sono influenzati dall'emozione di disgusto (1) e se disgusto fisico e morale influenzano nello stesso modo l'elaborazione della RHI (2), la mano di gomma che viene utilizzata durante la somministrazione del paradigma è stata contaminata da stimoli che evocano sia disgusto fisico (false feci) e disgusto morale (calco della mano di un molestatore di bambini).

**METODO:** In sintesi, sono state utilizzate tre differenti versioni del paradigma RHI (classica, RHI contaminata da disgusto fisico e RH contaminata da disgusto morale). Durante la somministrazione del paradigma, oltre alle misure classicamente raccolte durante il paradigma della RHI, cioè il drift propriocettivo -misura implicita e il RHI Questionnaire (Botvinich & Cohen, 1998) -misura esplicita, è stata registrata anche la frequenza cardiaca per monitorare la risposta autonoma correlata alle tre versioni di RHI. Al campione composto da X soggetti, non affetti da alcuna patologia clinica sono, è stata somministrata la Disgust Scale Revised (DS-R; Bunmi et al, 2007), al fine di correlare la suscettibilità al disgusto con le altre misure della RHI

**RISULTATI E CONSLUCIONI:** verranno esposti in sede congressuale

**RELATORE:** Zappatore Silvia

### 3. CORRELATI ELETTROFISIOLOGICI DEL DISGUSTO MORALE E FISICO

Marzia Albanese<sup>1</sup>, Cristina Caliciotti<sup>2</sup>, Francesco Mancini<sup>3</sup>, Giuliana Lucci<sup>4</sup>

**INTRODUZIONE:** Nell'opinione condivisa, il disgusto è considerato un'emozione di base prettamente legata al corpo; il suo scopo, infatti, è quello di proteggere l'individuo da minacce potenzialmente mortali, i.e. malattie contagiose, ingestione di sostanze tossiche, eccetera.

Con l'evoluzione della Specie, che ha visto i nostri progenitori organizzarsi in gruppi sempre più numerosi e socialmente complessi, l'emozione del disgusto ha assunto anche una marcata connotazione morale. Diversi studi (Ottaviani et al, 2013; Tybur et al, 2013) hanno dimostrato, accanto al disgusto fisico, attivato da cibo contaminato/avariato, prodotti corporei (feci e vomito), animali specifici (vermi e scarafaggi), l'esistenza di un disgusto morale, suscitato, invece, da trasgressioni socio-morali sia di natura sessuale (come incesto, sesso con animali, pedofilia, masturbazione, prostituzione) che di natura non sessuale (come ingannare, rubare, uccidere). Colui che trasgredisce tali norme morali, viene visto come "inquinato" al pari di colui che si contamina fisicamente; in altre parole, il disgusto morale, proprio come quello fisico, può indurre non solo disapprovazione, ma anche un'emozione di disgusto vera e propria, la cui intensità dipende dai tratti di personalità individuale e che nei casi più estremi si manifesta con i correlati corporei tipici del disgusto fisico (senso di nausea, arricciamento del naso).

**OBIETTIVO:** Dal momento che il disgusto, sia fisico che morale, assume un ruolo centrale nel Disturbo Ossessivo Compulsivo come determinante psicologico prossimo di alcuni sintomi ossessivi, l'obiettivo del nostro studio è quello di identificare i correlati neurofisiologici dei due tipi di disgusto mediante la registrazione dei potenziali evento correlati (ERP) durante la somministrazione di un nuovo paradigma sperimentale in grado di indurre disgusto fisico e morale.

Lo scopo ultimo è quello di contribuire all'individuazione di nuovi e possibili scenari di trattamento.

**METODO:** In questa prima fase stiamo somministrando a soli soggetti di sesso femminile (in quanto più suscettibili al disgusto come da letteratura) tra i 20 ed i 40 anni i seguenti questionari:

- *Disgust Propensity Questionnaire (DPQ ó 9)*: questionario di autovalutazione composto da 9 items tesi a valutare (da 0 a 4) la

- propensione al disgusto; • *Moral Foundation Questionnaire (MFT)*: questionario di autovalutazione composto da 32 items tesi a valutare (da 0 a 5) i fondamenti morali; • *Center For Epidemiological Studies*

- Depression Scale (CES-D)*: questionario di autovalutazione composto da 10 affermazioni che esaminano pensieri e comportamenti riferiti a diversi aspetti della sintomatologia depressiva sia come livello di funzionamento che come

umore percepito.

In una seconda fase del presente studio, i soggetti prenderanno parte al paradigma sperimentale ideato ed attualmente in fase di validazione.

**RISULTATI:** verranno forniti successivamente Conclusioni: verranno fornite successivamente

## **Sessione Relazioni 2**

**Venerdì 13 Ottobre**

**17.30 - 18.30**

*Sala Musica*

# ***Emozioni, Scopi e Strategie di Regolazione Emotiva***

**Chair:** L. Colle

**Discussant:** F. Russo

## 1. COME LE CREDENZE SULLE EMOZIONI INFLUISCONO SULLA SCELTA DELLE STRATEGIE DI REGOLAZIONE EMOTIVA

Laglia C.<sup>3</sup>, Bellizzi P.C.<sup>2</sup>, Bernabei L.<sup>3</sup>, Nachira A.<sup>2</sup>, Vitali G.<sup>1</sup>, Trincas R.\*

<sup>1</sup> Roma, IV anno, Associazione di Psicologia Cognitiva-APC

<sup>2</sup> Roma, IV anno, Scuola di Psicoterapia Cognitiva-SPC

<sup>3</sup> Roma, Scuola di Psicoterapia Cognitiva-SPC

\* Roma, Scuola di Psicoterapia Cognitiva-SPC - Tutor

**INTRODUZIONE:** Nonostante vi siano diverse prove empiriche a sostegno del ruolo che le strategie di regolazione emotiva (SRE) hanno nel mantenimento della psicopatologia, mancano studi sui meccanismi implicati nell'utilizzo di SRE maladattive, come le credenze delle persone riguardo alle proprie emozioni.

**OBIETTIVO:** Coerentemente con l'idea che le credenze sulla propria esperienza emotiva primaria possano generare una reazione problematica e incrementare le emozioni negative (risposta emotiva secondaria; Werner e Gross, 2009), ipotizziamo che le credenze negative sulle emozioni possano orientare la scelta delle SRE. In particolare, ci aspettiamo che le persone che hanno più credenze negative rispetto alle emozioni (es. "l'ansia mi fa perdere il controllo", oppure "mi vergogno quando provo rabbia") tendano ad utilizzare SRE maladattive, come la soppressione rispetto a chi ha meno credenze negative.

**METODO:** In questo studio pilota abbiamo suddiviso un campione in due gruppi sulla base delle loro credenze rispetto alle emozioni (basse/alte). Abbiamo quindi sottoposto tutti i soggetti ad una condizione sperimentale in cui, a seguito di un compito di induzione di ansia da prestazione, viene chiesto loro di scegliere la SRE (soppressione vs accettazione) che preferiscono utilizzare per gestire l'ansia al compito che verrà ripetuto successivamente. Le emozioni sono state misurate tramite self-report prima, durante i due compiti, e durante la scelta della SRE.

**RISULTATI:** I risultati mostrano che: chi ha più credenze negative sulle emozioni tende a scegliere l'accettazione come strategia di regolazione emotiva; chi sceglie di controllare le emozioni tende ad avere minore consapevolezza emotiva; non vi è differenza nei livelli di ansia riportati in funzione della SRE scelta; entrambe le strategie sembrano essere valide nel ridurre l'emozione dell'ansia sia dopo il training sia in una fase di recupero.

**CONCLUSIONI:** I dati sembrano a favore della prospettiva funzionalista secondo cui non vi sarebbero SRE di per sé disadattive, ma ciò dipenderebbe dal contesto, dalle credenze e dagli scopi dell'individuo (Philippot, 2013). I risultati saranno descritti in funzione della letteratura e delle ipotesi di partenza.

**RELATORE:** Cecilia Laglia

## 2. PERCHÉ LE PERSONE RUMINANO? IL RUOLO DEGLI SCOPI NELLA RUMINAZIONE

De Carlo R.<sup>1</sup>, Trincas R. \*, Mancini F.\*

<sup>1</sup> Roma, II anno, Scuola di Psicoterapia Cognitiva-SPC

\*Roma, Scuola di Psicoterapia Cognitiva-SPC

**INTRODUZIONE:** Nonostante sappiamo che la ruminazione è una strategia estremamente rilevante per le persone, il ruolo degli scopi nei processi di ruminazione non è ancora chiaro. Tra gli autori che hanno affrontato questa questione, Martin e Tesser hanno proposto come la ruminazione si attivi quando il soggetto percepisce un ostacolo nel perseguimento di scopi personali importanti. Analogamente, Watkins suggerisce che la ruminazione si attiva quando uno scopo è irraggiungibile. I pochi studi sull'argomento suggeriscono che la ruminazione si sviluppa al fine di facilitare il raggiungimento di scopi intermedi che sono strumentali per raggiungere scopi astratti di ordine superiore.

**OBIETTIVO:** Sulla base di queste osservazioni, è stata testata l'ipotesi secondo cui la ruminazione si attiverebbe quando il fallimento in un compito irrilevante compromette uno scopo personale di alto livello. In particolare, supponiamo che la ruminazione dovrebbe ridursi se la persona riceve una rassicurazione rispetto allo scopo di alto livello compromesso dal fallimento.

**METODO:** In questo studio 42 partecipanti hanno completato alcuni questionari online: SRRS - Stress Reactive Rumination Scale; BDI II Beck Depression Inventory; Personal Striving Assessment (PSA). Innanzitutto, è stato selezionato un valore personale di alto livello tratto da quelli indicati nel PSA che risultasse comune tra i partecipanti (es. successo nella vita e nel lavoro). Sono state date false informazioni sullo scopo dell'esperimento (ad esempio, la Ricerca ha dimostrato che le persone con creatività avranno più successo nella vita. Verificheremo questa associazione). Hanno poi ricevuto un elenco di anagrammi impossibile da risolvere e un feedback negativo sulla loro performance. Il campione è stato poi suddiviso in due gruppi: uno ha ricevuto solamente la soluzione al compito, l'altro ha ricevuto la soluzione e una rassicurazione sul valore di alto livello (successo nella vita). La ruminazione è stata testata dopo la soluzione / rassicurazione e alla fine dell'esperimento (State Rumination Questionnaire). L'umore è stato misurato all'inizio dell'esperimento, dopo il compito e dopo la soluzione / rassicurazione.

**RISULTATI E CONCLUSIONI:** I risultati hanno dimostrato che la tendenza a ruminare circa un valore rilevante è stata parzialmente ridotta dalla rassicurazione. Inoltre, i partecipanti con un'alta tendenza alla ruminazione e alla depressione (Ruminazione di stato, SRRS, BDI) a seguito del fallimento hanno ruminato principalmente sul valore di ordine superiore (successo), rispetto all'evento di fallimento. I risultati verranno discussi in linea con le teorie sulla ruminazione.

**RELATORE:** Rosanna De Carlo

### 3. ONERI E ONORI: IL RUOLO DELLE MOTIVAZIONI INTERPERSONALI.

Casali C.<sup>1</sup>, Mira F.<sup>1</sup>, Capuano N.<sup>2</sup>, Del Vecchio S.<sup>3</sup>, Gregni E.<sup>2</sup>, Questa V.<sup>2</sup>, Brasini M.<sup>1</sup>.

<sup>(1)</sup>SPC Ancona; <sup>(2)</sup>APC Roma; <sup>(3)</sup>Università degli Studi de L'Aquila

**INTRODUZIONE:** La variabilità nella prosocialità sembra essere influenzata da una moltitudine di fattori: un'innata motivazione all'altruismo, alla condivisione e alla reciprocità, differenze individuali e culturali nell'orientamento verso valori sociali e morali e valutazioni soggettive che facciamo dei comportamenti sociali altrui.

Da un punto di vista clinico, comprendere i meccanismi che possono promuovere o ostacolare la nostra propensione a cooperare, è una questione rilevante, poiché una mentalità collaborativa è riconosciuta come una caratteristica fondamentale per una buona alleanza terapeutica.

**OBIETTIVO:** Il presente studio ha l'obiettivo di verificare la disponibilità delle persone nel condividere un piccolo premio o un piccolo costo con un'altra persona, in tre differenti condizioni: quando l'altro si comporta in modo altruistico, quando si comporta egoisticamente e quando si comporta equamente.

Lo studio ha due ipotesi: a) condividere oneri è più difficile di condividere onori; b) motivazioni interpersonali differenti sottendono azioni prosociali simili ma l'onestà costituisce un fondamento prosociale più stabile dell'altruismo.

**METODO:** E' stato utilizzato il modello del "Dictator Game"; in particolare sono state manipolate due variabili indipendenti: la condizione oneri/onori e il sistema motivazionale (cooperativo, accudimento e competitivo). Le variabili dipendenti che si sono osservate sono: l'allocazione di risorse e le motivazioni che sostengono le decisioni (accudimento, affiliazione, cooperazione paritetica, rango competitivo e rispetto dei ruoli).

Sono state effettuate due differenti Analisi Multivariate della Varianza sulle risorse di allocazione e sulle motivazioni che sostengono le decisioni. Inoltre è stata effettuata un'Analisi della Regressione, per verificare quali motivazioni predicono meglio l'allocazione delle risorse nelle differenti condizioni.

**RISULTATI:** Le persone tendenzialmente prosociali sembrano adottare regolarmente una mentalità di cooperazione sociale che supporta la loro abilità di condividere oneri ed onori con gli altri. Le persone tendenzialmente egoiste invece tendono a perdere le proprie capacità prosociali quando si trovano di fronte a situazioni difficili (oneri), e in particolare in un contesto di accudimento che permette loro di sfruttare l'altruismo dell'altro.

**CONCLUSIONI:** I risultati suggeriscono che la cooperazione tra pari è più efficace dell'accudimento nel favorire un atteggiamento prosociale, soprattutto nelle condizioni più difficili (condividere oneri con individui "proself").

#### 4. RAPPORTO TRA HAPPINESS E STANDARD MORALI: ESSERE BUONI RENDE PIÙ FELICI?

Alessandra Iannucci, Marzia Albanese, Rossella Cascone, Elena Cirimbilla, Rosanna Maravolo, Chiara Mignogna, Valeria Mignogna, Eleonora Napoli, Mimosa Patriciello, Giulia Pelosi, Priscilla Rosini, Caterina Villirillo e Claudia Perdighe.

Secondo anno, training Ap c-Spc Perdighe -Procacci, Roma

**INTRODUZIONE:** Nello studio della psicopatologia e in clinica ci si occupa inevitabilmente di emozioni negative, mentre pochissimo spazio viene dedicato alle emozioni cosiddette positive (ovvero piacevoli per chi le sperimenta). Quasi unica eccezione è la psicologia positiva, fondata da Seligman (2002), che pone il focus sulle emozioni positive e su tratti di personalità a esse associati, in particolare l'ottimismo.

Negli ultimi 15 anni c'è, invece, una generale ritrovata attenzione per le emozioni positive e nello specifico per la felicità, nelle sue diverse definizioni e accezioni di *happiness*, *wellness*, *well-being*, tanto che sono nate riviste specializzate con la felicità come tema centrale (es. *Journal of Happiness Studies*, *Journal of Happiness & Well-Being*).

Il focus nella definizione di felicità viene posto soprattutto sulle emozioni positive e sulla ricerca di esperienze *pleasant* (vs *unpleasant*): felicità come presenza di emozioni positive.

Benché la psicologia positiva si ispiri alla definizione di felicità di Aristotele (*eudaimonia*), di fatto ha pesantemente trascurato, come evidenziato da Athota (2013), una componente centrale della eudaimonia, la sua componente morale (la virtù): vivere bene e fare bene sono la stessa cosa che essere felici; essere felici equivale a essere virtuosi.

È una concezione di felicità molto diversa dall'esplicita ricerca di emozioni positive (edonismo) o di felicità come evitamento delle frustrazioni. In chiave aristotelica, la componente morale è centrale (Athota, 2013; Kristjansson, 2006).

Riteniamo che l'interesse del tema della felicità per la clinica risieda in un più generale interesse per la psicoterapia non solo come eliminazione di condotte disfunzionali, ma anche come costruzione di condotte funzionali (un esempio in CBT è l'aspetto Valori e Impegno della Acceptance and Commitment Therapy o il training assertivo), concettualizzabili come una prevenzione della ricaduta ad ampio spettro.

**SCOPO:** In questo lavoro facciamo riferimento a una definizione cognitiva di felicità, intesa come bassa distanza percepita tra realtà e stato desiderato/aspirazioni (Pethtel & Chen, 2014). Si tratta di un giudizio soggettivo, che non fa riferimento alla presenza o assenza di eventi considerati positivi o negativi né tanto meno alla felicità come misura della presenza di emozioni positive e assenza di emozioni negative. Partendo da questa definizione ci siamo poste l'obiettivo di indagare il rapporto tra felicità e standard morali (percezione di diritti/doveri e/o di quanto ci si sente moralmente a posto). Nello specifico con questo studio vogliamo rispondere a 3 domande:

- a) quanto incidono sulla valutazione soggettiva di felicità le credenze morali circa i propri percepiti diritti e doveri?
- b) quanto la felicità è collegata alla virtù morale, intesa come percezione soggettiva di essere nella propria condotta in linea con i propri valori morali (quanto ci sentiamo giusti)?
- c) quanto la felicità è collegata con la virtù morale intesa come messa in atto di comportamenti prosociali, ad esempio compassione, disponibilità, gentilezza (quanto ci comportiamo in modo prosociale)?

**METODO:** Stiamo intervistando un campione di 300 soggetti, tra i 18 e i 65, con i seguenti strumenti:

- la Subjective Happiness Scale (Lyubomirsky & Lepper, 1999): è una scala a 4 item, con risposte su una Likert a 7 punti, che misura “una valutazione soggettiva e globale di quanto ci si sente una persona felice o infelice. Si tratta di una scala usata in numerosi studi e che ha mostrato buone proprietà psicometriche (Extremera & Fernandez-Berrocal, 2014; Joshamloo & Park, 2017).
- la Scala Soddifazione, Diritti e Doveri, costruita ad hoc e atta a misurare la percezione di avere nella vita quanto è in linea con diritti e doveri percepiti (9 item con scala likert a 7 punti)
- Scala della Virtù Morale: è una scala di 9 item (con scala likert a 7 punti), costruita ad hoc per misurare la virtù morale, nella doppia faccia di soddisfazione rispetto al proprio comportamento morale e presenza/assenza di comportamenti prosociali.
- Questionario della Gratitudine, GQ-6, una scala a 6 item che misura l’attitudine a essere grati e percepirsi “fortunati” (Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Caputo, 2016)

**RISULTATI E CONCLUSIONI:** La somministrazione è tuttora in corso. I risultati per un campione di almeno 300 persone saranno presentati.

*Athota, V.S. (2013). The role of moral emotions in happiness. The Journal of Happiness & Well-Being, 1(2), 115-120.*

*Caputo, A. (2016). Italian translation and validation of the Gratitude Questionnaire (GQ-6). International Journal of Wellbeing, 6(2), 80-92. doi:10.5502/ijw.v6i2.492*

*Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2014). The subjective happiness scale: Translation and preliminary psychometric evaluation of a Spanish version. Social Indicators Research, 119(1), 473-481. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-013-0497-2>.*

*Lyubomirsky, S., & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. Social Indicators Research, 46, 137-155.*

*Pethtel O., Chen, Y. (2014). Life regrets and life satisfaction in mature adults. The Journal of Happiness & Well-Being, 2(2), 106-118*

*Seligman, M. E. P. (2002). Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York: Free Press.*

*Sousa, V., & Rojjanasrirat, W. (2010). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user friendly guideline. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17(2), 268-274. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>*

## Sessione Relazioni 3

**Sabato 14 Ottobre**

**08.30 - 10.30**

*Sala Teatro*

***Disturbo Ossessivo  
Compulsivo***

**Chair:** A. Gragnani

**Discussant:** S. Timitilli

## 1. PREVALENZA E SIGNIFICATO CLINICO DEI SINTOMI UHR IN UN CAMPIONE DI BAMBINI E ADOLESCENTI CON DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

Roberto Averna<sup>1</sup> e Maria Pontillo<sup>1</sup>, Francesco De Maria<sup>1</sup>, Ornella Santonastaso<sup>1</sup>, Maria Cristina Tata<sup>1</sup>, Francesco Mancini<sup>2</sup> e Stefano Vicari<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unità di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù- Roma

<sup>2</sup>Associazione di Psicologia Cognitiva-APC-SPC Roma

**RELATORE:** Maria Pontillo

**INTRODUZIONE:** In letteratura la relazione tra Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) e psicosi è stata indagata secondo due filoni di ricerca: il primo riguarda l'insorgenza dei sintomi ossessivo-compulsivi in soggetti con diagnosi di Schizofrenia; il secondo riguarda invece la presenza e il decorso di sintomi psicotici in pazienti con iniziale diagnosi di DOC. Nonostante ad oggi esista una mole di letteratura più scarsa rispetto a questo secondo filone di ricerca, esso rappresenta l'approccio più utile all'indagine circa la relazione tra DOC e psicosi. Ciò essenzialmente per due motivi strettamente connessi. Il primo riguarda il fatto che studiare tale relazione in pazienti con psicosi franca rischia di essere soggetto all'effetto confondente esercitato dal trattamento farmacologico in corso per questi pazienti. Il secondo riguarda l'esistenza dei criteri di Stato Mentale a Rischio (di Esordio Psicotico (Ultra-High-Risk; UHR) che consentono l'individuazione di sintomi psicotici sottosoglia così definiti in quanto la loro frequenza, durata e intensità non consente di inquadrarli come francamente psicotici. Questi criteri consentono quindi di individuare, in soggetti con diagnosi iniziale di DOC, la presenza di sintomi UHR e di poterne studiare tanto l'impatto sul quadro clinico quanto il decorso in termini di esordio psicotico.

**OBIETTIVO:** Esaminare la prevalenza e il significato clinico dei sintomi UHR in un campione clinico di bambini e adolescenti e di età compresa tra gli 8 e i 17 anni con diagnosi iniziale di DOC. E' stata studiata la relazione tra sintomi UHR e gravità iniziale della sintomatologia ossessiva, funzionamento globale, sociale e di ruolo, e livello di sintomatologia depressiva associata.

**METODI:** Sono stati esaminati 22 bambini e adolescenti con DOC e sintomi UHR associati e 29 bambini e adolescenti con DOC ma senza sintomi UHR associati. I due gruppi sono stati appaiati per età cronologica, livello intellettivo e numero di diagnosi psichiatriche associate. La sintomatologia ossessivo-compulsiva è stata individuata tramite la CY-BOCS; la presenza di sintomi UHR è stata invece valutata tramite l'Intervista semistrutturata per la presenza di Sindromi Prodromiche (SIPS/SOPS).

**RISULTATI:** Il gruppo con diagnosi di DOC e sintomi UHR associati presenta un funzionamento globale, sociale e di ruolo peggiore rispetto al gruppo con diagnosi di DOC senza sintomi UHR. Non emergono invece differenze significative in termini di gravità iniziale della sintomatologia ossessivo-compulsiva e livello della sintomatologia depressiva associata.

**CONCLUSIONI:** In bambini e adolescenti con diagnosi iniziale di DOC, la presenza di sintomi UHR incide in maniera significativa sul funzionamento globale, di ruolo e sociale del paziente. Ciò avviene in maniera indipendente dal livello intellettivo, dalla gravità del quadro clinico e dal livello di sintomatologia depressiva associata. Alla luce di ciò, risulta fondamentale, dal punto di vista clinico, rilevare precocemente la presenza di sintomi UHR in pazienti con DOC in modo da pianificare interventi terapeutici specifici e mirati al fine di ridurre il livello di impairment funzionale associato.

## 2. CONFRONTO TRA PAZIENTI CON DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO E ALTRI DISTURBI NELL'APPLICAZIONE DELLA TECNICA DELL'IMMAGERY WITH RESCRIPTING: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

Brunetto De Sanctis\*, Barbara Basile\*, Katia Tenore\*, Olga Ines Luppino\*, Stefania Fadda\*, Claudia Perdighe\*, Angelo Maria Saliani\* & Francesco Mancini\*

\*Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Roma  
° Università Guglielmo Marconi

Parole chiave: DOC, Imagery with rescripting, colpa, vergogna, Schema Therapy

**INTRODUZIONE:** L'imagery with rescripting (IwR) è una tecnica di trattamento di tipo esperienziale, che negli ultimi anni ha riscosso molto interesse. Questa è utilizzata con il fine di modificare il significato di memorie di eventi stressanti, trasformando il contenuto dell'immagine passata negativa in una più positiva, con l'obiettivo di favorire una prospettiva dell'evento meno traumatica e più sana. Generalmente la procedura prevede di partire dall'immaginazione del ricordo di un evento traumatico in cui, in una fase successiva, si interviene introducendo una figura di aiuto (solitamente la parte dell'adulto sano del paziente) che risponderà ai bisogni frustrati del bambino (ad esempio, protezione, accettazione, attenzione, cure etc.). L'IwR è particolarmente utilizzata nelle terapie centrate sull'emozione e nella Schema Therapy e può essere impiegata per trattare vari disturbi psicologici, dal disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), alla depressione maggiore ai disturbi di personalità.

**OBIETTIVO:** L'obiettivo di questo studio è mettere a confronto la tecnica dell'IwR applicata a pazienti con DOC rispetto a individui con altri disturbi di Asse I, in modo da esplorare le differenze nelle esperienze precoci dei pazienti. Nello specifico, la nostra ipotesi prevede contenuti emotivi ed esperienziali specifici per il DOC, rispetto ad altre patologie.

**METODO:** A tal fine, sono stati utilizzati 46 resoconti di IwR di pazienti in trattamento ambulatoriale con diagnosi di DOC e di disturbi di Asse I (prevalentemente depressione). Il contenuto di ciascun esercizio di IwR è stato analizzato secondo specifiche categorie, quali il contenuto, le emozioni, i bisogni specifici al ricordo, il tipo di riscrittura effettuata dalla figura di aiuto e la ri-attribuzione cognitiva.

**RISULTATI:** In linea con la nostra ipotesi, i risultati hanno mostrato che i pazienti DOC presentavano ricordi, emozioni e bisogni con contenuti specifici significativamente diversi rispetto a quelli osservati nei pazienti con altra diagnosi.

**CONCLUSIONI:** In conclusione, i pazienti DOC sono maggiormente caratterizzati da specifiche emozioni, soprattutto di colpa, confermando ancora una volta il ruolo centrale di questa emozione nello sviluppo e nel mantenimento del DOC.

**RELATORE:** Brunetto De Sanctis

### 3. COMPORTAMENTI OSSESSIVI, MORAL FOUNDATION E DILEMMI MORALI

Michela Milioni, Mauro Giacomantonio, Elena Bilotta, Luigi Leone, Francesco Mancini

**INTRODUZIONE:** L'emozione della colpa sembra giocare un ruolo importante nella genesi e nel mantenimento del Disturbo Ossessivo Compulsivo. Tuttavia, questo senso di colpa non corrisponde alla colpa prototipica definita da: 1) avere causato danno ad altri, attraverso un'azione o un'omissione e 2) avere violato una norma morale (Prinz & Nichols, 2010). Questi due aspetti della colpa possono agire indipendentemente, cioè ci si può sentire in colpa senza aver trasgredito una norma morale, ma avendo solo violato un principio empatico/altruistico (Colpa altruistica; Baumeister, Stillwell & Heatherton, 1994) o avendo trasgredito una norma morale anche in assenza di una vittima (Colpa deontologica). Secondo Francesco Mancini (2017) e il suo gruppo di ricerca, alla radice del DOC c'è la colpa di tipo deontologica, la colpa morale.

**OBIETTIVO:** La presente ricerca ha l'obiettivo di testare la relazione tra il comportamento ossessivo e le violazioni deontologiche, o altruistico/utilitaristiche, e analizzare il ruolo di mediazione degli orientamenti morali in questa relazione.

**METODO:** I partecipanti sono 313 (60% femmine) tra 20 e 80 anni ( $M = 38.6$ ,  $DS = 13.07$ ).

Gli strumenti utilizzati sono:

- the Obsessive – Compulsive Inventory (Foa, Kozak, Salkovskis, Coles, and Amir, 1998) sviluppato per determinare la gravità del Disturbo ossessivo compulsivo, il quale consiste di 42 items utili ad indagare 7 comportamenti ossessivi: lavaggio, controllo, dubbio, ordine, pensieri ossessivi, accumulo, e neutralizzazione mentale. Ciascun item è classificato su una scala a 5 punti (da 0 a 4).
- Moral Foundation Questionnaire (Graham, Haidt, and Nosek, 2008), un questionario a 32 items che indaga cinque fondamenti morali dell'individuo nella società, due di tipo individualizzante e 3 di tipo vincolante: care/harm che sottolinea le virtù della gentilezza, della dolcezza e della nutrizione; fearness/cheating che è correlato al processo evolutivo dell'altruismo reciproco; loyalty/betrayal che sottolinea le virtù del patriottismo e dell'auto-sacrificio per il gruppo; authority/subversion che si basa sulle virtù della leadership e del segreto, compreso il rispetto della legittima autorità e delle tradizioni e sanctity/degradation la quale è stata modellata dalla psicologia del disgusto e della contaminazione e sottolinea l'idea diffusa che il corpo è un tempio che può essere dissacrato da attività immorali e contaminanti. Ciascun item è classificato su una scala a 6 punti (da 0 a 5).
- Dilemmi morali (Piazza and Landy, 2013). Gli autori hanno sviluppato 11 scenari che contrappongono una opzione deontologica ad una utilitaristica o altruistica. Un'analisi fattoriale supporta questa divisione (punteggi più alti indicano una violazione deontologica).

Tramite analisi correlazionali e regressioni lineari, è stato testato il ruolo di mediazione degli orientamenti morali nella relazione tra il disturbo ossessivo compulsivo e le scelte morali.

**RISULTATI:** I risultati mostrano che la relazione tra ossessività e scelte morali può essere mediata soltanto dall'orientamento morale della sanctity ( $\beta = .26$ ,  $p < .005$ ). In particolare, gli ossessivi per via della loro tendenza ad attribuire valore agli aspetti morali legati alla purezza, tendono a compiere meno violazioni deontologiche. In riferimento alle scelte morali di tipo utilitaristico, oltre alla sanctity come mediatore ( $\beta = .57$ ,  $p < .001$ ) si aggiungono gli orientamenti morali basati su l'harm/care ( $\beta = -.30$ ,  $p = .02$ ). Invece, in riferimento alle scelte morali di tipo altruistico, quando si controlla per gli orientamenti morali, l'effetto dell'OCI scompare.

**CONCLUSIONI:** La tendenza ossessiva si associa positivamente con aspetti della moralità legati alla purezza e santità e, che più in generale, riguardano l'ordine ed il rispetto. Questo contribuisce a ridurre la tendenza degli ossessivi a commettere violazioni deontologiche. Allo stesso tempo, gli ossessivi tendono ad avere un'associazione negativa con gli aspetti della moralità legati all'attenzione e alla cura dell'altro. Verranno discusse le implicazioni teoriche e cliniche del presente lavoro.

#### 4. BIAS ATTENTIVI VERSO STIMOLI INERENTI LA COLPA NEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO: UN'INDAGINE PRELIMINARE.

Enrico Iuliano<sup>b</sup>, Teresa Cosentino<sup>a,\*</sup>, Angelo Saliani<sup>a</sup>, Claudia Perdighe<sup>a</sup> e Francesco Mancini<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Rome, Italy

<sup>b</sup> Università La Sapienza di Roma

**Parole Chiave:** disturbo ossessivo-compulsivo, senso di colpa, bias attentivo, Emotional Stroop Test, *disturbi d'ansia*

**INTRODUZIONE:** il presente lavoro si colloca nel filone di ricerca che indaga il ruolo giocato dai bias attentivi nell'eziologia e nel mantenimento della psicopatologia. Numerosi studi ed osservazioni cliniche sostengono l'ipotesi secondo cui l'attività ossessiva possa essere finalizzata all'evitamento della possibilità di esser colpevole, esperienza giudicata inaccettabile e intollerabile da pazienti con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo.

**OBIETTIVO:** partendo dall'evidenza che nella gran parte dei disturbi d'ansia si riscontra un orientamento selettivo dell'attenzione verso gli stimoli inerenti la minaccia temuta, ci si aspetta di trovare nei pazienti con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo la presenza di un bias attentivo verso gli stimoli inerenti la colpa.

**METODO:** 16 pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo (gruppo sperimentale) e 16 soggetti non clinici (gruppo di controllo) sono sottoposti ad una versione dell'Emotional Stroop Test in cui vengono presentate parole a connotazione emozionale neutra e parole veicolanti un significato di colpa. Vengono messi a confronto i tempi di reazione dei due gruppi (sperimentale vs controllo) in funzione del contenuto emotigeno delle parole (emotigene vs neutre) presentate mediante l'utilizzo dell'Emotional Stroop Test.

**RISULTATI:** I risultati evidenziano tempi di reazione maggiori da parte del gruppo sperimentale in risposta alle prove in cui sono presentate parole emotigene rispetto a quelle in cui appaiono parole neutre. Tale differenza non si riscontra nella prestazione del gruppo di controllo.

**CONCLUSIONI:** i dati empirici, seppure preliminari dato l'esiguo numero di soggetti coinvolti nello studio, sembrerebbero confermare l'ipotesi iniziale. Il maggior tempo di latenza in risposta alle prove con parole inerenti un significato di colpa da parte dei soggetti appartenenti al gruppo sperimentale indicherebbe che l'attenzione dei pazienti ossessivi sarebbe selettivamente orientata verso gli stimoli che rimandano ad un significato di colpa, confermando la sensibilità di tali pazienti verso questo tipo di esperienza. Vengono discussi infine i limiti dello studio e i possibili sviluppi di ricerca futura.

**RELATORE:** Enrico Iuliano

##### Corrispondenza

Enrico Iuliano, PhD

Cognitive Psychology, Psychophysiology and Personality

Faculty of Medicine and Psychology, Sapienza University of Rome

e-mail: [enrico.iuliano@uniroma1.it](mailto:enrico.iuliano@uniroma1.it)

## 5. LA SCHEMA THERAPY APPLICATA AI PAZIENTI CON DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

Olga Ines Luppino\*, Barbara Basile\*, Stefania Fadda\*, Katia Tenore\* & Francesco Mancini\* °

**RELATORE:** Manuel Petrucci

**INTRODUZIONE:** La Schema Therapy (ST) pone particolare enfasi sulle esperienze affettive, sulla relazione terapeutica e sulle esperienze di vita precoci. Nell'ultima decade, nell'ambito della ST sono state formulate diverse concettualizzazioni ad hoc per specifiche condizioni psicologiche, con un'attenzione principale ai disturbi di personalità.

**OBIETTIVO:** L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di esplorare schemi, modes e stili di coping in pazienti ambulatoriali con diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo(DOC).

**METODO:** Sono stati reclutati trenta pazienti con DOC [Criteri DSM-V, età media (SD)=33(8,38) anni; F18]. Sono stati rilevati Schemi, Modes e stili di coping. Si sono raccolti inoltre dati relativi alla sintomatologia DOC, ai livelli di colpa e disgusto. Si è proceduto ad analisi descrittive, correlazionali e di regressione multipla.

**RISULTATI:** Complessivamente i pazienti hanno mostrato una sintomatologia DOC severa, con punteggi medi di 20 alla Scala Yale-Brown (Y-BOCS). La severità sintomatologica è risultata significativamente associata alla maggiore attivazione degli schemi di Isolamento Sociale, Fallimento, Sottomissione e Punizione, nonché del Mode Genitore Punitivo. Si è potuta inoltre rilevare una positiva relazione tra severità della sintomatologia DOC, stili di coping intrapsichico e di evitamento comportamentale e livelli di disgusto. Modelli specifici di regressione hanno evidenziato come la severità della sintomatologia DOC rappresenti il miglior predittore dello schema di Isolamento sociale, del Mode Genitore Punitivo e di uno stile di coping di Evitamento comportamentale.

**CONCLUSIONI:** I nostri dati confermano precedenti evidenze circa l'applicazione del modello degli Schemi al DOC. Un importante limite del lavoro è rappresentato dalla mancanza di un gruppo di controllo.

## 6. DATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO SUGLI EFFETTI DELL'INDUZIONE DEL SENSO DI COLPA SULL'ELABORAZIONE DELLE ESPRESSIONI FACCIALI EMOTIVE

Laura Sagliano<sup>1,2</sup>, Olimpia Riccio<sup>1</sup>, Francesca D'Olimpio<sup>1,3</sup>, Francesco Mancini<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Psicologia, Università della Campania "Luigi Vanvitelli".

<sup>2</sup> Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Associazione di Psicologia Cognitiva, Napoli.

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

**RELATORE:** Laura Sagliano

**INTRODUZIONE:** Studi precedenti hanno dimostrato che l'elaborazione di volti emotivi comporta una modulazione dell'attenzione verso le varie aree del volto: il riconoscimento di rabbia e paura richiede un'analisi maggiore dell'area degli occhi, il disgusto e la felicità, invece, è legato all'elaborazione dell'area della bocca, mentre la tristezza e la sorpresa sembrano riconoscibili osservando entrambe le regioni (Calder et al., 2000; Calvo & Marrero, 2009; Kohler et al., 2004; Cottrell, Gosselin, & Schyns, 2005). Altri studi hanno dimostrato che la distribuzione dell'attenzione per diverse regioni del volto è legata anche a fattori individuali. Ad esempio, le persone che presentano alti livelli di nevroticismo osservano per tempi più lunghi la regione degli occhi di volti che esprimono paura (Perlman et al., 2009) mentre le donne con alta ansia sociale tendono a fissare di meno la regione degli occhi (Wieser et al., 2009).

**OBIETTIVO:** Scopo di questo studio è valutare come gli individui che esperiscono senso di colpa orientano la loro attenzione verso le aree degli occhi e della bocca di volti emotivi attraverso l'analisi dei movimenti oculari.

**METODO:** Allo studio hanno partecipato 15 studenti universitari. A metà di questi partecipanti è stato chiesto di rievocare un episodio in cui hanno provato colpa (gruppo sperimentale) e all'altra metà di descrivere le attività che svolgono la mattina (controllo). Successivamente, tutti i partecipanti hanno svolto un compito di free viewing, durante il quale erano presentati volti emotivi (di rabbia, tristezza, gioia, sorpresa e disgusto) e neutri, seguito da un compito di riconoscimento nel quale erano presentati volti già visti e volti nuovi. Durante entrambi i compiti erano registrati i movimenti oculari.

**RISULTATI:** I risultati hanno evidenziato che gli individui indotti a provare senso di colpa fissavano per meno tempo ( $M= 2419$  ms) la regione degli occhi dei volti che esprimono rabbia rispetto al gruppo di controllo ( $M= 3424$  ms;  $p<.05$ ) durante il compito di free viewing.

**CONCLUSIONI:** Gli individui indotti a provare senso di colpa tendano ad evitare la regione degli occhi dei volti che esprimono rabbia in linea sia con gli studi che hanno dimostrato come individui con alta ansia sociale (Wieser et al., 2009) sia con quelli che hanno indagato il legame tra rabbia e colpa (in particolare deontologica; Basile e Mancini, 2011).

## **Sessione Relazioni 4**

**Sabato 14 Ottobre**

**08.30 - 10.30**

*Sala Musica*

# ***Sui Disturbi di Personalità e sugli Interventi Psicoeducativi***

**Chair:** I. Martelli Venturi

**Discussant:** G. Grossi

## 1. PSICOEDUCAZIONE E SPETTRO BIPOLARE: UN PROGRAMMA BREVE DI GRUPPO PER LA PREVENZIONE DELLE RICADUTE

Lucia Destino\*, Chiara Valeria Marinelli \*\* Sergio Longo\*\*\*

\* Psicologa, specializzanda APC sede di Lecce

\*\* Psicologa, Psicoterapeuta, Ricercatrice in Neuropsicologia Dip. Storia, Società e Studi sull'Uomo Università del Salento

\*\*\* Dirigente Psichiatra Asl Lecce, Psicoterapeuta, Didatta APC

**INTRODUZIONE:** Il disturbo bipolare è una patologia grave e invalidante nella cui eziologia sono coinvolti non solo fattori genetici ma anche fattori di natura psicosociale.

Il trattamento d'elezione del disturbo bipolare è la farmacoterapia combinata con la CBT (Beck e Newman 2005, Khazzal e Pomini 2006, Basco 2006).

È stato messo a punto presso il CSM di Lecce, un protocollo breve di psicoeducazione ed elementi di CBT di gruppo, volto ad una migliore consapevolezza del disturbo e delle sue caratteristiche e all'acquisizione di strategie di problem-solving per il riconoscimento e controllo dello stato emotivo, la riduzione e gestione dello stress, al fine di una maggiore prevenzione delle ricadute.

Il training si sviluppa in 10 incontri tematici più tre incontri con i famigliari dei partecipanti.

**OBIETTIVO:** Il presente studio si propone di indagare gli effetti di un training/programma di psicoeducazione e CBT.

**METODO:** 28 partecipanti afferenti al CSM di Lecce (F= 19, M=9).

I pazienti per essere ammessi al gruppo sono stati sottoposti ad una valutazione testistica atta a valutare assenza di sintomatologia da almeno un mese/ stato di eutimia (MADRS  $\leq$ 12, MRS  $\leq$ 12).

Criteri di esclusione: non aderenza al trattamento farmacologico, gravidanza, abuso di sostanze/alcol in atto, fase acuta.

I pazienti sono stati valutati prima di essere ammessi al gruppo (T0), dopo 6 mesi (T1) e dopo un anno (T2).

**STRUMENTI UTILIZZATI:** Scl-90R - Symptom Checklist-90-R - (Derogatis, 1994); Q-Les-Q - Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire -(Endicott et al., 1993); MADRS - Montgomery-Asberg Depression Rating Scale - (Montgomery e Asberg, 1979); MRS - Mania Rating Scale- (Young et al., 1978); CGI-BP - Clinical Global Impressions Bp Version – (Spearing, Post, Leverich, Brandt & Nolen, 1997).

E' stato valutato il livello di gradimento dei partecipanti in ogni singolo incontro e alla fine dell'intero ciclo.

**RISULTATI E CONCLUSIONI:** Verrà presentato nel dettaglio il protocollo di intervento e valutati dati di esito sia sintomatologici che legati alla qualità della vita, confrontandoli con gli interventi psichiatrici standard.

## 2. DALLA PSICOEDUCAZIONE AL CAMBIAMENTO DELLO STILE DI VITA, PASSANDO PER IL CORPO.

### PROGETTO PILOTA IN UN REPARTO DI RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA.

Grossi G.<sup>1,2</sup>, Zaninotto S.<sup>1</sup>, Azzarrito M.<sup>6</sup>, Corsi R.<sup>4</sup>, Delle Cese M.<sup>5,7</sup>, Lolletti F.<sup>5</sup>, Petescia M.<sup>1,3</sup>, Ciolfi A.<sup>7</sup>

1. Servizio di Psicologia - Casa di Cura "Villa delle Querce" di Nemi (Rm) giulianogrossi@aol.com
2. Associazione "Lutto e Crescita – Grief & Growth", Roma.
3. APC- Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma.
4. Direttore Sanitario - Casa di Cura "Villa delle Querce" di Nemi (Rm).
5. Psicologa volontaria - Casa di Cura "Villa delle Querce" di Nemi (Rm).
6. UO di Cardiologia Riabilitativa Casa di Cura Villa delle Querce, Nemi (Rm)
7. Associazione di Psicologia Cognitiva – Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma.

**INTRODUZIONE:** Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), nel 2015, la maggiore causa mondiale di morte rimangono ancora le malattie cardiovascolari. Infatti secondo i dati del 2012 le malattie cardiovascolari rappresentavano il 31% delle cause di morte nel mondo ([www.who.int](http://www.who.int)). Anche in Europa rappresentano la prima causa di mortalità, e nello specifico, in Italia si hanno percentuali del 35% di decessi maschili e 43% di decessi femminili ([www.euractiv.it](http://www.euractiv.it)).

In molti studi è stato evidenziato che la qualità dello stile di vita è tra le principali cause e/o fattori che gioca un ruolo di primaria importanza, nella comparsa di malattie cardiovascolari. In particolare vengono indicati come significativi fattori di rischio l'utilizzo del tabacco, una dieta non salutare, la vita sedentaria e l'abuso di alcool (Denollet et al., 2000; Svansdottir et al., 2012; Brobeck et al., 2014).

**METODO:** Pazienti ricoverati presso il reparto di riabilitazione cardiorespiratoria e che non presentano deterioramento cognitivo

- Reclutamento pazienti: contatto individuale con i pazienti nei primi giorni di degenza in riabilitazione, valutata la motivazione al trattamento, ciascun individuo compilerà una scheda anamnestica e biografica, e verrà consegnata una batteria di test auto-somministrata, comprendente:
  - HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond AS, Snaith RP, 1983).
  - SCL-90-R, Self-Report Symptom Inventory -Revised- (Derogatis et al., 1976).
  - IES-R, Impact of Event Scale – Revised (Daniel S. Weiss & Charles R. Marmar, 1996- traduzione e adattamento di Michele Giannantonio).
  - SF-36, 36-Item Short Form Health Survey (Apolone G., Mosconi P., Ware J., 1997).
  - MAAS, Mindful Attention and Awareness Questionnaire (Veneziani C. A., Voci A., 2015)
- Intervento di prevenzione secondaria attraverso la Psicoeducazione e breve intervento di defusing, 1 incontro della durata di 1 ora circa, con i pazienti scelti dall'équipe, che hanno preso parte al progetto.
- Terzo incontro: intervento sul cambiamento dello stile di vita mediante il Colloquio Motivazionale; 1 incontro, della durata di un'ora circa.
- Ultima fase con un intervento di Mindfulness Based Stress Reduction e di Risorse Somatiche; della durata di un'ora, 4 volte a settimana per tutto il periodo di degenza del paziente.

**TESI:** Le linee guida sulla Riabilitazione Cardiologica, riconoscono l'importanza di modelli di intervento multi-comprensivi, in cui le competenze del cardiologo, psicologo e altri professionisti operano in modo integrato (Sammaruga M. et al., 2003).

A valore di questa tesi sono stati scelti determinati interventi come: la *Psicoeducazione* (Bertolotti G. et al., 2003); il *Colloquio Motivazionale*, (Miller-Rollnick, 2014), intervento quindi necessario per i pazienti cardiologici (Creber et al., 2015); il protocollo Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) (Jon Kabat-Zinn, 2003), in particolare la *Sitting Meditation* efficace nel ridurre la pressione arteriosa sistolica dei pazienti cardiaci, lo stress ed i livelli di rabbia percepita (J. Momeni, et al., 2016; Amutio, et al., 2015); le *Risorse Somatiche*, che aiutano a mantenere l'attivazione fisiologica (arousal) dell'individuo all'interno della finestra di tolleranza, durante le esperienze negative possono risultare compromesse (Ogden, 2015). Compito primario di cura è la stabilizzazione, evitando che il paziente esca dalla finestra di tolleranza (Siegel, 1999, Ogden, 2012).

Offrendo al paziente varie modalità per espandere la finestra di tolleranza, egli tollererà meglio le sensazioni, le emozioni, i ricordi e i pensieri legati al trauma, riuscendo meglio ad evitare gli stati di franca disregolazione dell'arousal (Ogden, 2012, Siegel, 1999, Tagliavini G., 2011).

Una finestra più ampia significa anche la possibilità di mantenere un buon livello di mindfulness anche a fronte di sensazioni intense, come quelle evocate dalle componenti traumatiche (ibidem).

In letteratura vi sono anche delle critiche in merito alla tesi fin ora sviluppata, secondo questi studiosi, a causa della grande varietà di possibili interventi e risultati, gli studi pubblicati hanno riportato risultati misti e non è chiaro quali modalità di consegna e quali tipi di intervento siano più appropriati (Tan-Morgan, 2015).

**CONCLUSIONI:** L'esperienza di eventi stressanti nel corso della vita può dare origine a molti tipi di problemi e disturbi psicopatologici (Giannantonio 2009). È noto che un disturbo cardiovascolare può avere un effetto traumatico sulla persona, può quindi contribuire in maniera considerevole a continui ricoveri, mortalità e aumento dei costi per l'assistenza sanitaria dei pazienti cardiopatici (Douglas L.M. et al, 2016).

Data, quindi, la correlazione tra le malattie cardiologiche e l'impatto emotivo/traumatico e considerando la necessità di un intervento integrato, il progetto si pone come obiettivo:

- la riduzione delle recidive;
- una maggiore consapevolezza della malattia;
- stabilizzazione emotiva rispetto all'evento acuto;
- accrescimento della motivazione al trattamento;
- maggiore aderenza all'iter riabilitativo;
- cambiamento di stili di vita disfunzionali.

I dati raccolti verranno elaborati scientificamente per verificare l'efficacia dell'intervento.

In futuro la ricerca dovrebbe soffermarsi maggiormente sugli aspetti di follow-up a breve, medio e lungo termine, sull'autoefficacia percepita dei pazienti e sul chiarimento di dubbi relativi alla reale efficacia di interventi basati sulle risorse somatiche per i pazienti cardiologici, data la scarsa letteratura a riguardo.

### **Bibliografia di riferimento**

- Amutio A. et al. (2015). *Acceptability and Effectiveness of a Long-Term Educational Intervention to Reduce Physicians' Stress-Related Conditions*. J Contin Educ Health Prof. 2015 Fall;35(4):255-60. doi: 10.1097/CEH.0000000000000002.
- Apolone, G., Mosconi, P., Ware, J. (1997). *Il questionario sullo stato di salute, S.F.-*. Manuale d'uso e Guida all'Interpretazione dei Risultati. Guerini Ed Associati, Milan, Italy.
- Bertolotti G., Gattone M., Gremigni P. et al. (2003). *Linee guida per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa e preventiva*. *Monaldi Arch Chest Dis*. 60, 3. 184-234.
- Brobeck E. (2014). *Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study*. *BMC Nurs*. 2014 May 5;13:13. doi: 10.1186/1472-6955-13-13.
- Creber R., Patey M., Vaughan Dickson V., Decesaris M., Riegel B. (2015). *Motivational interviewing tailored interventions for heart failure (miti-hf): study design and method contemp clin trials*. 41. 62–68.
- Daniel S. Weiss & Charles R. Marmar, 1996. *Impact of Event Scale - Revised (IES-R)*.
- Denollet J (2000). *Type D personality. A potential risk factor refined*. J Psychosom Res. 2000 Oct;49(4):255-66.
- Derogatis LR et al. (1976). *The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale*. *Br J Psychiatry*. Mar;128:280-9.
- Douglas L.M. et al. (2016). *Malattie del cuore di Braunwald- Trattato di medicina cardiovascolare*, ed. X.
- Giannantonio M. (2009). *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*, Centro Scientifico Editore.
- Jon Kabat-Zinn (2003). *Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future*. DOI: 10.1093/clipsy.bpg016.
- Miller W. R., Rollnick S. (2014). *Il colloquio motivazionale. Aiutare la persona a cambiare*. Trento: Erikson.
- Momeni J et al. (2016). *The effects of mindfulness-based stress reduction on cardiac patients' blood pressure, perceived stress, and anger: a single-blind randomized controlled trial*. J Am Soc Hypertens. Oct;10(10):763-771. doi: 10.1016/j.jash.2016.07.007. Epub 2016 Aug 4.
- Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2012). *Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia sensomotiva*. Tr.it. Istituto di Scienze Cognitive Editore, Sassari.

Ogden P., Fisher J. (2015). *Psicoterapia sensomotora. Interventi per il trauma e l'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Sammaruga M. et al. (2003), *Linee guida per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa e preventiva*. *Monaldi Arch Chest Dis*, 124,125-195.

Siegel, D. (1999). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape who We are*. Guilford Press.

Solomon (2011). *EMDR for Survivors of Life-Threatening Cardiac Events: Results of a Pilot Study*. *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 5, Number 1, Springer Publishing Company DOI: 10.1891/1933-3196.5.1.2.

Svansdottir E. et al. (2012). *Type D personality is associated with impaired psychological status and unhealthy lifestyle in Icelandic cardiac patients: a cross-sectional study*. *BMC Public Health*. Jan 18;12:42. doi: 10.1186/1471-2458-12-42.

Tagliavini G. (2011). *Modulazione dell'arousal, memoria procedurale ed elaborazione del trauma: il contributo clinic del modello polivagale e della psicoterapia sensomotora*. *Cognitivismo Clinico* 8, 1, 60-72.

Veneziani C. A., Voci A. (2015). *The Italian adaptation of the cognitive and affective mindfulness scale-Revised*. *TPM Vol. 22. No. 1, March-43-52*.

Zigmond AS (1983). *The hospital anxiety and depression scale*. *Acta Psychiatr Scand*. Jun;67(6):361-70.

#### **Sitografia:**

- <http://www.euractiv.it>
- <http://www.who.int>

### 3. IL SOCIAL NON MENTE? UTILIZZO MASSIVO DEI SOCIAL NETWORK TRAMITE SMARTPHONE E TRATTI DI PERSONALITÀ; INDAGINE ESPLORATIVA SU UN CAMPIONE ITALIANO.

Ambrosio, L.<sup>a</sup>, Aragona, B.<sup>a</sup>, Bivone, P.<sup>a</sup>, Bonina, F.<sup>a</sup>, Cavallo, F.<sup>a</sup>, Figoli, G.<sup>a</sup>, Lagattuta, E.<sup>a</sup>, Montesano, L.<sup>a</sup>, Musacchia, G.<sup>a</sup>, Otera, R.<sup>a</sup>, Pesto, S.<sup>a</sup>, Puglisi, R. S.<sup>a</sup>, Mangiola, G.<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup>I anno SPC Reggio Calabria <sup>b</sup> Associazione Ecoipoiesis- centro di psicoterapia cognitiva <sup>c</sup> Docente SPC

**INTRODUZIONE:** L'utilizzo pervasivo degli smartphone sembra essere correlato a cambiamenti importanti nella vita delle persone influenzando in maniera significativa abitudini quotidiane quali lo studio, il lavoro e il sonno anche tra i più piccoli (Brambilla et al. 2017). L'uso eccessivo sembrerebbe correlato inoltre con il rischio di dipendenza (Roberts, YaYa & Manolis, 2014).

**OBIETTIVO:** La persistenza e la pervasività del fenomeno nella società e la scarsità di ricerche presenti in letteratura su campioni di soggetti italiani, ci ha spinto ad interrogarci sull'utilizzo dei maggiori (per utenti e per facilità di accesso) social network: Facebook, WhatsApp e Instagram; e su come la presenza di alcuni fattori specifici di personalità sia predittiva di una eccessiva frequenza nell'utilizzo (Lee et al. 2014). L'obiettivo del presente studio è quello di individuare possibili correlazioni tra le caratteristiche di personalità e l'uso eccessivo dei social network più diffusi o di specifiche funzioni all'interno di essi. La ricerca includerà un campione di almeno 100 soggetti, ancora in fase di reclutamento, con età superiore a 16 anni.

**METODO:** Gli strumenti utilizzati per la ricerca comprendono il PID-5, la TAS-20, e il QUSSA (questionario costruito ad hoc che indaga la frequenza di utilizzo delle diverse funzioni dei social network analizzati). Gli strumenti verranno utilizzati sia in versione cartacea che in modalità online tramite il servizio Google Drive.

**RISULTATI E CONCLUSIONI:** Risultati e conclusioni saranno discussi in sede congressuale.

#### **Bibliografia di riferimento**

Brambilla, P., Giussani, M., Pasinato, A., Venturelli, L., Privitera, F. *et al.* (2017). Sleep habits and pattern in 1-14 years old children and relationship with video devices use and evening and night child activities. *Italian Journal of Pediatrics*, 43:7. doi:10.1186/s13052-016-0324-x.

Lee, Y. K., Chang, C. T., Lin, Y., Cheng, Z. H. (2014). *The dark side of smartphone usage: Psychological traits, compulsive behavior and technostress*. Computers in Human Behavior, Volume 31, Pages 373–383 <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.10.047>

Roberts J. A., Yaya, L. H. P., & Manolis, C. (2014). Invisible Dependence: activity and addiction cellular among college students male and female. *Journal of Behavioral Addictions*, 3, 254–265.

#### 4. OGGI CHE SI FA? INDAGINE SULLA CORRELAZIONE TRA FREQUENZA DI UN CENTRO DIURNO E FUNZIONAMENTO COGNITIVO E SOCIALE IN PAZIENTI SCHIZOFRENICI

Zaffina I.<sup>a</sup>, Catania C.<sup>a</sup>, Aceto F.<sup>a</sup>, D'Ippolito A.<sup>b</sup>, De Leo D.<sup>c</sup>, Pastore G.<sup>c</sup>, Scardamaglia P.<sup>d</sup>, Lucchino A.<sup>e</sup>, Manfredi R.<sup>f</sup>, Cento L.<sup>g</sup>, Mangiola G.<sup>h</sup>

<sup>a</sup> Allieve II anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) Reggio Calabria

<sup>b</sup> Laureando in Tecnica della riabilitazione psichiatrica, Università degli Studi Magna Græcia di Catanzaro

<sup>c</sup> Tecnico della riabilitazione psichiatrica, CSM del Lametino, ASP CZ

<sup>d</sup> Dirigente Medico, CSM del Lametino, ASP CZ

<sup>e</sup> Responsabile Centro Diurno Decollatura, CSM del Lametino, ASP CZ

<sup>f</sup> Direttore CSM del Lametino, ASP CZ

<sup>g</sup> Psicologo e psicoterapeuta, Centro Clinico Ecopoiesis

<sup>h</sup> Docente SPC Reggio Calabria, Centro Clinico Ecopoiesis

**RELATORE:** Ilaria Zaffina

**INTRODUZIONE:** La Schizofrenia è un disturbo psicologico che comporta disfunzioni cognitive, emotive e comportamentali. Numerosi studi evidenziano che nei pazienti schizofrenici i deficit delle funzioni cognitive sono in relazione con uno scadente funzionamento sociale e con deficit delle abilità sociali e ciò può contribuire all'esito sfavorevole della schizofrenia (Green et al. 2004). La frequentazione di un centro diurno consente un trattamento quotidiano, che si integri ad un progetto terapeutico e all'inserimento sociale, che comprende: colloqui individuali, incontri di gruppo, stimolazione cognitiva, musicoterapia, terapia occupazionale e attività quotidiane (gestione dell'orto, della cucina, ecc.). Pochi studi indagano il funzionamento cognitivo e sociale in pazienti schizofrenici cronici che frequentano un centro diurno.

**OBIETTIVO:** L'obiettivo di tale studio è verificare l'efficacia della frequentazione di un centro diurno nella terapia di pazienti schizofrenici per il recupero di capacità relazionali e sociali idonee a sviluppare livelli di autonomia funzionali adeguati ad un reinserimento sociale. L'ipotesi è che possa esserci un livello più alto di funzionamento cognitivo e sociale nei pazienti del centro diurno rispetto a quelli che si limitano alla terapia farmacologica e occupazionale.

**METODO:** Il campione è costituito da 16 pazienti: il gruppo di controllo (8) di età compresa tra 36-52 anni (5 maschi e 3 femmine), il gruppo sperimentale (8) tra i 20-57 anni di età (7 maschi e 1 femmina). Sia soggetti del gruppo sperimentale che quelli del gruppo di controllo hanno effettuato un T0 ad aprile 2017. Per entrambi i gruppi sarà effettuata una valutazione T1 a ottobre 2017. Strumenti: per la valutazione neuropsicologica il Test delle 15 parole di REY, le matrici di Raven, il Test di fluenza verbale (fonemica e semantica), lo Stroop Color-Word Test, il Test della Figura complessa di Rey; le abilità sociali sono valutate tramite il Reading the Mind in the Eyes Test e il Test dei volti di Ekman; per il funzionamento personale e sociale di tali pazienti è utilizzata la scala FPS del VADO.

**RISULTATI E CONCLUSIONI:** Risultati e conclusioni saranno discussi in sede congressuale.

## 5. STRUTTURA FATTORIALE DELL'YSQ-SHORT VERSION IN UN CAMPIONE DI 192 SOGGETTI CON DIAGNOSI DI DISTURBO DI PERSONALITÀ

Silvia Altomare<sup>1</sup>, Costanza Armenise<sup>2</sup>, Ludovica Bruno<sup>2</sup>, Giulia De Feudis<sup>2</sup>, Gabriele Ferlisi<sup>1</sup>, Antonia Gelao<sup>2</sup>, Antonella Giustino<sup>2</sup>, Victor La Forgia<sup>2</sup>, Rossella Macaione<sup>2</sup>, Francesca Manca<sup>1</sup>, Antonella Mellino<sup>2</sup>, Giovanni Luca Palmisano<sup>3</sup>, Antonella Pinto<sup>2</sup>, Luana Stamerra<sup>1</sup>, Paolo Taurisano<sup>3</sup>, Rosa Vagaperla<sup>2</sup>, Ernesto Nuzzo<sup>4</sup>, Gian Luigi Dell'Erba<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Psicologa Psicoterapeuta in formazione III anno APC Lecce;

<sup>2</sup>Psicologa Psicoterapeuta in formazione IV anno APC Lecce;

<sup>3</sup>PhD, Psicologo psicoterapeuta in formazione IV anno APC Lecce;

<sup>4</sup>Psicologo Psicoterapeuta, collaboratore APC;

<sup>5</sup>Psicologo Psicoterapeuta, Dirigente 1° Livello presso UOC Psicologica Clinica, didatta in psicoterapia cognitiva APC, scuola di specializzazione post laurea.

**INTRODUZIONE:** I Disturbi di Personalità (DP) sono costituiti da pattern stabili e rigidi di esperienza interiore e comportamento che deviano significativamente dalla norma, sono pervasivi, e costituiscono un disagio clinicamente significativo implicando un disadattamento sociale che insorge nella prima età adulta (DSM-IV-TR). Con questi pazienti, la CBT tradizionale si è mostrata meno adatta, in quanto si basa su alcuni presupposti riguardanti le caratteristiche del paziente che vengono a mancare in coloro che presentano tratti patologici di personalità.

La Schema Therapy di Jeffrey Young e' risultata efficace, in quanto finalizzata a modificare quegli aspetti patologici di personalità che sottostanno al disturbo o lo mantengono attivo, piuttosto che alla riduzione della sintomatologia acuta ed è per questo motivo che viene affiancata a interventi quali la CBT standard e il trattamento farmacologico (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Questo approccio è centrato sull'individuazione e la modificazione di alcuni aspetti psicologici profondi, detti "Schemi Maladattivi Precoci" (SMP), tipici dei soggetti che presentano tratti patologici di personalità. Gli SMP sono "concetti o modelli omnicomprensivi, formati da ricordi, emozioni, pensieri e sensazioni somatiche, che riguardano se stessi e le relazioni con gli altri, hanno origine durante l'infanzia o nell'adolescenza e sono presenti in tutte le fasi della vita e disfunzionali in modo significativo" (Young et al., 2003). L'obiettivo terapeutico della Schema Therapy è quello di rendere consapevole il paziente dell'esistenza e del funzionamento di questi schemi e di aiutarlo a trovare strategie di coping più efficaci per riuscire a soddisfare i propri bisogni (Young et al., 2003). In letteratura, pochi studi si sono occupati di individuare e analizzare le relazioni tra i disturbi di personalità (DDPP) e gli schemi precoci disadattivi (EMS; Young et al., 2003). Principalmente, gli studi in oggetto si sono occupati di indagare la prevalenza di alcuni schemi in alcuni specifici disturbi di personalità, al fine di permettere identificazione degli stessi tramite schemi, usando Young Schema Questionnaire (YSQ). La complessità dei PD si riflette, naturalmente, sull'assessment e sulla diagnosi; un assessment corretto dovrebbe consentire al paziente di esprimere non soltanto i sintomi, ma la modalità e la qualità delle relazioni, i modelli di sé e del mondo, le sue emozioni e i suoi scopi. Infatti, fra gli strumenti utilizzati per l'assessment, troviamo l'MMPI e la SCID-II.

Sarebbe utile incrociare tali valutazioni con la valutazione proveniente dalla YSQ per comprendere al meglio la sovrapposizione disturbi di personalità/schemi specifici. L'associazione tra specifici domini di schemi e disturbi di personalità non è stata ancora empiricamente dimostrata, pochi sono ancora gli studi, in tal senso.

Joves et al. (2004), ad esempio, hanno improntato una ricerca tesa alla valutazione dell'associazione tra: Disturbo Borderline di Personalità e schemi di Dipendenza/Incompetenza, Inadeguatezza/Vergogna e Abbandono/Instabilità; Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità e schemi sugli Standard severi/ Ipercriticismo; Disturbo Evitante di Personalità e Inibizione Emotiva. Il punto di forza di suddetta ricerca riguarda il confronto e utilizzo di strumenti strutturati per diagnosi (Asse I e II) e YSQ. Ciò ha permesso un confronto più affidabile tra i domini di schemi e le caratteristiche dei vari disturbi. Tuttavia, lo studio citato, così come altre ricerche sul tema, hanno come forte limite quello di aver utilizzato campioni relativamente piccoli, con Disturbi di Personalità, prevalentemente ambulatoriali e, dunque, non rappresentativi. Indagini future dovrebbero considerare un cospicuo

campione clinico, nonché un maggior numero di domini e DP, per validare empiricamente le teorie del dominio dei PD e identificare i domini più pertinenti allo sviluppo dei PD.

**OBIETTIVO:** L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare gli insiemi di schemi maladattivi che caratterizzano i diversi disturbi di personalità valutando i possibili fattori latenti in grado di spiegare i legami, le inter-relazioni e le dipendenze tra le variabili statistiche osservate. A tale scopo abbiamo effettuato un'analisi fattoriale con rotazione ortogonale di tipo VARIMAX.

**METODO:** Il campione oggetto di studio è composto di 192 soggetti consecutivamente ammessi presso l'Ambulatorio di Psicoterapia Maglie (LE) - Unità Operativa Psicologia Clinica ASL Lecce. Su un totale di 192 soggetti in 9 sono stati riscontrati tratti elevati di disturbo di personalità, 3 hanno ottenuto una diagnosi di disturbo passivo-aggressivo, 20 di disturbo borderline di personalità, 48 di disturbo dipendente di personalità, 44 di disturbo evitante di personalità, 32 di disturbo narcisistico di personalità, 12 di disturbo ossessivo-compulsivo, 11 di disturbo istrionico di personalità, 7 di disturbo schizoide di personalità, 6 di disturbo antisociale di personalità secondo i criteri del DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013). La diagnosi è stata effettuata da uno psicologo psicoterapeuta impiegato presso la struttura attraverso l'ausilio del colloquio clinico e la somministrazione di un'intervista clinica semistrutturata.

A tutti i soggetti è stato inoltre somministrato il Questionario degli Schemi – forma ridotta (Young & Klosko, 1993), un questionario autovalutativo composto da 33 item suddivisi in 11 sottoscale (schemi maladattivi). Tale strumento è stato adattato per la presente ricerca a partire dal libro di Young e Klosko, “Reinventare la tua vita” (1993). L'adattamento dello Schema Questionnaire – forma ridotta (Young & Klosko, 1993) analizza la presenza dei seguenti 11 schemi disfunzionali precoci:

1. Abbandono
2. Sfiducia/abuso
3. Deprivazione emotiva
4. Inadeguatezza
5. Esclusione sociale
6. Dipendenza
7. Vulnerabilità
8. Fallimento
9. Pretese
10. Sottomissione
11. Standard severi

Lo scopo del questionario è l'indagine diretta degli schemi maladattivi precoci comuni fra le varie manifestazioni psicopatologiche, secondo la concettualizzazione di Jeffrey Young (Young, Klosko, 1993). La scheda di rilevazione degli schemi personali comprende 11 items (un item per ciascun schema specifico), valutabili mediante una scala da 0 a 10 che rileva la fondatezza o la rilevanza che le varie affermazioni hanno per il soggetto (0 “per nulla” – 10 “moltissimo”).

**RISULTATI:** L'analisi fattoriale con rotazione ortogonale di tipo VARIMAX ha evidenziato la presenza di 3 fattori secondari nel campione clinico (Tabella 1): 1. solitudine, 2. maltrattamento/abuso, 3. Fallimento. Abbandono (0,62), Di (0,83), Vulnerabilità (0,82), Standard Severi (0,6), Pretese (0,62) correlano con il fattore 1. Solitudine; Sfiducia/Abuso (0,75), Deprivazione Emotiva (0,64), Esclusione Sociale (0,75), Inadeguatezza (0,66) correlano con il fattore 2. Maltrattamento/abuso; Fallimento (0,82) e Sottomissione (0,83), correlano con il fattore 3. Fallimento. Dall'analisi fattoriale si evince quindi che le variabili statistiche osservate si possono ridurre a tre fattori principali, il fattore 1. Solitudine che è spiegato per l'83% dallo schema Dipendenza/Incompetenza e per l'82% dallo schema Vulnerabilità al Pericolo o alle Malattie, il fattore 2. Maltrattamento/Abuso è spiegato per il 75% sia dallo schema Sfiducia/Abuso che dallo schema Esclusione Sociale/Alienazione e infine il terzo fattore il Fallimento che è spiegato per l'82% dallo schema Fallimento e per l'83% dallo schema Sottomissione.

Tabella 1

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component		
	1	2	3
Ab	<b>,619</b>	,319	,242
Sf_Ab	,175	<b>,746</b>	-,140
DE	,262	<b>,641</b>	,234
ES	-,152	<b>,748</b>	,097
Di	<b>,834</b>	,095	,255
Vu	<b>,825</b>		-,012,168
In	-,046	<b>,662</b>	,531
Fa	,082	,163	<b>,820</b>
So	,192		-,015, <b>,828</b>
SS	<b>,600</b>	,087	-,179
Pr	<b>-,619</b>	,419	-,079

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

**CONCLUSIONI:** I risultati ottenuti sul campione di 192 soggetti con diagnosi di DP hanno mostrato l'esistenza di 3 fattori latenti che abbiamo denominato Solitudine, Maltrattamento e Fallimento. Il primo fattore è spiegato dallo schema Dipendenza/Incompetenza (dominio Mancanza di Autonomia) cioè la convinzione di essere incapaci di far fronte alle difficoltà quotidiane e di assumersi delle responsabilità senza l'aiuto degli altri a cui si accompagna un senso di inefficacia, e dallo schema Vulnerabilità al Pericolo o alle Malattie ossia la sensazione che stia per verificarsi una catastrofe e che non si possa fare nulla per prevenirla (dominio mancanza di autonomia). Il secondo fattore, denominato Maltrattamento è spiegato dallo schema Sfiducia/Abuso (dominio Distacco e Rifiuto), per cui l'individuo si aspetta di venire maltrattato, ferito manipolato o evitato, e dallo schema Esclusione Sociale/Alienazione (dominio Distacco e Rifiuto), cioè la sensazione di essere isolati rispetto al resto del mondo e alla famiglia stessa con mancanza di senso di appartenenza al gruppo e alla comunità. Infine il terzo fattore, denominato Fallimento è spiegato dagli schemi Fallimento (dominio Mancanza di Autonomia), cioè la convinzione che si ha fallito e si fallirà sempre, accompagnata da senso di incapacità ed inadeguatezza relativamente alla performance, e dallo schema Sottomissione (dominio Eccessiva Attenzione ai Bisogni degli Altri), cioè resa agli altri per evitare di essere oggetto di rabbia o di venire abbandonato dagli altri.

Vi sono dunque ragioni fondate per ritenere che questi fattori con i relativi schemi possano essere una caratteristica comune a tutti i DP e possano dunque rappresentare sia degli indicatori nella prevenzione, sia dei target specifici nella psicoterapia dei DP.

Infine gli schemi maladattivi comuni ai diversi DP che compongono i tre fattori latenti analizzati in questa ricerca sono in linea con le concettualizzazioni originarie di Young (Young et al., 2003). In particolar modo la struttura fattoriale è in parte simile a quella riportata da altri autori (Lee, Taylor, & Dunn, 1999).

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 th ed.)*. Washington, DC.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. (DSM-5). Washington: American Psychiatric Association.

A.T. Beck, A. Freeman, D.D. Davis & Associates (2003). *Cognitive Therapy of Personality Disorders (2nd Edition)*. New York: Guilford Press.

Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C.W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological review*, 107(2), 261.

- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 142-149.
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 854-860.
- Wright, M. O. D., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child abuse & neglect*, 33(1), 59-68.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of affective disorders*, 136(3), 581-590.
- Lee, C.W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive therapy and Research*, 23(4), 441-451.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications: New York.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1993). *Reinventing your life: How to break free from negative life patterns*. Dutton.

## 6. LA COMPONENTE AFFETTIVA NEI DISTURBI DI PERSONALITÀ. ELABORAZIONE, REGOLAZIONE E RICONOSCIMENTO DELLE EMOZIONI E DELLE FUNZIONI METACOGNITIVE.

Di Mauro V.<sup>1,2</sup>, Pisano G.<sup>1,2</sup>, Falanga P.<sup>1,2</sup>, Bisogno S.<sup>1</sup>, Esposito Alaia R.<sup>1,2</sup>, Rapuano M.<sup>1,2</sup>, Sagliano L.<sup>1,2,3</sup>, Procacci M.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> SPC Napoli, IV anno

<sup>2</sup> Associazione *ò*Psicologia Cognitiva *ó* APS $\ddot{o}$

<sup>3</sup> Dipartimento di Psicologia, Università della Campania *ò*Luigi Vanvitelli $\ddot{o}$

<sup>4</sup> Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Didatta APC/SPC

**INTRODUZIONE:** I disturbi di personalità sono caratterizzati da una compromissione cronica e pervasiva del funzionamento interpersonale (*Dimaggio e Semerari, 2003; Mancini et al., 2009; Millon et al., 2004*). Siccome l'elaborazione e il riconoscimento delle emozioni, la regolazione emotiva e l'empatia sono componenti essenziali del funzionamento interpersonale, vari studi si sono concentrati su questi aspetti per cercare di capire se e come essi possono essere implicati nell'eziologia e nel mantenimento dei disturbi di personalità (PD). Nel dettaglio, i pazienti con PD possono manifestare specifiche alterazioni dell'espressione delle emozioni o dell'identificazione delle espressioni facciali emotive (*Vrijen et al., 2016*). Non è ancora noto, tuttavia, quanto e in che modo i vari disturbi sono caratterizzati da alterazioni di queste abilità e in che modo differiscono su questi aspetti. Nel presente lavoro si è cercato di chiarire quali caratteristiche dell'elaborazione delle diverse emozioni sono deficitarie nei PD.

**METODO:** Sono stati esaminati gli studi presenti in letteratura degli ultimi venti anni, che si sono occupati di empatia ed elaborazione, riconoscimento e regolazione delle emozioni nei singoli disturbi di personalità.

**TESI:** L'elaborazione delle emozioni, la regolazione emotiva e l'empatia possono essere compromesse nei vari PD e la comprensione di questi aspetti è cruciale per identificare e conoscere il funzionamento dei pazienti con disturbo di personalità.

**CONCLUSIONI:** Molti studi si sono concentrati su alcuni disturbi di personalità (ad esempio il disturbo borderline e il disturbo narcisistico di personalità) dimostrando, in questi, una compromissione dell'elaborazione delle emozioni e dell'empatia.

Al contrario, tali aspetti sono stati poco indagati negli altri disturbi, dimostrando che ulteriori studi sono necessari per chiarire quanto l'elaborazione delle emozioni e l'empatia siano responsabili della compromissione del funzionamento interpersonale. Inoltre, occorrerebbe anche valutare il ruolo dei tratti di personalità prevalenti e della possibile influenza di diagnosi in comorbidità (presenza di più PD o di disturbi del vecchio Asse I) anche sottosoglia, nella manifestazione delle singole componenti delle emozioni osservate.

### **Bibliografia**

- Dimaggio G., Semerari A., (2003), *I Disturbi di Personalità. Modelli e Trattamento*. Stati mentali, meta rappresentazione, cicli interpersonali. Edizioni Laterza.
- Mancini F., Capo R., Colle L., *La moralità nel disturbo antisociale di personalità*. *Cognitivismo clinico* (2009) T, 2 161-177
- Millon T., Millon C.M., Meagher S.E., Grossman S.D., Ramnath R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life, 2nd Edition*. Wiley.

Vrijen C., Hartman C.A., Lodder G.M., Verhagen M., de Jonge P. and Oldehinkel A.J. (2016). Lower Sensitivity to Happy and Angry Facial Emotions in Young Adults with Psychiatric Problems. *Front. Psychol.*, 22 November 2016

## **Sessione Relazioni 5**

**Sabato 14 Ottobre**

**12.00 - 13.30**

*Sala Teatro*

# ***Età Evolutiva***

**Chair: G. Romano**

**Discussant: C. Laglia**

## 1. DISIMPEGNO MORALE, RABBIA E PERDONO NEGLI ADOLESCENTI

Silvia Bambagioni<sup>1</sup>, Susanna Pallini<sup>2</sup>, Angelo Maria Saliani<sup>1,3</sup>, Francesco Mancini<sup>3</sup>, Barbara Barcaccia<sup>3,4</sup>

1 Università degli Studi dell'Aquila

2 Università degli Studi Roma Tre e Didatta SITCC

3 Didatta Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva srl SPC, Roma

4 Dipartimento dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Sapienza Università di Roma

**Introduzione:** Il Disimpegno morale rappresenta l'insieme dei meccanismi capaci di disimpegnare selettivamente il controllo interno e le auto sanzioni liberando l'individuo dai sentimenti di autocondanna e di senso di colpa, nel momento in cui viene meno il rispetto delle norme. Meccanismi di disimpegno morale sono presenti in pazienti con disturbo della condotta e comportamenti antisociali (Gini, Pozzoli, & Hymel; Hyde, Shaw, & Moilanen, 2010). Al contrario, molti dati di ricerca sul ruolo del perdono in età evolutiva evidenziano l'associazione tra perdono e misure di benessere psicologico (Enright & Fitzgibbons, 2015) e mostrano come rabbia e vendicatività siano correlati a misure di *maladjustment* (Barcaccia et al., 2017).

**Metodo:** Il nostro studio ha lo scopo di analizzare la relazione tra disimpegno morale, rabbia, vendetta e perdono. La nostra prima ipotesi prevedeva una correlazione positiva tra i meccanismi di disimpegno morale e la motivazione alla vendetta. La seconda ipotesi prevedeva una correlazione positiva tra rabbia e meccanismi di disimpegno morale. Infine, ci siamo chiesti quali variabili possano predire maggiormente la vendetta e il perdono.

**Campione:** 579 partecipanti (217 M e 362 F) di età compresa tra i 13 e i 20 anni, e frequentanti diversi istituti di istruzione di secondo grado, hanno compilato una batteria di test. □ **Strumenti di misura:** TRIM-18 *Transgression-Related Interpersonal Motivations Inventory* (McCullough et al., 2006). STAXI-2 C/A *State-Trait Anger Expression Inventory-2 Child and Adolescent* (Brunner & Spielberger, 2009). MD: *Moral Disengagement* (Caprara, Pastorelli, Bandura, 1995).

**Risultati:** Le analisi dei dati hanno confermato le ipotesi di ricerca, mostrando come vendetta, rabbia e disimpegno morale siano correlati tra loro, sia nei maschi che nelle femmine. Inoltre, attraverso la regressione lineare, è stato possibile verificare come la vendetta sia specificamente predetta da alcuni meccanismi di disimpegno morale e dalla rabbia di tratto. Per quanto riguarda il perdono, esso non sembra essere predetto dai meccanismi di disimpegno morale.

**Conclusioni:** Dalla nostra ricerca possiamo ricavare alcune importanti implicazioni: prima di tutto quanto sia importante educare i ragazzi attraverso un'adeguata formazione della famiglia e della scuola, ma anche in contesti clinici, alla fondamentale importanza delle regole per il mantenimento del benessere psicologico e di sane relazioni interpersonali, così come della distinzione tra giusto e sbagliato.

### Bibliografia minima di riferimento

- Barcaccia B., Mancini F. (2013). *Teoria e clinica del perdono*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Barcaccia B., Pallini S., Milioni M., Vecchio G.M. (2017). Resentment or forgivingness? The assessment of forgiveness in Italian adolescents. *Child Indicators Research*, doi: 10.1007/s12187-017-9483-6
- Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2015). *Forgiveness therapy in child and adolescent disorders*. American Psychological Association.
- Gini, G., Pozzoli, T., & Hymel, S. (2014). Moral disengagement among children and youth: A meta-analytic review of links to aggressive behavior. *Aggressive behavior*, 40(1), 56-68.
- Hyde, L. W., Shaw, D. S., & Moilanen, K. L. (2010). Developmental precursors of moral disengagement and the role of moral disengagement in the development of antisocial behavior. *Journal of abnormal child psychology*, 38(2), 197-209.

## 2. PERDONO DI SÉ, PERDONO INTERPERSONALE E VENDETTA IN ADOLESCENZA

Martina Bellucci<sup>1</sup>, Susanna Pallini<sup>2</sup>, Angelo Maria Saliani<sup>1,3</sup>, Francesco Mancini<sup>3</sup>, Barbara Barcaccia<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Università degli Studi dell'Aquila <sup>2</sup> Università degli Studi Roma Tre e Didatta SITCC <sup>3</sup> Didatta Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva srl SPC, Roma <sup>4</sup> Dipartimento dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Sapienza Università di Roma

**INTRODUZIONE:** Il perdono interpersonale è un processo caratterizzato da modifiche cognitive, emotive, motivazionali e comportamentali messe in atto dalla persona che ha subito un'offesa, la vittima, nei confronti dell'offensore (McCullough, 2000). Tale processo comporta una riduzione delle emozioni negative nei confronti dell'offensore e un incremento di quelle positive (Worthington, 2012; Enright, 2000). Molti dati di ricerca sul ruolo del perdono in età evolutiva evidenziano l'associazione tra perdono e misure di benessere psicologico (Enright & Fitzgibbons, 2015) e mostrano come rabbia e vendicatività siano correlati a misure di *maladjustment* (Barcaccia, Pallini, Milioni, & Vecchio 2017; Barcaccia, Schneider, Pallini, & Baiocco, 2017). Similmente, anche la capacità di perdonare se stessi e di avere un atteggiamento compassionevole e di gentilezza verso di sé, è correlato al benessere psicologico (Wohl, DeShea, & Wahkinney, 2008).

**OBIETTIVI:** I nostri obiettivi erano di indagare le relazioni tra perdono interpersonale, rabbia di tratto e perdono di sé, e di individuare eventuali differenze nella rabbia e nel perdono di sé in adolescenti con alta o bassa motivazione alla vendetta interpersonale.

**METODO:** *Campione:* 579 partecipanti (217 M e 362 F) di età compresa tra i 13 e i 20 anni, e frequentanti diversi istituti di istruzione di secondo grado, hanno compilato una batteria di test. Strumenti di misura: TRIM-18 Transgression-Related Interpersonal Motivations Inventory (McCullough et al., 2006). STAXI-2 C/A State-Trait Anger Expression Inventory-2 Child and Adolescent (Brunner & Spielberger, 2009). FSCRS The Forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale (Gilbert et al., 2004)

**RISULTATI:** Le analisi dei dati mostrano come il perdono interpersonale sia positivamente correlato con il perdono di sé. Inoltre, gli adolescenti con alta motivazione alla vendetta sono più arrabbiati, si sentono più inadeguati, si perdonano di meno e si odiano di più rispetto a quelli con bassa motivazione alla vendetta.

**CONCLUSIONI:** I nostri dati evidenziano e confermano anche in un ampio campione di adolescenti Italiani, quanto già noto nella letteratura internazionale, vale a dire il ruolo benefico per il benessere psicologico del perdono di sé e del perdono interpersonale. Nella presentazione saranno evidenziate le implicazioni cliniche dei risultati.

### Bibliografia minima di riferimento

- Barcaccia B., Mancini F. (2013). *Teoria e clinica del perdono*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Barcaccia B., Pallini S., Milioni M., Vecchio G.M. (2017). Resentment or forgivingness? The assessment of forgiveness in Italian adolescents. *Child Indicators Research*, doi: 10.1007/s12187-017-9483-6
- Barcaccia B., Schneider B.H., Pallini S., Baiocco R. (2017). Bullying and the detrimental role of un-

-forgiveness in adolescents' wellbeing. *Psicothema*, 29 (2), 217–222.

Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2015). *Forgiveness therapy in child and adolescent disorders*. American Psychological Association.

McCullough, M. E. (2000). Forgiveness as human strength: Theory, measurement, and links to well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 43-55.

Wohl, M. J., DeShea, L., & Wahkinney, R. L. (2008). Looking within: Measuring state self-forgiveness and its relationship to psychological well-being. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 40(1), 1.

### 3. PROGRAMMA MINDFULNESS òIL FIORE DENTROö: STUDIO PILOTA IN UNA CLASSE DI SCUOLA PRIMARIA

Nadia Mazzocchi<sup>1</sup>, Stella Totino<sup>2</sup>, Alina Paoletti<sup>3</sup>, Mauro Giacomantonio<sup>4</sup>, Giuseppe Romano<sup>5</sup>, Andrea Gragnani<sup>6</sup>, Morena Tafuro<sup>7</sup>, Carlo Buonanno<sup>8</sup>.

**INTRODUZIONE:** la mindfulness è una tecnica di meditazione, che nasce dalle pratiche di meditazione del Buddismo ed è basata sull'insegnamento e apprendimento della triplice consapevolezza del respiro, del corpo e della mente. In età evolutiva viene usata in ambito clinico nei disturbi della condotta, nell'ADHD, nei disturbi d'ansia, disturbi da uso di sostanze e disturbi dello spettro autistico. Il Programma Mindfulness "Il fiore dentro" si svolge in 8 incontri a cadenza settimanale della durata di 45-60 minuti.

**OBIETTIVO:** il presente lavoro si propone di vedere quanto la pratica della Mindfulness possa migliorare le capacità di attenzione, memoria di lavoro e di conseguenza le abilità scolastiche di comprensione del testo orale e scritta e della risoluzione dei problemi e ridurre l'ansia.

**METODO:** dopo aver effettuato un'analisi della letteratura, vista l'assenza di studi italiani in merito, si è proceduto a scegliere strumenti che misurino le abilità da indagare. I partecipanti sono bambini (N 41; età 8-9 anni) che frequentano la classe III della Scuola Primaria, una classe ha fatto parte del gruppo sperimentale e l'altra del gruppo di controllo. Dal campione sono stati esclusi i bambini i cui genitori non hanno aderito al progetto e i bambini che presentavano disturbi del neuro sviluppo.

Sono stati somministrati i seguenti strumenti:

- Child Behaviour Checklist/4-18 (CBCL/4-18) (Achenbach, 1991): questionario sul comportamento del bambino compilato dai genitori.
- "Prove di comprensione del testo MT" per valutare il grado di comprensione del testo.
- "CO-TT prova di comprensione del testo orale.
- SPM per la valutazione del ragionamento aritmetico.
- MASC questionario per la misurazione dell'ansia
- Il sub-test "Riordinamento di lettere e numeri" della WISC-IV per la valutazione della memoria di lavoro.
- TAU test per la valutazione dell'attenzione uditiva
- Test delle Campanelle per la valutazione dell'attenzione visiva

Nella prima fase, abbiamo somministrato ai due gruppi la batteria di test per la valutazione iniziale e, dopo gli otto incontri Mindfulness previsti dal protocollo "MBSR: il fiore dentro", abbiamo somministrato nella fase di re-test soltanto le prove collettive. Per poter ripetere le prove individuali bisogna attendere 6 mesi dalla prima somministrazione.

- 
1. Psicologa-Psicoterapeuta Airri Medical Viterbo
  2. Psicologa – Psicoterapeuta in formazione
  3. Psicologa – Psicoterapeuta Airri Medical Viterbo
  4. Psicologo-psicoterapeuta in formazione - Sapienza Università di Roma
  5. Psicologo – Psicoterapeuta Didatta SPC
  6. Psicologo – Psicoterapeuta Didatta SPC
  7. Neuropsichiatra infantile – Psicoterapeuta Airri Medical Viterbo
  8. Psicologo-Psicoterapeuta Airri Medical Viterbo

**RISULTATI:** i risultati evidenziano un miglioramento della gestione delle emozioni e una riduzione di alcune dimensioni dell'ansia. Non emergono dati significativi per quanto riguarda gli aspetti cognitivi e gli apprendimenti.

**CONCLUSIONI:** tale studio pilota ha evidenziato miglioramenti dal punto di vista emotivo, in accordo con quanto riportato in letteratura.

#### 4. ABC IN BAMBINI CON PROBLEMI DEL NEUROSVILUPPO

Licchelli Serena, Giovagnoli Giulia, Torre Anna, Guerriero Luciana, Pinto Lucrezia, Fabiani Micaela, Mercuriu Monica, Isola Lorenza, Lorenzini Roberto (SPC III anno- Roma).

**INTRODUZIONE:** L'ABC cognitivo è uno strumento utile per individuare insieme al paziente le sue credenze funzionali o disfunzionali e come esse siano correlate alla sperimentazione di diverse emozioni. ABC è un acronimo in cui A sta per *antecedente (situazione o evento esterno o interno)*, B per *beliefs*, ovvero pensiero che il paziente ha utilizzato per valutare l'antecedente ed infine, I C possono essere *emozioni o comportamenti* conseguenti al B (Beck, 1975; Ellis, 1989; De Silvestri 1981). In terapia il paziente viene incoraggiato ad allenarsi a trascrivere su un foglio o individuare con il terapeuta le componenti dell'ABC. Anche in età evolutiva questa tecnica viene utilizzata (Di Pietro, 2014) tuttavia la presenza di alcuni disturbi del neurosviluppo, unitamente alle loro caratteristiche fenomenologiche e cliniche, rende maggiormente difficoltoso per alcuni bambini l'accesso alle credenze, presumibilmente a causa di deficit meta cognitivi e difficoltà che interessano lo sviluppo di capacità ed abilità empatiche. Pertanto tale strumento in età evolutiva può essere utilizzato spesso, facendo ricorso, maggiormente al canale visuo-percettivo e prassico, con l'ausilio di rappresentazioni grafiche, simulate e role playing.

**OBIETTIVO:** Nel presente studio esplorativo, ci si è chiesti, quindi, come tale strumento (l'ABC cognitivo) potesse essere utilizzato in bambini che presentano quadri psicopatologici che vedono compromesse, a volte in parte o del tutto, le funzioni metacognitive e le abilità empatiche, se l'efficacia fosse conservata e se, fosse necessario riadattare lo strumento per renderlo maggiormente fruibile.

**METODO:** La tecnica ABC è stata utilizzata all'interno di un piccolo protocollo, ideato ad hoc, con un campione di 8 soggetti di età compresa tra gli otto e i dieci anni con diagnosi di DDAI, disturbo dello spettro autistico o profilo cognitivo ai limiti della norma (QI compreso tra 70 e 85) che ha previsto una breve fase di psicoeducazione affettiva, un Training sulla tecnica ABC per la comprensione del rapporto tra pensieri ed emozioni (attraverso materiale ludico quale il gioco dei dadi) e una parte dedicata al role playing.

**RISULTATI:** Tutti gli 8 bambini hanno effettuato una breve psicoeducazione sulle emozioni e successivamente si è proceduto a presentare la tecnica ABC in modalità cartacea, attraverso ausili ludici (gioco del dado) e/o role palying. Si rilevano maggiori difficoltà nella comprensione della tecnica da parte dei bambini con diagnosi di disturbo dello spettro autistico e risorse cognitive limitate.

**CONCLUSIONI:** Dal punto di vista qualitativo si evidenzia una difficoltà maggiore, da parte dei bambini con disturbo dello spettro autistico, nel riconoscere i pensieri (B) e le emozioni associate all'evento (A). I bambini con DDAI accedono facilmente a tali contenuti così come i bambini con risorse cognitive limitate. Rispetto a questi ultimi la tecnica ABC appare di più facile comprensione se presentata attraverso materiale ludico e role playing.

## 5. IL LUTTO TRAUMATICO NEI BAMBINI *ORFANI SPECIALI*

A. Sgaramella \*, F. Lovero\*, A. Magno \*, D. Prudente\*, D. Racanelli\*, M. Urbano\*, I. Ciavarella°, A. Cervinara^, M. Goffredo^,

M.G. Foschino Barbaro§

\* Allieve I anno Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva – AIPC di Bari

° Psicologa tirocinante Servizio di Psicologia – Ospedale pediatrico “Giovanni XXIII” Bari

^ Referente Percorso di Eccellenza Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva – AIPC di Bari

§ Referente Percorso di Eccellenza Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva – AIPC di Bari; Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva – AIPC di Bari

**INTRODUZIONE:** Nell’ambito degli studi sulla violenza assistita intrafamiliare è in crescita l’interesse per tutti quei minori che subiscono la perdita della propria madre per mano del padre, essendone talvolta testimoni diretti: gli *orfani speciali*, così sono denominati nel panorama scientifico nazionale (Baldri, 2017). Tale esperienza è molto diffusa in Europa ed anche in Italia, con dati numerici in rapida crescita - si pensi che nel nostro Paese tra il 2000 ed il 2015 si contano circa 1600 bambini orfani speciali (ibi).

La traumaticità di tale esperienza è elevata: in un solo momento, infatti, questi bambini soffrono la perdita di entrambe le figure di accudimento (Fda), riconoscendosi contemporaneamente figli della vittima e figli dell’autore dell’omicidio. Diversamente dalla perdita delle proprie Fda a causa di un accadimento fortuito, in questi casi la dimensione di lutto è ulteriormente aggravata dal fatto che la causa della morte del proprio genitore sia connessa ad un agito dell’altra figura significativa. Ne derivano conseguenze sul piano della sicurezza nell’attachamento, un danno al senso del sé e lo sviluppo di convinzioni disfunzionali relative alla sicurezza, alla fiducia e all’autostima (Diano, 2005). Per questi bambini, si impone, inoltre, la necessità di affrontare alcuni problemi di ordine materiale, sociale e giudiziario (es. perdita immediata della propria abitazione, cambiamenti nel contesto scolastico e del contesto amicale) che, se non adeguatamente gestiti, accrescono la valenza traumatica di tale esperienza, ampliando il rischio di esiti negativi sulla salute psicofisica a breve e lungo termine (Lewandowski, McFarlane, Campbell, Gary & Barenski, 2004).

A fronte della crescente incidenza di questo fenomeno, si impone l’esigenza di individuare protocolli di intervento multidisciplinari idonei alla cura di questi bambini. Il presente lavoro si propone dunque di effettuare una review della letteratura nazionale ed internazionale sugli adattamenti a breve e medio termine conseguiti da questi bambini e sull’esistenza di specifici strumenti di assessment e di protocolli di intervento psicologico per il trattamento degli esiti peri e post traumatici.

**METODO:** Ai fini del presente lavoro è stata passata in rassegna la letteratura nazionale ed internazionale su: la qualità degli adattamenti psicofisici e sociali conseguiti da questi bambini e dagli adulti che se ne prendono cura a seguito dell'accaduto, gli strumenti a disposizione per la procedura di assessment ed i protocolli di intervento evidence-based risultati efficaci per la cura.

I database usati per la ricerca di materiale bibliografico sono stati: PubMed – NCBI, ResearchGate, Taylor & Francis Group. Le parole chiave utilizzate sono state: Child, Intimate partner homicide, Domestic violence, Adjustment, Assessment, Complicated grief, Traumatic grief, Treatment.

**TESI:** Dalla letteratura esaminata sulla qualità degli adattamenti psicofisici e sociali conseguiti a breve e medio termine, si evidenzia la presenza di problematiche di natura prevalentemente post-traumatica. Un recente lavoro di review che raccoglie i principali studi e ricerche prodotte sul tema (Alisic *et al.* 2015) riporta, come esiti a breve termine: pensieri ed immagini intrusive relative all'accaduto, disturbi del sonno, appiattimento emotivo, ansia da separazione in concomitanza di uno stato di paura cronica, un vissuto di auto-biasimo per l'accaduto associato ad emozioni di vergogna, colpa, e non in ultimo, difficoltà di attenzione e concentrazione con conseguente calo delle performance. Tra le principali problematiche insorte a medio termine si evidenzia, invece, la presenza di sintomi depressivi, ansia, lamentele somatiche, difficoltà di relazione con i pari e comportamenti impulsivi e distruttivi, come la partecipazione ad attività illegali (Hardesty, Campbell, McFarlane & Lewandonski, 2008).

Si evince chiaramente che sul piano diagnostico l'unico riferimento sia al Disturbo da stress post-traumatico, secondo i criteri del DSM IV. Tuttavia, stando anche alla recente rivisitazione nosografica attuata nel DSM 5 (APA, 2013), si potrebbe ipotizzare che questi bambini possano sviluppare anche un Disturbo da Lutto Persistente Complicato. Molti di questi bambini, infatti, assistono direttamente alla morte violenta del proprio genitore (criterio A), pertanto, potrebbero non riuscire a completare il processo di elaborazione della perdita poiché le memorie della Fda perduta agiscono da ri-attivatore traumatico.

Un fattore che si ritiene agisca da mediatore rispetto alla qualità degli adattamenti conseguiti dai bambini *orfani speciali* sembrerebbe essere il nuovo contesto di caregiving in cui questi sono inseriti a seguito dell'accaduto: quanto più le nuove figure di accudimento saranno in grado di far fronte alla perdita subita e conseguiranno con facilità un nuovo assetto familiare, tanto più il processo di riadattamento dei bambini risulterà funzionale (Hardesty et al., 2008). Gli studi sugli adattamenti conseguiti dal contesto di caregiving appaiono limitati; tuttavia, i pochi dati a disposizione rivelano elevati livelli di stress connessi alle difficoltà incontrate nell'integrare il personale processo di elaborazione del lutto con i bisogni dei bambini.

Rispetto agli strumenti per l'assessment e l'esistenza di protocolli di intervento psicologico atti alla cura di questi bambini, la letteratura appare alquanto esigua.

In merito agli strumenti di assessment, gli studi internazionali esistenti (Alisic et al., 2015; Spuji, et al., 2012) fanno riferimento principalmente ai seguenti test e questionari:

- funzionamento psicologico dei bambini orfani speciali: *Child PTSD Symptom Scale (CPSS)*; Foa, Johnson, Feeny & Treadwell, 2001) e *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*; Briere, Elliott, Harris & Cotman, 1995) per la misurazione del distress post-traumatico;

*Anxiety Disorders Interview Schedule* (Silverman & Albano, 1996) e *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 2003) per la valutazione degli stati affettivi di ansia e depressione; la *Child Behavior Checklist (CBCL ó 6/18;* Achenbach, 2001), nella versione per genitori, insegnanti e di auto-somministrazione per una valutazione più generale delle problematiche psicologiche e comportamentali eventualmente presenti. Al fine di raccogliere informazioni circa l'evento traumatico e le problematiche riportate sia dai minori che dai caregivers, un gruppo di ricerca italiano propone l'utilizzo della forma italiana del *Fatality-Child Interview* (Baldry e Ferraro, 2010).

- funzionamento ed adattamento del contesto di caregiving: *RAND-36* per la valutazione del benessere del caregiver e del nucleo familiare (di cui esiste la corrispondente versione italiana *SF-36*) e *Family Questionnaire (FQ;* Van der Ploeg & Scholte, 2008) per la valutazione del funzionamento familiare, di cui tuttavia non si dispone di validazione italiana. La letteratura esaminata non fa alcun riferimento alla dimensione del lutto traumatico. Il panorama scientifico italiano manca ad oggi di strumenti specifici per l'osservazione di tale dimensione. Nell'ambito della letteratura internazionale, troviamo invece: l'*Expanded Grief Inventory (EGI;* Layne, Savjack, Saltzman & Pynoos, 2001) per bambini e adolescenti, l'*Inventory of Prolonged Grief (IPG-A)* (Spuij, Zijderlaan, Stikkelbroek, Dillen, de Roos & Boelen, 2012) nella versione per bambini (8-12 anni) e adolescenti (13-18 anni); il *Characteristics, Attributions and Responses to Exposure to Death-Youth version (CARED-Y;* Brown, Amaya-Jackson, Cohen, Handel, Thiel De Bocanegra, Zatta, et al., 2008), maggiormente focalizzato sugli aspetti peritraumatici.

Appaiono invece assenti i dati relativi agli interventi per il trattamento. Unico contributo proviene da Alisic ed il suo gruppo di ricerca (Alisic et al., 2014), la quale propone un protocollo articolato in interventi di natura prettamente psicosociale relativi il collocamento, la custodia e la tutela dei minori, il benessere psicosociale degli stessi e le azioni a carico del terzo settore. Stando alle considerazioni effettuate in merito ai probabili esiti clinici associati a tale esperienza, si può ipotizzare che la forma di intervento d'elezione possa essere quella generalmente applicata ai casi di lutto traumatico. In tal senso, il modello che raccoglie i maggiori dati di efficacia sembra essere quello proposto da Cohen ed i suoi collaboratori: la *CBT- Complicated Traumatic Grief* (Cohen, Mannarino & Staron, 2006). Tale protocollo coniuga l'intervento focalizzato sul trauma (8 sessioni) con l'intervento teso all'elaborazione del lutto traumatico (8 sessioni), prevedendo incontri individuali e congiunti bambino-genitore. Il programma prevede l'alternanza di tecniche più propriamente cognitive (problem solving, ristrutturazione cognitiva, etc) a metodologie creativo- espressive come il disegno, la pittura, il collage, la drammatizzazione, il role playing (Edgar-Bailey & Kress, 2010). Gli obiettivi di lavoro concernono: la modulazione degli stati affettivi, il potenziamento del problem solving e delle abilità sociali, la ristrutturazione delle distorsioni cognitive legate al senso di responsabilità del bambino per il trauma, le sensazioni di colpa e vergogna, l'elaborazione di nuovi significati legati alla perdita traumatica.

**CONCLUSIONI:** I contributi illustrati mettono in evidenza come l'argomento in oggetto necessiti di una maggiore esplorazione ed approfondimento sul piano della ricerca e della pratica clinica, soprattutto in considerazione degli esiti traumatici riportati da questi bambini. Si ritiene inoltre necessario svolgere tale lavoro ampliando

il raggio di studio anche alla dimensione del lutto traumatico e degli esiti psicopatologici ad esso associati, al fine di poter giungere alla definizione di protocolli di assessment e cura più idonei.

### **Bibliografia**

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA. School-age Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families.

Alisic, E., Groot, A., Snetselaar, H., Stroeken, T., & van de Putte, E. (2014). Care for Children after Intimate Partner Homicide. Research and Documentation Centre (WODC).

Alisic, E., Krishna, R. N., Groot, A., & Frederick, J. W. (2015). Children's Mental Health and Well-Being After Parental Intimate Partner Homicide: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18, 328–345.

Alisic, E., Groot, A., Snetselaar, H., Stroeken, T., & van de Putte, E. (2015). Parental Intimate partner homicide and its consequences for children: protocol for a population -based study. *BMC Psychiatry*, 15, 1-7.

Baldry, A. C. (2017). *Orfani speciali: Chi sono, dove sono, con chi sono. Conseguenze psico-sociali su figlie e figli del femminicidio*. FrancoAngeli.

Brown, E. J., Amaya-Jackson, L., Cohen, J., Handel, S., Thiel De Bocanegra, H., Zatta, E., et al. (2008). Childhood traumatic grief: A multi-site empirical examination of the construct and its correlates. *Death studies*, 32, 899-923.

Campbell, J. C., & Lewandowski, L.A. (1997). Mental and Physical Health Effects of Intimate Partner Violence on Women and Children. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20 (2), 353-374.

Cohen, J. A., Mannarino, A.P., & Staron, V. R. (2006). A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT- CTG). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45 (12), 1465-1473.

Diano, D. (2005). La violenza estrema. Bambini che assistono all'uccisione della propria madre: un caso clinico. In Luberti, R., Pedrocco Biancardi, M.T. (Eds.), *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*. FrancoAngeli.

Edgar-Bailey, M., & Kress, V. I. (2010). Resolving Child and Adolescent Traumatic Grief: Creative Techniques and Interventions. *Journal of Creativity in Mental Health, 5*, 158-176.

Ferrara, P., Caporale, O., Cutrona, C., Sbordone, A., Amato, M., Spina, G., et al. (2015). Femicide and murdered women's children: which future for these children orphans of a living parent?. *Italian Journal of Pediatrics, 41*-68.

Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 30*, 376–384.

Hardesty, J. L., Campbell, J. C., McFarlane, J.M., & Lewandowski, L.A. (2008). How Children and Their Caregivers Adjust After Intimate Partner Femicide. *Journal of Family Issues, 29* (1), 100-124.

Kovacs, M. (2003). *Children's Depression Inventory (CDI): technical manual update*. North Tonawanda: Multi-Health Systems.

Layne, C.M., Savjak, N., Saltzman, W. R., & Pynoos, R. S. (2001). *UCLA/BYU Expanded Grief Inventory*. Unpublished instrument, Brigham Young University, PROVO, UT.

Lewandowski, L. A., McFarlane, J. M., Campbell, J. C., Gary, F., & Barenski, C. (2004). "He Killed My Mommy!" Murder or Attempted Murder of a Child's Mother. *Journal of Family Violence, 19* (4), 211- 220.

Mannarino, A. P., & Cohen, J.A. (2011). Traumatic Loss in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Trauma, 4*, 22-33.

Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Child/Parent Version, child interview schedule*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Spuij, M., Reitz, E., Prinzie, P., Stikkelbroek, Y., de Roos, C., & Boelen, P. A. (2012). Distinctiveness of symptoms of prolonged grief, depression, and post-traumatic stress in bereaved. *European Child & Adolescent Psychiatry, 21*, 673–679.

Spuij, M., Zijderlaan, J., Stikkelbroek, Y., Dillen, L., de Roos, C., & Boelen, P. A. (2012). Psychometric properties of the Dutch Inventories of Prolonged Grief for Children and Adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19*, 540–

51.

Van der Ploeg, J. D., & Scholte, E. M. (2008). *Gezinsvragenlijst*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vander Zee, K. I., Sanderman, R., Heyink, J. W., & de Haes, H. (1996). Psychometric qualities of the RAND 36-Item Health Survey 1.0: a multidimensional measure of general health status. *International Journal of Behavioral Medicine*, 3, 104–22.

## **Sessione Relazioni 6**

**Sabato 14 Ottobre**

**12.00 - 13.30**

*Sala Musica*

# ***Trauma e Lutto***

**Chair:** E. Prunetti

**Discussant:** J. Marciano

## 1. BPCO E LUTTO

### ANALISI ESPLORATIVA IN UN GRUPPO DI PAZIENTI RICOVERATI IN UNA RIABILITAZIONE RESPIRATORIA.

Grossi G.<sup>1,2</sup>, Delle Cese M.<sup>3,8</sup>, Lolletti F.<sup>3</sup>, Zaninotto S.<sup>1</sup>, Corsi R.<sup>4</sup>, Pasqua F.<sup>5</sup>, Tineri M.<sup>2,6</sup>, Chialà O.<sup>7</sup>

1. Servizio di Psicologia - Casa di Cura "Villa delle Querce" di Nemi (Rm) giulianogrossi@aol.com
2. Associazione "Lutto e Crescita – Grief & Growth", Roma.
3. Psicologa volontaria - Casa di Cura "Villa delle Querce" di Nemi (Rm).
4. Direttore Sanitario - Casa di Cura "Villa delle Querce" di Nemi (Rm).
5. UO di Pneumologia Riabilitativa Casa di Cura Villa delle Querce, Nemi (Rm).
- 6 Servizio di Psicologia – Centro Geriatrico Romano, Acilia (Rm)
7. Ufficiale Addetto presso la Scuola di Sanità e Veterinaria Militare di Roma
8. Associazione di Psicologia Cognitiva – Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma.

**INTRODUZIONE:** Le malattie croniche respiratorie hanno un'elevata incidenza a livello mondiale; tra queste, la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) rappresenta oggi la terza causa di morte.

I dati forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2012) riconoscono che la terza causa di morte, a livello mondiale, è rappresentata dalle malattie dell'apparato respiratorio: la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è la causa del 5,6% dei decessi, mentre la polmonite, e le altre malattie dovute ad infezione acuta del tratto respiratorio inferiore, del 5,5%.

Felitti nel 1998 sosteneva che le esperienze negative infantili hanno un impatto fortemente cumulativo sulla salute da adulti. Tra le malattie maggiormente riscontrate in relazione con la gravità delle esposizioni alla ACEs ( Adverse Childhood Experiences) sono presenti anche patologie respiratorie come la BPCO.

**OBIETTIVI:** La ricerca evidenzia una correlazione tra BPCO, impatto emotivo e qualità di vita. In particolar modo il presente studio ha l'obiettivo di indagare l'impatto che l'evento traumatico ha sugli outcome clinici e ipotizza che esista una correlazione tra disturbo da Lutto Persistente Complicato e BPCO.

**SCOPO:** Il Disturbo da Lutto Persistente Complicato include una serie di sintomi come desiderio intenso e persistente/nostalgia della persona deceduta, preoccupazione per il deceduto. Il Disturbo da Lutto Persistente Complicato influenza fortemente la fisiologica elaborazione del lutto (Lannen et al. 2008) ed è associato a disturbi del sonno (Hardison et al., 2005), depressione e un maggior rischio di suicidio (Szanto et al. 1997), l'abuso di alcool (Hardison et al., 2005) e la cattiva salute (Lannen et al. 2008). Scopo della ricerca è definire quali aspetti del Disturbo da Lutto Persistente Complicato influenzano gli outcome clinici della BPCO e evidenziare la natura delle correlazioni emerse.

**MATERIALE E METODI:** Il campione è composto da 95 soggetti, ricoverati presso il reparto di riabilitazione cardiorespiratoria, con diagnosi di BPCO e che non presentano deterioramento cognitivo. La somministrazione dei test è avvenuta durante il periodo di ricovero.

Per indagare tale relazione ai pazienti è stato somministrato il questionario PG-13 relativo al Disturbo da Lutto Persistente Complicato, l'SF-36 un questionario sulla qualità di vita e la DS-14 che valuta il tipo D di personalità.

#### RISULTATI:

- ~ Il 75% del campione (n=70) ha vissuto lutti significativi;
- ~ Nel 55.2 % del campione (n=51) l'evento luttuoso è stato antecedente alla comparsa della patologia polmonare;

- “ Il 45,5% degli intervistati (n=32) si riscontra una diagnosi di angoscia di separazione.
- “ L’81,8% degli intervistati (n=58) presenta il dominio “Durata”, definito attraverso la presenza di angoscia di separazione almeno una volta al giorno anche dopo 6 mesi dall’evento luttuoso, è stato riportato nell’81,8% degli intervistati (n=58).
- “ Infine, valutando il dominio “Funzionamento”, identificante la presenza di una riduzione significativa del funzionamento sociale o occupazionale, è emerso come il 36,4% degli intervistati (n=25) abbia riportato tale diagnosi.
- “ Al contrario, la presenza di sintomi cognitivi, emozionali e comportamentali sono stati riscontrati solo nel 21,8% dei casi (n=15).

E’ importante sottolineare come la significatività delle correlazioni sia stata raggiunta con un campione molto ridotto (n=70) e, pertanto, è possibile che alcune correlazioni, per ora non significative, possano correlare maggiormente durante il prosieguo del reclutamento.

**CONCLUSIONI:** Il Disturbo da Lutto Persistente Complicato è associato ad un marcato aumento dei rischi per condizioni mediche generali gravi come i "disturbi cardiaci, ipertensione, cancro, deficit immunologici e ridotta qualità della vita" (APA, 2014). Dal presente studio emerge che il campione nella maggioranza dei casi ha vissuto un lutto significativo. Per metà del campione il lutto è stato antecedente alla comparsa della malattia polmonare e inoltre presenta una diagnosi di angoscia di separazione.

Emerge dallo studio che tale diagnosi esperita dal paziente in successione al lutto correla in maniera significativa con l’Emotional well-being del campione, ovvero il senso di benessere esperito dal paziente da un punto di vista emotivo.

Esaminando gli altri risultati ottenuti dal campione si può inferire che l’evento luttuoso abbia ridotto significativamente il funzionamento sociale o occupazionale del paziente, aspetto che correla significativamente con “l’Affettività negativa”.

L’aspetto della “Durata” fa luce su una particolare caratteristica del Disturbo da Lutto Persistente Complicato: Il Disturbo da Lutto Persistente Complicato include una serie di sintomi come desiderio intenso e persistente/nostalgia della persona deceduta, preoccupazione per il deceduto, questi sintomi sono importanti se elevati a 6 mesi ed oltre dopo la perdita, e spesso sono resistenti al trattamento antidepressivo (Pasternak et al 1991; Horowitz et al 1997).

### **Bibliografia**

- De Luca M.L. , Tineri M., Adattamento e validazione del questionario "PG-13" Prolonged Grief nel contesto italiano, Rivista Italiana Cure Palliative, 2015
- Felitti VJ, Anda RF, Norderberg D, et al. Relationship of childhood abuse to many of the Hardison, H. G., Neimeyer, R. A., & Lichstein, K. L. (2005). Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. *Behavioral sleep medicine*, 3(2), 99-111.
- Horowitz, M. J. (1997). *Stress response syndromes: PTSD, grief, and adjustment disorders*. Jason Aronson.
- Lannen, P. K., Wolfe, J., Prigerson, H. G., Onelov, E., & Kreicbergs, U. C. (2008). Unresolved grief in a national sample of bereaved parents: impaired mental and physical health 4 to 9 years later. *Journal of Clinical Oncology*, 26(36), 5870-5876.
- leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med*. 1998; 14(4): 245-258.
- Pasternak, R.E., Reynolds, C.F., Schlerntizauer, M., Hoch, C.C., Buysse, D.J., Houck, P.R. and Perel, J.M. (1991) Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *J Clin Psychiatry* 52, 307-310.
- Szanto, K., Prigerson, H., Houck, P., Ehrenpreis, L., & Reynolds, C. F. (1997). Suicidal ideation in elderly bereaved: the role of complicated grief. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(2), 194-207.
- World Health Organization. The 10 leading causes of death in the world, 2000 and 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets.it> (16/04/2015).

## **2. ESPERIENZE TRAUMATICHE INFANTILI E FENOMENI DISSOCIATIVI NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: LIVELLI E ASSOCIAZIONE CON LA SEVERITÀ DEI SINTOMI DI ABBUFFATA COMPULSIVA.**

Giovanni Luca Palmisano, PhD, Psicologo Psicoterapeuta in formazione IV anno APC, Lecce.

**INTRODUZIONE:** Molti studi hanno mostrato una forte associazione tra esperienze traumatiche infantili, sintomi dissociativi di natura somatica e psicologica e gravità dei sintomi correlati ai disturbi del comportamento alimentare (DCA). In particolar modo è stata messa in luce un'associazione positiva tra trauma infantile, dissociazione e sintomi bulimici quali abbuffate (binge eating), vomito autoindotto e abuso di diuretici e lassativi.

**OBIETTIVO:** Il primo obiettivo di questo studio è stato quello di valutare la presenza di trauma infantile e dissociazione psicoforme e somatoforme in un gruppo di pazienti con DCA. Il secondo obiettivo è stato quello di valutare se le esperienze traumatiche infantili e la dissociazione sono dei buoni predittori della gravità del binge eating.

**METODO:** A tale scopo 86 pazienti con diagnosi di DCA hanno partecipato a questo studio, 20 dei quali hanno ottenuto una diagnosi di anoressia nervosa restrittiva (AN-R), 10 di anoressia nervosa sottotipo abbuffate-purging (AN-B), 25 di bulimia nervosa (BN), e 31 di binge eating disorder (BED). Gli 86 pazienti sono stati appaiati per sesso ed età con un gruppo di controllo di soggetti senza attuali o passate storie psichiatriche (GC). Le esperienze traumatiche sono state valutate attraverso la somministrazione del Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), mentre la dissociazione psicoforme e somatoforme rispettivamente tramite la somministrazione della Dissociative Experience Scale (DES-II) e del Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). Infine la gravità dei sintomi di binge eating è stata valutata per mezzo della Binge Eating Scale (BES).

**RISULTATI:** I soggetti con diagnosi di DCA hanno mostrato più alti livelli di trauma infantile, dissociazione somatoforme e psicoforme rispetto ai soggetti del gruppo di controllo. Nessuna differenza significativa è stata riscontrata tra i differenti gruppi diagnostici rispetto alle diverse forme di trauma infantile. I gruppi BN e AN-B mostrano alti livelli di dissociazione psicologica e somatoforme. Inoltre la dissociazione e il trauma infantile predicono la severità dei sintomi di binge eating.

**CONCLUSIONI:** I nostri risultati confermano quelli ottenuti da precedenti autori nello stesso campo e sottolineano il bisogno di valutare le esperienze traumatiche infantili e la dissociazione psicoforme e somatoforme nei DCA.

### 3. CRESCERE OLTRE I CONFINI: GLI ADOLESCENTI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI NEI PERCORSI SANITARI UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

Alessandra Sgaramella\*, Grazia Tiziana Vitale\*\*, Antonella Stellacci\*\*\*, Alessia Laforgia°, Rocsana Porcelli°, Maria Grazia Foschino Barbaro\*\*\*\*

\* Psicoterapeuta in formazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva – AIPC Bari I anno

\*\* Psicologa Psicoterapeuta cognitivo comportamentale, Servizio Psicologia-GIADA, A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII, Bari

\*\*\* Psicologa Psicoterapeuta cognitivo comportamentale, C.A.R.A Bari Palese, Soc.Coop.Soc. Auxilium

° Psicologa in formazione Servizio Psicologia-GIADA, A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII, Bari

\*\*\*\* Direttore Scuola di Psicoterapia Cognitiva – AIPC Bari e Responsabile Servizio di Psicologia-GIADA A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII, Bari

**INTRODUZIONE:** Nei primi cinque mesi del 2017 si è assistito al continuo massiccio flusso di ingressi via mare in Italia, sulle cui coste sono approdati 63mila migranti, un quarto in più rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Tra questi il 13% (8300 ) sono “minori stranieri non accompagnati” (MSNA) (ISMU, 2017). Per MSNA *s'intende il cittadino di un paese straniero, terzo rispetto all'Unione Europea o apolide, di età inferiore agli anni 18 che entri nel territorio di uno degli Stati Membri senza essere accompagnato da un adulto che ne sia responsabile per legge, o che versi in stato di abbandono successivamente alla sua entrata nel territorio dello Stato.*

La recente normativa nazionale (*LEGGE n. 47 del 7 aprile 2017 - Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati*), nonché il D.M. del 3 aprile 2017 “Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale) ha esteso ai MSNA l'assistenza sanitaria, le azioni di tutela e protezione previste per i minorenni italiani e comunitari sottolineando la condizione di vulnerabilità e quindi l'esigenza di identificazione precoce dell'insorgenza di psicopatologia.

In particolare i minori rifugiati riportano una maggiore esposizione ad esperienze stressanti o propriamente traumatiche (Sinnerbrink, et al., 1997; Lustig et al., 2004; Fazel et al., 2005; Steel et al., 2006). Nell'esistenza di tali minori è infatti possibile rilevare una costellazione di situazioni che comprendono traumi pre-migratori, migratori e post-migratori con esiti sulla salute fisica e mentale largamente documentati in letteratura (Kirmayer et al., 2011; Patil et al., 2015).

Huemer et al. (2009) hanno definito i MSNA come un gruppo ad alta vulnerabilità all'interno del quale è possibile registrare una morbilità psichiatrica maggiore rispetto alle popolazioni paragonabili per età, in particolare Disturbo da Stress Post-Traumatico e Disturbo Depressivo. Il Disturbo da Stress Post-Traumatico *comprende il cluster di sintomi caratterizzato da paura intensa, impotenza o orrore. I sintomi di PTSD rientrano in tre categorie: rivivere l'evento traumatico, evitamento o intorpidimento emotivo, e una iperattivazione* (APA, 2013).

È imprescindibile, inoltre, considerare una tendenza dissociativa nei MSNA come meccanismo di difesa diretto a preservare l'integrità del sé e a garantire il senso di sicurezza quando l'individuo si sente profondamente minacciato (Gabbard, 2004). Parte del malessere, inoltre, nascerebbe dalla difficoltà di adattarsi ai nuovi luoghi.

Le risposte psicologiche al trauma migratorio tuttavia non sono esclusivamente negative (Kroo & Nagy, 2011; Teodorescu et al., 2012); nonostante le comuni difficoltà infatti, molti bambini e adolescenti non accompagnati sembrano mostrare funzionali capacità di coping in risposta alle avverse condizioni in cui si trovano, e sembrano agire più come “active survivors” che non come “passive victims” (Rousseau & Drapeau, 2003). La rassegna teorica di Cerniglia e Cimino (2012) individua specifici fattori di rischio e protettivi che incidono sulla probabilità di sviluppo di sintomi psicopatologici. Taurino et al. (2012) inoltre ipotizzano che l'insorgenza della psicopatologia non si

osserverebbe nell'immediatezza dell'arrivo dei minori nel nostro Paese, bensì dopo circa sei mesi dall'approdo dopo che sono stati costruiti e consolidati processi di significatività emotiva e relazionale nel contest odi accoglienza.

Alla luce delle considerazioni finora esposte diviene comprensibile la necessità di acquisire una piena comprensione dell'effettiva frequenza della psicopatologia nella popolazione di MSNA così da pianificare gli opportuni interventi

**OBIETTIVO:** L'intento del presente lavoro, è quello di condurre uno studio osservazionale tramite il quale esplorare la popolazione di adolescenti stranieri non accompagnati di età compresa tra 15 e 18 anni, identificare precocemente l'emersione del sintomo ed individuare gli elementi di vulnerabilità e di resilienza che intervengono nella strutturazione o meno di un Disturbo da Stress Post-Traumatico, con particolare attenzione al background politico e socioculturale di appartenenza, alle motivazioni ed al progetto migratorio, alle prospettive future degli adolescenti stranieri.

**METODO:** A fronte della significativa presenza di MSNA, e dell'impatto sulla salute delle esperienze di questi minori, è stato istituito presso l'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari l'ambulatorio "Welcome", un luogo dedicato a tale utenza, per lo screening di adolescenti non accompagnati collocati presso diverse strutture del territorio, oltre che per l'accertamento sociosanitario dell'età su richiesta della Procura della Repubblica presso Tribunale per i Minorenni di Bari.

La valutazione sociosanitaria, viene effettuata da un'équipe multidisciplinare, costituita da un medico pediatra, uno psicologo, un assistente sociale e viene realizzata alla presenza di un mediatore culturale, tenendo conto delle specificità relative all'origine etnica e culturale dell'interessato.

In considerazione anche della complessità del setting terapeutico per la condizione di vulnerabilità e per le problematiche linguistiche e culturali, si è privilegiato uno spazio relazionale di ascolto rassicurante riducendo al massimo l'uso di strumenti diagnostici. È stato strutturato pertanto un assessment teso a:

- raccogliere dati sulla condizione sociopolitica del paese d'origine, condizione di prima accoglienza e tempi di permanenza in Italia;
- rilevare i fattori di rischio e di protezione pre-peri e post migratori oltre che le strategie adattive utilizzate secondo quanto riportato da di Cerniglia e Cimino (2012);
- valutare la presenza di quadri clinici riferibili al PTSD e a disturbi correlati.

A tale scopo sono utilizzati le seguenti procedure: colloquio clinico, somministrazione questionario PROTECT sui sintomi postraumatici, eterosomministrazione SDQ a cura di un educatore di riferimento o del tutore.

Il questionario PROTECT - Process of Recognition and Orientation of Torture Victims in European Countries to Facilitate Care and Treatment 6 (Dimitrova et al. 2012), è uno strumento composto da 10 items a risposta dicotomica (si/no) con un spazio nella parte finale dedicato alla raccolta di informazioni sui dati osservativi (tensione, postura, pianto, difficoltà di comprensione, disattenzione ecc). Si assegna un punto ad ogni risposta positiva e si sommano i punteggi ottenuti. Da 0 a 3: rischio basso; da 4 a 7: rischio medio; da 8 a 10: rischio elevato.

Il questionario SDQ - Strengths and Difficulties Questionnaire – (Marzocchi et al. 2002) è uno strumento composto da 25 items contenenti descrizioni di attributi comportamentali positivi o negativi che prevedono una risposta su scala Likert a tre punti ("non vero", "parzialmente vero", "assolutamente vero"). Gli items sono suddivisi in cinque sub scale: Problemi comportamentali, Sintomi emotivi, Scala ADHD, Scala Problemi con i pari, Comportamenti pro sociali. Per tutte le scale ad un punteggio più alto corrisponde un maggiore livello di disagio, fatta eccezione per la scala dei Comportamenti pro sociali, nella quale un punteggio elevato indica la presenza rilevante di comportamenti di natura positiva.

**RISULTATI:** Saranno presentati i dati relativi agli adattamenti dei MSNA giunti presso l'ambulatorio "Welcome" a partire da maggio u. s., dal confronto del gruppo di MSNA collocati "erroneamente" presso strutture per adulti, in attesa di definizione sul loro percorso di vita, con gli adolescenti provenienti dalle Comunità, ci aspettiamo, coerentemente con i dati della letteratura, quadri clinici differenti.

**CONCLUSIONI:** Mancano in letteratura riferimenti a strumenti di assessment e di intervento testati per questa specifica popolazione di minorenni, e i dati sulla prevalenza del PTSD e disturbi correlati presentano un altissima variabilità. Il tema in oggetto necessita di un maggiore approfondimento sul piano della ricerca e della pratica clinica, soprattutto in considerazione della vastità del fenomeno migratorio, delle differenze transculturali dei vari Paesi d'origine degli adolescenti stranieri e degli esiti traumatici della loro esperienza migratoria.

Si ritiene necessario proseguire tale lavoro esplorando le popolazioni di adolescenti che giungono presso l'ambulatorio dedicato "Welcome", al fine di poter giungere alla definizione di protocolli di assessment ed intervento opportuni.

### ***Bibliografia essenziale***

Cerniglia, L. & Cimino, S. (2012). Minori immigrati ed esperienze traumatiche: una rassegna teorica sui fattori di rischio e di resilienza. *Infanzia e adolescenza*, 11(1), 11-24

Huemer, J., Karnik, N.S., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Dervic, K., Friedrich, M.H., Steiner, H. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(13)

Marzocchi, G.M., Di Pietro, M., Vio, C., Bassi, E., Filoramo, G., Salmaso, A. (2002). "Questionario SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire": uno strumento per valutare difficoltà comportamentali ed emotive in età evolutiva. *Difficoltà di apprendimento*, 8 (1), 75-84

Ramel, B., Taljemark, J., Lindgren, A., Johansson, B.A. (2015). Overrepresentation of of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *Springen Plus*, 4, 1-6

Taurino, A., Vergatti V. L., Colavitto, M.T., Bastianoni, P., Godelli, S. & Del Castello, E. (2012). I minori stranieri non accompagnati tra trauma e riparazione. Uno studio su disturbo post-traumatico da stress, ansia, depressione e tendenze dissociative in giovani migranti residenti in comunità. *Infanzia e adolescenza*, 11(1), 47-64

### **Sitografia**

[www.protect-able.eu](http://www.protect-able.eu)

## 4. IL VIAGGIO TRAUMATICO: TORTURA E DIMENSIONE POST-TRAUMATICA NEI MIGRANTI FORZATI

Chiara Schepisi e Federica Visco Comandini

*Scuola di Psicoterapia Cognitiva, II anno, Sede di Grosseto*

**INTRODUZIONE:** Un elevato numero di migranti forzati che giungono in Italia sono stati esposti a tortura nel paese di origine o durante la rotta migratoria. Tale forma di violenza costituisce un evento potenzialmente traumatico in quanto implica un rischio e/o una minaccia di morte per l'individuo che la subisce. Inoltre, alcune caratteristiche specifiche della tortura, come la sua natura interpersonale e la probabilità che non si tratti di un evento singolo, ma di episodi ripetuti e prolungati, incrementano significativamente il rischio di sviluppare gravi disturbi psichiatrici, quali il Disturbo da Stress Posttraumatico (DSPT). Considerato l'impatto di tali disturbi sui processi di integrazione dei soggetti che ne sono affetti, e le gravi conseguenze di una presa in carico tardiva, risulta prioritario comprendere il fenomeno psichico ed elaborare strategie per un riconoscimento precoce della sofferenza psichica nei migranti forzati accolti in Italia.

**OBIETTIVO:** L'obiettivo di questa ricerca è indagare le conseguenze sul piano psicopatologico dell'esposizione a traumi interpersonali in una popolazione di migranti forzati provenienti dall'Africa Subsahariana, e di elaborare strategie per una precoce identificazione del DSPT in tale popolazione.

**METODO:** In questo studio sono stati inclusi 29 migranti forzati originari dell'Africa Subsahariana (M=29, età media=25 ± 8 anni) che si sono rivolti al Centro MEDU Psyché di Roma e al Progetto MEDU ON.TO. di Ragusa per il trattamento di disturbi psichici conseguenti all'esposizione ad eventi traumatici di natura interpersonale. A tutti i pazienti sono stati somministrati: i) PROTECT Questionnaire per lo screening del DSPT e ii) PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). I pazienti sono stati suddivisi in base alla presenza: i) di diagnosi clinica e psicodiagnostica di DSPT. ii) di eventi potenzialmente traumatici in età evolutiva (< 18 anni) ed in età adulta o solo in età adulta, iii) di trauma semplice (singolo evento potenzialmente traumatico) o complesso (eventi prolungati e ripetuti). Analisi univariate (ANOVA), t-test e analisi di correlazione sono state condotte utilizzando MatLab<sup>®</sup> e Prism<sup>®</sup>.

**RISULTATI:** 23/29 pazienti (79% del campione) è risultato affetto da DSPT. In tali soggetti, i sintomi intrusivi e di evitamento sono significativamente più rappresentati rispetto agli altri sintomi. La coesistenza di trauma semplice e complesso aumenta significativamente la presenza di sintomi intrusivi e dissociativi rispetto alla sola storia di trauma complesso. Nessuna differenza significativa è stata osservata tra il gruppo con trauma evolutivo ed adulto rispetto ai soggetti con solo trauma in età adulta. L'analisi di correlazione tra i punteggi ottenuti nel PCL-5 e nel PROTECT ha evidenziato una correlazione significativa e positiva in riferimento al punteggio totale dei test. Inoltre, il PROTECT ha evidenziato una maggiore presenza dei sintomi intrusivi, come successivamente confermato dal PCL-5.

**CONCLUSIONI:** Coerentemente con quanto descritto in letteratura, il 79% dei pazienti esposti a traumi interpersonali ha sviluppato DPTS. Tale dato va letto anche alla luce di una solida evidenza scientifica che lega un vissuto di tortura con il rischio di sviluppare DSPT. Considerando che un'elevata percentuale di richiedenti asilo riporta una storia di tortura, le conseguenze in termini psicopatologici di tale vissuto costituiscono un tema importante in termini clinici e di ricerca. I nostri dati descrivono un profilo psicopatologico del DPTS in migranti esposti a traumi, caratterizzato prevalentemente da sintomi intrusivi e di evitamento. Inoltre, i pazienti esposti sia a trauma semplice che complesso sembrano presentare un aumento specifico oltre che dei sintomi

intrusivi anche del quadro dissociativo. Individuare precocemente chi ha sviluppato sintomi e reazioni posttraumatiche, od un franco DSPT, ha un grande impatto in termini di presa in carico tempestiva e creazione di percorsi specifici di cura e supporto psicosociale, al fine di prevenire la cronicità e minimizzare l'effetto di fattori di rischio post-migratori. In questo contesto, i nostri dati suggeriscono che il questionario PROTECT possa essere efficacemente utilizzato allo scopo di identificare i soggetti da indirizzare ad ulteriore valutazione specialistica.

## **Sessione Relazioni 7**

**Sabato 14 Ottobre**

**17.15 - 19.15**

*Sala Teatro*

# ***Terapeuta e Terapia***

**Chair: K. Tenore**

**Discussant: G. Ercolani**

## 1. MOMENTI DI INCONTRO E SINTONIA MOTIVAZIONALE

Marciano, J.<sup>1</sup>, Santorelli, A.<sup>2</sup>, Caiazza, J.<sup>3</sup>, D'Abrosca, A.<sup>2</sup>, Galizia, E.<sup>2</sup>, Serra, S.<sup>3</sup>, Venturino, V.<sup>2</sup>, Brasini, M.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Napoli, IV anno SPC;

<sup>2</sup>Napoli, III anno SPC;

<sup>3</sup>Università degli Studi dell'Aquila

<sup>4</sup>Ancona, SPC

**RELATORE:** Jessyka Marciano

**INTRODUZIONE:** All'interno della cornice teorica dell'*infant research*, il "Boston Change Process Study Group" afferma che il principale agente di cambiamento della conoscenza relazionale implicita è rappresentato dai processi di sintonizzazione reciproca e, in particolare, dai "momenti di incontro". Tale ipotesi è compatibile con la teoria cognitivo-evoluzionista dei sistemi motivazionali secondo cui ogni relazione si dipana in un processo di coordinazione continua tra gli assetti motivazionali dei partecipanti. Questi sono caratterizzati da apertura, flessibilità, grado di organizzazione ed armonia all'interno di un processo di coordinazione interpersonale, mediante "*complesse orchestrazioni*" frutto della combinazione tra più sistemi motivazionali.

Da tali orchestrazioni dipende il grado di sintonia nella relazione in un continuum alle cui estremità si collocano "momenti di incontro" e "momenti di rottura".

A partire dalle suddette premesse teoriche, lo studio intende indagare assetto e coordinazione motivazionale nei momenti di sintonia e rottura nelle relazioni diadiche madre-bambino e nelle coppie adulte.

**OBIETTIVO:** Lo scopo del lavoro è individuare i processi motivazionali che caratterizzano i momenti di incontro e i momenti di rottura nelle relazioni diadiche (madre-bambino, coppia adulta e terapeuta-paziente).

Si ipotizza che:

- a) gli assetti motivazionali tipici dei momenti di sintonia siano caratterizzati da orchestrazioni più complesse;
- b) nella sintonia si avrà la percezione di maggiore coordinazione interpersonale;
- c) Gli assetti motivazionali coinvolti saranno dipendenti dalla natura della relazione: la sintonia tra madri e bambini sarà maggiormente improntata allo scambio di cure rispetto a quella della coppia; tra terapeuta e paziente la collaborazione sarà il contesto elettivo per una efficace relazione di cura.

**METODO:** *Soggetti:* 30 madri (età media 35 anni) i cui figli, al momento dell'intervista, avevano tra 1 e 24 mesi; 60 giovani adulti (32 donne e 28 uomini; età media 27 anni; durata media delle relazioni 5 anni). Al momento dell'intervista, erano per metà coinvolti in una relazione di coppia, e per l'altra metà single che avevano interrotto una relazione nei sei mesi precedenti.

70 coppie di terapeuti e pazienti (terapia iniziata da almeno 6 mesi e terminata da non più di 3 mesi).

*Strumenti:* Rievocazione di episodi di sintonia e rottura, analizzati mediante "CESPA" e "Questionario dei 7 Personaggi" (descrizione soggettiva dell'assetto motivazionale proprio ed altrui).

**RISULTATI:** I risultati mostrano che:

- a) negli episodi di sintonia le madri attribuiscono ad entrambi i partecipanti l'impiego di un maggior numero di sistemi motivazionali sia quelli relativi allo scambio di cure (attaccamento e accudimento), che quelli più imbevuti di intersoggettività (collaborazione, affiliazione e gioco); nelle coppie adulte vengono riconosciute orchestrazioni motivazionali più articolate, improntate alla collaborazione, affiliazione e gioco, al sesso e all'offerta di cure; nelle diadi paziente-terapeuta il paziente percepisce maggiore efficacia della relazione in cui è la cooperazione paritetica che sembra consentire lo scambio di cure.
- b) negli episodi di sintonia le madri percepiscono il proprio assetto e quello del figlio come perfettamente coordinati, senza alcun coinvolgimento delle dinamiche improntate al rango; nelle rotture invece gli assetti appaiono mal coordinati: aumentano il bisogno di cure delle madri e il loro senso di inadeguatezza ed i figli sono percepiti come eccessivamente richiedenti e "sfidanti".
- Nelle coppie gli assetti motivazionali sono percepiti come perfettamente allineati sui sistemi motivazionali più favorevoli all'intersoggettività, con lo scambio di cure in secondo piano e le dinamiche di rango assenti; negli episodi di rottura invece i due profili appaiono scoordinati tra loro, con il proprio assetto caratterizzato da un picco nell'attaccamento e quello del *partner* improntato alla conflittualità dominante.
- Nelle coppie pazienti-terapeuti, nei momenti di sintonia il paziente si percepisce capace di cooperare e di stare in una relazione tra pari ma anche di essere in grado di chiedere aiuto sentendosi accolto; nei momenti di rottura tutti i sistemi sono implicati in modo scoordinato, l'attivazione del sistema cooperativo c'è ma il paziente si percepisce impelagato in dinamiche di rango in cui vede il terapeuta come dominante.
- c) i momenti di sintonia, si mostrano dipendenti dalla natura della relazione, la sintonia tra madri e bambini appare coinvolgere lo scambio di cure in misura maggiore rispetto ai momenti di sintonia tra i *partners* di una coppia e tra paziente e terapeuta.

**CONCLUSIONI:** I "momenti di incontro" sono percepiti come caratterizzati da un assetto motivazionale vario, improntato alla collaborazione e da una elevata corrispondenza (percepita). Gli episodi di "rottura" appaiono più rigidi e orientati su attaccamento e rango e contraddistinti da assenza di coordinazione.

Gli assetti motivazionali in gioco nella diade sono dipendenti dalla relazione che intercorre tra i suoi componenti.

## 2. TEORIE NAIF E RELAZIONE TERAPEUTICA

Loredana Di Cicco, Roberta Di Luca, Sonia Di Tella, Mauro Giacomantonio, Alessandra Lupo, Michela Milioni, Michela Petescia, Federica Russo.

**INTRODUZIONE:** Il presente project si propone di indagare le possibili correlazioni tra spiegazioni “ingenua” della sofferenza emotiva (teorie naive) e la possibilità di ottenere benefici da un percorso terapeutico, con particolare riferimento alla relazione terapeutica.

Una solida relazione terapeutica è alla base del cambiamento ed è considerato un fattore specifico di efficacia in terapia. In particolare l'alleanza terapeutica, elemento imprescindibile nella costruzione della relazione terapeutica, sembra rappresentare una importante area di interesse. Secondo Bordin (1979) l'alleanza è costituita da diverse componenti, tra le quali la condivisione degli obiettivi da parte del paziente e del terapeuta. Proprio l'accordo sugli scopi e sui compiti permette lo sviluppo di un processo collaborativo, basato sulla condivisione.

In quest'ottica assume un notevole rilievo l'individuazione delle credenze, delle spiegazioni che il paziente dà a se stesso del proprio malessere e delle convinzioni relative alla possibilità di costruire il cambiamento insieme al terapeuta. L'utilità dell'identificare la teoria naive del paziente è riconducibile alla possibilità di ristrutturare le aspettative irrealistiche sulla terapia e sul cambiamento al fine di migliorare le prospettive di condivisione degli obiettivi e delle strategie e, dunque, di favorire l'esito positivo della terapia.

**OBIETTIVI:** L'importanza che le teorie naive assumono all'interno della costruzione di un'alleanza terapeutica, spinge a cercare una effettiva correlazione tra esse e l'instaurarsi di una solida relazione terapeutica, all'interno di un campione clinico. Inoltre si è rivelato utile capire quale teoria ingenua fosse più diffusa nella popolazione non clinica e se una determinata teoria correlasse con tratti di ansia, ossessività, disregolazione emotiva e locus of control.

L'ipotesi di base è che più la teoria naive del paziente sia vicina alla spiegazione del terapeuta, migliore sia la relazione terapeutica e quindi la prognosi della terapia. L'aspettativa è che i dati emersi possano rilevare una relazione tra specifiche teorie naive in una popolazione clinica e determinati disturbi e/o difficoltà nell'instaurare una solida relazione terapeutica, o con alcuni aspetti di essa; in ultima analisi ci aspettiamo di ottenere dati che siano utili nel comprendere quali tipi di spiegazioni “ingenua del problema” possano rappresentare un elemento prognostico negativo per il percorso terapeutico e in che modo. Le conseguenti implicazioni cliniche potrebbero riguardare l'interesse nel trattare direttamente le teorie naive del paziente.

Inoltre il confronto con elementi emersi dal campione non clinico potrebbe portare alla luce la rilevanza e il ruolo che le teorie naive ricoprono all'interno di diversi quadri psicopatologici.

**METODO:** Allo scopo di verificare le ipotesi, sono stati presi in considerazione due campioni: uno composto da una popolazione non clinica (circa 150 persone) ed uno composto da circa 50 pazienti seguiti in terapia da psicoterapeuti cognitivisti.

Al primo campione è stata somministrata una batteria di test composta da : SCL-90 (Derogatis, 1994), DERS (Difficulties in emotion regulation scale; Sighinolfi, 2010), PANAS (Watson & Clark, Tellegen, 1988), Guilt sensitivity Scale (Perdighe, C., Cosentino, T., Faraci, P., Gragnani, A.,

Saliani, A., & Mancini, 2015), SEE (Bandura et al., 2003), AAQ II (Acceptance & Action Questionnaire - Ioba, 2013), GHQ (Questionario per il benessere generale- Goldney et al., 1989), Locus of control (Rotter, 1966). Inoltre verrà somministrato il Naif Ideas Survey (Lorenzini, Ruggiero, Sassaroli, Scarinci, 2008), modificato in modo tale che gli item si riferiscano alla sofferenza emotiva in generale. In tal modo è stato possibile portare alla luce la diffusione nella popolazione delle teorie naif, le possibili correlazioni tra la presenza di determinate teorie naif e vari quadri psicopatologici, predisposizione alla colpa, autoefficacia, benessere generale, disregolazione emotiva e, soprattutto, il locus of control.

Il secondo campione si riferisce ad una popolazione clinica. Ai pazienti coinvolti è somministrata la Naif Ideas Survey (Lorenzini, Ruggiero, Sassaroli, Scarinci, 2008) nella versione originale. Saranno coinvolti anche i terapeuti dei pazienti, ai quali è stato presentato un questionario messo a punto allo scopo di individuare elementi salienti della relazione terapeutica e dell'andamento generale della terapia per ogni specifico paziente (oltre all'ipotesi diagnostica di ogni paziente e tempo trascorso in terapia fino al momento della somministrazione del questionario). In particolare saranno esaminati gli aspetti di collaborazione, prospettive condivise, fiducia, empatia per quanto riguarda la relazione terapeutica in senso stretto. Inoltre al terapeuta è stato chiesto quanto si aspetta che il paziente possa migliorare dal punto di vista della riduzione dei sintomi e un punto di vista del funzionamento relazionale e sociale. In definitiva si chiede al terapeuta quanto si aspetta che un determinato paziente possa incrementare la qualità della vita.

**RISULTATI:** Le analisi preliminari sembrano suggerire che alcune delle relazioni attese siano presenti. Si attende la conclusione della raccolta dati per giungere a conclusioni più solide

**CONCLUSIONI:** Se i risultati confermassero in via definitiva il ruolo delle teorie naif nell'influenzare l'alleanza terapeutica, le aspettative del paziente e quindi l'andamento della terapia, si avrebbero chiare indicazioni sulla necessità di affrontare questo tema, cercando di concordare una teoria comune, sin dai primissimi incontri.

### 3. IL RUOLO DELL'AUTOEFFICACIA PERCEPITA NELLA RELAZIONE TRA PERFEZIONISMO E BURNOUT

Federica Barbara<sup>a</sup>, Ylenia Lucà<sup>a</sup>, Luca Cento<sup>b</sup> Gaetano Mangiola<sup>c</sup>

<sup>a</sup>*Allieve II anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Reggio Calabria*

<sup>b</sup>*Psicologo-Psicoterapeuta, Associazione Ecopoiesis, Reggio Calabria*

<sup>c</sup>*Psicologo-Psicoterapeuta, Didatta Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Reggio Calabria*

**RELATORE:** Ylenia Lucà

**INTRODUZIONE:** La recente letteratura sul perfezionismo ha indagato gli effetti potenzialmente maladattivi di questa caratteristica personologica e il coinvolgimento di specifiche variabili che agiscono come possibili mediatori della relazione tra perfezionismo ed espressioni di disadattamento psicologico.

Numerosi studi hanno rilevato, in particolare, l'esistenza di un legame tra perfezionismo e burnout anche se i meccanismi di mediazione di questo rapporto non risultano ad oggi del tutto chiari. Tale legame costituisce un rischio potenziale per ogni operatore che intreccia rapporti interpersonali frequenti e carichi emotivamente con l'utente. In ambito clinico, è stato osservato che gli psicologi con elevati livelli di perfezionismo hanno maggiori probabilità di sperimentare burnout.

**OBIETTIVO:** Il presente lavoro prende in esame l'associazione tra perfezionismo e burnout in un gruppo di psicoterapeuti in formazione e già avviati alla professione, esaminando il potenziale ruolo mediatore dell'autoefficacia percepita in ambito lavorativo. L'autoefficacia percepita può essere definita come la convinzione degli individui di poter fornire un certo livello di prestazione e, quindi, di saper gestire le situazioni problematiche e stressanti. Di conseguenza, il rationale dello studio presuppone che l'autoefficacia percepita incida sulla relazione tra perfezionismo e burnout in quanto elevati livelli di perfezionismo, associati ad una bassa autoefficacia, aumenterebbero la probabilità di sperimentare burnout.

**METODO:** il campione è costituito da psicoterapeuti in formazione e già avviati alla professione. Lo strumento di indagine utilizzato consiste in una batteria di test somministrata online costituita da: questionario finalizzato alla raccolta di informazioni anamnestiche relative al soggetto e alla sua attività clinico-lavorativa; Multidimensional Perfectionism Scale di Frost (FMPS; 1990); Maslach Burnout Inventory (tr. It. Sirigatti, 1993); Scala di Autoefficacia Percepita nella gestione di problemi complessi (Farnese et al., 2007).

**RISULTATI E CONCLUSIONI:** Risultati e conclusioni saranno discussi in sede congressuale.

Corrispondenza

Federica Barbara, [federica.86bf@libero.it](mailto:federica.86bf@libero.it)

Ylenia Lucà, [ylenia.luca@hotmail.com](mailto:ylenia.luca@hotmail.com)

#### **4. L'UTILIZZO DELLA RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA PER FAVORIRE IL CAMBIAMENTO PSICOLOGICO. CI SONO EFFETTI ANCHE SUI PENSIERI DISFUNZIONALI DEL TERAPEUTA?**

*Amato Stefania°, Bertoletti Elisa°, Besazza Consuelo°, Bonora Federica°, Burri Paola°, Cervati Francesca°, Ciaccia Stefania°, Compri Beatrice°, Faggionato Giorgia°, Giacom Marcella°, Grigoletti Eleonora°, Grisotto Silvia°, Gurtner Monica°, Naliato Sara°, Polato Arianna°, Roncolato Sara°, Rossi Paola°, Turco Giorgia°, Turlon Roberta°, Zamboni Lorenzo°, Bernardelli Sara\**

*° Studenti specializzandi, APC-Associazione di Psicologia Cognitiva, sede di Verona*

*\* Psicologa-Psicoterapeuta, Didatta APC-Associazione di Psicologia Cognitiva e Docente conduttore di project, sede di Verona*

**RELATORE:** Sara Naliato

**INTRODUZIONE:** La Terapia Razionale Emotiva Comportamentale (REBT) è un approccio terapeutico ideato da Albert Ellis verso la fine degli anni '50. L'assunto di base della REBT sostiene che le nostre emozioni derivino non tanto da ciò che ci accade, ma dal modo in cui valutiamo e interpretiamo ciò che ci accade. I nostri pensieri, pertanto, causano le nostre emozioni e i nostri comportamenti. L'accostamento dei termini "razionale" ed "emotiva" sta ad indicare la possibilità di raggiungere un certo benessere emotivo utilizzando la propria capacità di pensare in modo razionale e costruttivo. La REBT sostiene che gli stati emotivi disfunzionali e i disturbi psicologici derivano da processi di pensiero disfunzionali che possono essere caratterizzati da esagerazioni, iper generalizzazioni, supposizioni illogiche, deduzioni errate, idee assolutistiche e pretese. Mentre, pensieri più razionali e funzionali, determinano emozioni utili ad affrontare le situazioni.

**OBIETTIVO:** L'obiettivo della ricerca è stato quello di utilizzare la tecnica della ristrutturazione cognitiva per favorire la modifica dei pensieri disfunzionali dei pazienti. Un secondo obiettivo dello studio è stato quello di misurare se, attraverso l'utilizzo della ristrutturazione cognitiva con i pazienti, si verifica un cambiamento nei pensieri disfunzionali del terapeuta stesso.

**METODO:** I partecipanti al project che avevano possibilità di lavorare con i pazienti, hanno portato avanti un percorso di psicoterapia, utilizzando l'approccio REBT, ponendo l'attenzione su un pensiero disfunzionale prevalente in ciascun paziente. Per misurare la presenza delle idee disfunzionali e di condizioni psicopatologiche, sono stati somministrati alcuni questionari, all'inizio del percorso terapeutico ed in itinere, ogni quattro sedute. I questionari somministrati sono stati i seguenti: Beck Depression Inventory (Beck et al., 1996), Hamilton Anxiety Scale (Hamilton, 1959) e Idea Inventory (Kassinove, Crisci e Tiegerman, 1977). Allo scopo di individuare i pensieri disfunzionali del terapeuta, gli stessi questionari sono stati autosomministrati anche al terapeuta, con la stessa cadenza temporale con cui venivano somministrati ai pazienti. Durante il percorso terapeutico è stata applicata la tecnica della ristrutturazione cognitiva. In fase conclusiva si è provveduto ad analizzare i dati emersi per valutare il cambiamento dei pensieri disfunzionali dei pazienti e l'eventuale evoluzione in quelli del terapeuta.

**RISULTATI:** I risultati evidenziano che i pazienti migliorano nei punteggi sia del BDI che dell'HAS, mentre nell'Idea Inventory i miglioramenti non sono significativi. Interessante è quanto emerso dai punteggi dei test compilati dai terapeuti, dove emerge che i punteggi non sono

significativi fin dall'inizio del percorso, indicando la non presenza di particolari idee disfunzionali in questo gruppo.

**CONCLUSIONI:** Come ipotizzato, si è verificato un miglioramento nei punteggi dei pazienti al Beck Depression Inventory e all'Hamilton Anxiety Scale determinato dal percorso di psicoterapia. I punteggi all'Idea Inventory ancora alti sono probabilmente determinati dal fatto che sono necessari un numero maggiore di incontri per favorire un cambiamento delle idee disfunzionali. Infine, interessante è quanto emerso nei questionari dei terapeuti, perché non è stato possibile valutare se le loro idee disfunzionali si modificassero durante il percorso fatto con il paziente, perché fin dall'inizio non hanno manifestato la presenza di idee disfunzionali.

## **5. LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI DI UNA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE MODIFICATA: UNO STUDIO COMPARATIVO SU UN CAMPIONE DI CLIENTI CON DISTURBO DA ATTACCHI DI PANICO, DEPRESSIONE MAGGIORE E DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO.**

Giovanni Luca Palmisano, PhD, psicologo psicoterapeuta in formazione IV anno APC Lecce;

Giulia De Feudis, Psicologa Psicoterapeuta in formazione IV anno APC Lecce;

Paolo Taurisano, PhD, Psicologo Psicoterapeuta, studente IV anno APC Lecce;

Rossella Macaione, Psicologa Psicoterapeuta in formazione IV anno APC Lecce;

Gabriele Ferlisi, Psicologo Psicoterapeuta in formazione III anno APC Lecce;

Antonella Pinto, Psicologa Psicoterapeuta in formazione IV anno APC Lecce;

Costanza Armenise, Psicologa Psicoterapeuta in formazione IV anno APC Lecce;

Antonella Mellino, Psicologa Psicoterapeuta in formazione IV anno APC Lecce;

Victor La Forgia, Psicologo Psicoterapeuta in formazione IV anno APC Lecce;

Marta Vilardi, Psicologa Psicoterapeuta in formazione III anno APC Lecce;

Gian Luigi Dell'Erba, Psicologo Psicoterapeuta, Dirigente 1° Livello presso UOC Psicologica Clinica, didatta in psicoterapia cognitiva APC, scuola di specializzazione post laurea.

**INTRODUZIONE:** Negli ultimi vent'anni molti autori hanno postulato la necessità di raccogliere sistematicamente informazioni circa gli esiti di interventi psicologici e psicoterapici effettuati nei centri di salute mentale e nei servizi sanitari nazionali (Parry & Richardson, 1996; Roth & Fonagy, 2005). In particolar modo diverse review di meta-analisi hanno sottolineato come la terapia cognitivo-comportamentale sia efficace in molteplici disturbi, in particolar modo nel disturbo da attacchi di panico, nella depressione unipolare, nel disturbo da stress post-traumatico, nella fobia sociale e nel disturbo d'ansia generalizzata (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). Inoltre molti studi hanno mostrato l'efficacia di questi interventi terapeutici nel disturbo ossessivo-compulsivo (Liu, Fang, Zhang, & Storch, 2017; Olatunji, Davis., Powers, & Smits, 2013; Sadri, Anderson, McEvoy, Kane, & Egan, 2017).

**OBIETTIVI:** Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare gli esiti di un trattamento cognitivo-comportamentale caratterizzato da una modificazione della terapia cognitiva standard su 37 clienti (24 donne e 13 uomini) consecutivamente ammessi all'Ambulatorio di Psicoterapia Maglie (LE) - Unità Operativa Psicologia Clinica ASL Lecce. Le modifiche principali al trattamento sono di seguito elencate:

- 1) Utilizzo del modello ABC allargato ("stringa allargata") e l'utilizzo esteso della concettualizzazione dei contenuti e processi del disturbo mediante tale modello;
- 2) Utilizzo del "mod-ello pragmatico menta-le" per la identifica-zione dei processi me-tacognitivi e la iden-tificazione del Pensi-ero Intrusivo e relat-ivo distanziamento critico;

- 3) Psicoeducazione sulle origini del Pensiero Intrusivo e dei i suoi contenuti;
- 4) Utilizzo del modello dei conflitti comprensivo di spiegazione del pensiero dicotomico sotteso alla strategia di coping (versus Tema Negativo Dolente) e relativi circoli viziosi dovuti alla frustrazione di mete irrealistiche e "antiscopi";
- 5) Identificazione della origine dei contenuti del Tema Negativo nella storia di vita e in episodi critici rielaborati attraverso il decentramento della prospettiva tra passato e presente;
- 6) Ristrutturazione cognitiva delle valutazioni personali e degli schemi cognitivi in particolare quelli attinenti il valore personale.

**METODO:** Su un totale di 37 clienti 15 hanno ottenuto una diagnosi di disturbo da attacchi di panico (DAP), 11 di disturbo ossessivo/compulsivo e 11 di disturbo depressivo maggiore (DDM) secondo i criteri del DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013). Ad ogni partecipante sono stati somministrati i seguenti questionari: il Clinical Outcome Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM; Barkham et al., 2001) e il Symptom Checklist-90-R (SCL-90; Derogatis, Lipman, & Covi, 1973; Sarno, Prunas, Preti, & Madeddu, 2011). I questionari self-report sono stati somministrati per ogni paziente durante la fase iniziale di valutazione clinica (Tempo 1) e in fase di fine trattamento (Tempo 2). Per la valutazione della percentuale di pazienti guariti abbiamo utilizzato il modello Improved Access to Psychological Therapies (IAPT; Clark et al., 2009; Layard, Clark, Knapp, & Mayraz, 2007). Infine abbiamo calcolato il Reliable Change Index (RCI) come consigliato da Jacobson and Truax (1991), per valutare se il cambiamento nei punteggi al Global Score Index, alle 4 sottoscale del CORE-OM e alla scala Non rischio possa essere considerato realmente attendibile. Infine sono state valutate le differenze pre-post terapia nei punteggi alle scale dell'SCL-90 e del CORE-OM.

**RISULTATI:** Com'è possibile vedere nella Tabella 1 i risultati del test di Wilcoxon per 2 campioni appaiati dipendenti effettuato sul totale dei 37 partecipanti allo studio hanno evidenziato un decremento statisticamente significativo dei punteggi nel Global Score Index e nelle scale Benessere, Funzionamento, Problemi/Sintomi e Rischio e Non-rischio del test CORE-OM e al Global Score Index e a tutte le sottoscale del test SCL-90, tra la fase di pre-trattamento e quella di post-trattamento.

Tabella 1. differenze punteggi CORE-OM, SCL-90 pre-post trattamento

Variabili (N = 37)	M	DS	Z	df	p
Global Score Index tempo 1	2,13	0,34	-5,232	36	< .0001
Global Score Index tempo 2	0,60	0,25			
Benessere tempo 1	2,39	0,59	-5,23	36	< .0001
Benessere tempo 2	0,85	0,28			
Funzionamento tempo 1	2,19	0,58	-5,235	36	< .0001
Funzionamento tempo 2	0,74	0,29			
Sintomi tempo 1	3,08	0,47	-5,235	36	< .0001
Sintomi tempo 2	0,79	0,42			
Rischio tempo 1	0,85	0,78	-4,707	36	< .0001
Rischio tempo 2	0,04	0,15			
No-Rischio tempo 1	2,55	0,31	-5,232	36	< .0001

No-Rischio tempo 2	0,79	0,30			
Somatizzazione tempo 1	1,61	0,84	-4,874	36	< .0001
Somatizzazione tempo 2	0,63	0,21			
Ossessività-compulsività tempo 1 tempo 1	1,30	0,78	-4,295	36	< .0001
Ossessività-compulsività tempo 1 tempo 2	0,64	0,18			
Ipersensibilità interpersonale 1	0,69	0,22	-2,748	36	< .01
Ipersensibilità interpersonale 2	0,52	0,24			
Depressione tempo 1	1,38	1,08	-5,088	36	< .0001
Depressione tempo 2	0,59	0,44			
Ansia tempo 1	1,79	0,78	-5,161	36	< .0001
Ansia tempo 2	0,57	0,18			
Ostilità tempo 1	0,46	0,31	-4,478	36	< .0001
Ostilità tempo 2	0,20	0,25			
Ansia Fobica tempo 1	1,37	1,00	-5,07	36	< .0001
Ansia Fobica tempo 2	0,24	0,19			
Ideazione Paranoide tempo 1	0,50	0,25	-4,929	36	< .0001
Ideazione Paranoide tempo 2	0,15	0,22			
Psicoticismo tempo 1	0,35	0,26	-4,63	36	< .0001
Psicoticismo tempo 2	0,07	0,12			
GSI tempo 1	1,05	0,20	-5,232	36	< .0001
GSI tempo 2	0,40	0,12			

Indice: M = Media; DS = Deviazione Standard;

Z = valore del test di Wilcoxon; p = probabilità

Per quanto riguarda la percentuale di pazienti guariti secondo le linee guida del modello IAPT (Clark et al., 2009; Layard, Clark, Knapp, & Mayraz, 2007), essa si attesta al 97% (N = 36) su un totale di 37 soggetti. Com'è possibile vedere in Tabella 2 la frequenza dei soggetti passati dal punteggio clinico al punteggio nella norma al Global Score Index e a alle sottoscale Benessere, Funzionamento, Sintomi, Rischio e non Rischio del CORE-OM sono tutte comprese tra 34 e 36. Le differenze tra soggetti che avevano ottenuto un punteggio clinico in fase di pre-trattamento e soggetti che avevano ottenuto un punteggio nella norma in fase di post-trattamento sono tutte statisticamente significative. Inoltre, come si può evincere dalla Tabella 3, i risultati relativi al Reliable Change Index hanno messo in evidenza come il numero di soggetti in cui il cambiamento è considerabile attendibile tra la fase di pre-trattamento a quella di post-trattamento è statisticamente significativo per il Global Score Index e per le scale Funzionamento, Sintomi e Non rischio del CORE-OM mentre non è stata riscontrata una differenza significativa per la sottoscala Benessere. Al contrario il numero di soggetti che hanno beneficiato di un cambiamento attendibile alla sottoscala Rischio del CORE-OM è significativamente inferiore rispetto a coloro per i quali il cambiamento non è risultato attendibile.

Tabella 2. Differenze pre/post terapia tra punteggi clinici e nella norma al CORE-OM

Variabili (N = 37)	pre/post terapia	Punteggio clinico N (%)	punteggio nella norma N (%)	$\chi^2$	df	p
SC GSI	Tempo 1	37 (100%)	0 (0%)	70.105	1	<.001
	Tempo 2	1 (97.3%)	36 (2.7%)			
SC Benessere	Tempo 1	32 (86.5%)	5 (13.5%)	52.560	1	<.001
	Tempo 2	1 (2.7%)	36 (97.3%)			
SC Funzionamento	Tempo 1	34 (91.9%)	3 (8.1%)	59.037	1	<.001
	Tempo 2	1 (2.7%)	36 (97.3%)			
SC Sintomi	Tempo 1	37 (100%)	0 (0%)	70.105	1	<.001
	Tempo 2	1 (97.3%)	36 (2.7%)			
SC Rischio	Tempo 1	30 (81.1%)	7 (18.9%)	39.871	1	<.001
	Tempo 2	3 (8.1%)	34 (91.9%)			
SC Non Rischio	Tempo 1	37 (100%)	0 (0%)	70.105	1	<.001
	Tempo 2	1 (2.7%)	36 (97.3%)			

Indice: SC = clinicamente significativo; GSI = Global Score Index.

Statistiche:  $\chi^2$  = test Chi Quadro; df = gradi di libertà; p = probabilità

Tabella 3. differenze al test chi quadro tra cambiamento attendibile e non attendibile al CORE-OM

Variabili (N = 37)	Cambiamento attendibile N (%)	Cambiamento non attendibile N (%)	$\chi^2$	df	p
RCI GSI	36 (97.3%)	1 (2.7%)	33.108	1	<.001
RCI Benessere	21 (56.8%)	16 (43.2%)	.676	1	n.s.
RCI Funzionamento	28 (75,7%)	9 (24.3%)	9756	1	<.005
RCI Sintomi	36 (97.3%)	1 (2.7%)	33.108	1	<.001
RCI Rischio	12 (32.4%)	25 (67.6%)	4.568	1	<.05
RCI Non Rischio	36 (97.3%)	1 (2.7%)	33.108	1	<.001

Indice: RCI = Reliable Change Index; GSI = Global Score Index.

Statistiche:  $\chi^2$  = test Chi Quadro; df = gradi di libertà; p = probabilità

Infine abbiamo valutato se ci fossero differenze significative tra i tre gruppi diagnostici, relativamente all'attendibilità del cambiamento in terapia. Come si evince in Tabella 4 non sono

state riscontrate differenze significative nell'attendibilità del cambiamento tra i tre gruppi diagnostici al CORE-OM tranne per la sottoscala Rischio, in cui nel 100% dei casi di pazienti con diagnosi di DOC e nell'86,7% dei casi di pazienti con diagnosi di DAP il cambiamento non è risultato attendibile. Al contrario il cambiamento risulta essere attendibile, relativamente alla sottoscala Rischio, nel 90,3% dei casi di pazienti con diagnosi di DDM.

Tabella 5. Differenze al test  $\chi^2$

Variabili	Attendibilità del cambiamento	DAP (n = 15)	DOC (n = 11)	DDM (n = 11)	$\chi^2$	df	p
RCI GSI CORE-OM	Cambiamento attendibile	15 (100%)	11 (100%)	10 (90,9%)	2,429	2	n.s.
	Cambiamento non attendibile	-	-	1 (9,1%)			
RCI Benessere	Cambiamento attendibile	11 (73,3%)	4 (36,4%)	6 (54,5%)	3,565	2	n.s.
	Cambiamento non attendibile	4 (26,7%)	7 (63,6%)	5 (45,5%)			
RCI Funzionamento	Cambiamento attendibile	12 (80%)	8 (72,7%)	8 (72,7%)	0,256	2	n.s.
	Cambiamento non attendibile	3 (20%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)			
RCI Sintomi	Cambiamento attendibile	15 (100%)	11 (100%)	10 (90,9%)	2,429	2	n.s.
	Cambiamento non attendibile	-	-	1 (9,1%)			
RCI Rischio	Cambiamento attendibile	2 (13,3%)	-	10 (90,3%)	24,942	2	< .0001
	Cambiamento non attendibile	13 (86,7%)	11 (100%)	1 (9,1%)			
RCI Non rischio	Cambiamento attendibile	15 (100%)	11 (100%)	10 (90,3%)	2,429	2	n.s.
	Cambiamento non attendibile	-	-	1 (9,1%)			

Indice: DAP = Disturbo da Attacchi di Panico; DOC = Disturbo Ossessivo Compulsivo; DDM = Disturbo depressivo maggiore; M = media; DS = deviazione standard.

Statistiche:  $\chi^2$  = test Chi Quadro; df = gradi di libertà; p = probabilità.

**CONCLUSIONI:** questo studio conferma le evidenze riportate in letteratura rispetto agli esiti della TCC. Inoltre dato che non sono state riscontrate differenze significative negli esiti della psicoterapia tra i differenti gruppi diagnostici, è probabile che la terapia cognitiva modificata possa agire su variabili di processo comuni ai suddetti gruppi. Altri studi controllati di tipo randomizzato sono tuttavia necessari per valutare l'effettiva efficacia di questo modello di terapia cognitiva modificata, con particolare attenzione alle misure delle variabili di processo implicate.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. (DSM-5). Washington: American Psychiatric Association.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J.... & McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 184–196.
- Clark, D.M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D.A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour research and therapy*, 47(11), 910-920.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, I. (1973). The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J., Sawyer, A.T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12.
- Layard, R., Clark, D., Knapp, M., & Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202(1), 90-98.
- Parry, G., & Richardson, A. (1996). *NHS psychotherapy services in England: Review of strategic policy*. London: Department of Health.
- Preti, E., Prunas, A., Sarno, I., Madeddu, F. (a cura di) (2011). *Adattamento italiano. SCL-90-R, Symptom Checklist-90-R di Derogatis (1977)*. Giunti OS.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31.
- Sadri, S. K., Anderson, R. A., McEvoy, P. M., Kane, R. T., & Egan, S. J. (2017). A Pilot Investigation of Cognitive Behavioural Therapy for Clinical Perfectionism in Obsessive Compulsive Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(3), 312-320.
- Liu, W., Fang, F., Zhang, C., & Storch, E. A. (2017). Cognitive behavioral therapy practices in the treatment of obsessive-compulsive disorder in China. *Annals of translational medicine*, 5(1).

## 6. LA FORMULAZIONE DEL CASO BASATA SU TRE LIVELLI: UNA PROPOSTA TEORICO-PRATICA

*Affatati Francesca, Altomare Silvia, Bruno Ludovica, Clary Marta, De Santis Valentina, Di Chio Raffaella, Gelao Antonia, Giglio Antonio, Manca Francesca, Meschino Domenico, Palmisano Antonella, Pidri Emanuela, Stamerra Luana, Vilardi Marta\*, Nuzzo Ernesto\*\*, Dell'Erba Gian Luigi°.*

\*Psicologi, Psicoterapeuti in formazione presso Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), sede di Lecce, III e IV anno;

\*\*Psicologo Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo "Sol Levante" (LE), Tutor APC;

°Psicologo Psicoterapeuta, Servizio di Psicologia Clinica, ASL Lecce, Didatta APC.

**INTRODUZIONE:** In una lunga tradizione della terapia cognitivo-comportamentale emerge sempre più l'importanza cruciale di una definizione delle variabili principali per comprendere il caso clinico o i problemi del paziente. La concettualizzazione del caso clinico o formulazione del caso è al centro della proposta di diversi autori: Beck (1976); Persons e Tompkins (1997); Kuyen, Fothergill, Musa, Chadwick (2005); Mancini e Perdighe (2009); Wells (2011).

Anche al di fuori della tradizione CBT, Kernberg (1984); Ryle (1995); Luborsky (1989) hanno utilizzato poche variabili per identificare i problemi principali del paziente ed i processi di mantenimento del disturbo.

In generale è stato evidenziato (Eells et al., 2005) che le terapie più efficaci sono accompagnate da un chiaro modello di concettualizzazione del caso. Kendjelic ed Eells (2007) affermano che una psicoterapia eseguita dopo una buona formulazione del caso, e da essa diretta, ottimizza l'esito del trattamento, l'efficacia della terapia nei casi complessi e difficili, e favorisce il mantenimento dei risultati raggiunti anche dopo che il trattamento è terminato.

**METODO:** È stata condotta una ricerca bibliografica con i principali database (PubMed, Google, Google Scholar) e gli articoli individuati sulla base degli abstract, sono stati selezionati per lingua; inoltre a scopo esplicativo verrà esposto lo schema riassuntivo della ABC/Stringa Allargata, il modello del Conflitto Psicologico e la presentazione di due casi clinici con diversa diagnosi (Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo Ossessivo-Compulsivo) in modo da far risaltare l'utilità nella pratica clinica di questo modello innovativo di formulazione del caso clinico basato su tre livelli di comprensione del funzionamento psicopatologico dell'individuo.

**TESI:** Il presente lavoro si pone come obiettivo quello di riorientare la formulazione del caso clinico tenendo conto di 3 livelli di comprensione: processi psicologici e di mantenimento del disturbo (ABC/Stringa Allargata); La dinamica della sofferenza psicologica (stati mentali e strategie di coping); La vulnerabilità psicologica dell'individuo.

Ciascun livello della formulazione del caso permette di inquadrare un ambito che, seppur genericamente, apre alla comprensione dei processi cognitivi in atto, alla valutazione del paziente e ai suoi tentativi infruttuosi di fronteggiare la minaccia.

Il primo livello, ispirandosi alla tradizione della CBT anglosassone (Wells, 1999), supera il modello ABC con l'inserimento di alcune estensioni per poter indagare i vari stati mentali nella loro complessità. Tre sono i punti cruciali del modello ABC allargato: la variabile dei pensieri intrusivi, le interpretazioni e le valutazioni strettamente dipendenti dal dialogo interno e le strategie soggettive usate per fronteggiare la minaccia.

Il secondo livello di questa formulazione del caso clinico riguarda la sofferenza dell'individuo: L'idea centrale è che il soggetto cerchi di allontanarsi da qualcosa di temuto e legato ad un tema per lui doloroso adottando una serie di strategie di coping verso una meta generica, di cui ha una vaga e aspecifica rappresentazione. Attraverso l'individuazione del tema doloroso e delle strategie di coping disfunzionali adoperate dal soggetto al fine di evitare la sofferenza associata ad esso è possibile preparare il soggetto ad un atteggiamento di maggiore flessibilità psicologica e promuoverne dunque una maggiore e reale serenità

Il terzo livello, quello della vulnerabilità psicologica, permette di rintracciare gli episodi critici che hanno dato vita agli schemi disfunzionali che mantengono attivo il tema doloroso. Il distanziamento critico e l'accettazione di questi episodi critici permetterebbe al paziente di abbandonare gli schemi disfunzionali, ricorrendo a nuovi schemi funzionali al raggiungimento degli scopi.

**CONCLUSIONI:** Alla luce di quanto emerso dall'analisi della letteratura in tema e dallo sviluppo della tesi proposta in questo elaborato e supportato dalla pratica clinica, si può concludere che il modello della formulazione del caso clinico su tre livelli, risulta essere innovativo ed esemplificativo per la comprensione delle singole e specifiche componenti del processo mentale che contraddistingue il funzionamento mentale di ogni individuo.

La CBT basata sulla Formulazione del Caso è uno degli aspetti più avanzati nella Psicoterapia cognitivo comportamentale ed è una delle caratteristiche più centrali dei training di apprendimento della psicoterapia, perciò è fondamentale che ci sia motivazione per la ricerca futura in merito e perché no volta a dimostrare l'efficacia e la validità di questo innovativo metodo di formulazione del caso clinico su tre livelli che ha già mostrato la sua efficacia ed utilità nella pratica clinica.

## BIBLIOGRAFIA

- Beck A. T. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional disorders*. New York, International University Press. Tr. It. *Principi di terapia cognitiva*. Astrolabio, Roma, 1988.
- Castelfranchi C. (1999). La fallacia dello psicologo. Per una teoria degli finalistici non intenzionali. *Sistemi intelligenti* 11, 3, 435-468.
- Castelfranchi C., Mancini, F., e Miceli, M. (2002). *Fondamenti di cognitivismo clinico*. Bollati Boringheri, Torino.
- Dell'Erba G.L., Carati M.A., Greco, S., Muya M. (2009). *La Sindrome Ansiosa. Comprensione e Trattamento dei Disturbi d'Ansia*. FrancoAngeli, Milano.
- Eells T. D. (1997). Psychotherapy case formulation: History and current status. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 1–25). New York: Guilford Press. Second Edition (2007).
- Eells T. D., Kendjelic E. M., & Lucas C. P. (1998). What's in a case formulation?: Development and use of a content coding manual. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(2), 144–153.

- Eells T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., and Lucas, C. P., (2005). The Quality of Psychotherapy Case Formulations: A Comparison of Expert, Experienced, and Novice Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005, Vol. 73, No. 4, 579–589.
- Ellis A. (1962). Reason and emotion in Psychotherapy. Lyle Stewart, New York. Tr. It. *Ragione ed emozione in Psicoterapia*. Astrolabio, Roma, 1989.
- Ellis A. (1991). The revised ABC's of Rational-Emotive Therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 9, 3.
- Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. Guilford, New York.
- Kendjelic E. M., & Eells T. D. (2007). Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (1), 66-77.
- Kernberg O. F. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Kuyen W., Fothergill C.D., Musa M., Chadwick P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behavior Research and Therapy*, 43, pp. 1187-01.
- Lorenzini R. e Sassaroli S. (2000). *La mente prigioniera*. Raffaello Cortina, Milano.
- Luborsky L. (1989). *Principi di psicoterapia psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Mancini F. (1998). La mente ipocondriaca ed i suoi paradossi In *Sistemi Intelligenti*, 10 pp. 85-108.
- Mancini F. e Gangemi A. (2002). Ragionamento e irrazionalità. In C. Castelfranchi, F. Mancini, M. Miceli. *Fondamenti di cognitivismo clinico*, Bollati Boringheri, Torino, 156-199.
- Mancini F. e Perdighe C. (2009). La formulazione del caso: schema per la presentazione dei casi clinici e per la supervisione. *Psicoterapeuti in formazione*, n. speciale 2009.
- Persons J. B., & Tompkins M. A. (1997). Cognitive-behavioral case formulation. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 314–339). New York: Guilford Press.
- Ryle A. (1995). *Cognitive analytic therapy: Development in theory and practice*. Chichester, United Kindom: Wiley.
- Ryle A., & Kerr I. (2002). *Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice*. Chichester, United Kingdom: Wiley.
- Wells A. (1999). *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. McGraw-Hill, Milano.
- Wells A. (2011). *Terapia Metacognitiva dei disturbi d'Ansia e della Depressione*. Ed. it. A cura di: Gabriele Melli. 2012 Eclipsi Editore.
- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar, M.E. (2007). *Schema Therapy: La terapia cognitivo-comportamentale per i disturbi di personalità*. Firenze: Eclipsi.

## 7. UN'ESPERIENZA FORMATIVA IN PRIMA PERSONA.

- *Delfino D.<sup>1</sup>, Arestia A.<sup>1</sup>, Caliandro M.<sup>1</sup>, Capuano N.<sup>1</sup>, Cataldo G.<sup>1</sup>, Cianci F.<sup>1</sup>, Cogliandro O.<sup>1</sup>, Crea A.<sup>1</sup>, D'Angeli I.<sup>1</sup>, De Paola S.<sup>1</sup>, Iasevoli L.<sup>1</sup>, Lucrezi E.<sup>1</sup>, Romagnoli I.<sup>1</sup>, Scibelli F.<sup>1</sup>, Solano C.<sup>1</sup>, Esposito M.<sup>2</sup>*

<sup>(1)</sup> *Scuola di Psicoterapia Cognitiva ó APC, ROMA;*

<sup>(2)</sup> *Docente Project óLa Tecnica della moviolaö, Scuola di Psicoterapia Cognitiva ó APC, ROMA.*

**INTRODUZIONE:** Il presente lavoro è il risultato dei diversi incontri di condivisione e di discussione avuti durante il percorso di training in psicoterapia ad indirizzo cognitivista. Il confronto è avvenuto a proposito del modello formativo adottato all'interno del nostro itinerario di formazione.

**METODO:** Un percorso di crescita individuale finalizzato alla pratica clinica che parte dal presupposto dell'inscindibilità tra il ruolo di terapeuta e quello di essere persona.

Attraverso delle "interviste-colloquio" effettuate vicendevolmente tra noi allievi, sotto la guida dei nostri trainer, abbiamo avuto modo di ricostruire, dettagliatamente, alcune sequenze relative agli episodi emotivamente significativi accorsi nella nostra vita. Ogni "intervista-colloquio" ci ha permesso di sperimentare e di esperire in prima persona un modello di indagine clinica centrato sulla ricerca dei significati personali, sul riconoscimento del proprio sentire emotivo e del proprio corpo emozionato, sull'acquisizione e l'implementazione del processo di autosservazione, con una particolare attenzione dedicata a quello che accade nella posizione di intervistatore.

**TESI:** Il linguaggio, inteso in tutte le sue declinazioni non solo quello verbale, è lo strumento che utilizziamo per descriverci e assimilare le informazioni che provengono dal mondo che ci circonda, un mondo con il quale e attraverso il quale ci strutturiamo, dagli albori del nostro essere. Il racconto prende forma, attimo dopo attimo, giorno dopo giorno, come trama in divenire. Ripercorrere la narrazione di un'esistenza, o parti di essa, è come rivedere un film: noi stessi lo abbiamo scritto, seguendo un canovaccio che ci siamo auto-confezionati accompagnato da regole che abbiamo formulato come prodotto del nostro adattarci nel mondo. Ebbene, quando qualcosa che accade risulta incongruente con le regole personali utilizzate come adattamento al contesto, noi stessi, non riuscendo a raccontarci coerentemente la nostra trama, esperiamo la sofferenza (in taluni casi, all'emergere di un sintomo). Con il metodo da noi adottato, assunto come base di lavoro psicoterapico, il terapeuta e il paziente, in un sistema unico, cercano di esplorare le scene, le azioni e i vissuti emotivi generatori di sofferenza. L'obiettivo è quello di aumentare progressivamente sia la capacità di autosservazione della persona che abbiamo di fronte, sia la ricerca di significati alternativi di una determinata esperienza, così da favorirne il procedere verso un'articolazione dei contorni del proprio raccontarsi e nell'esperire un "nuovo" contesto e un "nuovo" vivere emozionale.

Per poter permettere questo dobbiamo avere ben chiaro il modo in cui abbiamo costruito il nostro Sé ed i significati che gli eventi hanno per noi.

**CONCLUSIONI:** Il training basato sull'esperienza permette un processo di autosservazione, sia come soggetto intervistato che come intervistatore.

La focalizzazione sugli aspetti propri dell'intervistatore permette di differenziare il training, come processo formativo, da un'esperienza terapeutica, sebbene sia un'esperienza che può assumere connotati trasformativi.

L'attenzione sui significati personali, sulle modalità di relazionarsi all'altro, l'attenzione sull'accordo che intervistato ed intervistatore instaurano ai fini di uno scopo condiviso, permette al futuro terapeuta di allenarsi sugli aspetti di relazione terapeutica che, come confermato dalla ricerca, sembrano essere di fondamentale importanza nell'esito di una psicoterapia efficace.

**PENSIERI, OPERE O RIFLESSIONI:** Il processo di auto osservazione e di osservazione dei colleghi mi ha permesso di immaginare gli individui come soggetti ingaggiati continuamente nella costruzione del proprio Sé. Osservare come nella storia di ognuno di noi vengano "abbracciati" alcuni aspetti identitari piuttosto che altri è stato molto illuminante. *Francesco S.*

Come un "curatore" a sua volta ferito, che in virtù della sua storia personale, non può capire meglio la sofferenza altrui, ma "starci dentro" senza confonderla e confondersi con l'altro. *Oriana C.*

Sto imparando a stare con l'altro senza riempirlo di me, cercando la congruenza tra il verbale e il non verbale, vedendo la persona e non il paziente. *Silvia DP.*

Ho preso coscienza della necessità di dovermi sentire. Un curioso essere ignorante per comprendere fino a fondo l'Altro e quello che ha da dirmi. *Davide D.*

Ho iniziato il training con l'idea di apprendere semplicemente delle tecniche. Mi ritrovo a pensarmi, e forse a sentirmi, uno "strumento in costruzione" della Relazione umana, una complessa melodia che ci cura e che mi appassiona, ma che ancora non riesco a suonare... *Anna C.*

Non avrei mai immaginato che la mia storia potesse essere motivo di crescita personale e di riflessione su come si instaurano i legami e le relazioni. In quei martedì di training, ho imparato molto, anche ad affidarmi e a condividere, a vedere la persona come un libro fatto di una trama che incuriosisce e spinge a leggerlo fino alla fine. *Ilaria D.*

Ho compreso, ed ancora solo in parte, che l'osservazione e l'analisi dei modi di costruirsi della persona, sono il miglior strumento per rispettare ed esaltare la complessità dell'uomo. *Gianluca C.*

L'esperienza del mio corpo emozionato mi permette di iniziare a raccontarmi a me e all'altro. *Nicolina C.*

Sin dall'inizio del mio percorso, mi trovo a confrontarmi con il termine "crisi", inteso non come momento di stallo, ma come una delle modalità del costruirsi della persona. *Morena C.*

Sto imparando ad osservare me e l'altro "inter-agire" col mondo, nella totale comprensione dell'eterogeneità dell'essere umano. *Ida R.*

Nel training sto sperimentando che lo spingersi al di là dei concetti predefiniti di uniformità e normalità, sezionando insieme agli altri i momenti di vita, presenti e passati, è un'occasione unica per conoscere il proprio mondo di significati. Preziosa è anche la possibilità di rivedersi in video, nel ruolo di intervistato e intervistatore. Credo che solo attraverso questa conoscenza personale, guidati dal sentire emotivo, ci si possa avventurare nell'esperienza dell'altro con un curioso rispetto. *Elisa L.*

È stupefacente come in questi due anni il processo di crescita personale si è maggiormente arricchito quando il treno delle mie esperienze personali, della mia storia di vita, delle mie aspettative ha raggiunto ed incontrato altri convogli e pertanto altre storie. È questo un viaggio che sta facendo tappa nelle stazioni più belle dell'essere umano: le emozioni. *Luigi I.*

Più vado avanti nel percorso di formazione più do valore al mio "sentire" emotivo. Mi osservo crescere e mi sento sempre più curioso ed esplorativo nell'accostarmi al mio mondo emotivo e a quello degli altri, a ciò che viene detto e a ciò che resta nel conoscere relazionale implicito. La cosa più preziosa che sto apprendendo è per me il prestare attenzione a ciò che accade nella relazione: come ogni reciprocità che si crea qui ed ora sia sempre il massimo che possa accadere fra due o più esseri umani per la loro storia e per il loro esserci. In quest'ottica mi sento più tranquillo, affascinato e curioso. *Francesco C.*

## **Sessione Relazioni 8**

**Domenica 15 Ottobre**

**12.00 - 13.30**

*Sala Teatro*

# ***Benessere Psicologico, Assertività e Depressione***

**Chair:** T. Cosentino

**Discussant:** C. Schepisi

## 1. IL DISTURBO DEPRESSIVO DI PERSONALITÀ: IPOTESI DIAGNOSTICA LUNGO UN CONTINUM DIMENSIONALE DI GRAVITÀ.

Pidri Emanuela\*, Semerari Antonio°.

\*Psicologia Psicoterapeuta in formazione presso Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), sede di Lecce

°Psichiatra, Psicoterapeuta Terzo Centro- Roma, Didatta APC/SPC.

**INTRODUZIONE:** I Disturbi di Personalità costituiscono delle modalità, relativamente inflessibili, di percepire, reagire e relazionarsi alle altre persone e agli eventi; tali modalità riducono pesantemente le possibilità del soggetto di avere rapporti sociali efficaci e soddisfacenti per sé e per gli altri. In letteratura vari modelli hanno considerato i tratti di personalità come stabili quando in realtà la personalità è dinamica ovvero è plastica nell'infanzia e si modifica per tutto il corso della vita. La personalità è stata studiata da varie discipline quali filosofia, etica, psicologia e psichiatria ma tutt'ora non è chiaro il posto occupato dal disturbo depressivo di personalità (DPD). Ippocrate (s. IV aC), fu il primo a definire il temperamento malinconico, e secoli più tardi Esquirol (1847) descrisse la natura scrupolosa e angosciante. Kraepelin (1921), descrive il temperamento depressivo, rintracciabile nelle persone tristi, ansiose, con umore prevalentemente depresso, ma anche serie, tormentate dalla colpa, autoaccusanti, rifiutanti verso sé e con poca fiducia in se stesse. Kraepelin credeva che questo tipo di temperamento fosse ereditario e che si manifestasse nell'adolescenza o nella prima età adulta, per poi rimanere caratteristico del paziente per tutta la sua vita e, potenzialmente, favorire l'insorgenza di elaborati episodi depressivi (Hirschfeld et al., 1997). Sulla base dello studio clinico della prevalenza dei disturbi depressivi nella popolazione generale dell'epoca, Kretschmer (1936) affermò che tale disturbo fosse comune, che si manifestasse con uguale frequenza nei due sessi e che compariva con maggiore frequenza nelle famiglie ove sono presenti altri disturbi di natura depressiva. Una classica descrizione della personalità depressiva venne fornita nel 1963 da Arthur Noyes e Laurence Kolb: "*... Avvertono solo in piccola parte la normale gioia di vivere e sono inclini a essere solitari e seri, malinconici, sottomessi, pessimisti e autodeprecatori. Tendono a esprimere rimpianto e sentimenti di inadeguatezza e di disperazione. Sono spesso meticolosi, perfezionistici, eccessivamente coscienti, preoccupati del lavoro, sentono fortemente la responsabilità e sono facilmente scoraggiati in nuove condizioni. Temono la disapprovazione, tendono a soffrire in silenzio e forse a piangere facilmente, benché di solito non in presenza di altri. Una tendenza all'esitazione, all'indecisione e alla cautela tradisce un sentimento inerente di insicurezza.*" Il DPD, che ha una lunga tradizione nella psichiatria, risiede attualmente nell'Appendice B ("Disorders for Further Study") del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quarta edizione ma non è presente nel DSM 5 poiché non risponde ai criteri di sostanziale distinzione teorica da altri disturbi, distintività empirica da altri disturbi e sufficiente deviazione da un "temperamento normale".

**METODO:** È stata condotta una ricerca bibliografica con i principali database (PubMed, Google, Google Scholar) e gli articoli individuati sulla base degli abstract, sono stati selezionati per lingua (Inglese, Spagnolo, Italiano).

**TESI:** Il presente lavoro si propone di dimostrare l'importanza diagnostica del disturbo depressivo di personalità lungo un continuum dimensionale di gravità allo scopo di sviluppare un trattamento adeguato e specifico. A tale scopo sono stati presi in esame i seguenti aspetti:

- 1) creazione e validazione di strumenti con buone proprietà psicometriche da impiegare in ambito clinico e di ricerca nella valutazione del DPD (Huprich et al., 1996, 2002, 2009, 2010; Chamberlain et al., 2011; Maddux et al., 2011; Irastorza et al., 2012);
- 2) diagnosi differenziale tra DPD e disturbi di asse I e di asse II; la letteratura empirica esamina, in particolare, la sovrapposizione diagnostica del disturbo depressivo di personalità con il disturbo distimico. Alcuni articoli hanno suggerito che il disturbo depressivo della personalità non sia distinguibile dalla distimia (Ryder et al., 2001) e che anzi sia sovrapponibile per caratteristiche psicologiche comuni (Ryder et al., 2008), anche se una parte della letteratura sostiene il contrario (Lyo et al., 1998; Huprick et al., 2001, 2005, 2008, 2009, 2011; Bagby et al., 2004; Sprok e Fredendall, 2008);
- 3) caratteristiche del DPD. Le caratteristiche che contraddistinguono il DPD, possono essere così riassunte: alti livelli di introversione e precoce età di insorgenza di sintomi depressivi (Schneider et al., 1996); stati affettivi transitori (ansia, depressione, ostilità), disforia e labilità affettiva (Yung-Tsen et al., 2011); elevati livelli di modestia, emozioni positive ridotte, scarso calore affettivo, anassertività, sfiducia verso sé e gli altri e scarsa ricerca del successo (Vachon et al., 2009); esperienza di perdita precoce ed umore depresso (McWilliams, 1994; Huprick et al., 2003); perfezionismo inteso come preoccupazione per eventuali errori, ricorrenti dubbi sulle azioni e frequenti critiche genitoriali (Huprick et al., 2007); assenza di speranza (Shorey et al., 2012). La ricerca, quindi, suggerisce che il DPD può rappresentare una forma persistente di depressione che si trova lungo uno spettro affettivo che va dai disturbi clinici diagnosticabili ai tratti di personalità;
- 4) diagnosi lungo un continuum dimensionale di gravità, insieme agli altri disturbi della personalità, del DPD. Otto Kernberg, nell'elaborazione di una classificazione dei disturbi di personalità che tenesse conto tanto dei criteri dimensionali quanto di quelli categoriali, distingue differenti strutture di personalità. Identifica, secondo un continuum di gravità, vari disturbi legati ad una particolare disposizione temperamentale ed affettiva: lo stato personologico ipomaniacale può evolvere in ciclotimico o depressivo o sadomasochista se rispettivamente l'individuo presenta un buon funzionamento, scarso funzionamento, piacere nell'infliggere sofferenza (Kernberg, 1984, Gomberoff, 1999). L'Asse P del PDM richiama in gran parte la concettualizzazione di Kernberg dei livelli evolutivi di organizzazione di personalità definendo la gravità dei disturbi di personalità nel modo seguente: *“La dimensione della gravità assume che le persone, per acquisire la maturità psicologica e raggiungere modi soddisfacenti di vivere, devono sviluppare alcune capacità vitali ...”* La valutazione delle capacità (tolleranza degli affetti, regolazione affettiva, capacità relazionali, esame di realtà, identità, resilienza) permette di collocare la personalità di un individuo sulla dimensione della gravità, in particolar modo rispetto al livello nevrotico appartengono i disturbi di personalità depressivo - depressivo-masochistico, isterico, ossessivo e/o compulsivo. Anche Millon riconosce l'importanza di un continuum dimensionale tra i livelli di gravità (lieve, moderata e grave) tenendo conto, anche, del tipo di relazioni interpersonali che l'individuo intraprende (Choca, 1999). Lo sviluppo di disturbi di personalità, secondo Millon sono dovuti ad incapacità, durante il normale sviluppo dell'individuo, di rispondere

ed adattarsi all'ambiente in modo flessibile. Lo sviluppo evolutivo dell'individuo viene meno rispetto una o più delle seguenti polarità evolutive: polarità piacere- dolore, polarità attivo- passivo nell'adattamento, polarità io-altri, polarità pensiero-sentimenti. Rispetto alla prevalenza di una polarità piuttosto che di un'altra Millon rintraccia quattro variazioni del disturbo di personalità: passivo-aggressivo, paranoide, dipendente e depressivo. (Millon & Davis, 1998). Secondo la corrente post- razionalista il modo con cui ogni individuo organizza tutte le possibili tonalità del proprio dominio emotivo in una configurazione unitaria in grado di fornirgli una percezione stabile e definita di sé e del mondo viene definita organizzazione di significato (Reda, 1986). Le emergenze psicopatologiche vengono considerate non come entità fisse e statiche che definiscono una volta per tutte un funzionamento patologico nettamente distinto da quello normale, ma piuttosto come modalità conoscitive e organizzative dell'esperienza in corso, inserite in un "continuum" tra normalità, nevrosi e psicosi, relativamente reversibile nei due sensi. Ogni organizzazione di personalità presenta una sua specifica vulnerabilità nelle varie fasi del ciclo di vita rispetto alle sue capacità di integrazione. Guidano (1991) ha individuato quattro principali organizzazioni di significato personale: organizzazione di tipo fobico, organizzazione di tipo alimentare psicogena, organizzazione di tipo ossessivo ed organizzazione di tipo depressivo, quest'ultima è basata su esperienze infantili di perdita, assenza o rifiuto da parte della figura di attaccamento, per cui si sviluppa un significato personale di solitudine e non amabilità, con attivazione ed elicitazione di prevalenti emozioni di disperazione e rabbia; il mondo viene visto come impervio e inaffidabile. Semerai et al. (2009) affermano che i disturbi di personalità debbano essere descritti come varianti patologiche all'interno di una teoria generale della personalità normale. Le attuali teorie descrivono la personalità normale in termini di tratti che sono dimensioni continue, ne consegue che un disturbo di personalità andrebbe inquadrato come una variante estrema dei tratti di base lungo un continuum dimensionale di gravità. Diventa inevitabile abbandonare la classificazione descrittiva, per adottare un approccio dimensionale volto a curare pazienti difficili. Parlare di paziente difficile (Perris, 1993) piuttosto che di paziente con disturbo di personalità più o meno grave consente di porre l'accento sugli aspetti di ordine comportamentale e relazionale che rendono necessaria una presa in carico globale di queste persone. In ambito cognitivista, Perris dapprima, Semerari e Dimaggio (2003), inseguito, propongono un modello dove i Disturbi di Personalità sono presentati come sistemi che si auto-organizzano e che mantengono la patologia nel momento presente. Gli elementi costitutivi dei disturbi sono identificabili come: un insieme di stati mentali rigido, che non si modifica in relazione al contesto, restando invariato e risultando perciò disfunzionale in termini di adattamento. Rispetto al DPD Semerari ipotizza che il DPD si contraddistingue da un deficit o dall'assenza del processo del piacere. Non ci sono in letteratura studi che dimostrino un deficit del processo del piacere o del meccanismo di ricompense in relazione allo sviluppo del Disturbo Depressivo di Personalità, tuttavia nella pratica clinica si riscontra che tali pazienti non presentano la dimensione del piacere tanto che sul piano non verbale appaiono amimici, appesantiti, postura chiusa e affaticata mentre sul piano verbale riportano narrazioni di continue sconfitte, di esperienze negative, di un pessimismo cronico, di eventi sempre spiacevoli e sfortunati. L'idea inoltre è che i processi cognitivi, in particolare l'attenzione selettiva e il decision making, siano rivolti prevalentemente nella selezione di sensazioni di fatica, eventi negativi, esperienze infelici e/o drammatiche e quindi l'individuo farà fatica a prendere decisioni non sapendo cosa scegliere dal momento che viene meno la dimensione piacevole (mancanza di marcatori somatici e/o memorie di esperienze positive), ovvero la scelta è come e comunque volta ad esperienze che comportano fatica e dispiacere. Ne consegue che la rappresentazione che hanno della vita è di continue sfortune e se pur con gran fatica sperimentano esperienze potenzialmente positive, tendono a considerarle eventi transitori, insignificanti, di scarso valore sperimentando uno stato abulico ed apatico. Come

fa notare Semerari, sono persone in cui viene meno il senso di self agentivity e self efficacy ovvero sono incapaci di agire attivamente nel contesto in cui sono inseriti influenzandone gli eventi, in questo modo si sentano inefficaci. Tendono a sopravvalutare la delusione e gli sforzi sono rivolti all' evitamento di esperienze negative al fine di non illudersi di poter provare uno stato diverso da quello che li contraddistingue.

**CONCLUSIONI:** Dall'analisi della letteratura eseguita emerge che il DPD, se valutato con un approccio dimensionale, è diagnosticabile, includibile in nomenclature diagnostiche ed il suo grado di stabilità è paragonabile a quello degli altri disturbi dell'asse II, presentando implicazioni prognostiche notevoli per il corso dei disturbi dell'umore (Laptook, 2006); è misurabile dal momento che vari studi sottolineano le proprietà psicometriche del DPDI riconoscendolo come ottimo strumento di valutazione in ambito clinico e di ricerca (Chamberlain et al., 2011); identificando le varie caratteristiche che lo contraddistinguono può essere riconosciuto in fase di assessment clinico. Tuttavia è da sottolineare come non esistano studi scientifici che dimostrino come distimia, disturbo depressivo ricorrente, depressione maggiore siano distinti in modo netto tra di loro né che il disturbo depressivo di personalità sia la manifestazione pregressa o consequenziale a tali disturbi. Sono state identificate diverse potenziali origini della depressione di tratto, tra cui una storia di avversità familiare, depressione di tratto materna e depressione materna (Rudolph e Klein, 2009), familiarità con disturbi dell'umore, abuso di alcol e personalità antisociale (McDermut, 2003). Si può supporre che vi sia un processo di reciprocità in cui la depressione di tratto aumenta il rischio di depressione che poi, a sua volta, esaspera questi tratti (Rudolph e Klein, 2009) e quindi chiaro che il DPD è dimostrato essere un valido costrutto e dovrebbe essere concettualizzato come un disturbo di personalità in contrasto con un disturbo dell'umore (McDermut, 2003) poiché a livello clinico esiste una discreta percentuale di pazienti che cercano una terapia per pattern disfunzionali stabili di cognizione, emozioni, motivazione e comportamento e che presentano una sintomatologia per alcuni aspetti simile a quella dei disturbi depressivi, ma il cui quadro clinico è meno intenso di quelli depressivi, non presenta le stesse implicazioni neurovegetative, non presenta bipolarità ma influisce in modo stabile sul modo di essere di queste persone fino a definirne le caratteristiche nucleari. Sebbene il disturbo depressivo di personalità non viene riconosciuto nella nomenclatura diagnostica, le descrizioni cliniche ed i risultati empirici presenti in letteratura, suggeriscono che è opportuno considerare le strategie di trattamento per tale disturbo (Huprich et al., 1997). Essendo un ambito poco studiato e controverso non esiste in letteratura un protocollo o delle linee guida per il trattamento. Difficilmente queste persone chiedono un aiuto di tipo medico-psicologico poiché non considerano la loro condizione come una malattia, ma pensano semplicemente che sia una questione di "carattere", sono così talmente abituati a sentirsi male che non arrivano a immaginare di potersi sentire bene e di provare sollievo. La pratica clinica suggerisce di orientarsi su aspetti psicoeducativi: porre attenzione agli aspetti positivi della realtà anche se non riconosciuti come tali, nel colloquio lasciare spazio a argomenti di conversazione interessanti e vivaci, incitare ad aprirsi senza sollecitare troppo. Basandosi sul modello proposto da Semerari et al. (2003), nella **terapia dei disturbi di personalità**, l'intervento clinico dovrebbe indirizzarsi sui fattori generali alla base della **psicopatologia della personalità** (Disregolazione emotiva, Dissociazione, Depressività di tratto/Bassa agency, Mentalizzazione/Metacognizione). L'attenzione è focalizzata sulle diverse funzioni metacognitive che potrebbero risultare danneggiate in questi pazienti (Monitoraggio, Integrazione, Differenziazione, decentramento). Le strategie di mastery possono essere distinte in tre livelli che

vanno dal più semplice, che richiede un ridotto senso di agentività da parte dell'individuo, a quelle più complesse, che richiedono operazioni di rielaborazione metacognitiva. L' **intervento terapeutico** si svolge su un doppio setting (individuale e di gruppo). Concludendo la validità e l'utilità clinica del DPD dovrebbero sostenere l'importanza di ricerche future volte a sottolineare l'interesse a come un costrutto di personalità depressiva si inserisca in un quadro dimensionale di valutazione della psicopatologia volto alla creazione di protocolli di trattamento adeguati e specifici da sottoporre a validazione e standardizzazione.

#### BIBLIOGRAFIA

Bagby R.M., Ryder A.G., Schuller D.R., (2003). Depressive personality disorder: A critical overview. *Current Psychiatry Reports*. Vol. 5, Issue 1, pp 16–22.

Bradley R., Shedler J., Westen D., (2006). Is the Appendix A Useful Appendage? An Empirical Examination of Depressive, Passive-Aggressive (Negativistic), Sadistic, and Self-Defeating Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 20, No. 5, pp. 524-540.

Campos, Rui C., (2013). Conceptualization and preliminary validation of a depressive personality concept. *Psychoanalytic Psychology*, Vol 30(4), pp. 601-620.

Carcione A., Nicolò G., Semerari A., (2016) .Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità . Laterza Edizioni

**Chamberlain, Jude, (2006).The Factor Structure of the Depressive Personality Disorder Inventory. Senior Honors Theses. 19.**

**Dimaggio G., Semerari A., (2007). I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali. Laterza Edizioni.**

Guidano V.F., Liotti, G., (1979). Elementi di Psicoterapia comportamentale, Bulzoni, Roma.

Guidano, V.F., Reda, M.A., (1981). Cognitivismo e Psicoterapia, Franco Angeli, Milano.

Huprich S., (1998). Depressive personality disorder: Theoretical issues, clinical findings, and future research questions. *Clinical Psychology Review*. Vol. 18, Issue 5 ,Pp. 477–500.

Huprich S., (2003). Depressive Personality and its relationship to depressed mood, interpersonal loss, negative parental perceptions, and perfectionism. *Journal of Nervous & Mental Disease*. Vol. 191 - Issue 2 - pp 73-79.

**Huprich S., ( 2000). Describing depressive personality analogues and dysthymics on the NEO-Personality Inventoryô Revised. Journal of Clinical Psychology.**

Huprich S., (2003). Evaluating Facet-Level Predictions and Construct Validity of Depressive Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 17, No. 3, pp. 219-232.

Huprich S., (2001). The Overlap of Depressive Personality Disorder and Dysthymia, Reconsidered. *Harvard Review of Psychiatry* . Vol. 9 - Issue 4, Pp. 158-168.

**Huprich S., (2004). Discriminant Validity of Three Measures of Depressive Personality Disorder. Journal of Personality Assessment . Vol. 82- Issue 3, Pg. 321-328.**

Huprich S., (2012). New directions for an old construct: Depressive personality research in the DSM-5 era. *Personality and Mental Health*.

**Huprich S., (2014). Malignant Self-Regard: A Self-Structure Enhancing the Understanding of Masochistic, Depressive, and Vulnerably Narcissistic Personalities. *Harvard Review of Psychiatry*. Vol. 22 - Issue 5 - p 2956305**

**Huprich S., (2004)Convergent and Discriminant Validity of Three Measures of Depressive Personality Disorder. *Journal of Personality Assessment* . Vol. 82, - Issue 3, Pp. 321-328**

Huprich S.K., (2001). Object loss and object relations in depressive personality analogues. *Bulletin of the Menninger Clinic*: Vol. 65, December, pp. 549-559

**Huprich S.K., (2009). What Should Become of Depressive Personality Disorder in DSM-V? *Harvard Review of Psychiatry* . Vol. 17- Issue 1, PP. 41-59**

Huprich S., Frisch M., (2004). Personality Disorder Inventory and Its Relationship to Quality of Life, Hopefulness, and Optimism. *Journal of Personality Assessment* . Vol. 83- Issue 1

Huprich S.K., Margrett J., Barthelmy K.J., Fine M.A. (1996). The Depressive Personality Disorder Inventory: An initial examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 52, Issue 2, Pp. 153–159.

**Huprich S., Porcelli J., Binienda J., Benjamin Engle B.A., (2008). Depressive personality disorder, dysthymia, and their relationship to perfectionism . *Depression and Anxiety*. Vol. 25, Issue 3, Pp. 2076217**

Huprich S.K., Porcerelli J., Binienda J., Karana D., Kamoo R. (2007). Parental representations, object relations and their relationship to Depressive Personality Disorder and Dysthymia. *Personality and Individual Differences*. Vol. 43, Issue 8, Pg 2171–2181

Huprich S., Sanford K., Smith M., (2002). Psychometric Evaluation of the Depressive Personality Disorder Inventory. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 16, No. 3, pp. 255-269.

Huprich S., Schmitt T., Zimmerman M., Chelminski (2011). Combining Self-Defeating and Depressive Personality Symptoms into One Construct. *Psychopathology*.

Huprich S.K., Zimmerman M., Chelminski I., (2006). Disentangling depressive personality disorder from avoidant, borderline, and obsessive-compulsive personality disorders . *Comprehensive Psychiatry*. Vol. 47, Issue 4, Pp 298–306

**Joshua D., Miller Adam Tant R., Bagby M., (2009). Depressive Personality Disorder: A Comparison of Three Self-Report Measures . *Sage Journals*.**

Kernberg O.K. (1987). *Disturbi gravi della personalità*. Bollati Boringhieri.

Klein D.N., (1999). Commentary on Ryder and Bagby's "Diagnostic Viability of Depressive Personality Disorder: Theoretical and Conceptual Issues". *Journal of Personality Disorders*: Vol. 13, No. 2, pp. 118-127

Klein D. N., Shih J.H., (1998). Depressive personality: Associations with DSM-III-R mood and personality disorders and negative and positive affectivity, 30-month stability, and prediction of course of Axis I depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 107(2) , 319-327.

Laptook R.B., Klein D.N., Dougherty R.A., (2006). Ten-Year Stability of Depressive Personality Disorder in Depressed Outpatients. *THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY* Vol. 163 Number 5, pp. 865-871.

**Lingiardi V., Del Corno F., (2008). PDM. Manuale diagnostico psicodinamico. Cortina Raffaello**

**Lingiardi V., Gazzillo F., (2014). La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento. Cortina Raffaello.**

Lyoo K., Gunderson J.G., Phillips K.A., (1998). Personality Dimensions Associated with Depressive Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 12, March, pp. 46-55.

**Maddux R.E., Lars-Gunnar Lundh, Bäckström M., (2012). Personality Disorder Inventory: Psychometrics and clinical correlates from a DSM-IV and proposed DSM-5 perspective. Nordic Journal of Psychiatry . Vol. 66- Issue 3, Pg. 167-177**

Maddux, Rachel E., Johansson, Håkan, (2014). A case of depressive personality disorder: Aligning theory, practice, and clinical research. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, Vol 5(1), pp. 117-124.

Markowitz J.C., Skodol A.E., Petkova E. et al., (2005). Longitudinal comparison of depressive personality disorder and dysthymic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. Vol. 46, Issue 4, Pg. 239–245.

McDermut, Wilson; Zimmerman, Mark; Chelminski, Iwona (2003). The construct validity of depressive personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 112(1), 49-6.

Millon, T. (1983). *Modern psychopathology*. Waveland, Prospect Heights, IL.  
Per saperne di più: <http://www.stateofmind.it/2016/04/millon-clinical-multiaxial-inventory/>

Phillips K. Gunderson J.C., (1999). Depressive Personality Disorder: Fact or Fiction? *Journal of Personality Disorders*: Vol. 13, No. 2, pp. 128-134.

Reda, M. A. (1986). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma: Carocci.

Ragnhild E. Ørstavik, Kenneth S. Kendler, Espen Røysamb, Nikolai Czajkowski, Kristian Tambs, and Ted Reichborn-Kjennerud (2012). Genetic and Environmental Contributions to the Co-occurrence of Depressive Personality Disorder and DSM-IV Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 26, No. 3, pp. 435-451.

Rudolph K.D., Klein D.N. (2009). Exploring depressive personality traits in youth: Origins, correlates, and developmental consequences. *Development and psychopathology* Vol. 21, Issue 4, pp. 1155-1180.

Ryder A.G., LQuilty L.C., Vachon D.D., Bagby R.M., (2010). Depressive Personality and Treatment Outcome in Major Depressive Disorder. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 24, No. 3, pp. 392-404.

Ryder A.G., Bagby R.M., Dion K.L., (2001). Chronic, Low-grade Depression in a Nonclinical Sample: Depressive Personality Or Dysthymia? *Journal of Personality Disorders*: Vol. 15, No. 1, pp. 84-93.

Ryder A.G., Bagby R.M., Schuller D.R., (2002). The Overlap Of Depressive Personality Disorder and Dysthymia: A Categorical Problem With a Dimensional Solution. *Harvard Review of Psychiatry* . Vol. 10 - Issue 6, Pp. 337-352.

Ryder A.G. , Schuller R.D., Bagby R.M., (2006). Depressive personality and dysthymia: Evaluating symptom and syndrome overlap. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 91, Issues 2–3, Pp. 217–227

Schrader G.D., Tsourtos G., (1996). Role of Depressive Personality in Determining Clinical Characteristics of Chronic Depression. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 10, No. 4, pp. 370-376.

**Sprock J., Fredenball I. (2008). Comparison of prototypic cases of depressive personality disorder and dysthymic disorder . *journal of Clinical Psychology***

Vachon D.D., Sellbom M., Ryder A.G., Miller J.D., Bagby R.M., (2009). A Five-Factor Model Description of Depressive Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 23, No. 5, pp. 447-465.

**Widiger T.A., (1999). Depressive Personality Traits and Dysthymia: A Commentary on Ryder and Bagby. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 13, No. 2, pp. 135-141.**

Yung-Tsen Chen, Huprich S., Wei-Cheng Hsiao (2011). Affect Regulation and Depressive Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 25, No. 6, pp. 755-764

## 2. HAI PROBLEMI DI UMORE E DI INSONNIA?

### MA SEI SICURO DI ESSERE ASSERTIVO?

Alessandra Devoto<sup>1</sup>, Silvia Cerolini<sup>2,3</sup>, Andrea Ballesio<sup>3</sup>, Roberta Di Luca<sup>1</sup>, Sonia Di Tella<sup>1</sup>, Michela Milioni<sup>1</sup>, Rosa Vitale<sup>1</sup>, Caterina Lombardo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Spc 3° anno, Roma

<sup>2</sup>Spc 2° anno, Roma

<sup>3</sup>Dipartimento di Psicologia, Università Sapienza di Roma

**INTRODUZIONE:** Alcuni dati di letteratura e osservazioni cliniche suggeriscono scarsi livelli di assertività in persone che soffrono di insonnia cronica, inoltre una bassa assertività è stata associata a maggiori livelli di depressione. Infine, solide evidenze supportano l'ipotesi che l'insonnia predica l'insorgenza della depressione.

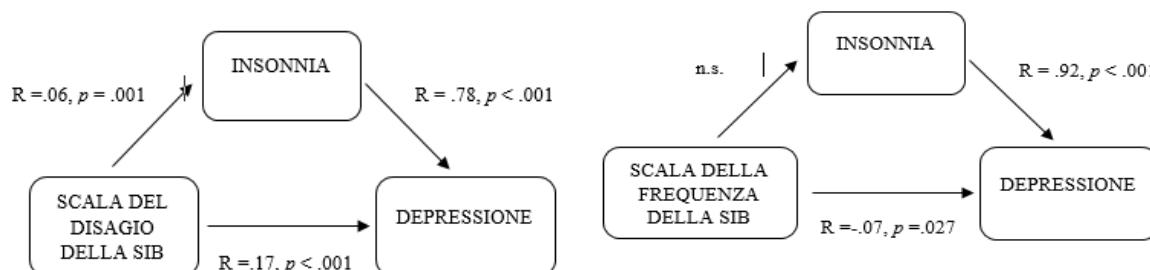
**OBIETTIVO:** L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare se l'assertività predice la depressione e se l'insonnia costituisce un mediatore di questa eventuale relazione in un campione di giovani studenti universitari.

**METODO:** Hanno partecipato allo studio trasversale 374 giovani di età compresa tra 19 e 35 anni ( $M = 20,87 \pm 2,02$ ) di cui il 75,4% di genere femminile. I soggetti hanno compilato i seguenti questionari self report: Questionario sui Disturbi del Sonno (QDS, Violani et al., 2004); l'Insomnia Severity Index (ISI, Bastien et al., 2001); il Beck Depression Inventory-II (BDI-II, Beck et al., 1996); la Scale for Interpersonal Behavior (SIB-forma ridotta, Arindell, 1984). La somministrazione è avvenuta previo consenso informato, al termine dell'orario delle lezioni accademiche presso le Facoltà di Medicina e di Psicologia, di Scienze Politiche, Sociologia e Comunicazione dell'Università Sapienza di Roma.

**RISULTATI:** Le analisi descrittive svolte sui dati del QDS, mostrano la presenza del 10,4% di soggetti con insonnia cronica (secondo i criteri DSM), dell'82,3% di soggetti con sintomi di insonnia sottocriterio, del 2,8% di buoni dormitori senza alcun sintomo di insonnia e del 4,5% di individui con altri problemi del sonno (per es. respiratori e parasonnie). I risultati di una serie di ANOVA Univariate evidenziano che i soggetti con un punteggio di intensità dell'insonnia maggiore del cut-off ( $ISI > 11$ ) riportano un maggiore Disagio nella scala di assertività – SIB ( $M = 66,38 \pm 15,54$ ) rispetto ai soggetti con ISI inferiore al cut-off ( $M = 58,03 \pm 16,25$ ;  $F_{(1,368)} = 14,54$ ,  $p < .001$ ) e una differenza marginale, ma non significativa, tra i gruppi ( $F_{(1,367)} = 3,09$ ,  $p = .08$ ) per la scala di Frequenza dei comportamenti assertivi. Una differenza significativa ( $F_{(1,288)} = 50,86$ ,  $p < .001$ ) è presente anche nei punteggi del BDI-II: i soggetti con  $ISI > 11$  riportano maggiore depressione ( $M = 16,18 \pm 9,50$ ) rispetto a quelli con  $ISI < 11$  ( $M = 8,33 \pm 7,02$ ).

Le relazioni tra assertività, insonnia e depressione sono state approfondite tramite due modelli di mediazione in cui le scale di Disagio e Frequenza della SIB sono state inserite rispettivamente come variabili indipendenti, l'ISI come mediatore e il BDI-II come variabile dipendente. Il primo modello

mostra che i punteggi di Disagio predicono sia in modo diretto sia in modo indiretto, attraverso la mediazione dell'insonnia, i sintomi depressivi. Il secondo modello evidenzia che le uniche piste significative sono quelle che legano la scala di Frequenza della SIB con i sintomi depressivi, e l'insonnia con i sintomi depressivi.



**CONCLUSIONI:** I risultati di questo studio esplorativo suffragano l'ipotesi che una minore assertività possa influire sia sui sintomi depressivi sia sull'insonnia clinica. In particolare, il disagio nel mettere in atto comportamenti assertivi predice maggiore gravità dell'insonnia e direttamente e indirettamente, attraverso la mediazione dell'insonnia, la gravità dei sintomi depressivi. Al contrario, una maggiore frequenza di comportamenti assertivi può avere effetti protettivi sulla depressione, eventualmente riducendo l'impatto che l'insonnia ha sulla depressione. Sul piano clinico, questi dati suggeriscono l'importanza di includere moduli finalizzati a migliorare l'assertività nei protocolli di trattamento di pazienti con depressione e insonnia.

### **3. ANSIA, DEPRESSIONE E MINDFULNESS:**

#### **PIÙ SI GIUDICA, PEGGIO SI STA.**

Jessyka Marciano<sup>1</sup>, Susanna Pallini<sup>2</sup>, Federica Ariano<sup>3</sup>, Marianna Barucca<sup>3</sup>, Federica Brindisino<sup>3</sup>, Rosanna Camino<sup>3</sup>, Piergiorgio Carraro<sup>3</sup>, Maria Dettori<sup>3</sup>, Lavinia De Peppo<sup>3</sup>, Claudia Garano<sup>3</sup>, Massimiliano Iacucci<sup>3</sup>, Isabella Massaroni<sup>3</sup>, Martina Valentini<sup>3</sup>, Simona Venga<sup>3</sup>, Giuseppe Vitali<sup>3</sup>, Stefania Fadda<sup>4</sup>, Angelo Maria Saliari<sup>5</sup>, Francesco Mancini<sup>5</sup>, Barbara Barcaccia<sup>5,6</sup>

<sup>1</sup> *Scuola di Psicoterapia Cognitiva srl SPC, Napoli*

<sup>2</sup> *Università degli Studi Roma Tre e Didatta SITCC*

<sup>3</sup> *Gruppo JAM-Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva srl SPC, Roma*

<sup>4</sup> *Co-didatta gruppo JAM- Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva srl SPC, Roma*

<sup>5</sup> *Didatta Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva srl SPC, Roma*

<sup>6</sup> *Dipartimento dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Sapienza Università di Roma*

**RELATORE:** Jessyka Marciano

**INTRODUZIONE:** Rassegne di letteratura e meta-analisi mostrano come l'attitudine mindful sia significativamente correlata al benessere emotivo, e come interventi basati sull'addestramento alla mindfulness possano migliorare la sintomatologia di disturbi psicologici sia negli adulti (Gu et al., 2015; Willem et al., 2016) che in età evolutiva (Kallapiran et al. 2015; Klingbeil et al., 2017). Nel presente studio abbiamo voluto indagare le associazioni esistenti tra le varie componenti della mindfulness, ansia, depressione e ruminazione, in un campione non clinico.

**Metodo:** *Campione:* 373 partecipanti adulti (119 M e 254 F), hanno compilato una batteria di test.

*Strumenti di misura:*

FFMQ Five Facet Mindfulness Questionnaire (Baer et al., 2006).

BDI *Beck Depression Inventory* (Beck, 1967).

STAI Y-2 *Trait Anxiety Scale* (Spielberger, 1983)

PANAS *Positive Affect and Negative Affect Scales* (Watson & Clark, 1988).

RRS *Ruminative Response Scale* (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991).

**RISULTATI:** L'analisi dei dati mostra una correlazione negativa tra disposizione mindful ed emozioni negative, e una correlazione positiva tra disposizione mindful ed emozioni positive, a eccezione della sottoscala "osservare" del questionario FFMQ. Questo dato si può interpretare tenendo conto che, di per sé, il mero atto di *saper osservare i propri stati interni*, non è benefico. Al contrario, se è presente solo la dimensione dell'osservazione, ciò può portare a un indesiderato *incremento degli stati interni dolorosi*, soprattutto se questa forma di intensa introspezione si accompagna a un aspro giudizio negativo su ciò che sta accadendo dentro di sé: la dimensione della mindfulness del "giudizio", cioè la tendenza a giudicare duramente la propria esperienza interiore (pensieri, sensazioni, emozioni) è la variabile più fortemente correlata sia all'ansia che alla depressione.

**CONCLUSIONI:** I risultati del nostro studio confermano i dati di letteratura sulla correlazione tra disposizione mindful e benessere emotivo. Saranno discusse le implicazioni cliniche della ricerca, in particolare nel trattamento di ansia e depressione: sembra ragionevole ritenere che, per incrementare nel paziente, sia con ansia che con depressione, la capacità di gestire i pensieri disfunzionali e gli stati emotivi dolorosi, si possa modulare il suo atteggiamento auto-giudicante.

### **Bibliografia minima di riferimento**

Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical psychology review*, 37, 1-12.

Kallapiran, K., Koo, S., Kirubakaran, R., & Hancock, K. (2015). Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(4), 182-194.

Klingbeil, D. A., Renshaw, T. L., Willenbrink, J. B., Copek, R. A., Chan, K. T., Haddock, A., & Clifton, J. (2017). Mindfulness-based interventions with youth: A comprehensive meta-analysis of group-design studies. *Journal of School Psychology*, 63, 77-103.

Willem, K., Warren, F., Taylor, R., Whalley, B., Crane, C. H., Bondolfi, G., ... & Segal, Z. (2016). Efficacy and moderators of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*.

#### **4. PERDONO E BENESSERE PSICOLOGICO. NON-PERDONO E PSICOPATOLOGIA**

Jessyka Marciano<sup>1</sup>, Susanna Pallini<sup>2</sup>, Federica Brindisino<sup>3</sup>, Federica Ariano<sup>3</sup>, Marianna Barucca<sup>3</sup>, Rosanna Camino<sup>3</sup>, Piergiorgio Carraro<sup>3</sup>, Maria Dettori<sup>3</sup>, Lavinia De Peppo<sup>3</sup>, Claudia Garano<sup>3</sup>, Massimiliano Iacucci<sup>3</sup>, Isabella Massaroni<sup>3</sup>, Martina Valentini<sup>3</sup>, Simona Venga<sup>3</sup>, Giuseppe Vitali<sup>3</sup>, Stefania Fadda<sup>4</sup>, Angelo Maria Saliani<sup>5</sup>, Francesco Mancini<sup>5</sup>, Barbara Barcaccia<sup>5,6</sup>

<sup>1</sup> *Scuola di Psicoterapia Cognitiva srl SPC, Napoli*

<sup>2</sup> *Università degli Studi Roma Tre e Didatta SITCC*

<sup>3</sup> *Gruppo JAM-Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva srl SPC, Roma*

<sup>4</sup> *Co-didatta gruppo JAM- Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva srl SPC, Roma*

<sup>5</sup> *Didatta Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva srl SPC, Roma*

<sup>6</sup> *Dipartimento dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Sapienza Università di Roma*

**RELATORE:** Jessyka Marciano

**INTRODUZIONE:** Numerose ricerche correlazionali evidenziano l'associazione tra perdono e misure di benessere psicologico (Gull, 2013); inoltre, studi sperimentali dimostrano come gli interventi di terapia del perdono siano efficaci nel diminuire i livelli di depressione e delle emozioni negative e di incrementare il benessere e le emozioni positive (Barcaccia & Mancini, 2013; Enright & Fitzgibbons, 2000; Enright & Fitzgibbons, 2015). Comportamenti vendicativi sono correlati, al contrario, a un incremento delle emozioni negative.

**METODO:** Il nostro studio ha lo scopo di analizzare la relazione tra disposizione al perdono ed emozioni negative/positive, depressione, e la percezione di far parte della più vasta "comunità umana". La nostra prima ipotesi prevedeva una correlazione positiva tra perdono, emozioni positive e percezione di appartenenza alla "comunità umana". La seconda ipotesi prevedeva una correlazione negativa tra perdono, depressione ed emozioni negative.

*Campione:* 373 partecipanti adulti (119 M e 254 F), hanno compilato una batteria di test.

*Strumenti di misura:*

TFS *Trait Forgivingness Scale* (Berry et al., 2005) .

TRIM-18 *Transgression-Related Interpersonal Motivations Inventory* (McCullough et al., 2006).

BDI *Beck Depression Inventory* (Beck, 1967).

PANAS *Positive Affect and Negative Affect Scales* (Watson & Clark, 1988).

CH *Common Humanity* (Neff 2003; Petrocchi et al., 2014).

**RISULTATI:** Le analisi dei dati hanno confermato le ipotesi di ricerca, mostrando come il perdono sia positivamente correlato alle variabili psicologiche collegate al benessere, vale a dire le emozioni positive, e la percezione di essere parte della “comunità umana”. Inoltre la disposizione al perdono risulta negativamente correlata alla depressione.

**CONCLUSIONI:** I risultati della nostra ricerca confermano i dati di letteratura sulla correlazione positiva tra perdono interpersonale e altre variabili psicologiche di benessere, così come la correlazione tra non-perdono e variabili psicologiche di *maladjustment*. Nella presentazione si discuteranno le implicazioni dei risultati per la clinica.

### **Bibliografia minima di riferimento**

Barcaccia B., Mancini F. 2013 (a cura di). *Teoria e clinica del perdono*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Enright R.D. & Fitzgibbons R.P. (2000). *Helping Clients Forgive: an empirical guide for resolving anger and restoring hope*. American Psychological Association, Washington D.C.

Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2015). *Forgiveness therapy in child and adolescent disorders*. American Psychological Association.

Gull, M. (2013). Manifestation of forgiveness, subjective well being and quality of life. *Journal of Behavioural Sciences*, 23(2), 17.

## **Sessione Poster 1**

**Venerdì 13 Ottobre**

**18.30 - 19.30**

*Sala Onda*

# ***Relazione Terapeutica e Metacognizione***

**Chair: L. Cieri**

## 1. Un Modello Metacognitivo-Interpersonale nella Riabilitazione Psicosociale

Paci Sara\*, Dibattista Gabriella \*\*, Vinci Giancarlo \*\*\*

\* Psicologa, SPC, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

\*\* *psicologa psicoterapeuta cognitivista*

\*\*\**psichiatra psicoterapeuta del Dipartimento di Salute Mentale A.S.L Roma3 e Referente Clinico del Centro Diurno- Riabilitazione Sportiva, Via Marino Mazzacurati, A.S.L Roma3*

### Introduzione

Il termine “cognizione sociale” coinvolge l’abilità di formare le rappresentazioni mentali delle esperienze mentali proprie e degli altri come le credenze, i desideri, le intenzioni, i sentimenti e le disposizioni, è un processo che coinvolge la presenza di una “Teoria della Mente” (Premack, Woodruff, 1978; Leslie, 1987) oppure della “metacognizione” (Lysaker et al., 2005). Quest’ultima include anche l’abilità “di immaginare se stessi in una differente situazione dal qui ed ora, e di valutare non soggettivamente i pensieri e le emozioni attuali di qualcuno, come se si osservasse se stessi dal di fuori” (Roberts, Penn, 2006). Numerosi studi hanno mostrato la presenza di deficit delle funzioni metacognitive nei pazienti schizofrenici. Si suppone, infatti, che tali deficit rappresentino la principale causa della compromissione degli aspetti sociali (Frith, 1992, 2004).

### Obiettivo

L’obiettivo del presente studio è migliorare le funzioni metacognitive in una popolazione di pazienti con diagnosi di schizofrenia secondo il DSM V (APA, 2013). A tal fine è stato messo a punto un modello di Riabilitazione Psicosociale, che attraverso un intervento precoce, favorisca una buona “recovery”.

### Metodo

Le abilità metacognitive sono state misurate in un gruppo di pazienti afferenti ad un programma Riabilitativo Psicosociale, utilizzando un modello integrato di intervento. Il modello consiste nello svolgere un’attività sportiva di gruppo, con frequenza bisettimanale per un totale di 120 minuti. A questa è associato un incontro settimanale di psicoterapia di gruppo ad indirizzo metacognitivo di 90 minuti una volta a settimana. Vengono confrontati due gruppi di pazienti con diagnosi dello spettro schizofrenico. Tutti i soggetti sono pazienti in carico presso il Dipartimento di Salute Mentale dell’A.S.L Roma 3. Il primo gruppo di pazienti è composto da 21 soggetti di età compresa tra i 18 e i 25 anni (gruppo giovani), mentre il secondo gruppo è composto da 16 pazienti di età compresa dai 26 ai 35 anni (gruppo adulti). Le valutazioni sono state svolte in due tempi diversi ovvero una al baseline e la successiva dopo un intervallo di tempo di 12 mesi. A tutti i soggetti sono stati somministrati diversi test tra cui nello specifico: l’Hinting Task (Corcoran et al., 1995), The Brune Sequencing Pictures Task (Brune, 2003), l’Eyes Test (Baron-Cohen et al., 1997, 2001) e the Beck Cognitive Insight Scale (BCIS, Beck et al., 2003) per la valutazione delle abilità metacognitive e per la valutazione dell’insight; per quanto concerne la valutazione delle scale Psicopatologiche sono stati somministrati la Positive And Negative Schizophrenic Symptoms (PANSS, Kay et al., 1987) e la Clinical Global Impressions (CGI, Psychopharmacology Research Branch & Guy, 1976) e infine, per la valutazione del Funzionamento Sociale e della Qualità della Vita il Global Assessment of Functioning (GAF, Endicott et al., 1976) e lo Short Form 36 Health

Questionnaire (SF36, Ware & Sherbourne,1992). Nel presente studio verranno confrontati e discussi esclusivamente i test riguardanti le abilità metacognitive.

### **Risultati**

I risultati iniziali confermano la presenza di deficit metacognitivi in entrambi i campioni. Tuttavia, il campione formato dai soggetti più giovani ha presentato, nella seconda valutazione, risultati statisticamente significativi e di miglioramento delle abilità ToM rispetto al gruppo degli adulti. Confermando così l'ipotesi che, un intervento precoce possa favorire un miglioramento delle abilità compromesse.

### **Conclusioni**

Alla luce delle evidenze empiriche presenti in letteratura dove si sottolinea la presenza di difficoltà metacognitive e il loro ruolo fondamentale nell'insorgenza e nel mantenimento della patologia (Brune, 2005). Questa ricerca vuole evidenziare l'importanza di un intervento precoce su questo tipo di difficoltà. Infatti, sia attraverso le esperienze maturate durante l'attività fisica strutturata e pianificata, la quale mira al miglioramento e mantenimento del proprio benessere fisico e psichico, e sia attraverso la conseguente elaborazione di tali esperienze, emerge un miglioramento, soprattutto nei pazienti giovani, non solo del proprio stato generale di salute fisica e psichica ma anche un incremento delle capacità metacognitive e sociali.

Inoltre, oltre ad aver voluto sottolineare l'importanza di possibili interventi precoci, noi auspichiamo un continuo e accresciuto sviluppo di tali interventi nell'ambito riabilitativo.

### **Bibliografia**

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Milano: Trad. It. *Raffaele Cortina Editore*.

Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., Robertson, M. (1997), "Another advanced Test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger Syndrome". *In Journal of child Psychology, Psychiatry, Allied Disciplines*, 38, pp. 813-822.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I., 2001. "The reading the mind in the eyes" test revised version: A study with normal adults, and adults with asperger syndrome or high-functioning autism". *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 42, 241–251.

Beck A.T., Baruchb E., Balterb J.M., Steerb R.A., Warmana D.M. (2003) A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research* 68 (2004) 319 ó 329

Brune, M. (2003), Theory of Mind and the role of IQ in chronic disorganised in schizophrenia". *In Schizophrenia Research*, 60, pp. 57-64

Corcoran R., Mercer G., Frith C.D. (1995), *Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating theory of mind in people with schizophrenia*, *Schizophrenia Research*, 17: 5-13

Endicott J., Spitzer R.L., Fleiss J.L., Cohen J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. 33(6):766-71

Frith, C.D. (1992) *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 1995.

- Guy W: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Revised, 1976*. DHEW Publication No. (ADM) 76-338, 1976
- Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 1987.
- Leslie, A. (1987), "Pretence and Representation: the origins of 'Theory of Mind'" .In *Psychological Review*,94, pp.412-426
- Lysaker,P.H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesen, J.K., Nicolò, G., Procacci, M., Semerari, A. (2005), "Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: Associations tith neurocognition, symptoms, insight and quality of life". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, pp.64-71.
- Premack,D., Woodruff,G. (1978), "Does the chimpanzee have a Theory of Mind?".In *The Behavioral and Brain Sciences*, 1,pp.515-526
- Roberts, D.L., Penn, D.L. (2006), *Social Cognition and Interaction Training (SCIT), Training manual*. Documento non pubblicato
- Ware JE, Sherbourne CD: The MOS 36-item Short-Form health status survey (SF-36). I. Conceptualframework and item selection. *Med Care*, 30:473, 1992.

## 2. INTELLIGENZA EMOTIVA, AUTOEFFICACIA EMOTIVA PERCEPITA E METACOGNIZIONE: STUDENTI DI PSICOLOGIA E STUDENTI DI ECONOMIA A CONFRONTO

E. Bartolo, E. Minniti, F. Zampaglione, A. Azzarà (SPC II ANNO, REGGIO CALABRIA)

Chair: Luca Cieri

Relatore: Emmanuela Bartolo

### INTRODUZIONE

Negli ultimi vent'anni si è assistito a un forte incremento della ricerca sulla regolazione delle emozioni, ritenuta un aspetto fondamentale dello sviluppo e del benessere psicologico (Gross, 2007), e considerata anche una delle componenti principali della competenza emotiva (Denham, 1998; Saarni, 1999). Tale abilità infatti, è stata all'inizio definita da Salovey e Mayer (1990) con il termine di *intelligenza emotiva* per includere tutte quelle abilità che consentono alla persona di percepire, valutare ed esprimere accuratamente le emozioni e di metterle al servizio del pensiero e del comportamento in maniera adeguata alle situazioni.

Anche Goleman (1995) ha trattato il costrutto di **intelligenza emotiva** ritenendo che questo tipo di intelligenza, legato all'**uso corretto delle emozioni**, può costituire un **fattore determinante** nel raggiungimento dei propri **successi personali e professionali**. L'intelligenza emotiva, e quindi la capacità di comprendere le proprie emozioni ed intuire ciò che provano gli altri, rappresenta un fattore adattivo fondamentale che consente all'individuo di gestire i propri e altrui sentimenti con la finalità di raggiungere degli obiettivi a lui noti.

Nel perseguire uno scopo, di qualunque natura esso sia, è opportuno che il soggetto abbia costruito nel corso del tempo la capacità di non arrendersi nonostante le difficoltà emozionali che sopraggiungono; tali fattori definiscono l'autostima e l'*autoefficacia emotiva* di ognuno.

In letteratura emerge che l'intelligenza emotiva sembra essere correlata all'autoefficacia emotiva percepita (Chan, 2004). Tale costrutto proposto dalla teoria socio-cognitiva di Bandura (1997) è stato poi ripreso da Caprara e collaboratori (Caprara, 2001; Caprara & Gerbino, 2000; Caprara et al., 1999; 2008) nei termini di autoefficacia nella regolazione delle emozioni positive e negative e di autoefficacia empatica, e fa cioè riferimento alla percezione delle proprie capacità di esprimere le emozioni positive, di controllare e regolare le emozioni negative, di riconoscere le emozioni, i sentimenti e le necessità degli altri.

Quando si parla di intelligenza emotiva è bene includere oltre alla consapevolezza emotiva, anche la *meta-cognizione emotiva* o *metaemozione*: ovvero la comprensione della natura, delle cause, e delle possibilità di controllare le emozioni e al contempo la capacità di controllare e regolare l'espressione delle stesse (Pons e Harris, 2000).

Nella prospettiva della Terapia Metacognitiva Interpersonale -TMI- (Semerari et al., 2003; Semerari et al., 2008; Carcione et al., 2010; Dimaggio & Lisaker, 2010; Dimaggio et al., 2013), la metacognizione può essere definita come un insieme di abilità che consentono all'individuo di identificare e attribuire stati mentali a sé e agli altri sulla base delle espressioni facciali, degli stati somatici, dei comportamenti e delle azioni; la metacognizione consente anche di pensare, riflettere e ragionare sugli stati mentali propri e altrui; permette di utilizzare le conoscenze e le riflessioni sui propri e altrui stati mentali per prendere decisioni, risolvere problemi o conflitti psicologici e interpersonali e, infine, di padroneggiare la sofferenza soggettiva.

Fino ad oggi il concetto di regolazione delle emozioni è stato applicato di frequente in diversi ambiti della psicologia a partire da quella dello sviluppo (Derryberry & Rothbart, 1997; Gresham & Gullone, 2012) passando per la psicologia clinica (Maughan & Cicchetti, 2002), alle neuroscienze (Hariri & Holmes, 2006; Ochsner & Gross, 2008). Tuttavia, è ancora poco indagato il

ruolo che hanno l'intelligenza emotiva, la metacognizione e l'autoefficacia percepita nei confronti del percorso di scelta universitaria, in riferimento allo sviluppo delle carriere professionali. Pertanto, la capacità di mettersi nei panni degli altri e di vedere il mondo attraverso i loro occhi è maggiormente sviluppata in quei soggetti che sono predisposti a svolgere una professione caratterizzata dal contatto emotivo con le persone, perché considerati "emotivamente" più intelligenti?

## OBIETTIVO

La presente ricerca si propone di studiare e approfondire il costrutto di intelligenza emotiva in relazione al percorso di scelta nello sviluppo delle carriere professionali (studenti di psicologia-studenti di economia). Gli obiettivi specifici riguardano: indagare i legami tra intelligenza emotiva e metacognizione; comprendere come le dimensioni dell'intelligenza emotiva possano influenzare la percezione di autoefficacia.

## METODO

Il campione di questa ricerca è composto da un totale di 340 studenti (165 di psicologia e 175 di economia)

A tutti gli studenti sono stati somministrati i seguenti questionari self-report:

- *Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form (TEIQue-SF* - Petrides e Furnham, 2006). È composto da 30 item a cui si assegnano risposte su una scala Likert a 7 punti (1= assolutamente in disaccordo a 7=assolutamente d'accordo). Si valutano 15 dimensioni (adattabilità, assertività, espressione delle emozioni, gestione delle emozioni, percezione delle emozioni, regolazione delle emozioni, empatia, felicità, impulsività, ottimismo, abilità nelle relazioni interpersonali, autostima, automotivazione, competenza sociale e gestione dello stress), le quali saturano 4 fattori specifici: emozionalità, sociabilità, autocontrollo e benessere ed un fattore generale corrispondente all'intelligenza emotiva di tratto.
- *Questionario sull'Autoefficacia Emotiva Percepita (AEP* di Caprara e Gerbino, 2001). È composto da 12 item a cui si assegnano risposte su una scala Likert a 5 punti (da 1: «per nulla capace» a 5: «del tutto capace»); indaga tre aree del costrutto dell'autoefficacia (autoefficacia nell'espressione di emozioni positive, autoefficacia nella gestione di emozioni e autoefficacia empatica).
- *Metacognition Self Assessment Scale (MSAS*. Di Pedone et al., 2017). È composto da 18 item a cui si assegnano risposte su una scala Likert a 5 punti. Valuta la metacognizione e le sue sottofunzioni rispetto a quattro dimensioni: «relativamente a me stesso, abitualmente», «relativamente agli altri, abitualmente», «rispetto a mettersi nei panni degli altri, abitualmente», «nella soluzione di problemi, abitualmente».

**RISULTATI E CONCLUSIONI:** i risultati verranno esposti in sede congressuale

### **3. ALLEANZA TERAPEUTICA: CORRELAZIONE TRA AIMT E WAI**

Farina B. , Monticelli F., Tombolini L., Grimaldi S. , Venturino V. , Gasperini E., Simoncini F., Malucelli G. , Mismetti L. , Sternini F. , Russo M. , Melchiorri E. , Cioci M. , Pedone R.

Relatore: Silvestro Grimaldi

#### **INTRODUZIONE**

Nella prospettiva cognitivo-evoluzionista, i sistemi motivazionali sono fondati su potenti tendenze innate frutto dell'evoluzione darwiniana, e regolano comportamenti ed emozioni in vista di specifiche mete. Essi non sono rigidi e inflessibili in quanto completati e plasmati nella loro espressione dalle memorie di quanto precedentemente accaduto durante il loro esercizio (Liotti e Monticelli, 2014)

I dati di ricerca hanno ripetutamente dimostrato come l'alleanza terapeutica sia un potente fattore predittivo della riuscita del trattamento psicoterapeutico (Martin, Garske, Davis 2000; Horvath, Del Re, Flücking et al. 2011; Norcross, Lambert 2011). La prospettiva cognitivo evoluzionistica ipotizza che l'alleanza terapeutica si basi sulla cooperazione tra Terapeuta e Paziente nel perseguire gli obiettivi condivisi (Liotti e Monticelli, 2014).

#### **OBIETTIVO**

Lo studio di Farina, Monticelli et al. si propone, attraverso l'analisi di 4 differenti psicoterapie per un totale di 19 sedute, di valutare l'assetto motivazionale delle sedute in esame tramite l'AIMT (Analisi degli Indicatori delle Motivazioni Interpersonali nei Trascritti) in correlazione con la scala WAI (Working Alliance Inventory), strumento che valuta l'andamento della qualità dell'alleanza terapeutica.

#### **METODO**

Le sedute sono state registrate, con il consenso del paziente, trascritte e siglate in cieco tramite l'AIMT da due valutatori esperti, con Inter-rater Reliability del valore di 0,66 (secondo il calcolo della K di Cohen).

L'AIMT ha lo scopo di valutare le dinamiche motivazionali complesse che potrebbero avere un ruolo importante nella genesi e nel mantenimento dei disturbi psicopatologici; in particolare consente di cogliere gli indicatori che segnalano l'attivazione di un singolo sistema motivazionale o di identificare segnali di transizione da un sistema motivazionale all'altro.

Sono, inoltre, stati somministrati i seguenti test:

1. SCL-90R (Symptom Checklist-90-R)
2. TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale)
3. CTQ (Childhood Trauma Questionnaire)
4. ADP-IV (Assessment of DSM-IV Personality Disorders)
5. IIP (Inventory of Interpersonal Problems)

Alla fine di ogni seduta, è stato chiesto a ciascun paziente e terapeuta di rispondere ai singoli item della Scala Working Alliance Inventory in riferimento alla seduta di psicoterapia appena effettuata. Al termine delle sedute sono stati somministrati gli stessi test della fase iniziale.

#### **RISULTATI E CONCLUSIONI**

Lo studio ha evidenziato che è possibile individuare una correlazione significativa tra gli strumenti AIMT e WAI. Il confronto tra questi due strumenti ha evidenziato che sono presenti dati rilevanti

che sembrerebbero dimostrare che attraverso l'analisi AIMIT è possibile prevedere alcuni aspetti della qualità dell'alleanza terapeutica.

I dati, forse più interessanti, finora emersi riguardano il coefficiente di correlazione tra l'attivazione del sistema di rango e di gioco (sia del paziente che del terapeuta) con gli indici della WAI.

L'alleanza terapeutica è positivamente correlata al sistema motivazionale della cooperazione sia nel pz che nel t. L'attivazione del sistema del rango, sia nel pz che nel t., è invece correlata ad un deterioramento dell'alleanza terapeutica.

I limiti di questo studio sono rappresentati dalla scarsa numerosità di sedute analizzate: il numero infatti non è ancora sufficiente a stabilire con certezza l'esistenza delle correlazioni individuate nei 4 campioni.

Proprio per tale ragione, l'obiettivo futuro della ricerca in questione è quello di estendere la numerosità del campione in modo da rendere i dati rilevati il più affidabili possibile.

## **4. IL DROP-OUT NELLE TCC CON GIOVANI TERAPEUTI IN FORMAZIONE (I-II ANNO) -**

### **Studio pilota**

Ciccarelli Maria<sup>1</sup>, Scuotto Adriana<sup>1</sup>, Battimiello Valentina<sup>1</sup>, Colardo Tania<sup>1</sup>, Rossi Alessandra<sup>1</sup>, Cicia Manuela<sup>1</sup>, Attianese Raffaella<sup>1</sup>, Vicidomini Marianna<sup>1</sup>, Napolitano Maria<sup>1</sup>, Pirozzi Francesco<sup>1</sup>, Fasano Nadia<sup>1</sup>, Raimo Simona<sup>1</sup>, Nacchia Veronica<sup>1</sup>, Fassone Giovanni<sup>1</sup>

### **Introduzione**

Il problema del drop-out è una questione di primaria importanza in psicoterapia, che pone il clinico di fronte a difficoltà di natura tecnica - l'interruzione del lavoro col paziente senza che siano stati raggiunti gli obiettivi terapeutici - ed emotiva - ad esempio, la frustrazione legata alla messa in discussione implicita delle proprie capacità. Tale problema risulta ancora più rilevante se riferito alle psicoterapie intraprese da giovani studenti in formazione alle prime armi, in cui il drop-out può avere conseguenze ancora maggiori. Per questo si è cercato di indagare il fenomeno in una classe in formazione al II anno, con finalità didattiche allo scopo di descrivere il fenomeno e fornire alcune chiavi di lettura.

### **Obiettivo**

L'obiettivo è quello di confrontare l'andamento delle psicoterapie cominciate dagli alunni in formazione in psicoterapia al II anno, valutando l'entità del fenomeno drop-out, per analizzare il problema nelle sue variabili. Saranno poi presentati due casi clinici caratterizzati da momenti di difficoltà, a rischio di drop-out, risolti e superati.

### **Metodo**

Si è effettuata un'analisi preliminare descrittiva dell'andamento di 77 psicoterapie effettuate all'interno di una classe di 24 alunni in formazione in psicoterapia cognitiva comportamentale del II anno in corso della sede della SPC di Napoli. Sono state analizzate le principali caratteristiche di queste terapie, in base al motivo della richiesta, diagnosi nosografica, contesto di cura, durata, eventuale drop-out.

### **Risultati**

L'analisi dei dati descrittiva dei dati (qui riportata in forma del tutto preliminare) rivela che la percentuale di drop out nei pazienti dei terapeuti in formazione è piuttosto elevata (52.6%). Il contesto di cura (privato/tirocinio/volontariato/cooperativa) non influisce sull'esito del trattamento ( $F_{3,72} = 1.95$ ;  $p = .13$ ); piuttosto le ragioni più frequenti del drop out

1 SPC Napoli sembrerebbero essere una scarsa motivazione al trattamento (27.5%) e problemi economici (20%).

### **Conclusioni**

Nel campione osservato il drop-out nelle psicoterapie effettuate da giovani terapeuti in formazione sembra essere fenomeno molto frequente, che si verifica in circa la metà dei casi. La descrizione del fenomeno, l'analisi delle principali variabili associate può sicuramente aiutare il giovane terapeuta a concentrarsi su alcuni problemi specifici nella gestione del problema. In particolare, può risultare utile per preparare il clinico in formazione, già fragile per la sua limitata esperienza, ad una migliore gestione della situazione dal punto di vista tecnico, nonché degli inevitabili esiti di carattere emotivo legati alla valutazione negativa delle proprie capacità

## 5. CIS-R e AIMIT nell'analisi micro-processuale della relazione terapeutica: due prospettive a confronto.

Pucci Silvia<sup>1</sup>, Aleandri Stefania<sup>2</sup>, Colli Antonello<sup>3</sup>, Gentile Daniela<sup>4</sup>, Lingiardi Vittorio<sup>4</sup>, Montuori Anna<sup>2</sup>, Liotti Giovanni<sup>1</sup>, Brasini Maurizio<sup>5</sup>

- (1) SPC, Scuola di Psicoterapia Cognitiva
- (2) Università degli Studi de L'Aquila
- (3) Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo
- (4) Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
- (5) Università Telematica "Guglielmo Marconi"

Se si considerano la relazione terapeutica nei termini di un processo di reciproca sintonizzazione e l'alleanza come il prodotto di continue variazioni, concettualizzabili in termini di rotture e riparazioni nella sintonia interpersonale (Safran & Muran 2000), ne consegue che per valutarne la qualità è necessario osservare il cosiddetto "livello locale" dell'interazione (BCPSG; 2012), adottando come unità di osservazione il singolo scambio comunicativo.

La *Collaborative Interactions Scales* (CIS-R; Colli et al, 2009, 2014) e l'Analisi degli Indicatori delle Motivazioni Interpersonali nei Trascritti (AIMIT; Liotti e Monticelli 2008) sono due strumenti di analisi dei trascritti sviluppati all'interno di cornici teoriche differenti, ma con un interesse comune nello studio della relazione terapeutica a livello micro-processuale.

Il presente contributo fa parte di una serie di studi (Gentile et al, 2009; Colli, et al, 2010-2011; Fassone et al, in Liotti e Monticelli, 2014) orientati a porre in relazione l'andamento della relazione in termini di rotture e riparazioni dell'alleanza con la coordinazione dei processi motivazionali interpersonali. 60 sedute di psicoterapia sono state analizzate in doppio cieco con le due metodologie sopra citate. I risultati pongono in relazione la coordinazione degli assetti motivazionali su un registro collaborativo-paritetico con una miglior qualità dell'alleanza. Tali risultati saranno discussi alla luce degli aspetti di convergenza e delle principali differenze teoriche tra i due strumenti e tra le prospettive teoriche da cui sono derivati.

### Bibliografia.

BCPSG - The Boston Change Process Study Group (2012): "Il cambiamento in psicoterapia". Raffaello Cortina Editore.

GENTILE, D., FASSONE, G., IVALDI, A. & LIOTTI, G. (2009, Settembre), "Rotture e riparazioni dell'alleanza terapeutica e sistemi motivazionali: uno studio esplorativo". Relazione presentata al Congresso Nazionale AIP, Sezione Dinamica e Clinica, Chieti.

COLLI, A., GENTILE, D., FASSONE, G., IVALDI, A., LINGIARDI, V., & LIOTTI, G. (2010, Ottobre), "Rotture e riparazioni dell'alleanza terapeutica e sistemi motivazionali interpersonali: uno studio esplorativo con i metodi CIS e AIMIT". Relazione presentata al VIII Congresso Nazionale SPR-Italia, Perugia.

COLLI, A., GENTILE, D., TADDEI, P., GERVASI, E., & LINGIARDI, V. (2011, Settembre), "Episodi di attaccamento del paziente, interventi del terapeuta e rotture dell'alleanza: un'analisi microprocessuale". Relazione presentata al XIII Congresso Nazionale AIP, Sezione Dinamica e Clinica, Catania.

COLLI, A., GENTILE, D., CONDINO, V., LINGIARDI, V. (2014). "Collaborative Interactions Scale Revised. Manuale di codifica". Manoscritto non pubblicato, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Sapienza Università di Roma.

LIOTTI G., MONTICELLI F. (2008) "I sistemi motivazionali nel dialogo clinico - il metodo AIMIT". Cortina, Milano.

LIOTTI G., MONTICELLI F. (2014) "Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica". Cortina, Milano.

SAFRAN J., MURAN J. (2000), "Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica", Trad.it. Laterza, Roma-Bari, 2003

## **Sessione Poster 1**

**Venerdì 13 Ottobre**

**18.30 - 19.30**

*Sala Ping Pong*

# ***Efficacia della Psicoterapia, Formazione e Validazione Test***

**Chair: S. Fadda**

## 1. Efficacia dei trattamenti psicologici *Evidence-based* per il vaginismo: revisione della letteratura

Giulia Cori, Università degli Studi dell'Aquila

**Introduzione:** La diagnosi di vaginismo è controversa e l'epidemiologia non è chiara. Nel DSM-5 vaginismo e dispareunia sono confluite nel “*Disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione.*” Sono stati descritti diversi modelli eziologici e attualmente i ricercatori concordano con una spiegazione multicausale e una concettualizzazione multidimensionale del disturbo, sostenendo la validità del *Fear-Avoidance Model* per il vaginismo.

**Metodo:** Si è proceduto a una revisione sistematica della letteratura al fine di descrivere la qualità e l'efficacia dei trattamenti psicologici per il vaginismo. Sono stati esplorati i principali database online e, in linea con il protocollo di ricerca *Evidence-based*, sono stati inclusi nella revisione quei lavori in grado di compiere precisi requisiti metodologici.

**Tesi:** Nonostante il vaginismo comporti un disagio clinicamente significativo e incida negativamente sulla qualità di vita delle donne interessate, fino ad essere motivo di richiesta di consulenza nei centri per la diagnosi e la cura dell'infertilità, persiste un generale disconoscimento del disturbo. Le evidenze empiriche suggeriscono che le rappresentazioni distorte dell'anatomia genitale e le credenze disfunzionali relative alla penetrazione vaginale caratterizzino il vissuto soggettivo delle pazienti con vaginismo. Un intervento in grado di agire su queste variabili cognitive è auspicabile.

**Conclusioni:** La revisione della letteratura scientifica internazionale dedicata ai trattamenti per il vaginismo rivela l'insufficiente attenzione alla problematica da parte di clinici e ricercatori. Non esistono studi di metanalisi sul tema, soprattutto a causa dell'estrema eterogeneità delle comparazioni e della raccolta dei dati, che risulta inadeguata nella maggior parte degli studi. Le evidenze empiriche mettono in luce sensibili margini di miglioramento nelle attuali descrizioni diagnostiche del vaginismo: sorprende che tanto nell'ICD-10 quanto nel DSM-5 manchino riferimenti specifici rispetto ai contenuti delle rappresentazioni disfunzionali tipiche del disturbo. I trattamenti disponibili sembrano essere promettenti ma la loro efficacia, se misurata esclusivamente con la riduzione del sintomo comportamentale (l'evitamento della penetrazione), senza passare per la ristrutturazione delle rappresentazioni distorte e delle credenze disfunzionali relative alla penetrazione vaginale, non è sufficiente alla risoluzione complessiva della condizione. È proprio la dimensione psicologica del disturbo, tanto nella sua dimensione propriamente cognitiva quanto nelle possibili valenze simboliche che a questa si collegano, a rappresentare lo spazio d'azione privilegiato sul quale psicologi e psicoterapeuti possono avviare idonei interventi terapeutici.

## **2. INDAGINE SULL'UTILIZZO DELL'ESPOSIZIONE CON PREVENZIONE DELLA RISPOSTA NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI D'ANSIA.**

Raimo Simona<sup>1</sup>, Ciccarelli Maria<sup>1</sup>, Biondi Dalila<sup>1</sup>, Scuotto Adriana<sup>1</sup>, Battimiello Valentina<sup>1</sup>, Colardo Tania<sup>1</sup>, Schiano Loredana<sup>1</sup>, Riemma Dora<sup>1</sup>, Cosentino Teresa<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Allieve del secondo anno della Scuola di Psicoterapia Cognitiva, sede di Napoli

<sup>2</sup> Docente della Scuola di Psicoterapia Cognitiva

Relatori: Simona Raimo, Dalila Biondi

### **Introduzione**

In psicoterapia Cognitivo-Comportamentale l'Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP) è una tecnica indicata dalle linee guida internazionali per il trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) e di altri disturbi d'ansia (Andrews et al., 2003; Franklin et al., 2002) con dimostrate prove di efficacia riassunte in due studi meta-analitici (Abramowitz et al., 2006; Ougrin, 2011). Nonostante ciò alcuni studi statunitensi e nordeuropei (Freiheit et al. 2004, Külz et al. 2010; Sars e van Minnen, 2015) dimostrano che rimane scarsamente utilizzata nella pratica clinica, facendo chiarezza sugli elementi che giustificano il gap rilevato tra i dati di efficacia e la pratica clinica. In particolare le motivazioni maggiori per le quali i terapeuti non utilizzano l'ERP sembrano essere la scarsa formazione ricevuta sulla tecnica, la difficoltà pratica nel reperire materiale per l'esposizione, le credenze negative sul suo utilizzo e alcune caratteristiche personali dei terapeuti, come un alto punteggio all'Anxiety Sensitivity Inventory. Questo studio ha lo scopo di indagare l'utilizzo dell'ERP tra gli psicoterapeuti cognitivisti italiani, in particolare tra gli specializzati della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) e di confrontare i risultati con quelli ottenuti nei contesti americano e nord-europeo.

### **Metodo**

Prendendo spunto dall'intervista utilizzata nello studio nord-europeo condotto da Sars e collaboratori (2015), uno specifico questionario è stato costruito al fine di raccogliere informazioni sugli interventi clinici utilizzati per il trattamento dell'ansia sociale, della fobia, del DOC e dell'attacco di panico e raccogliere dati sulle credenze, la formazione specifica e l'atteggiamento degli allievi del IV anno e degli specializzati delle varie sedi d'Italia della SPC. Il questionario è composto da: (i) una prima parte che raccoglie informazioni anagrafiche, dati sulla formazione professionale e sulla attuale situazione lavorativa dei partecipanti; (ii) una seconda parte che indaga il numero di pazienti con disturbo d'ansia e DOC trattati e gli interventi maggiormente utilizzati per il trattamento; (iii) una terza parte che indaga l'utilizzo dell'ERP e le motivazioni per le quali questa tecnica viene scarsamente utilizzata; (iv) ed infine un'ultima parte che indaga la formazione specifica ricevuta su questa tecnica dai partecipanti e le loro credenze e atteggiamenti nei confronti dell'utilizzo di questa tecnica attraverso l'utilizzo di tre scale (Scala della Disponibilità, Scala della credibilità, Scala degli Ostacoli).

**Risultati e Conclusioni**

La ricerca e la raccolta dei dati è ancora in corso. I risultati relativi al nostro campione saranno discussi alla luce di quanto emerso negli altri paesi, cercando di evidenziare i punti sui quali intervenire per favorire la diffusione e l'impiego di tale tecnica nella pratica clinica.

### **3. Il Disturbo da Accumulo:**

#### **Validazione Test e Statistiche Preliminari.**

(Claudio Stefano Del Monte, Claudia Perdighe, Angelo Saliani, Palmira Faraci)

##### **Introduzione:**

Il seguente lavoro si occupa della validazione e standardizzazione di una serie di test, tra i più usati a livello internazionale, per il Disturbo da Accumulo, al fine di poterne creare una versione italiana. In particolare:

- L'Hoarding Rating Scale – Interview (HRS-I); una breve intervista semi-strutturata che indaga cinque aspetti fondamentali del disturbo: difficoltà a gettare, livello d'ingombro, acquisizioni eccessive, livello di distress, livello di compromissione del funzionamento quotidiano.
- La Compulsive Acquisition Scale (CAS); una scala autovalutativa che misura l'estensione di quanto gli individui effettivamente acquisiscano o si sentano costretti ad acquisire oggetti.
- Il Saving Cognition Inventory (SCI); un questionario autovalutativo che approfondisce l'indagine delle cognizioni circa gli oggetti, l'accumulare e la difficoltà a gettare.

Dalla somministrazione sono inoltre venute fuori delle interessanti statistiche preliminari circa l'impatto del disturbo in Italia.

##### **Obiettivo:**

Sviluppare una versione italiana dell'HRS-I, della CAS e del SCI ed esaminarne le proprietà psicometriche.

Analizzare le statistiche circa l'impatto del disturbo in Italia.

##### **Metodo:**

L'HRS-I, la CAS e il SCI sono stati somministrati, insieme a una batteria con altri test, a 491 adulti Italiani volontari, componenti un campione non-clinico.

Gli altri test della batteria, necessari all'elaborazione delle proprietà psicometriche sono: la Clutter Image Rating - Scale (CIR-S), il Saving Inventory - Revised (SI-R), il Beck Depression Inventory II (BDI-II), il Beck Anxiety Inventory (BAI), l'Ossessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R).

##### **Risultati:**

In tutti e tre i test sono state dimostrate adeguate proprietà psicometriche.

Per tutti i test l'affidabilità è stata calcolata in termini di coerenza interna. Tutti gli item sono risultati sostanzialmente e linearmente correlati con i costrutti sottostanti, indicando una buona omogeneità delle sottoscale.

La questione della validità è stata affrontata fornendo prove sia della validità di criterio che di costruito. La validità di criterio è stata dimostrata attraverso il calcolo della validità concorrente, riportando significative correlazioni positive tra i risultati sia dell'HRS-I che della CAS che del SCI con altre misurazioni della severità dell'accumulo e con le misurazioni degli stessi o relati costrutti. La validità di costruito è stata dimostrata attraverso il calcolo della validità convergente, esaminando le correlazioni tra i risultati sia dell'HRS-I che della CAS che del SCI con le misurazioni di depressione, ansia, e sintomi ossessivo compulsivi.

### **Conclusioni:**

I risultati indicano adeguate proprietà psicometriche delle versioni italiane dell'HRS-I, della CAS e del SCI, rivelandosi valide e attendibili misurazioni dei costrutti sottostanti.

Le statistiche internazionali, confermate anche dalle prime statistiche emerse dal presente lavoro, ci dicono che quello da Accumulo è un Disturbo estremamente diffuso seppure poco conosciuto e sicuramente meno indagato del dovuto, e che dunque necessita di strumenti idonei a supporto del clinico che ne facilitino la diagnosi, coadiuvandolo sia nell'identificazione sia nel guidarne un'analisi approfondita attraverso l'indagine delle sue numerose sfaccettature.

#### 4. L'Utilizzo del CBA-VE per la Misurazione dell'Efficacia di un Intervento di Training Autogeno in una Popolazione non Clinica

G. Andreoli\*, P. Michielin\*\*

\*I anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) sede di Verona, ASST della Valcamonica

\*\*Dipartimento di Psicologia Generale, Scuola di Psicologia, Università degli Studi di Padova

##### Abstract

**INTRODUZIONE:** la valutazione e il monitoraggio degli esiti sono essenziali per garantire la qualità degli interventi psicoterapeutici e psicologici nonché la loro validazione scientifica. Insieme al CORE-OM (Evans et al., 2002) il Cognitive Behavioural Assessment – Valutazione degli Esiti (CBA-VE) è uno strumento utilizzato per queste necessità, sempre più presenti nella realtà clinica attuale anche italiana (Michielin et al., 2008). Pochi studi si sono però focalizzati sull'indagare l'efficacia degli interventi psicologici in popolazioni non cliniche, ai fini della promozione del benessere a prescindere dalla presenza di malattia. Questo orientamento segue la definizione di salute mentale enunciata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per cui l'individuo non necessita soltanto di assenza di malattia mentale per il proprio benessere, ma anche di una condizione di vita dove potere realizzare le proprie abilità, affrontando i normali eventi stressanti e contribuendo alla sua comunità (WHO, 2004).

**OBIETTIVO:** obiettivo del presente lavoro è valutare tramite il CBA-VE l'influenza positiva su ansia, depressione e disagio psicologico di un intervento di rilassamento applicato in gruppi di persone senza psicopatologia, secondo la tecnica del Training Autogeno Somatico di Schultz (Schultz, 1964). Inoltre, si ipotizza che il CBA-VE possieda una capacità discriminante e individui la sensibilità al cambiamento in tutte le sue scale (ansia, benessere, percezione di cambiamento positivo, depressione, disagio psicologico) attestando una valutazione di efficacia del trattamento anche in un campione non psicopatologico.

**METODO:** 62 persone presero parte allo studio. Il Training Autogeno fu applicato per 8 sedute in due gruppi di individui (rispettivamente di 29 e 33 soggetti) formati sia da personale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valcamonica, sia da persone non lavoratrici nell'azienda. Nessuno presentava psicopatologia. Il CBA-VE fu somministrato in 5 momenti differenti: durante il contatto iniziale tra conduttori e partecipanti prima del trattamento (T0) ed al termine della prima (S1), quarta (S4), settima (S7) e ottava (S8) seduta di Training Autogeno. Il momento di somministrazione T0 è stato utilizzato per valutare la presenza di possibile psicopatologia nel partecipante, comportandone l'esclusione in caso positivo.

**RISULTATI:** 58 persone completarono tutte le sedute di Training Autogeno, prendendo così parte all'analisi finale dei dati. I partecipanti che ricevettero l'intervento esperirono degli incrementi significativi nel benessere ( $p < .000$ ) e nella percezione di cambiamento positivo ( $p = .017$ ). Inoltre, evidenziarono una diminuzione significativa nell'ansia ( $p < .000$ ), nella depressione ( $p < .000$ ) e nel disagio psicologico ( $p < .000$ ).

**CONCLUSIONI:** I risultati del presente studio indicano che la tecnica di Training Autogeno influisce positivamente in tutte le aree rilevate dal CBA-VE, che attestano un miglioramento significativo dalla prima all'ultima seduta di intervento. Il Training Autogeno risulta dunque

efficace, così come la sensibilità del CBA-VE nel percepire il cambiamento in soggetti senza psicopatologia conseguentemente all'intervento.

### **Bibliografia**

**Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K.** (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE—OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51-60.

**Michielin, P., Vidotto, G., Altoè, G., Colombari, M., Sartori, L., Bertolotti, G., Sanavio, E. & Zotti, A. M.** (2008). Proposta di un nuovo strumento per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30 (Suppl 1A), 98-104.

**Schultz, J. H.** (1964). *Il training autogeno (vol. 1-2)*. Milano: Feltrinelli

**World Health Organization.** (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (summary report).

## 5. LA DISGUST PROPENSITY AND SENSITIVITY SCALE-REVISED (DPSS-R) IN UN CAMPIONE DI SOGGETTI CLINICI: EVIDENZE EMPIRICHE

Cosentino Teresa, Dassisti Angela, Faraci Palmira, Questa Michele, Sorbara Flavia

**INTRODUZIONE:** La *Disgust Propensity and Sensitivity Scale* (DPSS: Cavanagh and Davey, 2000) è il primo strumento disponibile in letteratura che rifletta l'esistenza, ormai nota da diverso tempo, di due differenti componenti del disgusto: la *propensione al disgusto*, ossia la tendenza ad esperire tale emozione con una certa frequenza e intensità, e la *sensibilità al disgusto*, ovvero la sovrastima delle conseguenze negative delle manifestazioni del disgusto (van Overveld et al., 2006). Esiste una versione ridotta della scala (DPSS-R: van Overveld et al., 2006; Pozza et al., 2016), composta da 16 item, 8 per la valutazione della propensione al disgusto e 8 per la valutazione della sensibilità, in cui il soggetto deve esprimere il proprio accordo riguardo ogni affermazione su una scala che va da 1 ("mai") a 5 ("sempre"). Uno studio preliminare (Catarinella et al., 2015) su un campione non clinico aveva dimostrato una buona attendibilità da parte di entrambe le scale (propensione al disgusto  $\alpha$ : ,758; sensibilità al disgusto  $\alpha$ : ,747).

**TESI:** Il principale obiettivo del presente lavoro è verificare le eventuali correlazioni del test e delle sottoscale con diversi quadri psicopatologici e di verificare la validità di costrutto della scala.

**METODO:** La scala DPSS-R è composta da 16 item. Il campione a cui è stata somministrata è composto da 210 soggetti clinici, suddivisi in tre sottogruppi: Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo Ossessivo-Compulsivo e Disturbi d'Ansia (Disturbo di Panico con e senza agorafobia, Fobia Sociale e Fobia Specifica). Al fine di valutare la validità di costrutto dello strumento i soggetti hanno inoltre compilato alcune scale di controllo: la *Disgust Scale-Revised* (DS-R: Olatunji et al., 2007), la *Beck Depression Inventory II* (BDI-II: Beck, Steer & Brown, 1996), l'*Anxiety Sensitivity Index III* (ASI-III: Taylor et al., 2007), la *Fear of Guilt Scale* (FOGS: Chiang, Purdon, & Radomsky, 2012), il *Guilt Inventory* (GI: Jones and Kugler, 1990), la *Guilt Sensitivity Scale* (GSS: Perdighe et al., 2015) e il *Padua Inventory* (PI: Sanavio, 1988).

**RISULTATI:** I dati raccolti sono in via di elaborazione

**CONCLUSIONI:** I risultati delle analisi statistiche sui tre gruppi clinici saranno impiegati per confermare la validità della scala DPSS-R e discussi alla luce della più recente letteratura sull'argomento.

Beck A.T., Steer R.A., Ball R., Ranieri W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment* 67 (3): 588–97.

Catarinella S., Dassisti A., Fagliarone D., Gallese M., Grossi G., Lenzi D., Oliviero L., Pugliese E., Questa M., Cosentino T. (2015): Disgust Propensity and Sensitivity Scale-Revised: validazione italiana in VI Forum sulla Formazione in Psicoterapia Assisi 16-18 ottobre 2015: Libro degli Abstract: 152-54.

Cavanagh K., Davey G.C.L. (2000). The development of a measure of individual differences in disgust. Paper presented to the British Psychological Society.

Chiang, B., Purdon C., Radomsky A. (2012). Development and initial validation of the Fear of Guilt Scale. Paper presented at the meeting of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Geneva, Switzerland.

- Davey G.C.L., Bond N. (2006). Using controlled comparisons in disgust psychopathology research: The case of disgust, hypochondriasis, and health anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 4-15.
- De Jong P. J. & Peters M. L. (2008). Sex and the sexual dysfunctions: The role of disgust and contamination sensitivity. *Disgust and its Disorders: Theory, Assessment, and Treatment Implications*. Olatunji, B. & McKay, D. (eds.). Washington DC: American Psychological Association, 253–70.
- Jones W.H., Schratte A.K., Kugler K. (2000) The Guilt Inventory. *Psychological Reports: Volume 87, Issue* , pp. 1039-1042.
- Matchett G., Davey G.C.L. (1991). A test of a disease-avoidance model of animal phobias. *Behavior Research and Therapy*, 29, 91-93
- Olatunji B.O., Williams N.L., Tolin D.F., Abramowitz J.S., Sawchuk C.N., Lohr J.M. et al. (2007). The disgust scale: item analysis, factor structure, and suggestions for refinement. *Psychological Assessment*, 19, 281-297.
- Page A. C. (1994). Blood-injury phobia. *Clinical Psychology Review*, 14,443-461.
- Pozza A., Mazzoni G.P., Berardi D., Dettore D. (2016). Studio preliminare sulle proprietà psicometriche della versione italiana della Disgust Propensity and Sensitivity Scale-Revised (DPSS-R) in campioni non-clinici e campioni clinici con Disturbo Ossessivo- Compulsivo e Disturbi d'ansia. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 22(3): 271.
- Questa M., Dassisti A., Gallese M. Fagliarone D., Catarinella S., Oliviero L., Cosentino T. (2013). Il disgusto nel disturbo ossessivo-compulsivo: una review. *Cognitivismo Clinico*, 2013, Vol. 10 Issue 2, p161-72.
- Sanavio E. (1988). Obsession and compulsion: The Padua Inventory. *Behav. Res. Ther.*, 26(2), 169-177.
- Schienle A, Stark R, Walter B, Vaitl D (2003). The connection between disgust sensitivity and blood-related fears, faintness symptoms, and obsessive compulsive symptoms. *Anxiety, Stress and Coping*, 16, 185-193.
- Taylor S., Zvolensky M., Cox B., Deacon B., Heimberg R., Ledley D.R. et al. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Psychological Assessment*, 19, 176–188.
- Van Overveld W.J.M., De Jong P.J., Peters M.L., Cavanagh K., Davey G.C.L. (2006). Disgust propensity and disgust sensitivity: separate constructs that are differentially related to specific fears. *Personality and Individual Differences*, 41, 1241-1252.
- Van Overveld M, De Jong PJ, Peters M (2010) The disgust propensity and sensitivity scale e revised: its predictive value for avoidance behavior. *Personality and Individual Differences*, 49, 706-711.

## 6. LA PSICOTERAPIA È DAVVERO EFFICACE PER I PAZIENTI CHE SOFFRONO DI SINTOMI FISICI INSPIEGABILI (MUPS)? REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA SULLE DIMENSIONI DELL'EFFICACIA TERAPEUTICA.

**AUTORE:** Dr Francesca Ceccarelli MD Psicoterapeuta. Diplomata presso la SPC Grosseto nel 2016.

**INTRODUZIONE:** I “sintomi fisici inspiegabili” (MUPS) sono sintomi somatici in cui non è possibile rintracciare una spiegazione psicopatologica riguardo la loro origine e natura. Sono disturbi molto difficili da trattare, tendono a cronicizzare e a diventare disabilitanti e determinano la richiesta di consulti medici continui con costi sociali enormi. Gli interventi psicologici a vari livelli rappresentano una consuetudine nella gestione di questi pazienti.

L'articolo presentato ha lo scopo di definire l'efficacia terapeutica dei trattamenti psicoterapici nei MUPS e nei disturbi somatoformi, attraverso la revisione sistematica della letteratura sull'argomento.

**METODO:** la ricerca è stata effettuata ad aprile 2017 (con un aggiornamento al 16 giugno 2017), utilizzando Pubmed, impiegando i seguenti termini: (medically unexplained symptoms OR medically unexplained physical symptoms OR somatoform disorder) AND (psychotherapy) AND (outcome OR efficacy OR effectiveness) e restringendo i risultati alle metanalisi e review, senza limiti temporali. La ricerca ha prodotto 142 articoli di cui 18 sono stati considerati potenzialmente utili per la ricerca (screening di titoli e abstract). A questi lavori sono stati applicati i seguenti criteri di inclusione: pazienti affetti da MUPS o disturbi somatoformi secondo le varie categorie e definizioni diagnostiche (DSM III o IV-TR; ICD 9-10; ISS). I pazienti così definiti dovevano rappresentare l'unica categoria diagnostica o almeno il 40% dei pazienti inclusi nello studio; in caso di studi con pazienti inquadrabili in diverse categorie diagnostiche, doveva essere possibile estrapolare i dati relativi ai MUPS dal resto dei risultati di efficacia; soggetti adulti (>18aa); impiego di psicoterapia (CBT ed altre forme di terapia); efficacia terapeutica calcolata rispetto al gruppo di controllo; effetto terapeutico ES (Differenza Media Standardizzata o Media Pesata) espresso tramite *d di Cohen* (ES 0,20 effetto piccolo; ES 0,50 effetto medio; ES 0,80 effetto grande); monitoraggio dei risultati al follow up; lingua inglese o italiana. Sono stati esclusi gli studi di farmacoterapia e quelli che arruolano esclusivamente pazienti con sindromi funzionali. L'applicazione di questi criteri ha consentito di evidenziare 4 metanalisi (1,2,3,6) e 2 review (17, 18) che sono state incluse nell'analisi dei dati.

### TESI:

Gli studi considerati nella review coprono un intervallo temporale molto vasto (1966-2013). Presentano una importante disomogeneità nella selezione dei pazienti, soprattutto negli studi più datati. La gravità del quadro clinico, definita come durata della sintomatologia, è considerata come medio-alta (in media 10 anni). Gli studi inclusi nella ricerca arruolano un discreto numero di pazienti (circa 1500 pz in media) e considerano gruppi di controllo diversi: pazienti senza trattamento (in lista di attesa), trattamento medico secondo le linee guida internazionali da solo (usual care) o potenziato da interventi psicologici generali o frammenti di psicoterapia (enhanced

care); l'uso del placebo come gruppo di controllo (due sedute informative sull'effetto dello stress; distribuzione di materiale informativo) è limitato (6-18). Il follow up è breve (intorno ai 12 mesi). Gli studi indagano l'efficacia delle psicoterapie su domini diversi: sintomi fisici (rappresenta l'outcome principale), sintomi psichici e sintomi funzionali. La durata media dei trattamenti psicoterapici è di 7 sedute (psicoterapie brevi).

## RISULTATI PRINCIPALI:

- complessivamente le psicoterapie sono efficaci nel trattamento dei MUPS/Disturbi Somatoformi (3), anche se il vantaggio è piccolo/medio-piccolo:  $ES= 0,19$  effetto molto piccolo (2);  $ES= 0,35$  effetto piccolo (2,6);  $ES= 0,48$  effetto medio (17,18). Di regola il vantaggio è mantenuto al follow up.

- quando l'efficacia terapeutica è definita come vantaggio rispetto al controllo, l'ampiezza dell'ES dipende dalla qualità del gruppo di controllo in questione. *ES è a favore delle psicoterapie solo se confrontate con i pazienti senza trattamento (lista di attesa) o in terapia medica di base.* L'effetto terapeutico delle psicoterapie non è significativo se confrontate col gruppo di pazienti che ricevono cure mediche addizionate con singoli interventi psicoterapici come psicoeducazione o training di riattribuzione (enhanced care) (2) o da pazienti che ricevono dispense informative sullo stress (6).

- per il dominio dei sintomi funzionali, il vantaggio offerto dalla psicoterapia aumenta durante il follow up (2-3-6).

- nell'analisi dell'efficacia dei vari indirizzi psicoterapici, solo la CBT ha acquisito nel tempo una quota di evidenze scientifiche tali da poter giungere a risultati conclusivi sul suo impiego. La CBT rappresenta al momento il trattamento di prima linea ed evidence based, insieme alla farmacioterapia e offre un effetto terapeutico medio-basso ( $ES= 0,37-0,48$ ) (2,17), ben lontano dai risultati che le psicoterapie ottengono per altri disturbi (es. CBT nella depressione e nel DOC ottiene un ES grande; psicoterapia psicodinamica nella depressione ottiene un ES grande) (3).

- altre forme di psicoterapia, alternative alla CBT, vengono comunque considerate utili anche se sono necessari ulteriori studi di efficacia. Nella nostra review, purtroppo, non è stato possibile valutare analiticamente i risultati della terapia di terza ondata e della terapia psicodinamica breve perché i lavori indicati dalla ricerca arruolavano esclusivamente pazienti con sindromi funzionali (4,9).

- l'analisi degli studi selezionati consente di evidenziare quelle variabili che fungono da moderatori per l'efficacia delle psicoterapie. I moderatori, pur considerati dagli autori con cautela, evidenziano quelle variabili che se potenziate potrebbero riflettersi in un miglioramento dell'efficacia dei trattamenti. Risultano associati ad una maggiore efficacia terapeutica: il maggior numero di sedute erogate (2,17,18), il minor livello di ipocondria basale (17), una maggiore flessibilità dei protocolli con interventi mirati alle problematiche del paziente piuttosto che interventi più generali come per esempio le tecniche di rilassamento (3,18), il training di riattribuzione (6); attenzione ai problemi emozionali e alla Alessitimia (3), terapie erogate dagli specialisti della salute mentale (6) soprattutto per i pazienti più gravi (1).

**LIMITI DELLA RICERCA:**

- limiti metodologici delle review selezionate: eterogeneità dei pazienti inclusi nelle metanalisi/review. La disomogeneità del campione riflette una non completa conoscenza della psicopatologia di questi disturbi: la percentuale di pazienti con diagnosi stretta per MUPS (intesi come sindrome da somatizzazione, disturbo somatoforme non altrimenti specificato o indifferenziato, disturbo somatoforme sottosoglia) va da 6-7% (9- 14) degli studi più datati al 100% degli studi più recenti (1,2,3). Nei gruppi più disomogenei sono inclusi pazienti con sindrome da conversione, ipocondria e sindromi funzionali per cui è stato nel tempo ipotizzato un comportamento clinico diverso; il follow up limitato a 1 anno o meno per la maggior parte degli studi non consente di monitorare adeguatamente l'effetto terapeutico dei trattamenti nel tempo; va inoltre considerato che, di regola, una terapia non è considerata efficace se il suo effetto non si mantiene per almeno 1 anno (14); gruppi di controllo inadeguati non consentono di valutare l'effetto placebo dei trattamenti e di monitorare quella quota di pazienti che, per natura intrinseca della sindrome, tende ad una remissione spontanea della sintomatologia.

- limiti della presente review: per ottenere dati immediatamente confrontabili fra i diversi studi abbiamo scelto di arruolare solo quei lavori che mostrassero una misura dell'ES espresso sotto forma di *d di Cohen*. Questo criterio ha escluso di fatto alcune review, limitando quindi una quota di dati disponibili; per avere risultati più comprensivi possibili, abbiamo selezionati review e metanalisi in un arco temporale molto vasto. Questo ha comportato una certa sovrapposizione dei dati disponibili: per esempio nella metanalisi di Kleimstauber(6) solo 14 studi su 27 sono inediti; non è stato possibile condurre un'analisi sistematica sulla terapia psicodinamica breve e soprattutto sulle terapie della terza ondata che rappresentano, teoricamente, strategie terapeutiche potenzialmente in grado di migliorare l'efficacia dei trattamenti esistenti.

**CONCLUSIONI:** nonostante i limiti della ricerca, i risultati della nostra review confermano l'efficacia delle psicoterapie nel trattamento dei MUPS/ disturbi somatoformi. La CBT rappresenta al momento il trattamento di prima linea ed evidence based, insieme alla farmacoterapia. Questo vantaggio seppur piccolo può riflettersi in un beneficio clinico comunque significativo nel trattamento di una sindrome tanto complessa. Anche piccoli risultati infatti, consentono di avviare il paziente verso un processo di cambiamento. Ulteriori studi dovranno essere orientati alla comprensione delle diverse variabili psicopatologiche che caratterizzano i MUPS e nel cercare di potenziare i trattamenti terapeutici esistenti.

**BIBLIOGRAFIA:**

(1) Gerger H, Hlavica M, Gaab J, Munder T, Barth J (2015). Does it matter who provides psychological interventions for medically unexplained symptoms? A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics* 84 (4), 217-26.

(2) van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, Numans ME, van der Horst HE, van Marwijk H (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform

disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Systematic Review* Nov 1 (11), CD011142.

(3) Koelen JA, Houtveen JH, Abbass A, Luyten P, Eurelings-Bontekoe EHM, Geenen R (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 204 (1), 12-9.

(4) Lakhan SE, Schofield KL (2013). Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorder: a systematic review and meta-analysis. *Public Library of Science one* August 26 (8),8: e71834.

(5) Sharma MP, Manjula M (2013). Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders: an overview. *International Review of Psychiatry*. February 25 (1), 116-124.

(6) Kleinstaubler M, Witthoft MM, Miller W (2011). Efficacy of short-term psychotherapy for medically unexplained physical symptom: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 31(1), 146-160.

(7) Allen LA, Woolfolk RL (2010). Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. *Psychiatr Clin North Am*, September 33(3), 579-93.

(8) Witthoftand M, Hiller W (2010). Psychological Approaches to Origins and Treatments of Somatoform Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology* 6, 257-83

(9) Abbass A, Kisely S, Kroenke K (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Systematic review and meta-analysis of clinical trials* 78 (5), 265-274.

(10) Sumathipala A (2007). What is evidence for efficacy of treatment for somatoform disorders? a critical review of previous intervention studies. *Psychosomatic Medicine* 69, 889-900.

(11) Kroenke K (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine* December 69 (9), 881-8.

(12) Tazaki M, Landlaw K (2006) . Behavioural mechanisms and cognitive-behavioural interventions of somatoform disorders. *International Review of Psychiatry*. Feb;18(1), 67-73.

(13) Janca A, Isaac M, Ventouras J. Towards better understanding and management of somatoform disorders. *International Review of Psychiatry* February 18 (1), 5-12.

(14) Allen LA, Escobar JI, Lehrer PM, Gara MA, Woolfolk RL (2002). Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literature. *Psychosomatic Medicine*. Nov-Dec 64(6), 939-50.

(15) Kroenke K, Swindle R (2000) .Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychotherapy Psychosomatic* Jul-Aug;69(4), 205-15.

(16) Kellner R (1994) Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. *Psychother Psychosom*. 61(1-2), 4-24.

(17) Nezu AM, Nezu Cm, Lombardo ER. (2001). cognitive-behavioral therapy for medically unexplained symptoms: a critical review of treatment literature. *Behavioral Therapy* 32, 537-83.

(18) Looper KJ, Kirmayer JK (2002). Behavioural medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70 (3), 810-827.

#### **INFORMAZIONI AGGIUNTIVE:**

**Questa review rappresenta una versione ampliata dell'articolo scientifico "Efficacia delle psicoterapie nei sintomi fisici medicalmente inspiegabili (MUPS): una revisione della letteratura", in via di pubblicazione su Cognitivismo Clinico. Tuttavia si fa presente che mentre l'articolo è una revisione narrativa ed esplorativa sull'argomento, la presente review è esclusivamente orientata all'efficacia dei trattamenti, alle dimensioni dell'effetto terapeutico e alle variabili ad esso collegate ed è da considerarsi quindi inedita.**

## **Sessione Poster 1**

**Venerdì 13 Ottobre**

**18.30 - 19.30**

*Sala Galleria*

# ***Trauma e Dipendenze***

**Chair: C. Perdighe**

## 1. DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS COMPLESSO (cPTSD): PSICOPATOLOGIA, DISSOCIAZIONE E TRATTAMENTO IN FASI

Di Mauro V.<sup>1,2</sup>, Pisano G.<sup>1,2</sup>, Pedone R.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> SPC Napoli

<sup>2</sup> Associazione di Psicologia Cognitiva ó APSö

<sup>3</sup> Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma; Didatta SPC

**Introduzione:** Il cPTSD, Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso, (*Herman, 1992*) è probabilmente la configurazione successiva a un trauma più conosciuta, sebbene non inserita all'interno dei DSM. Le descrizioni presenti in letteratura su questo disturbo sono molteplici e anche la sintomatologia annessa è molto varia. Inoltre in letteratura troviamo dati discordanti sulla tipologia di trattamento da utilizzare e sulle differenze tra adulti e bambini.

**Metodo:** Sono stati esaminati i maggiori studi presenti in letteratura che si sono occupati del cPTSD.

**Tesi:** Nel presente lavoro si sostiene l'importanza di identificare un trattamento elettivo per il cPTSD, o almeno delle linee guida che possano aiutare tutto il team di operatori coinvolti nella cura di questi pazienti e di dimostrare l'importanza del riconoscimento di questo disturbo nei maggiori manuali diagnostici.

**Conclusioni:** Ad oggi, nel DSM V, non è presente una categoria diagnostica che definisca i pazienti con cPTSD sebbene in ambito clinico siano chiaramente identificabili sulla base di caratteristiche specifiche e sia nota l'eziologia del disturbo; ovviamente la presenza di tali pazienti ha già richiesto lo sviluppo di terapie adeguate al trattamento della disregolazione postraumatica complessa. Formalizzare la diagnosi con molta probabilità favorirebbe ulteriori progressi in termini terapeutici, così come è avvenuto per il PTSD dal momento della sua definizione diagnostica. Un altro aspetto importante da considerare è che il cPTSD oltre a rappresentare un quadro sindromico a sé stante, si presenta spesso in concomitanza delle cosiddette malattie mentali gravi, aggravandone la prognosi. Il cPTSD è una realtà clinica che si manifesta con frequenza elevata, con sintomi invalidanti, spesso in concomitanza di altri disturbi, con costi socio-sanitari elevati. Alla luce di ciò l'interesse per l'inquadramento diagnostico e l'attenzione ai trattamenti di dimostrata efficacia paiono essenziali per la pratica clinica.

### **Bibliografia**

- Cloitre, M., Cohen, L. R., Koenen, K. C., & Han, H. (2002). Skillstraining in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067\_1074.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., et al. (2012). *The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults*. Retrieved from [http://www.istss.org/ISTSS\\_Complex\\_PTSO\\_Treatment\\_Guidelines/5205.html](http://www.istss.org/ISTSS_Complex_PTSO_Treatment_Guidelines/5205.html).

- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Hobfoll, S.E., Mancini, A.D., Hall, B.J., Canetti, D., Bonanno, G.A. (2011). The limits of resilience: Distress following chronic political violence among Palestinians. *Social Science Medicine*, 72 (8), 1400-1408.
- Liotti G (2014). Le critiche di Pierre Janet alla teoria di Sigmund Freud: corrispondenze nella psicotraumatologia contemporanea. *Psichiatria e Psicoterapia* (2014) 33, 1, 31-40
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 413-423.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401–408.

## 2. LE ALLUCINAZIONI UDITIVE NEI PAZIENTI PSICOTICI CON STORIA DI TRAUMA

D'Abrosca, A. 1, Amoriello, K.1, Capodanno, A.1, Galizia, E. 1, Gifuni, M.M. 1, Neiviller, F.1, Palladino, G. 1, Santorelli, A.1, Fiorito, T.1, Farina, B.#, Pinto, A. #

1Napoli, III anno SPC

#Psichiatra, Didatta SPC- Napoli

### Introduzione

In letteratura è ben noto il rapporto di causalità fra trauma e sintomi psicotici (Reeves, 2000; Watson 2006).

La presenza di esperienze traumatiche sembrerebbe, difatti, associarsi ad un peggiore esito psicopatologico e allo sviluppo di sintomi psicotici più gravi, in particolare allucinazioni (Mueser et al. 2002).

Nello specifico, sembrerebbe che le allucinazioni uditive si associno con maggiore frequenza, sia nei pazienti psicotici sia nella popolazione generale, alle esperienze traumatiche (McCarthy-Jones, Longden 2015).

L'obiettivo del lavoro è individuare le plausibili motivazioni per cui le allucinazioni uditive siano maggiormente presenti in pazienti psicotici con storia di trauma.

### Tesi

La prima spiegazione risiede nell'elevata incidenza nei pazienti psicotici di esperienze traumatiche infantili, in particolare abusi (fisici, sessuali ed emotivi) (Read et al., 2005, Janssen et al., 2004; Bebbington et al., 2004; Shevlin et al., 2007). Da una rassegna bibliografica fornita da Paul Bebbington (2009) emerge che la presenza di abusi sessuali infantili si associa a una maggiore probabilità di sviluppare una psicosi.

Rilevante è il rapporto tra PTSD e psicosi: i tassi di PTSD risultano molto elevati (dal 13% ad oltre il 50% a seconda delle metodologie utilizzate) e la gravità degli eventi traumatici è associata alla gravità della sintomatologia psicotica.

Per quanto concerne la correlazione tra abuso sessuale e la presenza di sintomi positivi (soprattutto allucinazioni), emerge che sia significativa e che la presenza di allucinazioni con voci persecutorie, soprattutto nelle donne psicotiche, potrebbe essere particolarmente correlata agli eventi traumatici infantili (Misiak et al. 2016).

Un'ulteriore spiegazione risiede nel contesto culturale: numerose ricerche dimostrano che in alcune culture il trauma correla più frequentemente con lo sviluppo di sintomi positivi in pazienti psicotici.

Uno studio recente dimostra difatti che i pazienti con diagnosi di disturbo psicotico provenienti da minoranze etniche quali gli Africani che vivono in Inghilterra e gli afro-americani che vivono negli Stati Uniti riportano un'elevata frequenza di traumi infantili, soprattutto abuso sessuale, a cui si associano frequentemente allucinazioni uditive (Berg et al. 2015).

### Metodo

La ricerca bibliografica è stata realizzata attraverso la consultazione di articoli scientifici reperiti prevalentemente mediante banche dati elettroniche.

### Conclusioni

La letteratura scientifica ha evidenziato l'influenza che i traumi psicologici avvenuti nel passato hanno sullo sviluppo di sintomi psicotici, in particolare deliri e allucinazioni (Reeves, 2000; Watson 2006). Tale correlazione sembra sostenuta dall'elevata incidenza di esperienze traumatiche, in particolare abusi sessuali e dalla matrice culturale dei pazienti affetti da psicosi.

### **3. A FORZA DI ESSERE VENTO: LA PROMOZIONE DELLA CRESCITA POST TRAUMATICA NEL TRATTAMENTO DEL TRAUMA MIGRATORIO**

#### **Autori:**

Antonella Stellacci\*, Rita Di Nino\*\*

#### **Affiliazione:**

\* Specializzata SPC Ancona, psicologa CARA

\*\* Psicologa CARA, Coordinatrice Area Socio-Psicologica Soc.Coop.Soc. Auxilium

#### **INTRODUZIONE**

Gli eventi traumatici, come un terremoto, sconvolgono e modificano le credenze di base dei sopravvissuti e le loro abilità di immaginare obiettivi futuri (Calhoun & Tedeschi, 2006). I richiedenti asilo sono una popolazione maggiormente esposta a esperienze stressanti o propriamente traumatiche. Sono costretti alla fuga, di solito improvvisa, per sottrarsi a persecuzioni o a guerre, senza un preciso progetto migratorio. La fuga è anche di per sé un evento traumatizzante in quanto vissuta in condizioni di insicurezza, di precarietà e di rischio (Losi N., 2000). L'impatto negativo di queste esperienze migratorie sulla salute fisica e mentale è largamente documentato in letteratura (Kirmayer et al., 2011; Patil, Maripuu, Hadley, & Sellen, 2015). Tuttavia, le risposte psicologiche al trauma migratorio spesso non sono esclusivamente negative (Kroo & Nagy, 2011; Teodorescu et al., 2012).

Negli ultimi vent'anni si è diffusa un'area di ricerca che va a indagare gli aspetti positivi conseguenti a eventi traumatici, la Crescita Post Traumatica (Post Traumatic Growth - PTG) (Calhoun & Tedeschi, 2006). Secondo una recente meta-analisi sulla PTG tra i rifugiati (Chan, Young and Sharif, 2016) il supporto sociale, le strategie di coping, la religione e l'ottimismo rappresentano importanti fattori di promozione della crescita.

#### **METODO**

Gli autori propongono l'utilizzo delle recenti linee guida per promuovere la PTG (Tedeschi & Moore, 2016) nel trattamento integrato del trauma migratorio, attraverso la proposta di un lavoro teorico strutturato in 5 fasi.

La prima fase si basa sulla normalizzazione e consapevolezza di come mente e corpo rispondono al trauma attraverso la Psicoeducazione sulla frantumazione delle credenze di base e sulle tre modalità di risposta psicologica al trauma (resilienza, distruzione, ricostruzione). La seconda fase prevede la stabilizzazione dei sintomi traumatici, mediante tecniche terapeutiche come l'imagery, la respirazione diaframmatica e il rilassamento muscolare progressivo. Successivamente, la terza fase esplora il funzionamento del paziente nei diversi settori di vita e si focalizza sul riconoscimento di varie forme di forza personale che può mostrare. Inoltre, attraverso tecniche cognitive comportamentali, si introduce l'importanza del supporto sociale. La quarta fase mira all'esplorazione di nuovi scopi di vita. Infine, la quinta fase promuove l'integrazione di ciò che il paziente ha imparato su se stesso in una storia di vita coerente.

#### **TESI**

La terapia cognitiva comportamentale può giocare un importante ruolo nel promuovere la crescita post traumatica nei sopravvissuti al trauma migratorio. Infatti, se consideriamo che ciò che è traumatico per le persone è la distruzione delle credenze centrali e la minaccia agli assunti sul mondo, allora l'obiettivo della psicoterapia deve essere la rivalutazione delle convinzioni di base su se stessi, sugli altri e sul mondo (Knaevelsrud & al., 2010; Antoni et al., 2001).

Inoltre, la psicoterapia promuove l'elaborazione cognitiva, uno dei prerequisiti necessari affinché la crescita post traumatica abbia luogo. In particolare, la ristrutturazione cognitiva, le tecniche immaginative e le terapie comportamentali di terza generazione promuovono i processi di elaborazione emotiva e cognitiva, che probabilmente portano a un processo di crescita (Calhoun & Tedeschi, 2006) e di ricerca di nuovi significati (Tedeschi & Blevins, 2015).

Infine, in psicoterapia, i pazienti sono incoraggiati ad avere un ruolo attivo, a imparare nuove abilità e a promuovere le relazioni sociali (Antoni et al., 2001). Tali obiettivi terapeutici sono in linea con la proposta di Papadopoulus (2002) sull'assistenza ai rifugiati: attivare le risorse personali e le strategie di coping, indicatori del processo di rimarginazione della ferita causata dallo sradicamento.

## CONCLUSIONI

La maggior parte dei clinici che lavorano con i rifugiati traumatizzati ha come priorità la riduzione dei sintomi, tuttavia alcuni stanno lavorando per valutare e promuovere i cambiamenti positivi dopo il trauma e per monitorare la qualità della vita tra i loro pazienti. Infatti, gli interventi psicologici positivi tra i pazienti traumatizzati possono essere integrati con successo con il lavoro terapeutico basato sulla riduzione dei sintomi psicopatologici (Teodorescu et al, 2012).

Tuttavia per una valutazione quantitativa della PTG è necessario l'utilizzo di test standardizzati e validati sulla popolazione di riferimento.

Infine, considerando che recenti studi hanno dimostrato la possibilità di una correlazione positiva tra la crescita post traumatica e la creatività e che quest'ultima può rappresentare una strategia di coping positiva per gestire l'esperienza traumatica (Forgeard, 2014), si potrebbe estendere l'intervento, a livello comunitario, promuovendo le risorse creative.

## BIBLIOGRAFIA

Antoni, M. H., Lehman, J.M., Kilbourn, K.M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alfieri, et al. (2001). *Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer*. Health Psychology. In Calhoun, L. G., and Tedeschi, R. G. eds. 2006. *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. New York: Routledge

Calhoun, L. G., and Tedeschi, R. G. (2006). *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. New York: Routledge

Forgeard, M.J.C., Mecklenburg, A. C., Lacasse, J.J., & Jayawickreme, E. (2014). Bringing the whole universe to order: Creativity, healing, and post traumatic growth. In Kaufman, S.B., & Gregoire, C. (2015). *Wired to created. Unraveling the mysteries of the creative mind*. Perige

Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., . . . the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH). (2011). *Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care*. Canadian Medical

Association Journal, 183, E959–E967. In Chan, K. J., Young, M.Y., Sharif, N. (2016). *Well-Being After Trauma: A Review of Posttraumatic Growth Among Refugees*. Canadian Psychology, 57, 291-299

Knaevelsrud, C., Liedl, A., & Maercker, A. (2010). *Posttraumatic growth, optimism and openness as outcomes of a cognitive-behavioural intervention for post-traumatic stress reactions*. Journal of Health Psychology, 15, 1030–1038

Kroo, A., & Nagy, H. (2011). *Posttraumatic growth among traumatized Somali refugees in Hungary*. Journal of Loss and Trauma, 16, 440–458. In Chan, K. J., Young, M.Y., Sharif, N. (2016). *Well-Being After Trauma: A Review of Posttraumatic Growth Among Refugees*. Canadian Psychology, 57, 291-299

Papadopoulos, R.K. (2002). *Therapeutic Care for Refugees. No Place Like Home*, London: Karnac. Tavistock Clinic Series (trad.it. L'assistenza terapeutica ai rifugiati. Nessun luogo è come casa propria, Edizione Magi, Roma, 2006).

Tedeschi, R.G. & Blevins, C.L. (2015). *From Mindfulness to Meaning: Implications for the Theory of Posttraumatic Growth*. Psychological Inquiry, 26, 373-376.

Tedeschi, R.G. & Moore, B.A. (2016). *The Posttraumatic Growth Workbook: Coming Through Trauma Wiser, Stronger, and More Resilient*. New Harbinger Publications

Teodorescu D., Siqueland J., Heir T., Hauff E., Wentzel-Larsen T., Lien L. (2012). *Posttraumatic growth, depressive symptoms, posttraumatic stress symptoms, post migration stressors and quality of life in multi-traumatized psychiatric outpatients with a refugee background in Norway*. Health and Quality of Life Outcomes 10: 84.

## **4. OVERVIEW ON BEHAVIOURAL ADDICTION: CLASSIFICATION, FUTURE RESEARCH AND CLINICAL PRACTICE**

*(E. Giannelli, M. Muja, V. Bernardo, P. Massafra, R. Maniglia)*

### **Introduction**

Conceptualising behavioural addiction has been a matter of great debate for many years. There is now a growing movement that views a number of behaviours as potentially addictive including many that do not involve the ingestion of a drug (such as gambling, sex, exercise, videogame playing, Internet use, mobile phone use, shopping and work). Following the recent changes to the diagnostic category for addictive disorders in DSM-5, it is urgent to clarify what constitutes behavioural addiction to have a clear direction for future research, classification and clinical practise.

### **Method**

This overview is a descriptive study and content analysis. First, different conceptualizations of behavioural addiction were obtained, after there were discussed and major issues were extracted.

### **Thesis**

This overview aims to find an operational definition of behavioural addiction, providing a common ground for future research and clinical practise. This paper argues that all addictions consist of a number of distinct common components (phenomenology, emotion dysregulation, tolerance, withdrawal, conflict and relapse), according with the biopsychosocial theory.

### **Conclusions**

To date, existing data are most extensive for pathological gambling, with only limited data for compulsive shopping, internet addiction, and video/computer game addiction, and almost no data for other behavioural addictions such as sexual addiction, love addiction. There is currently insufficient data to justify any classification of other proposed behavioural addictions.

Regarding clinical practise, behavioural addictions and substance use disorders often respond positively to the same treatments, both psychosocial and pharmacological.

Substantial future research, is needed to bring our knowledge of behavioural addictions to the level of that for substance addictions.

### **Overview sulla dipendenza comportamentale: classificazione, ricerca e pratica clinica**

*(E. Giannelli, M. Muja, V. Bernardo, P. Massafra, R. Maniglia)*

## **Introduzione**

La concettualizzazione della dipendenza comportamentale è stata una questione di grande dibattito per molti anni. Oggi c'è un numero crescente di comportamenti che possono diventare un addiction, tra cui molti che non implicano l'uso di sostanze (come il gioco d'azzardo, il sesso, l'esercizio fisico, giocare ai videogiochi, l'uso di Internet, l'uso di telefoni cellulari, lo shopping e il lavoro). A seguito delle recenti modifiche della categoria diagnostica per i disturbi di dipendenza nel DSM-5, è utile chiarire cosa sia una dipendenza comportamentale, promuovendo una chiara direzione per la ricerca, per la classificazione e per la pratica clinica.

## **Metodo**

Questa overview è un'analisi descrittiva dei contenuti. In primo luogo, sono state raccolte diverse concettualizzazioni della dipendenza comportamentale, successivamente sono stati discussi ed estratti i principali concetti teorici.

## **Tesi**

Questa overview ha l'obiettivo di trovare una definizione operativa della dipendenza comportamentale, fornendo un rationale teorico per future ricerche e per la pratica clinica. Questo studio afferma che tutte le dipendenze consistono in una serie di componenti comuni distinti (fenomenologia, disregolazione emotiva, tolleranza, ritiro, conflitti e ricaduta), secondo la teoria bio-psico-sociale.

## **Conclusioni**

Ad oggi i dati esistenti sono più ampi per il gioco patologico, con dati limitati solo per lo shopping compulsivo, la dipendenza da Internet e la dipendenza da videogiochi e computer; quasi nessun dato per altre dipendenze comportamentali, come la dipendenza sessuale, la dipendenza affettiva. Attualmente non sono disponibili dati sufficienti per giustificare qualsiasi classificazione di altre dipendenze comportamentali proposte.

Per quanto riguarda la pratica clinica, le dipendenze comportamentali e i disturbi dell'uso di sostanze spesso rispondono positivamente agli stessi trattamenti, sia psicosociali che farmacologici.

È necessaria una sostanziale ricerca futura per portare la nostra conoscenza delle dipendenze comportamentali al livello di quello per le dipendenze di sostanze.

## 5. INTERNET ADDICTION

M. Caroprese; F. Pizzicannella; F. Siino; S. Simeoni  
Scuola di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale di Roma – 1 anno 2017

### ABSTRACT

Introduzione: Il termine “*Internet Addiction*” viene coniato nel 1995 da Ivan Goldberg che propose dei criteri riformulando quelli della dipendenza da sostanze del DSM-IV: un uso maladattivo di internet, che conduce a menomazione o disagio clinicamente significativo.

La dipendenza da Internet risulta frequentemente associata ad altri disturbi psichiatrici, tra cui dipendenza da sostanze, disturbi del sonno, depressione, problemi di rabbia e ansia sociale (Flisher C. 2010, Ko C. et al., 2012). Infatti, si osservano sintomi clinici come craving, astinenza, tolleranza, impulsività e compromissione delle capacità cognitive nel prendere decisioni rischiose (Sim T. et al. 2012, Sun D. et al. 2009, Block J. 2008; Shapira N. et al., 2000). Possono manifestarsi numerosi problemi fisici, che possono insorgere stando a lungo seduti davanti al computer (disturbi del sonno, irregolarità dei pasti, scarsa igiene del corpo, dolori alla schiena, stanchezza, mal di testa, ecc.). Le ricerche più recenti (Flisher C., 2010) indicano che non esiste un tipo specifico di persona vulnerabile allo sviluppo di una dipendenza da internet, anche se risultano più frequentemente a rischio i giovani uomini single, gli studenti universitari, gli adolescenti carenti di supporto emotivo e psicologico, le donne di mezza età, le persone con un più basso livello di istruzione.

La cura della dipendenza da internet passa attraverso un mirato intervento psicoterapeutico di tipo cognitivo comportamentale (Young K.S., 2011).

Obiettivo: il presente studio ha lo scopo di esplorare ed approfondire questo fenomeno in maggiore crescita tra le nuove generazioni e di grande rilevanza sociale. Nello specifico, verranno presi in considerazione numerosi aspetti quali, le fasi di sviluppo, i fattori di rischio, le conseguenze psicologiche, ambientali e sociali e le modificazioni a livello cerebrale con gli studi di “*neuroimaging*”; inoltre esamineremo le diverse sotto-classificazioni del disturbo e l’efficacia della Terapia Cognitivo-Comportamentale.

Metodologia: Attraverso la banca dati PubMed, è stata approfondita la tematica dell’*Internet Addiction Disorder*” e della “*iGeneration*”, conosciuta anche come Generazione Z.

Conclusioni: È di estrema importanza studiare questo fenomeno, in quanto il danno psicologico più grave riscontrabile oggi è l’erosione del principio di realtà; in particolare sono in aumento i fenomeni dissociativi e lo sviluppo di tratti autistici, come l’evitamento del contatto oculare (La Barbera D., 2017), e stanno inoltre emergendo in rete giochi di estrema pericolosità (ad es. giochi senza ossigeno, di aggressione fisica e di sfida), alcuni basati sul soffocamento, in cui l’asfissia viene auto- provocata o provocata da altri, al fine di ottenere uno stato di euforia.

Questa review evidenzia l’efficacia del trattamento cognitivo comportamentale su questa patologia, tuttavia mancano delle misure che quantificano il reale cambiamento cognitivo. Sarebbe auspicabile in futuro approfondire la correlazione tra l’*internet addiction disorder*, i disturbi dell’umore (ansia e depressione) e difficoltà sociale e interpersonali.

## **Sessione Poster 2**

**Sabato 14 Ottobre**

**16.15 - 17.15**

*Sala Onda*

# ***Età Evolutiva ed Esclusione Sociale***

**Chair: V. Semeraro**

## **1. L'EDUCAZIONE RAZIONALE-EMOTIVA: UN PROGETTO ESPERIENZIALE NELLE SCUOLE IN VENETO**

Giorgia Bernardi°, Antonio Calvanese°, Mariangela Candela°, Barbara Cesarelli°, Rosanna Ferrara°, Giulia Lucchini°, Valentina Miscali°, Claudia Tomasi°, Valentina Tomizza°, Cristina Zaccagnino°, Bernardelli Sara\*

° Studenti specializzandi, SPC-Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-Associazione di Psicologia Cognitiva, sede di Verona

\* Psicologa-Psicoterapeuta, Didatta APC-Associazione di Psicologia Cognitiva e Docente conduttore di Project, Sede di Verona

Relatore: Antonio Calvanese

**INTRODUZIONE:** All'interno di un project durante il nostro primo anno, abbiamo ideato e svolto nella scuola primaria (classi terza, quarta e quinta) e nella scuola secondaria di primo grado (classi prime) un progetto di consapevolezza emotiva nella cornice teorica dell'educazione razionale-emotiva.

**OBIETTIVO:** Tale percorso didattico, derivato dalla REBT- Terapia Razionale Emotiva Comportamentale (Ellis, 1955), mira a favorire la consapevolezza delle proprie emozioni e dei propri pensieri, in un'ottica di prevenzione del disagio emotivo e costituisce un vero e proprio lavoro di "alfabetizzazione emotiva". L'obiettivo è quello di aiutare il bambino a costruire l'ABC delle proprie emozioni secondo il modello REBT.

**METODO:** Il percorso si è articolato in tre incontri che hanno affrontato i seguenti temi: 1) Consapevolezza emotiva; 2) Il ruolo dei pensieri nel causare le emozioni; 3) Il modello ABC. E' stata svolta una parte psicoeducativa sulle emozioni e una più pratica in cui i bambini e ragazzi hanno partecipato attivamente grazie all'introduzione di giochi, attività di gruppo e individuali su materiale creato ad hoc, diversificato a seconda della fascia d'età.

Nel corso di tre incontri abbiamo stimolato la riflessione sui cambiamenti che ciascuna emozione provoca (modificazioni fisiologiche, comportamentali e psicologiche), con l'obiettivo di favorirne la consapevolezza, di comprendere la funzione dei diversi stati emotivi e di ampliare il vocabolario emotivo; abbiamo favorito la riflessione sul proprio dialogo interno, cercando di identificare il proprio pensiero e quello altrui in diverse situazioni. Abbiamo quindi lavorato sugli ABC come strumento per collegare eventi, pensieri ed emozioni.

**CONCLUSIONI:** In futuro ci proponiamo di sviluppare un progetto più strutturato in ottica preventiva con un maggior numero di incontri al fine di implementarne i contenuti (ad esempio introducendo una parte di lavoro sulla ristrutturazione cognitiva) e di identificare uno strumento di valutazione pre e post intervento per monitorare l'efficacia del programma.

## 2. NELLA MENTE DEL BULLO

Zappatore Silvia<sup>1</sup>, Manno Paola<sup>1</sup>, Quaranta Marta<sup>1</sup>, Biasco Patrizia<sup>1</sup>, Catania Filomena<sup>1</sup>, Gentile Elisabetta<sup>1</sup>, Leo Anna Cosima<sup>1</sup>, L'Abbate Annalisa<sup>1</sup>, Ciraci Sara<sup>1</sup>, Angiuli Federica<sup>1</sup>, Buonanno Carlo<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Associazione di Psicologia Cognitiva, Lecce

<sup>2</sup> Scuola di Psicoterapia Cognitiva – Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma

Il presente lavoro intende indagare le conoscenze disponibili in letteratura riguardo gli stati mentali, le credenze, le abilità empatiche e l'elaborazione dell'informazione sociale nel fenomeno del bullismo, con particolare riferimento alla mente del "bullo".

La review è condotta su motori di ricerca quali PubMed, Google Scholar, Ebsco, utilizzando come criteri di selezione le pubblicazioni che avessero come oggetto il topic "Bullyng and Social Information Processing"; "Bullyng and emotion"; "Bullyng and cognitive beliefs"; "Bullyng and Mental States".

Convenzionalmente, il bullismo è definito includendo 3 caratteristiche: (1) aggressione intenzionale volta ad arrecare danno o disturbare, (2) sbilanciamento di potere tra la vittima e il suo aggressore e (3) reiterazione del comportamento aggressivo (Olweus, 2013; Solberg & Olweus, 2003).

Partendo da una riflessione su modelli quali quello di Swearer S.M., Hymel S. (2015), che integra il modello ecologico (Bronfenbrenner, 1979) con il più noto modello diatesi-stress, il presente lavoro cerca di soffermarsi sulle credenze riguardo a sé e agli altri, la modalità con cui viene elaborata la informazione sociale (Social Information Processing, SIP), gli schemi attivati dal bullo (es. immagine negativa di sé) e gli scopi perseguiti (es. scopi agonistici di rango, di controllo e potere) durante la relazione sociale.

Il modello SIP, formulato da Dodge (1986) e riformulato da Crick e Dodge (1994) descrive l'elaborazione dell'informazione sociale come un processo mentale suddiviso in 6 step che guida le risposte comportamentali dell'individuo a stimoli sociali: (1) codifica dei suggerimenti sociali, (2) Interpretazione degli stessi, (3) identificazione dei goals, (4) costruzione delle risposte, (5) decisione della risposta, (6) attuazione della risposta. La nostra review si concentra, principalmente sui primi due steps del presente modello messi in atto dal bullo.

I lavori disponibili in letteratura hanno indagato aspetti empatici, credenze modalità di SIP, ma generalmente soffermandosi sulla vittima di bullismo o sui singoli aspetti. Il presente lavoro si propone di realizzare una sintesi delle conoscenze disponibili, con la finalità di costruire un identikit del funzionamento del bullo, in grado di ottimizzare l'implementazione di programmi di intervento e di prevenzione del fenomeno.

### 3. LA CATASTROFIZZAZIONE DEL DOLORE IN ETÀ PEDIATRICA

Roberta Caterina Tanzi\*, Teresa Antonicelli\*\*, Mauro Di Piero\*\*, Maria Grazia Foschino\*\*\*, Michele Simeone\*\*\*\*

\*Allieva III anno, SPC Reggio Calabria, \*\*Allievo I anno AIPC Bari; \*\*\*\* Direttore AIPC sede di Bari; \*\*\*\*\* Docente AIPC sede di Bari

#### INTRODUZIONE

Il presente lavoro rappresenta la prima parte di un più ampio progetto di ricerca finalizzato alla validazione del Pain Catastrophizing Scale for Children (PCS-C) nella popolazione pediatrica italiana e allo studio del costrutto in relazione ad altre variabili (psicologiche, emotive, interpersonali).

La catastrofizzazione del dolore è intesa come un assetto mentale negativo attivato in previsione o durante l'esperienza di dolore (Sullivan, Thorn, Haythornthwaite, Keefe, Martin, Bradley, Lefebvre, 2001). In letteratura esistono numerosi studi che forniscono dati a favore della relazione tra catastrofizzazione del dolore e maggiore intensità del dolore esperito, interferenza nelle attività quotidiane e disabilità funzionale, maggiori accessi a presidi medici, depressione e alterazioni nella rete di supporto sociale (Edwards, Bingham, Bathon, Haythornthwaite, 2006; Sullivan, Thorn, Rodgers, e Ward, 2004). Tuttavia sono ancora pochi gli studi che hanno esaminato il ruolo della catastrofizzazione nelle esperienze dolorose di bambini e adolescenti. Il presente lavoro si pone pertanto l'obiettivo di esplorare, a partire dalla letteratura degli ultimi anni, la relazione tra catastrofizzazione del dolore, intensità percepita del dolore, esiti sulla salute psicofisica e sulla qualità di vita in bambini e adolescenti affetti da patologie croniche e non.

#### METODO

È stata effettuata una review sistematica della letteratura attraverso i principali motori di ricerca (Pubmed/Medline, Cochrane, EBSCO, PsycInfo) e sono stati esaminati gli studi sul costrutto di catastrofizzazione del dolore, in particolare in età evolutiva, e la relazione tra catastrofizzazione del dolore in età evolutiva, percezione di dolore, e conseguenze sul benessere psicosociale.

#### TESI

L'ipotesi alla base di tale ricerca è che il livello di catastrofizzazione assuma un ruolo significativo rispetto all'esperienza di dolore e al benessere psicofisico di bambini e adolescenti con patologie e non.

#### CONCLUSIONI

I risultati che emergono dalla review in primo luogo sostanziano quanto ipotizzato rispetto al ruolo centrale della catastrofizzazione nella complessa esperienza del dolore anche in età pediatrica. La letteratura esaminata suggerisce infatti una relazione tra questo costrutto e sintomi clinici quali intensità di dolore percepito, lamentele somatiche, disabilità funzionale, ansia e depressione

(Crombez, Bijttebier, Eccleston, Mascagni, Mertens, Goubert et al. 2003; Veervort, Goubert, Eccleston, Bijttebier, & Crombez, 2006; Langer, Romano, Levy, Walker, Whitehead, 2009). Inoltre, in questa fascia di età la catastrofizzazione del dolore sembra assumere anche un ruolo relazionale, rappresentando un sistema di credenze ed atteggiamenti nei confronti del dolore condivisi all'interno della relazione genitori-figli (Rubens Goulart, Cinthia Pessoa, Império Lombardi Junior, 2016; Vervoort, T. Goubert, L., Vandenboscsche, H, Van Aken, S., Matthys, D., Crombez, G., 2011).

In secondo luogo, alcuni studi evidenziano le potenzialità di interventi terapeutici finalizzati alla modifica di credenze e sentimenti associati al dolore e nello specifico alla riduzione della catastrofizzazione del dolore (Marina Shpaner, Clare Kelly, Greg Lieberman, Hayley Perelman, Marcia Davis, Francis J. Keefe, Magdalena R. Naylor, 2014)

Risultano tuttavia necessari altri studi per comprendere meglio le relazioni causali fra il costrutto di catastrofizzazione del dolore e le altre variabili esaminate e quindi il suo valore predittivo ed esplicativo.

### **Bibliografia essenziale**

- Crombez, G., Bijttebier, P., Eccleston, C., Mascagni, T., Mertens, G., Goubert, L., et al. (2003). The Child version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-C): A preliminary validation. *Pain*, 104, 639–646.
- Edwards RR, Bingham CO III, Bathon J, & Haythornthwaite JA. (2006). Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia and other rheumatic disease. *Arthritis Rheum*. 55: 325–332.
- Langer, S.L., Romano, J.M, Levy, R.L., Walker, L.S., e Whitehead, W.E. (2009). Catastrophizing and parental response to child symptom complaints. *Children's Health Care*, 38, 169-184.
- Marina Shpaner, Clare Kelly, Greg Lieberman, Hayley Perelman, Marcia Davis, Francis J. Keefe, Magdalena R. Naylor (2014). Unlearning chronic pain: A randomized controlled trial to investigate changes in intrinsic brain connectivity following Cognitive Behavioral Therapy. *NeuroImage: Clinical* 5 : 365–376.
- Rubens Goulart, Cinthia Pessoa, Império Lombardi Junior (2016). Psychological aspects of juvenile fibromyalgia syndrome: a literature review. *Revista brasileira de reumatologia*, 56 (1): 69–74.
- Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, Lefebvre JC (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*, 17: 52-64.
- Sullivan MJL, Thorn B, Rodgers W, Ward C. Path model of antecedents to pain experience: experimental and clinical findings (2004). *Clin J Pain*. 20 (3): 164–173.
- Veervort, Goubert, Eccleston, Bijttebier, & Crombez (2006) Catastrophizing Thinking About Pain is Independently Associated with Pain Severity, Disability, and Somatic Complaints in School Children and Children with Chronic Pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (7) pp 674-683.
- Vervoort, T., Goubert, L., Vandenbossche, S., Van Aken, S., Matthys, D., Crombez, G. (2011) Child's and parent's catastrophizing about pain is associated with procedural fear in children: a study in children with diabetes and their mothers. *Psychological Reports*, 109, 3: 879-895.

#### **4. IL RUOLO DEL SENSO DI COLPA NELLO SVILUPPO DI DUE, DISTINTI QUADRI PSICOPATOLOGICI IN ETÀ EVOLUTIVA: IL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO E IL DISTURBO DELLA CONDOTTA**

Fabrizia Tudisco, Rosamaria Borriello, Chiara Cimminiello, Mafalda Golia, Natascia Guarino, Mario La Corte, Giorgia Migliorelli, Daniela Panorano, Luisa Pisani, Barbara Pizzini, Antonio Siani, Angela Sparaco, Carlo Buonanno

##### **SPC Napoli, I anno**

Relatrice: Fabrizia Tudisco

Parole Chiave: Disturbo Ossessivo-Compulsivo; Disturbo della condotta; Temperamento; Stile di parenting; Rappresentazioni mentali; moralità.

##### **INTRODUZIONE**

L'obiettivo della presente review è quello di indagare il ruolo del senso di colpa nella genesi e nello sviluppo del disturbo della condotta e del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). La scelta di approfondire nel dettaglio questi due disturbi è stata dettata dalla considerazione del fatto che entrambi si posizionano alle estremità di un continuum ideale di sviluppo della moralità. L'obiettivo della review è delineare le traiettorie di sviluppo che esitano in due diversi quadri psicopatologici, a partire dal ruolo giocato da tre variabili: il temperamento, lo stile di parenting e le rappresentazioni mentali prevalenti.

##### **METODO**

A tale scopo, abbiamo proceduto a una ricerca della letteratura, utilizzando i motori di ricerca PubMed, Google Scholar, ProQuest, EBSCO, PsycARTICLES, PsycINFO, PsycNET e inserendo le seguenti parole chiave: Obsessive-Compulsive Disorder; Conduct Disorder; temperament; parenting style; mental representations; morality. Sono stati raccolti gli articoli relativi agli ultimi 20 anni che, da un'analisi dell'abstract, sono stati considerati pertinenti rispetto all'obiettivo della ricerca.

##### **CONCLUSIONI**

Dall'analisi della letteratura è emerso il ruolo fondamentale delle variabili considerate. Diversi tipi di temperamento e livelli di arousal sembrerebbero specifici nella predisposizione allo sviluppo dei due disturbi. Lo stile di parenting risulta invece intervenire in un secondo momento, come fattore protettivo o di rischio psicopatologico. Analogo il ruolo delle rappresentazioni mentali prevalenti. È auspicabile nelle future ricerche una maggiore attenzione ai pesi specifici delle 3 variabili nei 2 percorsi di sviluppo psicopatologici e alle relazioni tra di loro.

## 5. L'IMPULSIVITÀ NEL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ (DDAI) E NEL DISTURBO DA USO DI SOSTANZE (DUS)

*Federica Russo<sup>1</sup>, Carlo Buonanno, Emiliana Stendardo<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>SPC Roma, III anno

<sup>2</sup>SPC Napoli, I anno

Relatore: Emiliana Stendardo, Federica Russo

**Parole chiave:** Disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (DDAI), Disturbo da Uso di Sostanze (DUS), Impulsività, Personalità, Substrati neurali.

**Introduzione:** L'impulsività è un tratto di personalità multicomponenziale, caratterizzato da una predisposizione a emettere azioni rapide e spesso premature, senza appropriate considerazioni sulle ripercussioni future. L'impulsività prevarica sull'inibizione e sul senso di colpa e nonostante le sue proprietà rinforzanti e di immediata soddisfazione è spesso accompagnata da rimorsi e pentimenti. L'impulsività può essere adattativa consentendo di agire e prendere decisioni in modo rapido, diretto e senza rimuginio ed è presente in soggetti propensi ai cambiamenti e che male tollerano la monotonia.

**Metodo:** Prendendo in esame la letteratura scientifica degli ultimi decenni (con particolare riferimento alle ricerche neuroscientifiche) focalizzeremo l'attenzione su due grandi tipologie di impulsività: la prima legata alle scelte e la seconda di tipo motoria. Analizzeremo entrambe le tipologie di impulsività nel Disturbo da deficit di Attenzione e Iperattività e nel Disturbo da Uso di Sostanze.

**Tesi:** Nostro obiettivo è comprendere se e in che modo le differenti componenti dell'impulsività contribuiscano a spiegare le caratteristiche di tali patologie.

**Conclusione:** Risulta a nostro parere di estrema importanza comprendere le diverse componenti dell'impulsività, al fine di promuovere la pianificazione di trattamenti farmacologici e psicoterapici specifici ed efficaci, modulati sulle caratteristiche personali del paziente.

## 6. DARE UNA MANO: ESTENSIONE E LIMITI NEI BENEFICI DEL CONTATTO INTERPERSONALE.

*Cerratti P., Brindisino F., Collazzone A., Lo Zito S., Pietrarelli S., Brasini M.*

**INTRODUZIONE:** Dalle ricerche pioneristiche di Harlow ad oggi si è assistito ad una sempre crescente valorizzazione del ruolo curativo del contatto fisico. I benefici del contatto fisico, coerentemente con quanto indicato dalla teoria dell'attaccamento, sono stati accertati nella diade madre-bambino (Kennel, 1975; Bystrova, 2009; Feldman, 2010 e 2014), e per estensione nella relazione di coppia (Karen 2005, Light 2005, Grewen 2005, Grewen 2003, Coan 2006, Ditzen 2007, Eisenberger 2011, Debrot 2013). L'espansione del filone di ricerca in ambito neuroscientifico ha evidenziato il ruolo chiave dell'ossitocina, definita comunemente "l'ormone dell'amore" (Heinrichs 2003, Bartels 2004, Lee 2009, Zak 2004-2007, Adam 2011, Barraza 2009, Scantamburlo 2014). Inoltre, l'individuazione di un canale afferente di fibre tattili che sembra connesso con stimoli di natura emotiva (Walker & McGlone, 2013; McGlone, 2014; Liljencrantz, 2014) ha corroborato l'idea che un "tocco gentile" possa automaticamente produrre benessere. In sintesi, una visione semplificata della teoria dell'attaccamento e dei meccanismi neurobiologici del contatto fisico ha aperto la strada all'ipotesi di una "cura-orsacchiotto", in cui l'effetto meccanico bottom-up del toccare un orsacchiotto, unito alla rappresentazione mentale di un caloroso abbraccio collegato all'infanzia, possa farci sentire amati e accettati riparando le ferite dell'isolamento sociale (Kenneth Tai, Xue Zheng, and Jayanth Narayana, 2011).

**METODO:** review critica della letteratura riguardante i benefici del contatto fisico e dell'esclusione sociale.

**TESI:** la propensione a ricercare ed accettare il contatto e la possibilità di produrre effetti benefici dipendono da fattori quali il funzionamento cognitivo personale e il modo di concepire la relazione in atto; in particolare il significato del contatto fisico potrebbe risultare negativo, invalidandone "l'effetto benefico", proprio nelle situazioni di esclusione sociale.

Feldman (2012) propone l'idea di differenti tipi di legame sostenuti da analoghi processi di sintonizzazione bio-comportamentale sostenuto dal sistema ossitocinico che sarebbe quindi il substrato ormonale sia delle relazioni parentali che di quelle romantiche e affiliative; pertanto l'abbraccio del genitore avrebbe lo stesso valore di quello di un amico o del proprio partner. Tuttavia, individuare un substrato neuro-comportamentale comune non significa stabilire un'equivalenza dal punto di vista del significato interpersonale, o della funzione evolutiva. L'esperienza del contatto fisico è costituita dall'integrazione di informazioni bottom-up (tattili) e top down (legate al contesto) (Ellingsen, 2016) pertanto possono essere individuate quattro variabili che la determinano: caratteristiche fisiche dello stimolo, attenzione/consapevolezza, esperienze precedenti, importanza e valenza affettiva dello stimolo. Sono numerosi gli studi che sostengono l'idea che sia più appropriato considerare il contatto fisico come una forma di comunicazione ad alta valenza emozionale il cui significato non è predeterminato ma inscritto nelle relazioni in atto (Morrison, 2010; Thompson, 2011; Ellingsen, 2014).

CONCLUSIONI: se si considera il contatto fisico alla luce del suo significato interpersonale, diventa questionabile l'idea che questo possa costituire una panacea per tutti i mali. In particolare, è difficile immaginare che il contatto fisico possa costituire una cura efficace per l'isolamento sociale se non si tiene conto delle variabili soggettive ed intersoggettive che portano diversi individui ad una condizione di isolamento.

Una ricerca in corso da parte di questo gruppo di project si ripropone di verificare se ricevere un "tocco gentile" dalla stessa persona che ci ha esclusi in una procedura di selezione abbia un effetto piacevole e rilassante o se, di contro, aumenti il senso di disagio e di tensione negli esclusi. La metodologia usata in questa ricerca ha previsto un disegno di ricerca 3 x 2, in cui i soggetti dei 3 gruppi (di controllo, degli inclusi e degli esclusi) valutavano la piacevolezza del contatto fisico ricevuto prima e dopo essere stati inclusi o esclusi (per il gruppo di controllo non era previsto il "giudizio di idoneità" che determinava l'inclusione o l'esclusione). L'elaborazione dei dati è ancora in corso.

## **Sessione Poster 2**

**Sabato 14 Ottobre**

**16.15 - 17.15**

*Sala Ping Pong*

# ***Mindfulness***

**Chair: R. Esposito**

## 1. RUMINAZIONE, INSONNIA E DISPOSIZIONE *MINDFUL*

Feliciano Lizzadro<sup>1</sup>, Federica Farina<sup>1,2</sup>, Nicola Petrocchi<sup>3</sup>, Angelo Maria Saliani<sup>1</sup>, Francesco Mancini<sup>1</sup>, Barbara Barcaccia<sup>1,4</sup>

*1Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva srl SPC*

*2 Sleep Unit, Università Cattolica A. Gemelli, Roma*

*3Compassionate Mind Italia*

*4 Sapienza Università di Roma*

### **Introduzione**

L'insonnia, ovvero la reiterata difficoltà a iniziare e/o mantenere il sonno, tale che esso risulta di durata/qualità insoddisfacente, è una condizione dolorosa e invalidante che si ripercuote sul funzionamento quotidiano, compromettendo le relazioni sociali e la performance nel lavoro. La disposizione *mindful* può facilitare la de-attivazione fisiologica e cognitiva implicata nell'addormentamento aiutando a lasciar andare i contenuti mentali e a non ruminare (Garland et al., 2013). Ciò è particolarmente rilevante per gli individui che soffrono di insonnia, viste le note difficoltà a non farsi trascinare dalla prepotenza dei pensieri, delle emozioni e delle sensazioni.

### **Obiettivo**

Il presente studio ha lo scopo di esaminare l'associazione tra qualità del sonno, gravità dell'insonnia, disposizione *mindful*, ruminazione depressiva e rimuginio ansioso.

### **Metodo**

100 studenti universitari, 26 maschi, 74 femmine, (M= 27), hanno completato le seguenti misure:

- FFMQ (Five Facets Mindfulness Questionnaire, Baer 2008).
- ISI (Insomnia Severity Index, Morin 1993).
- PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index, Buysse 1989)
- RRS (Rumination Response Scale, Nolen-Hoeksema and Morrow, 1991).

### **Risultati**

Nel presente studio abbiamo esaminato la relazione esistente tra *mindfulness*, qualità del sonno, gravità dell'insonnia, rimuginio e ruminazione in un campione di studenti universitari.

I risultati mostrano che la sfaccettatura della *mindfulness* maggiormente correlata alla gravità dell'insonnia e alla qualità del sonno è la tendenza al giudizio. Più è grave l'insonnia (ISI) e peggiore la qualità del sonno (PSQI), più l'individuo tende a giudicare negativamente i propri stati interni, e meno agisce consapevolmente. Più grave è il rimuginio ansioso, maggiore è la reattività e il giudizio, e minore l'azione consapevole. Più grave è la ruminazione depressiva, e maggiore è il giudizio, mentre minore è l'azione consapevole. Infine, le analisi di mediazione mostrano che le variabili della *mindfulness* che influiscono maggiormente sulla gravità dell'insonnia e sulla qualità del sonno sono il giudizio e la non consapevolezza nell'azione.

### **Conclusioni**

I risultati del nostro studio evidenziano l'associazione tra insonnia, ruminazione, rimuginio e scarsa disposizione *mindful*, e suggeriscono alcuni spunti per lavorare con i pazienti che soffrono di insonnia, una condizione spesso associata a diversi disturbi psicopatologici, e con la quale lo psicoterapeuta deve confrontarsi se vuole aiutare il paziente a migliorare la sua qualità di vita. L'incremento delle abilità di *mindfulness* in pazienti insonni, può essere una delle strategie in grado di condurre a un significativo miglioramento degli indici di sonno

## **2. BIAS COGNITIVI E MINDFULNESS NEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA.**

*Aceto M. \*, Cannone F. \*, Costanzo I. \*, Di Vara S. \*, Paci S. \*, Picci G. \*, Rogier G. \*, Saccoccio P. \**

\* Psicologi, SPC, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

*Presenting Author:* Picci Giancarlo

### **Introduzione**

In Italia, analogamente a quanto accade in altri paesi occidentali, l'offerta dei giochi d'azzardo è in continuo aumento e sempre più diversificata (Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, 2015), tanto che quella che poteva essere un'abitudine per una ristretta fascia di persone è, di fatto, alla portata di tutti.

Il comportamento problematico e persistente di gioco d'azzardo (APA, 2013), conosciuto come Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), affligge circa il 2,2% della popolazione Italiana (Ministero della Salute, 2012).

Tale psicopatologia appare un fenomeno multi-determinato nel quale concorrono aspetti neurobiologici, comportamentali, cognitivi ed emotivi (Sharpe, 2002). La complessità di tale disturbo e la molteplicità dei fattori di rischio legati alla sua manifestazione rendono difficile il raggiungimento di un consenso circa le modalità di trattamento. I protocolli di trattamento attualmente esistenti si focalizzano prevalentemente sulla presa in carico dei bias cognitivi e attentivi che contribuiscono allo sviluppo e mantenimento del DGA (Ladouceur & Lachance, 2006). Recenti evidenze empiriche indicano come la mindfulness possa costituire un costrutto utile nella comprensione del disturbo e nella progettazione di trattamenti efficaci (De Lisle, Dowling & Allen, 2014). Tali contributi rimangono, tuttavia, poco integrati con la letteratura relativa al ruolo dei fattori cognitivi legati al disturbo.

Lo scopo del presente lavoro è, dunque, fornire un quadro integrato delle evidenze empiriche, maturate finora, riguardanti la relazione tra bias cognitivi e mindfulness al fine di suggerire utili indicazioni terapeutiche e prospettive di ricerca future.

### **Metodo**

È stata effettuata una ricerca bibliografica nei principali database scientifici (PsycInfo, Pubmed, Medline, Web of Science, PsycArticles) utilizzando le seguenti parole chiave: "Gambling", "Mindfulness", "Cognitive Bias" e "Attentive Bias". Gli articoli sono stati selezionati sulla base della loro pertinenza rispetto alla tematica individuata e della loro rilevanza scientifica.

### **Tesi**

Alla luce delle evidenze empiriche, vi sono diverse ragioni di ritenere che il rapporto tra bias cognitivi e mindfulness potrebbe rivelarsi significativo nel DGA. Nello specifico, il presente lavoro mira a illustrare possibili relazioni tra bias cognitivi che sottendono il disturbo e specifiche abilità di mindfulness. In particolare, vengono citati studi a supporto dell'ipotesi che la mindfulness, nelle sue componenti di accettazione e tolleranza dei propri stati emotivi, possa ridurre l'occorrenza di pensieri distorti e maladattivi (Lakey, 2007). Ad esempio, si potrebbe ipotizzare che meccanismi di evitamento e soppressione dell'esperienza emotiva siano coinvolti nell'irrigidimento patologico dei bias di memoria caratteristici (Walker, Skowronski & Thompson, 2003). Inoltre, l'accresciuta capacità di osservare le proprie azioni, tipica di un atteggiamento mindful, potrebbe essere

particolarmente utile a ridurre il bias di switching e double-switching che consiste nella difficoltà di riconoscere gli errori quando il giocatore partecipa in prima persona alla situazione di gioco (Fortune & Goodie, 2012).

In effetti, numerosi contributi empirici recenti documentano come l'associazione della terapia cognitivo-comportamentale con interventi mindfulness-based risulti particolarmente efficace (McIntosh, Crino & O'Neill, 2016). Gli autori di una recente review (Maynard et al., 2015) hanno confrontato i risultati e l'efficacia ottenuta dai diversi trattamenti utilizzati nel DGA (Acceptance Commitment Therapy, Dialectical Behavior Therapy, Mindfulness-based stress reduction) sui sintomi comportamentali, sulla spinta a giocare e sugli esiti finanziari del DGA. I risultati hanno evidenziato una significatività statistica vicina allo zero quando viene messo in atto un singolo intervento terapeutico e la presenza di un effect size significativo quando i diversi trattamenti vengono combinati tra loro, in particolare insieme a tecniche di mindfulness. Queste ultime sembrerebbero promuovere una riduzione della spinta a giocare tipica del disturbo, sebbene alcuni autori sostengano come tale approccio conduca il paziente con DGA ad attuare un evitamento della situazione emotiva, piuttosto che affrontarla direttamente (Riley, 2014).

## Conclusioni

Nonostante la comprensione del legame tra bias cognitivi e mindfulness sembri potenzialmente utile al fine della pianificazione di trattamenti adeguati del DGA, vi è ancora una scarsità di studi empirici sull'argomento. Alla luce di tali risultati, il presente lavoro sottolinea la necessità di chiarire il nesso tra mindfulness e bias cognitivi attualmente poco indagato in letteratura. Infine, sembra opportuno orientare le future ricerche sull'efficacia dei trattamenti rivolti ai pazienti con DGA, indagando quali comportamenti e miglioramenti correlino con le tecniche di mindfulness e quali limiti ed eventuali effetti collaterali produca tale intervento.

## Bibliografia

- Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, 2015  
<https://www.agenziadoganemonopoli.gov.it/portale/monopoli/giochi>.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Milano: Trad. It. Raffaele Cortina Editore.
- De Lisle Steven M., Dowling Nicki A., Allen J. Sabura. (2014). Mindfulness and Problem Gambling: A Review of the Literature. *Journal of Gambling Studies*.
- Fortune Erica E., Goodie Adam S.(2012). Cognitive Distortions as a Component and Treatment Focus of Pathological Gambling: A Review. *Psychology of Addictive Behaviors, Vol.26, No.2, 298-310*.
- Ladouceur, R., & Lachance, S. (2006). *Overcoming Pathological Gambling: Therapist Guide*. Oxford University Press. doi:10.1093/med:psych/9780195317039.001.0001.
- Lahey Chad E., Campbell Keith W., Brown Kirk Warren., Goodie Adam S. (2007). Dispositional mindfulness as a predictor of the severity of gambling outcomes. *Personality and Individual Differences, 43, 1698-1710*.
- Maynard Brandy R., Wilson Alyssa N., Elizabeth Labuzienski, Whiting W. (2015). Mindfulness-Based Approaches in the Treatment of Disordered Gambling: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice · October 2015. DOI: 10.1177/1049731515606977*.
- McIntosh C. C., Crino R. D., O'Neill K. (2016). Treating Problem Gambling Samples with Cognitive Behavioural Therapy and Mindfulness-Based Interventions: A Clinical Trial. *Journal of Gambling Studies, 32:1305-1325*.

Ministero della Salute – CCM, Dipendenze comportamentali / Gioco d’azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi – Regione Piemonte, 2012.

Riley, B. (2014). Experiential avoidance mediates the association between thought suppression and mindfulness with problem gambling. *Journal Of Gambling Studies*, 30(1), 163-171. doi:10.1007/s10899-012-9342-9.

Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22, 1625. doi:10.1016/S0272-7358(00)00087-8.

Walker, W. R., Skowronski, J. J., Thompson, C. P. (2003). Life is pleasant—And memory helps to keep it that way! *Review of General Psychology*, 7, 2036210. doi:10.1037/1089-2680.7.2.203.

### 3. PROMUOVERE LA CONSAPEVOLEZZA: MINDFULNESS A SCUOLA

*Giannoccaro Stefania*<sup>°</sup>

*Gelao Antonia*\*.

<sup>°</sup>Psicologa Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Studio Polispecialistico IDEE di Polignano a mare (Ba)

\*Psicologa, Psicoterapeuta in formazione presso Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), sede di Lecce, IV anno;

#### INTRODUZIONE

Negli ultimi cinquanta anni, le tecniche psicoterapeutiche a disposizione del clinico si sono venute moltiplicando fino a essere attualmente identificabili in alcune centinaia di modelli. Tuttavia è possibile collocare molti di questi modelli e tecniche nell'ambito di tre approcci principali: quello psicoanalitico o psicodinamico, quello cognitivo o cognitivo-comportamentale e quello familiare.

Il campo della psicoterapia è diventato un campo di ricerca estremamente affascinante non più teso a dimostrare l'efficacia di un modello su tutti i disturbi psicopatologici, quanto piuttosto a studiare i processi e a cercare di dare risposta alla domanda del 'cosa serve a chi'. Nel tentativo di dare risposta a questa domanda ognuno è diventato maggiormente disposto a riconoscere i limiti del proprio modello, e ad apportare al proprio modello gli aggiustamenti necessari al tipo di paziente e ai livelli di sviluppo. La tecnica Mindfulness si aggiunge ora a pieno diritto tra le opzioni di scelta psicoterapeutica. La sua precisa manualizzazione, gli studi di efficacia sia su adulti che su bambini, la sua capacità di agire su precisi meccanismi neuropsicologici e, non ultimo, la sua struttura agile, la colloca senz'altro tra le più interessanti e promettenti (Fabbro & Muratori, 2012).

La pratica della mindfulness consiste nella capacità di sviluppare e mantenere un'attenzione consapevole. Essa non è dunque una tecnica di rilassamento bensì una pratica per sviluppare l'attenzione volontaria. L'attenzione è una delle funzioni psicologiche umane più importanti e più misteriose, centrale in tutti gli ambiti cognitivi, ma soprattutto nell'apprendimento e nell'educazione (Posner 2009).

Anche in età evolutiva la mindfulness comincia a essere utilizzata come strumento terapeutico sia nell'ambito delle malattie organiche che in ambito psicopatologico (Burke 2009).

#### METODO

È stata condotta una ricerca bibliografica con i principali database (PubMed, Google, Google Scholar) e gli articoli individuati sulla base degli abstract, sono stati selezionati per lingua.

#### TESI

Il presente lavoro si pone come obiettivo quello di esporre, attraverso una ricerca bibliografica, i benefici della mindfulness in età evolutiva nei contesti educativi.

La pratica meditativa infatti determina una riduzione dell'attivazione psicofisiologica e favorisce il passaggio dalla comune modalità di funzionamento della mente, basata sul dialogo interno e sul condizionamento derivante dalle esperienze passate che, quando di tipo negativo, crea disagio e sofferenza, a modalità più intuitive e non dualiste di funzionamento. Pertanto il coltivare l'essere presenti a sé stessi momento per momento, nell'hic et nunc, permette di sperimentare che i pensieri e le emozioni, soprattutto negativi, in realtà rappresentano solo una parte della realtà e in quanto tali sono quindi gestibili.

La scuola montessoriana con il suo metodo sembrerebbe un buon posto dove cercare approcci che aiutino anche i bambini più piccoli ad essere consapevoli: infatti il metodo montessoriano prevede molte pratiche, i cui valori ed obiettivi e le cui strutture sono coerenti con quelle mindfulness.

In ambito scolastico, insegnare ad avvicinarsi all'esperienza con una mente aperta e non condizionata, una mente che non si aspetta nulla se non di osservare e accogliere ciò che arriva attraverso i sensi consente allo studente di riconoscere che ci possono essere diverse situazioni che richiedono risposte variegata e contestualizzate, in altre parole relative. L'apprendimento mindful, cioè la capacità di porsi rispetto alla conoscenza in modo possibilista, aperto a notare le differenze e le novità, comporta la coltivazione di uno stato di coscienza caratterizzato da apertura alla novità, attenzione alla distinzione, sensibilità ai vari contesti, consapevolezza della molteplicità di prospettive, e di ri-orientamento nel presente.

## **CONCLUSIONI**

Alla luce di quanto emerso dall'analisi della letteratura in tema e dallo sviluppo della tesi proposta in questo elaborato, si può concludere che la pratica della mindfulness in età evolutiva nei contesti educativi, abbia delle evidenze di esito positive. Perciò è fondamentale che ci sia motivazione per la ricerca futura in merito, volta a dimostrare ulteriormente l'efficacia e la validità di questo innovativo metodo e facilitatore dell'apprendimento scolastico. Una proposta potrebbe essere quella di condurre uno studio in una scuola campione, in cui si implementa l'apprendimento mindful in alcune classi. L'obiettivo sarebbe verificare se tale approccio influisce positivamente su alcune funzioni cognitive, quali ad esempio le funzioni esecutive: memoria di lavoro, attenzione selettiva e sostenuta, abilità di pianificazione e problem solving, controllo dell'interferenza e flessibilità cognitiva.

#### 4. MINDFULNESS IN CARCERE: UNA RASSEGNA DI LETTERATURA

Feliciano Lizzadro<sup>1</sup>, Chiara Sassano<sup>1</sup>, Angelo Maria Saliani<sup>1</sup>, Francesco Mancini<sup>1</sup>, Barbara Barcaccia<sup>1,2</sup>

*1Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva srl SPC*

*2Dipartimento dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Sapienza Università di Roma*

##### **Introduzione**

Una serie di dati preliminari di letteratura dimostra come alcune strategie di gestione dello stress quali la mindfulness possono avere effetti positivi sul benessere psicologico e sulla qualità della vita delle persone detenute in carcere (Fix & Fix, 2013; Himelstein, 2011; Lyons & Cantrell, 2015; Shonin, Van Gordon, Slade, & Griffiths, 2013). La pratica di mindfulness addestra le persone a essere maggiormente consapevoli dei propri stati mentali ed emotivi, e a gestirli in modo più efficace. È stata inserita anche all'interno di programmi di trattamento psicologico evidence-based di tipo cognitivo-comportamentale, così come in corsi per persone incarcerate (Howells, Tennant, Day, & Elmer, 2010). La condizione di incarcerazione è particolarmente stressante, per molte persone detenute. In particolare, per persone con problemi psichiatrici/psicologici, l'addestramento alla meditazione di consapevolezza ha mostrato di essere utile nel modulare emozioni negative, depressione e ansia (Banerjee et al., 2007; Sharma & Haider, 2013; Vadiraja et al., 2009) e nel diminuire lo stress (Bilderbeck et al., 2013).

##### **Obiettivo**

La presente rassegna di letteratura ha lo scopo di esaminare l'eventuale efficacia di programmi per la gestione dello stress basati sulla mindfulness praticati con detenuti. Ci si propone, inoltre, di prendere in considerazione alcuni dei meccanismi psicologici che possono rendere ragione dell'efficacia di un addestramento alla pratica della consapevolezza all'interno del contesto carcerario.

##### **Metodo**

Ricerca bibliografica con i principali database (PsycINFO, Scopus, EBSCO), intervallo temporale 1990-2017, con parole-chiave: *mindfulness, prison, incarceration*. Gli articoli sono stati selezionati per lingua (Inglese, Francese, Spagnolo, Italiano). Una successiva selezione è stata effettuata sulla base degli *abstract*, al termine della quale sono stati inclusi e letti in *full-text* circa 30 articoli, sulla base della congruenza con i temi dell'utilizzo della mindfulness in carcere.

##### **Risultati**

I risultati delle meta-analisi mostrano che i programmi basati sulla mindfulness hanno un effetto positivo moderato sul benessere psicologico delle persone detenute in carcere, in diversi contesti culturali: ciò è confermato dai dati provenienti da paesi molti diversi tra loro, in cui le condizioni di incarcerazione variano in modo considerevole. Gli studi sembrano evidenziare effetti particolarmente significativi per programmi destinati a detenuti con abuso di sostanze (Perelman et al., 2012). Tuttavia, uno dei motivi per cui è opportuno essere cauti nel dichiarare l'efficacia certa di questa tipologia di intervento, così come di altre strategie, è la considerazione relativa alle debolezze metodologiche di alcune delle ricerche di efficacia esaminate nella nostra rassegna. Infatti, in alcuni degli studi esaminati erano inclusi campioni di numerosità non elevata, o l'efficacia dell'intervento era stata misurata senza randomizzare l'assegnazione al gruppo sperimentale o al gruppo di controllo. Le difficoltà oggettive e pratiche nella conduzione di ricerche che seguano criteri rigorosi dal punto di vista metodologico, non consentono di stabilire, a oggi, la pratica della mindfulness come un intervento sicuramente molto efficace per la gestione dello stress e il benessere psicologico delle persone incarcerate.

### **Conclusioni**

I risultati del nostro studio dimostrano come programmi basati sulla mindfulness possano costituire interventi promettenti per gestire lo stress dell'incarcerazione e per incrementare il benessere psicologico delle persone in regime di detenzione. Sono necessari ulteriori ricerche che mostrino l'efficacia di questi programmi con follow-up superiori a 6 mesi/1 anno. Studi successivi potranno dunque evidenziare se questi programmi possano essere considerati *evidence-based* per una varietà di popolazioni carcerarie.

### **Bibliografia minima di riferimento**

- Banerjee, B., Vadiraj, H. S., Ram, A., Rao, R., Jayapal, M., Gopinath, K. S., . . . Prakash Hande, M. (2007). Effects of an Integrated Yoga Program in Modulating Psychological Stress and Radiation-Induced Genotoxic Stress in Breast Cancer Patients Undergoing Radiotherapy. *Integrative Cancer Therapies, 6*(3), 242-250.
- Bilderbeck, A. C., Farias, M., Brazil, I. A., Jakobowitz, S., & Wikholm, C. (2013). Participation in a 10-week course of yoga improves behavioural control and decreases psychological distress in a prison population. *Journal of Psychiatric Research, 47*(10), 1438-1445.
- Fix, R. L., & Fix, S. T. (2013). The effects of mindfulness-based treatments for aggression: A critical review. *Aggression and Violent Behavior, 18*(2), 219-227.
- Himmelstein, S. (2011a). Meditation Research: The State of the Art in Correctional Settings. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 55*(4), 646-661.
- Howells, K., Tennant, A., Day, A., & Elmer, R. (2010). Mindfulness in forensic mental health: does it have a role? *Mindfulness, 1*(1), 4-9.
- Shonin, E., Van Gordon, W., Slade, K., & Griffiths, M. D. (2013). Mindfulness and other Buddhist-derived interventions in correctional settings: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 18*(3), 365-372.

## 5. PROTOCOLLO I-MBCT

### Protocollo Integrato di Terapia Cognitiva basato sulla Mindfulness

#### *Integrated Mindfulness Based Cognitive Therapy*

*Enrico Scappatura\**

*\*Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) di Verona*

#### **INTRODUZIONE**

Questo progetto nasce dalle seguenti riflessioni:

- 1) Uno dei motivi che mi ha spinto ad iscrivermi ad una scuola di psicoterapia è che vorrei aiutare le persone a stare meglio. Non solo con interventi di cura, ma anche con interventi di prevenzione. Con mia gioia vedo che stanno nascendo sempre maggiori progetti in tal senso. Ciò credo sia dovuto anche alle recenti acquisizioni circa il funzionamento psichico, provenienti sia dal mondo della clinica che da quello della ricerca che ci hanno dato, e ci stanno dando tutt'ora, sempre maggiori strumenti per migliorare sia la cura che la prevenzione dei disturbi mentali.
- 2) Per fare ciò credo sia utile ottimizzare il rapporto costi/benefici, e per farlo mi sembrano molto indicati gli interventi di gruppo, sempre più utilizzati in terapia, spesso anche in integrazione di percorsi terapeutici individuali.
- 3) Sempre più sono i tentativi di integrazione in psicoterapia, anche tra le terapie di terza generazione, che ben si prestano a tale scopo. Mi piacerebbe fare un tentativo in tal senso.
- 4) Trovo gli interventi strutturati in forma di protocollo molto pratici e adatti a tutti questi scopi sopra citati (seppur non esenti da limiti). Uno di questi è il protocollo MBSR, su cui si basano tutti gli interventi mindfulness-based. Un interessante sviluppo recente è il protocollo sMBCT (Schema Mindfulness Based Cognitive Therapy), che integra la Schema Therapy nel protocollo MBCT.

Questo lavoro vuole pertanto ipotizzare un contributo alla prevenzione dei disturbi mentali attraverso un intervento di gruppo; vuole inoltre essere un tentativo di integrazione in psicoterapia, utilizzando soprattutto le terapie cognitive di "terza generazione" e la mindfulness.

#### **METODO**

Ho progettato il protocollo per testarlo su un campione di utenti di un corso di mindfulness. Ho messo a punto una batteria di test ad hoc per testare la situazione pre e post trattamento.

Purtroppo non è stato qui possibile avere un campione di controllo, ma solo un confronto tra i valori iniziali e finali. Mi piacerebbe poi mettere a confronto i risultati emersi da questo trattamento con quelli di altri percorsi similari (MBCT, sMBCT, altri percorsi di prevenzione).

I test che vorrei somministrare identici per il pre ed il post trattamento) sono i seguenti: SCL-90R, BDI-II, STAI-Y, YSQ, TAS-20, FFMQ, PGWIB.

#### **TESI**

Ho ideato un intervento che avesse come obiettivo la prevenzione della psicopatologia, che utilizzasse un solido modello concettuale dell'eziopatogenesi, ed integrasse strategie e tecniche provenienti dalle terapie di terza generazione.

Ho pensato ad un intervento di gruppo, che utilizzasse come struttura di base il protocollo MBCT, integrandolo alla Schema Therapy, alla DBT, all'ACT ed alla Terapia Sensomotoria.

Il percorso si struttura in 10 incontri, i cui temi sono i seguenti:

- 1) psicoeducazione: mindfulness, schemi e coping
- 2) consapevolezza: dell'ambiente circostante
- 3) consapevolezza: del respiro e del corpo
- 4) consapevolezza: della postura e del movimento

- 5) monitoraggio e consapevolezza: degli schemi e degli stili di coping
- 6) monitoraggio e consapevolezza: dei cicli interpersonali
- 7) defusione ed accettazione
- 8) regolazione emotiva
- 9) agentività
- 10) metacognizione e saggezza

### **CONCLUSIONI**

Non ho ancora potuto effettuare le valutazioni (somministrerò i test iniziali ad inizio settembre, mentre quelli finali ad inizio novembre), ma mi auguro possano emergere dei segnali incoraggianti.

Indipendentemente dai risultati di efficacia, ho trovato molto stimolante la fase di ideazione del progetto.

### **LIMITI E SPUNTI FUTURI**

È suggeribile valutare l'efficacia del protocollo su un campione maggiore, e magari anche valutarne gli effetti nel medio-lungo termine attraverso uno studio longitudinale.

Potrebbe inoltre essere utile adattarlo a campioni di bambini ed adolescenti, i più interessati da interventi di prevenzione.

Infine si potrebbe anche adattarlo a campioni clinici

## **Sessione Poster 2**

**Sabato 14 Ottobre**

**16.15 - 17.15**

*Sala Galleria*

# ***ACT, Social Skills e Training Assertivo***

**Chair: E. Rossi**

## **1. ACT E SCLEROSI MULTIPLA: UN PERCORSO PER L'ACCETTAZIONE DELLA SOFFERENZA**

### **INTRODUZIONE: DESCRIVERE BREVEMENTE IL LAVORO E IL SUO RAZIONALE**

L'ACT (Acceptance and Commitment Therapy) è una terapia che utilizza interventi basati sull'accettazione e sulla mindfulness. Secondo questo approccio l'accettazione prevede una capacità di prestare attenzione con flessibilità, apertura e curiosità, attraverso anche l'utilizzo di strategie di impegno e di cambiamento comportamentale, allo scopo di aiutare le persone a costruire vite ricche, piene e significative (Harris, 2011). In tal senso, l'accettazione è un processo psicologico fondamentale che può modificare il modo in cui rispondiamo alle inevitabili difficoltà della vita e alle sfide esistenziali quotidiane (Linehan, 1993). Il presente lavoro prende spunto da una precedente esperienza realizzata presso il Centro Polifunzionale Don Calabria, dove l'approccio ACT è stato utilizzato in gruppi di pazienti con diagnosi di Morbo di Parkinson e ha previsto l'adattamento di tale protocollo anche per pazienti con diagnosi di Sclerosi Multipla.

### **OBIETTIVI**

Gli obiettivi che hanno guidato il nostro lavoro sono stati:

- verificare se anche in questa popolazione ci fosse la caratteristica di elevata trasversalità di tale approccio;
- verificare l'efficacia di tale intervento con particolare attenzione alla riduzione della sintomatologia ansioso-depressiva e all'aumento degli indici legati ad una maggiore consapevolezza e accettazione della malattia.
- Verificare se, a distanza di tempo (tre mesi dall'intervento) ci fosse un mantenimento degli effetti di riduzione dei sintomi ansioso-depressivi e di un atteggiamento di maggiore consapevolezza e accettazione della malattia.

### **Metodo**

L'intervento è stato realizzato a partire dal protocollo precedentemente realizzato per la terapia di gruppo in pazienti con Morbo di Parkinson (realizzato dalla dr.ssa Poiese, Centro Polifunzionale Don Calabria) e da tre lavori che proponevano un intervento basato sull'ACT in contesti di gruppo per pazienti con dolore cronico e depressione (Vowles & Sorrel: *Life with Chronic Pain: An Acceptance based Approach*, 2009; Zettle & Hayes, 1987; Zettle & Rianes, 1989).

L'intervento prevedeva otto incontri a cadenza settimanale. Il materiale da consegnare ai pazienti e le modalità di presentazione e discussione dei punti cardine dell'ACT sono state adattate alla luce

delle peculiari caratteristiche dei pazienti con Sclerosi Multipla.

Le scale utilizzate per la misura della sintomatologia ansioso-depressiva, del livello di accettazione della malattia e della capacità di regolazione emotiva sono state:

- BDISII (*Beck Depression Inventory*) per la valutazione dello stato depressivo del paziente.
- STAI SY1 e STAI SY2 (*State Trait Anxiety Inventory*), per la valutazione dell'ansia di stato e dell'ansia di tratto rispettivamente.
- AAQSI (*Acceptance and Action Questionnaire*) per la valutazione del livello di accettazione del paziente.
- DERS (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*) per la valutazione delle strategie di regolazione emotiva.

I pazienti inclusi nello studio non presentavano patologie psichiatriche e possedevano un quadro cognitivo entro i limiti della norma (valutato attraverso una batteria testistica standardizzata).

### **RISULTATI**

Nonostante la ridotta numerosità del campione (N = 11, Età media = 54,5 anni), l'analisi dei dati evidenzia:

1. l'intervento ACT si dimostra ancora una volta versatile e applicabile a patologie e disturbi diversi.
2. emerge inoltre una differenza significativa (misurata attraverso un Test di Student) tra i punteggi ottenuti nello STAI SY1, STAI SY2 prima del trattamento e dopo il trattamento, evidenziando un trend decrescente di indici d'ansia. Vi è inoltre un mantenimento di tali effetti anche nella fase di follow-up a distanza di 3 mesi.
3. una riduzione significativa del punteggio totale del DERS successivamente al trattamento: in particolar modo si evidenzia un trend decrescente nelle sottoscale relative a: accettazione, distrazione e consapevolezza con mantenimento nel lungo termine degli indici.
4. Non emergono differenze significative nel test BDISII tra prima e dopo il trattamento, nonostante, su un piano qualitativo, emerga un trend decrescente degli indici depressivi.
5. La scala AAQSI, pur non mostrando una riduzione significativa tra la fase pre e post-trattamento, evidenzia una riduzione significativa del punteggio nella fase di follow-up.
6. Infine, ad un livello prettamente clinico-qualitativo, appare significativo notare come al termine del percorso tutti i pazienti che hanno partecipato a tale attività hanno valutato come positiva e benefica l'esperienza, riferendo di aver acquisito semplici ma efficaci strumenti per la modificazione di alcuni comportamenti disfunzionali.

## **CONCLUSIONE**

In conclusione, nonostante la numerosità ridotta del campione, il presente lavoro apporta un importante spunto di riflessione sull'applicabilità e sulla possibile efficacia dell'approccio ACT in patologie neurologiche degenerative come la Sclerosi Multipla, dove il tema dell'accettazione appare nucleo cardine del vissuto psicologico e della sofferenza del paziente.

In particolar modo, appare evidente come una riduzione dei sintomi ansioso-depressivi, una maggiore consapevolezza delle proprie emozioni e, una migliorata capacità di regolazione delle stesse, siano associate ad un maggiore benessere percepito e ad un atteggiamento di maggiore apertura e flessibilità nei confronti della malattia. Tali caratteristiche si manterrebbero inoltre a distanza di tempo, supportando in tal modo, l'ipotesi iniziale di trasversalità ed efficacia di tale approccio.

Inoltre tali dati sono congrui con quanto emerso dalle analisi dei dati relativi ai gruppi effettuati con pazienti con Morbo di Parkinson.

## **2. UN PROTOCOLLO ACT CON CAREGIVER DI PAZIENTI CON ALZHEIMER**

D'Innocenzo A. *Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC*; Rosamilia P. *Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC*; Gragnani A. *Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC*; Cassetta E. *Ospedale Fatebenefratelli di Roma*; Perdighe C. *Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC*

Relatore: Antonella D'Innocenzo

### **INTRODUZIONE**

Il lavoro presentato si è focalizzato sul favorire nei familiari di pazienti con Malattia d'Alzheimer, con ruolo di caregiver, l'accettazione della malattia e dei cambiamenti negativi da essa implicati e sul promuovere l'impegno in attività volte a migliorare la qualità della loro vita.

La malattia del proprio caro rappresenta un evento altamente stressante per il familiare; l'evoluzione dei sintomi e il progredire della patologia pongono infatti nuove e continue urgenze da gestire, aumentando in chi assiste il rischio di sviluppare disturbi legati alla sfera emotiva e fisica.

Parte della sofferenza emotiva sperimentata potrebbe conseguire dalla difficoltà ad abbandonare l'investimento in scopi compromessi o minacciati (cambiare la situazione del proprio caro), ad assumere un atteggiamento di maggiore accoglienza nei confronti delle proprie esperienze interne (pensieri, sensazioni, emozioni) e delle proprie reazioni comportamentali, e ad investire su scopi e valori personali non invalidati in modo irrimediabile dalla malattia del familiare.

### **OBIETTIVO**

Il lavoro ha lo scopo di valutare l'efficacia di un protocollo basato sulla terapia dell'accettazione e dell'impegno (ACT) per la riduzione del disagio emotivo dei parenti di pazienti con malattia di Alzheimer, associato al ruolo di caregiver.

### **METODO**

L'intervento prevede 12 incontri di terapia individuale, a cadenza settimanale, più 2 incontri di follow-up nei tempi tre e sei mesi. Sono stati sottoposti all'intervento 10 pazienti (di cui uno non ha mai iniziato il trattamento e uno ha interrotto per difficoltà pratiche nella gestione del tempo), reclutati tra i caregiver (partner e figli) di pazienti con Alzheimer in trattamento al ospedale Fatebenefratelli, su proposta del neurologo.

Il reclutamento è avvenuto attraverso il colloquio individuale da parte e la somministrazione di test da parte di uno psicoterapeuta volti ad indagare la presenza di sintomatologia depressiva attribuibile al ruolo di caregiver.

Gli strumenti testologici utilizzati ai fini della valutazione di esito dell'intervento sono stati i seguenti: l'intervista SCID I (Structured Clinical Interview); l' HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale for Depression); il CBI (Caregiver Burden Inventory); il BDI 2 (Beck Depression Inventory); la STAI-Y (State-Trait Anxiety Inventory); l'AAQ-II (Acceptance and Action

Questionnaire); l'EQ (Experience Questionnaire), nei tempi pre-trattamento; fine trattamento; follow-up a tre e sei mesi.

## **RISULTATI**

I risultati del confronto dei test pre e post indicano una buona risposta al trattamento, in particolare dal punto di vista della riduzione della sintomatologia depressiva e del miglioramento della qualità della vita. In particolare alcuni di questi risultati relativi alla sintomatologia depressiva si mantengono anche al follow-up. Il limite dello studio è rappresentato dalla bassa numerosità del campione che non permette di ipotizzare un'effettiva significatività dei dati, piuttosto una tendenza in quella direzione.

## **CONCLUSIONI**

I pazienti che hanno completato il percorso, hanno mostrato una maggiore accettazione dello stato di malattia del familiare intesa non come un atteggiamento passivo e di rassegnazione, bensì di un processo attivo, mirato a una gestione adeguata della malattia del proprio caro e della propria sofferenza psicologica, che consenta la scoperta di nuovi scopi per i quali valga la pena utilizzare le proprie forze e il proprio impegno. Questo ha permesso di ridurre la prospettiva negativa riguardo al futuro e di aumentare la capacità di vivere il presente investendo in modo impegnato sui propri valori anche in altri ambiti della propria vita (oltre a quello della famiglia e di essere un figlio o un coniuge che accudisce), ad esempio nel lavoro, nelle relazioni sociali, nel divertimento, nella cura di sé.

### 3. ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY APPLICATA ALLA TERAPIA DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Abstract

Parole chiave: ACT, disturbi alimentari, protocolli terapeutici DCA, terapia CBT.

**Introduzione:** L'efficacia della terapia dei disturbi dell'alimentazione è data da una terapia integrata multidisciplinare, la scarsa aderenza ai regimi terapeutici che caratterizza i pazienti DCA sottolinea la necessità di una terapia che non si ponga l'obiettivo immediato di riduzione dei sintomi, ma che ottenga la remissione del quadro sintomatologico come risultato. L'ACT può rivelarsi un intervento sviluppato all'interno di una cornice teorica e filosofica coerente, basato su chiare evidenze sperimentali, che utilizza strategie al fine di incrementare la flessibilità psicologica dell'individuo. Il 90% delle persone affette da DCA non fa fronte alla cura, il restante 10% si affida ai servizi, ma il 50% ricade nella malattia. Aspetti dei DCA sono resistenti alla terapia e come sottolineato da Garner e Dalle Grave (2002), quest'aspetto può essere affrontato modificando la direzione dell'intervento, da diretto sul comportamento, ad indiretto. Il programma d'intervento del trattamento dei disturbi alimentari, CBT standard, è composto da due obiettivi fondamentali: dieta e all'aumento ponderale e la gestione di problematiche di fondo. L'ACT non si discosta dai modelli

CBT ma pone maggior attenzione alla condotta disfunzionale dell'individuo. La remissione dei sintomi è il risultato e non l'obiettivo di questa terapia.

**Tesi:** L'obiettivo dell'ACT è la flessibilità psicologica, caratteristica che soccombe al DCA in cui i pazienti sviluppano una radicata rigidità psicologica che rende l'individuo schiavo del controllo e dell'evitamento, questo viene perseguito tramite un percorso terapeutico che attraversa 6 processi. Una miglior motivazione, viene mostrata, dai pazienti DCA, soprattutto nel caso in cui si prendano in considerazione nella terapia aspetti apparentemente lontani dalla patologia alimentare..

Grazie al contributo di Hofman e Asmundson (2008), è possibile riconoscere come sia i modelli CBT che l'ACT proponano strategie di regolazione delle emozioni adattive, differenziandosi solamente nei processi regolatori. Mentre la CBT promuove strategie di regolazione delle emozioni focalizzate sull'analisi degli antecedenti, l'ACT cerca di ridurre le strategie non adattive di risposta alle emozioni. L'inflessibilità, la rigidità ed il controllo sono caratteristiche tipiche dei disturbi dell'alimentazione, mentre la flessibilità, la disponibilità e l'accettazione sono pilastri fondamentali dell'ACT. Per comprendere meglio l'utilizzo dell'ACT nella terapia dei disturbi alimentari, si esporranno le radici epistemologiche dell'approccio e le caratteristiche principali, si proseguirà con il dare una lettura dei disturbi alimentari considerandoli come lo spettro di un disturbo che si esprime, con o senza comorbidità, in un continuum di espressione sintomatologica, per poi concludere con il tema principale di quest'esposto che considera gli elementi dell'approccio Act applicati al disturbo dell'alimentazione. Una fonte critica è costituita da un gruppo di ricerca non direttamente collegato all'ABCS che ha effettuato una metanalisi relativa alla validità clinica dell'ACT (Allen et al., 2006).

**Metodo:** esame della letteratura esistente sull'argomento.

**Conclusion:** Essendo i disturbi alimentari uno spettro complesso di psicopatologia ed essendo indiscutibile la necessità di una terapia integrata multidisciplinare, l'ACT risulta essere un il trattamento efficace, flessibile, graduale, dinamico. Ponendo grande attenzione ai valori personali e a ciò che viene ritenuto importante per il soggetto al di là della malattia, l'Acceptance and Commitment Therapy, permette all'individuo di imparare a prendersi cura dei propri stati interni, ad accettarli e scegliere di agire in direzione di un'esistenza flessibile.

**Bibliografia:**

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407–416.  
Juarascio, A. S.;

Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification*, 34, 175–190;  
Garner D.M. & Dalle Grave R. (1999). *Terapia Cognitivo Comportamentale dei Disturbi dell'Alimentazione*. Positive Press: Verona

Manlick, C. F., Cochran, S. V., & Koon, J. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy for*

Hayes, S. C., Smith, S. (2005). *Get Out of Your Mind and Into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.

**Dott.ssa Federica Pasca**

#### 4. ADOLESCENTI: ISTRUZIONI PER AIUTARLI ATTIVAMENTE

AUTORI: Daniele Ginex, Veronica Candria, Alessia Ciarapica, Emanuele Rossi

**INTRODUZIONE:** In questi ultimi anni, si è stati testimoni di uno sviluppo sempre maggiore di ricerche, manuali e protocolli ACT (Acceptance and Commitment Therapy) rivolti agli adolescenti. L'ACT si fonda sulla Relational Frame Theory (RFT) e appartiene alla "terza ondata" delle terapie cognitivo-comportamentali. L'applicazione dell'ACT all'adolescenza ha origine dalla necessità di dover considerare i contesti dell'età evolutiva come specifici, tipici e fortemente diversi da quelli che solitamente vive l'adulto. Il riconoscimento di questa differenza ci permette di mettere a fuoco la necessità di protocolli pensati e strutturati ad hoc per l'attività clinica in età evolutiva.

**METODO:** Revisione dei manuali clinici specifici pubblicati.

**TESI:** Lo scopo di questo lavoro è quello di considerare lo stato dell'arte attuale relativo alla pratica clinica ACT con gli adolescenti. A tal proposito, saranno analizzati i tre manuali di riferimento pensati proprio per l'ACT in adolescenza: *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children & Adolescents: A Practitioner's Guide* (Greco e Hayes, 2008), *The thriving adolescent: Using acceptance and commitment therapy and positive psychology to help teens manage emotions, achieve goals, and build connection* (Hayes e Ciarrochi, 2015), *ACT for Adolescents: Treating Teens and Adolescents in Individual and Group Therapy* (Turrell e Bell, 2016). Lo scopo del presente lavoro è quello di indagare quali siano i principi che guidano il protocollo ACT nella pratica clinica con gli adolescenti, ponendo in risalto differenze ed eventuali punti di congiunzione col protocollo ACT per gli adulti.

**CONCLUSIONI:** Dalla revisione dei tre manuali inerenti la pratica clinica ACT con gli adolescenti emergono differenze tra il protocollo usato con gli adulti e alcuni dei modelli utilizzati in età evolutiva (ad es. Modello Hexaflex per gli adulti Vs. Modello DNA-V per gli adolescenti) tuttavia emergono importanti analogie ad un'analisi più approfondita dei processi terapeutici e del modello di riferimento (ad es. il concetto di sofferenza e i principi fondamentali alla base della sofferenza stessa). In conclusione, questi strumenti clinici risultano essere, al momento, i tre riferimenti ACT per adolescenti più esaustivi e completi. Possono essere utilizzati dal clinico per aiutare a favorire e/o potenziare nei giovani pazienti una maggiore flessibilità psicologica, una maggiore consapevolezza verso il momento presente, una maggiore disponibilità e apertura alle emozioni (proprie e altrui), il riconoscimento dei propri valori ed il raggiungimento di una vita ricca, piena e significativa ed il più possibile in linea con valori identificati come importanti.

#### BIBLIOGRAFIA

Greco, L., & Hayes, S. C. (2008). *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide*. Oakland, CA: New Harbinger.

Hayes, L., & Ciarrochi, J. (2015). *The thriving adolescent: Using acceptance and commitment therapy and positive psychology to help teens manage emotions, achieve goals, and build connection*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Turrell, S. L., Bell, M. (2016). *ACT for Adolescents: Treating Teens and Adolescents in Individual and Group Therapy*. Oakland, CA: Context Press.

## 5. RELATIONAL FRAME THEORY E APPLICAZIONI CLINICHE

AUTORI: Chiara Del Brutto, Daniele Ginex, Francesca Bianconi, Massimo Claudio Bachetti, Emanuele Rossi

INTRODUZIONE: In forte contrasto con la psicologia convenzionale, l'analisi del comportamento rifiuta di fare appello ai processi e alle valutazioni mentali come basi per la spiegazione del comportamento umano. Tale approccio ha ricevuto nel corso degli anni diverse critiche. Molti autori hanno infatti sostenuto che esso non può riuscire a spiegare gli aspetti più avanzati e sofisticati della psicologia umana come la percezione, il linguaggio e il pensiero (Chomsky, 1959, 2006). In particolar modo, il linguaggio umano presenta un grado di complessità molto elevato. Rivoluzionario è stato allora il fenomeno descritto dagli esperimenti di Sidman dei primi anni settanta sulle relazioni derivate (Sidman e Tailby, 1982). Intorno a questo concetto si è evoluta una nuova cornice teorica: la Relational Frame Theory (RFT; Hayes, Barnes-Holmes e Roche, 2001). Da essa è nata l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl e Wilson, 1999, 2012) un efficace approccio terapeutico che appartiene alla cosiddetta "terza ondata" della terapia cognitivo-comportamentale (Hayes, 2004).

METODO: Revisione della letteratura.

TESI: La Relational Frame Theory è una moderna teoria del linguaggio e della cognizione umani basata sul contestualismo funzionale ed auspica l'affermazione di un paradigma scientifico basato su di una scienza empirica, pragmatica, funzionalista e contestualista (Hayes, 2010).

Lo scopo di questo lavoro è quello di indagare quali sono i principi della RFT e dell'ACT che hanno mostrato un'efficacia nello spiegare aspetti della cognizione umana e nell'applicazione della pratica clinica.

CONCLUSIONI: Dalla revisione di testi, manuali e articoli di ricerca inerenti alla RFT, le sue applicazioni terapeutiche ed i principi utilizzati all'interno della cornice teorica dell'ACT sono risultati validi strumenti per riuscire a comprendere meglio alcune abilità umane (linguaggio e pensiero), per fornire nuovi spunti ai professionisti che si occupano di soggetti con disabilità intellettiva, autismo, disturbi del linguaggio ma anche (e soprattutto) per formulare nuove tecniche efficaci da applicare nell'ambito della psicologia clinica e della psicoterapia.

### BIBLIOGRAFIA

Chomsky, N. (1959). Reviews. *Verbal Behavior*, by B. F. Skinner. *Language*, 35, 26-58.

Chomsky, N. (2006). *Language and mind* (3rd ed.). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer-Verlag.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum.

Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Sidman, M., & Tailby, W. (1982). Conditional discrimination versus matching to sample: An expansion of the testing paradigm. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37, 5-22.

## **6. GRUPPO ESPERENZIALE DI SOCIAL SKILLS TRAINING: RISULTATI DI UN GRUPPO PILOTA.**

Cristina Salvatori

### Abstract:

Il presente lavoro si pone come obiettivo quello di illustrare il lavoro svolto all'interno del gruppo pilota di Skills Training per le Abilità Sociali, condotto presso l'Associazione di Psicoterapia Cognitiva di Roma e di mostrare alcuni dati preliminari raccolti. Il gruppo è rivolto a pazienti con ritiro sociale e/o deficit nelle abilità sociali, con diagnosi eterogenee che stiano già seguendo una terapia individuale. All'interno del lavoro verrà illustrato il razionale che ha guidato la scelta dell'intervento di gruppo. Il progetto è nato da una duplice esigenza: da un lato quella di trovare uno spazio nel quale potersi esercitare nelle abilità sociali carenti, dall'altro quella di ridurre il forte isolamento sociale.

L'ipotesi di partenza è che la partecipazione al gruppo, con la conseguente riduzione del ritiro sociale e lo specifico lavoro di allenamento sulle abilità sociali, possa migliorare la sintomatologia e ridurre le problematiche interpersonali, producendo probabilmente un iniziale incremento dei livelli di vergogna esperiti per via dell'esposizione sociale fino a quel momento evitata.

L'intervento si è sviluppato in 20 incontri della durata di 1h 30' e si è rivolto a 5 ragazzi di età compresa tra i 20 e i 28 anni. Nei pazienti è stata valutata la sintomatologia, il livello di vergogna esperito e le relazioni interpersonali attraverso una batteria di test nel pre e nel post trattamento. Nello specifico sono stati somministrati la Symptom CheckList 90 (SCL-90) per valutare l'aspetto sintomatologico, la Experience of Shame Scale (ESS) per la valutazione dei livelli di vergogna e la Inventory of Interpersonal Problems (IIP-47) per la valutazione delle problematiche relazionali.

La scarsa numerosità del campione non permette di analizzare i dati in modo statisticamente significativo ma ci mostra quelli che potrebbero essere i risultati attesi nello sviluppo di uno studio ulteriore. In particolare ci si aspetta di riscontrare nella fase di re-test punteggi più alti per quanto riguarda le scale della vergogna (in particolare quella del comportamento), più bassi per quanto riguarda le scale dell'IIP-47 e per le scale sintomatologiche dell'SCL-90.

Alla luce di questo verranno evidenziati i punti di forza, i limiti, le prospettive future riguardanti la ricerca e valutate eventuali modifiche da introdurre nel modello di intervento.

## **7. L'EFFICACIA DEL TRAINING ASSERTIVO IN AMBITO CLINICO E NON: BREVE REVIEW SUI DATI ATTUALMENTE DISPONIBILI IN LETTERATURA**

**Caterina Villirillo e Teresa Cosentino**

*Secondo Anno, training Apc-Spc Perdighe-Procacci, Roma*

### **Introduzione**

L'assertività è quella capacità individuale di riconoscere le proprie esigenze e di esprimerle con efficacia nel proprio ambiente, mantenendo, nel contempo, una positiva relazione con gli altri; oppure la legittima espressione dei propri diritti, interessi, sentimenti e convinzioni evitando la violazione o negazione dei diritti altrui (Galeazzi e Porzionato, 1998). Attualmente c'è un accordo generale sulla struttura multidimensionale di tale costrutto. Galeazzi, nel 1994 né indica le componenti: assertività positiva, assertività negativa, difesa dei propri diritti, assertività di iniziativa, assertività sociale, la direttività.

L'addestramento assertivo nasce in ambito clinico rivolto al recupero dei gravi deficit comportamentali, tuttavia trova applicazione anche dove non si parli di patologia ma in presenza di una situazione in cui sia utile e funzionale una trasformazione, integrazione di quei comportamenti interpersonali presenti in modo discreto o da raffinare per permettere ed approfondire la conoscenza di sé stessi e delle proprie potenzialità (ad esempio in ambito educativo ed aziendale).

### **Scopo e Metodo**

Lo scopo di questa review è quello di dimostrare l'efficacia del training assertivo in ambito clinico e nella popolazione normale. A tal fine è stata condotta una ricerca dei dati presenti in letteratura sull'applicazione del training assertivo a campioni di pazienti psichiatrici e non psichiatrici.

### **Risultati e Conclusioni**

Dagli studi esaminati emergono dei dati che sembrano dimostrare in modo concorde che il training assertivo è efficace nel ridurre l'ansia sociale, aumentare i livelli di autostima e migliorare in generale la qualità di vita e le relazioni sociali dei soggetti. Indipendentemente dalla diagnosi, c'è un miglioramento della funzionalità psicosociale, dei rapporti con gli altri e dell'espressività, che produce un miglioramento della gestione delle proprie emozioni. Tali risultati si confermano in pazienti psichiatrici e nella popolazione normale.

In conclusione, si può affermare l'efficacia del training assertivo che porta complessivamente ad un miglioramento dell'assertività, delle abilità di comunicazione e della qualità della vita.

### **Riferimenti Bibliografici.**

Ghasemian D., Yadollahi M., Kamkar M.Z., Jadidi M., Moghadam Z. Effectiveness of assertiveness training on social anxiety and happiness. *Journal of Social Issues & Humanities*, Volume 2, Issue 4, April 2014.

- Gülşah A. The effect of an assertiveness training on the assertiveness and self esteem level of 5th grade children; the department of educational sciences. June 2003.
- Hayakawa, Masaya. How Repeated 15-Minute Assertiveness Training Sessions Reduce Wrist Cutting In Patients with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychotherapy* 2009, Vol. 63 Issue 1, p41-51. 11p.
- Lee TY, Chang SC, Chu H, Yang CY, Ou KL, Chung MH, Chou KR. The effects of assertiveness training in patients with schizophrenia: a randomized, single-blind, controlled study. *J Adv Nurs*. 2013 Nov; 69(11):2549-59.
- Liem SK, Lee CC. Effectiveness of assertive community treatment in Hong Kong among patients with frequent hospital admissions. *Psychiatr Serv*. 2013 Nov 1;64(11):1170-2.
- Lin Y.R., Wu M.H., Yang C.I., Chen T.H., Hsu C.C., Chang Y.C., Tzeng W.C., Chou Y.H. & Chou
- K.R. (2008). Evaluation of assertive training for psychiatric patients. *Journal of Clinical Nursing* 17(21), 2875–2883.
- Mohebi S., Sharifirad GHR., Shahsiah M., Botlani S., Matlabi M., Rezaeian M. The Effect of Assertiveness Training on Student's Academic Anxiety. *J Pak Med Association*, 2012, S-41.
- Razali SM, Hashim MA. Modified Assertive Community Treatment: Effectiveness on Hospitalization and Length of Stay. *Community Mental Health J*. 2015 Feb;51(2):171-4.

## **Sessione Poster 3**

**Domenica 15 Ottobre**

**11.00 - 12.00**

*Sala Onda*

# ***Psicosi, Schizofrenia e Interventi Psicoeducativi per Familiari di Pazienti Psichiatrici***

**Chair: G. Femia**

# 1. FUNZIONI COGNITIVE E METACOGNITIVE NEI PAZIENTI PSICOTICI.

## UNA VALUTAZIONE DELL'IMPATTO SULLA VITA QUOTIDIANA

Di Mauro V.<sup>1,4</sup>, Rapuano M.<sup>1,4</sup>, Scaglione L.<sup>2</sup>, Sagliano L.<sup>1,3,4</sup>.

<sup>1</sup> Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Sede di Napoli

<sup>2</sup> Psicologa/Psicoterapeuta UOCSM Benevento

<sup>3</sup> Dipartimento di Psicologia, Università “Luigi Vanvitelli”, Caserta

<sup>4</sup> Associazione “Psicologia Cognitiva-APS”, San Giuseppe Vesuviano (NA)

Abstract

**Introduzione:** Studi precedenti hanno dimostrato che i pazienti con psicosi sono caratterizzati non solo da una costellazione di sintomi psicopatologici, ma anche da una riduzione della abilità cognitive (Barch e Sheffield, 2014; Kontaxaki et al., 2014) e metacognitive (Harrington et al., 2005; Sprong et al., 2007). Un cattivo funzionamento delle abilità cognitive e metacognitive può essere considerato come un fattore di vulnerabilità maggiore di questi pazienti e, quindi, determinare una maggiore compromissione nella vita quotidiana.

**Obiettivo:** Obiettivo di questo studio è quello di valutare il livello delle abilità cognitive e metacognitive dei pazienti psicotici e quanto queste siano tra loro connesse.

**Metodo:** A tal fine, ad un gruppo di 25 pazienti è stato chiesto di sottoporsi a una valutazione che comprendeva un'ampia batteria neuropsicologica, per valutare il funzionamento cognitivo generale, il Test di Teoria della Mente (TOM) e una versione modificata del Test di Attribuzione delle Emozioni (TAE).

**Risultati:** I risultati hanno evidenziato una differenza significativa tra psicotici e gruppo di controllo a tutti i test neuropsicologici e di TOM. Per quanto riguarda il TAE, i risultati hanno dimostrato una prestazione significativamente peggiore degli psicotici su tutte le emozioni ad eccezione della paura e della felicità che i due gruppi riconoscono in maniera simile. Inoltre, le abilità di Teoria della Mente risultano il miglior predittore del funzionamento nella vita quotidiana dei pazienti psicotici.

**Conclusioni:** Il presente studio, in linea con i precedenti, supporta l'ipotesi secondo cui, sebbene il DSM 5 non includa i disturbi cognitivi tra i criteri diagnostici per i disturbi psicotici, un'adeguata valutazione delle funzioni cognitive è essenziale al fine di pianificare interventi terapeutici addizionali per i pazienti psicotici, che mirino all'incremento delle abilità cognitive. Inoltre, i risultati rilevati al test di TOM e al TAE suggeriscono l'importanza di inserire all'interno di un programma terapeutico, un lavoro mirato al miglioramento del funzionamento metacognitivo,

nonché un intervento di psicoeducazione emotiva, allo scopo di potenziare il funzionamento del paziente nell'area sociale. Interventi sul piano cognitivo, metacognitivo ed emotivo, dunque, contribuirebbero al miglioramento della qualità di vita dei pazienti psicotici.

### **Bibliografia**

- Barch D.M., Sheffield J.M., Cognitive impairments in psychotic disorders: common mechanisms and measurement, in *World Psychiatry*. 2014 Oct;13(3):224-32. doi: 10.1002/wps.20145.
- Harrington, L., Siegert, R., McClure, J., 2005. Theory of mind in schizophrenia: a critical review. *Cogn. Neuropsychiatry* 10 (4), 249–286.
- Kontaxaki MI, Kattoulas E, Smyrnis N, Stefanis NC., 2014. Cognitive impairments and psychopathological parameters in patients of the schizophrenic spectrum, in *Psychiatriki*. Jan-Mar;25(1):27-38.
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., Van Engeland, H., 2007. Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 191 (1), 5–13.

## ***2. COGNITIVE REMEDIATION NEGLI ESORDI PRECOCI E IN ETÀ ADULTA: REVISIONE DELLA LETTERATURA E PROSPETTIVE FUTURE.***

**Zaccari Vittoria, Martini Cristiana**

**INTRODUZIONE:** Il deficit cognitivo della schizofrenia rappresenta il “core” sintomatologico del disturbo (Rajji et al., 2009). Alcune ricerche hanno dimostrato la necessità di strutturare interventi specifici di rimedio cognitivo in pazienti AOS (Adult Onset Schizophrenia), EOS (Early Onset Schizophrenia) e VEOS (Very Early Onset Schizophrenia).

**METODO:** Per la revisione della letteratura, è stata condotta una ricerca sistematica sui seguenti database: Psycarticles, Medline, Psycinfo, Cinahl.

**TESI:** Le tecniche di rimedio cognitivo hanno dimostrato di migliorare diversi ambiti del funzionamento cognitivo e di esercitare un’influenza favorevole anche sul decorso dei sintomi e del funzionamento psicosociale del paziente (McGurk 2007).

Il nostro obiettivo è evidenziare l’efficacia clinica della CRT sul decorso dei sintomi, sul funzionamento cognitivo, sulla cognizione sociale nei soggetti AOS, EOS e VEOS.

**CONCLUSIONI:** Dalla revisione della letteratura si evidenzia l’efficacia dei trattamenti CRT negli AOS. Esigui, invece, risultano gli studi sperimentali condotti sulle popolazioni EOS e VEOS. Tali evidenze suggeriscono la necessità di orientare maggiormente la ricerca nell’ambito dell’età evolutiva (EOS e VEOS), al fine di promuovere e implementare interventi precoci specifici, finalizzati alla riduzione della compromissione del funzionamento cognitivo, sociale, scolastico e adattivo, e al miglioramento degli outcome e della prognosi.

### **3. Diagnosi differenziale tra disturbo ossessivo-compulsivo e fenomeni psicotici**

Visco-Comandini F, Femia G, Gragnani A.

Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) Roma, Italia

#### **Introduzione:**

Negli ultimi anni, è stata ampiamente discussa le sovrapposizioni di aspetti psicopatologici propri dell'area psicotica in pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo (DOC).

Il DOC, se di grave entità e resistente al cambiamento, potrebbe presentare delle idee intrusive a carattere bizzarro, tali da far insorgere nel clinico un dubbio diagnostico e dunque l'esigenza di dover operare una diagnosi differenziale che possa escludere la presenza di un disordine del pensiero ascrivibile ad uno spettro psicotico.

In questi casi, una valutazione mediante test psicodiagnostici specifici per il disturbo ossessivo (quali Yale Brown Compulsive Scale [Y-BOCS], Goodman et al., 1989a, 1989b; e il Padua Inventory Revised [PI-R], Van Oppen et al., 1995). capace di descrivere in modo dettagliato la gravità del quadro presentato necessita di un'integrazione con altre metodiche in grado di cogliere la struttura della Personalità (i.e. il Minnesota Multiphasic Personality Inventory [MMPI], Hathaway & McKinley, 1940) e una valutazione globale del funzionamento (i.e. Symptom Checklist-90). L'integrazione di questi strumenti potenzia il processo di assessment e si costituisce in quanto valida risorsa per il clinico, facilitando il processo diagnostico e garantendo un minor margine di errore ed un intervento di maggiore efficacia.

Al fine di contribuire ad una maggiore comprensione di questo fenomeno, attraverso la somministrazione di alcuni test psicodiagnostici, abbiamo caratterizzato il profilo sintomatologico dei pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo, rivolgendo particolare attenzione alla descrizione degli aspetti bizzarri che spesso accompagnano la sintomatologia ossessiva.

#### **Obiettivo:**

A partire da queste considerazioni, il presente studio si propone di indagare il rapporto che intercorre tra le diverse metodologie psicodiagnostiche allo scopo di caratterizzare le manifestazioni bizzarre/simil-deliranti descritte nei pazienti DOC operando un confronto specifico fra i punteggi ottenuti alla sottoscala Psicoticismo (SCL-90) e le variabili previste dal test MMPI che indagano la qualità dei processi di pensiero ed eventuali disordini e processi di distacco dalla realtà condivisa, al fine di favorire i processi di differenziazione fra i due fenomeni.

#### **Metodi e strumenti:**

In questo studio sono stati inclusi 121 pazienti con diagnosi di DOC. Tutti i partecipanti hanno compilato lo screening psicodiagnostico, che include MMPI, SCL-90, PI-R e Y-BOCS.

Sono state eseguite analisi di correlazione (Correlazione di Spearman) e Analisi Univariata (ANOVA) al fine di evidenziare le relazioni che intercorrono tra le misure analizzate.

**Risultati:**

I risultati dimostrano una stretta relazione tra scale di diverse metodiche volte a misurare i fenomeni ossessivi, suggerendo come la combinazione degli strumenti utilizzati siano in grado clinico di individuare lo stato ed il tenore del disturbo, le tematiche ossessive e i rituali di comportamento, rintracciando anche temi nucleari connessi alla struttura della personalità.

Nello specifico si evidenziano correlazioni significative tra scala Pt (MMPI) e Sintomi Ossessivo-compulsivi (SCL-90); questi sembrano correlare sia con i punteggi totali ricevuti al PI-R che con i conteggi ottenuti alla Y-BOCS. Tuttavia, essi non sembrano corrispondere ad un innalzamento delle scale Psicotiche nel test MMPI, ma essere connessi ad un posizionamento nevrotico evidente dai conteggi globali delle aree ottenute mediante il codice di Diamond.

In conclusione, il confronto fra la scala psicoticismo (SCL-90) e l'analisi del codice delle punte alte, assieme al conteggio delle aree nevrotiche e psicotiche previste dall'analisi dei protocolli MMPI, sostengono il clinico nei processi di diagnosi differenziale rispetto alla presenza di ideazione bizzarra ed arbitraria, permettendo una collocazione clinica non confondente tra idee ossessive, timori di impazzimento e perdita di controllo dei propri pensieri e processi di fuga dalla realtà, fenomeni dissociativi/simil-deliranti e stati di assorbimento della coscienza secondari al disturbo ossessivo-compulsivo.

## **4. INTERVENTO DI PSICOEDUCAZIONE RIVOLTO AI FAMILIARI DI PAZIENTI PSICHIATRICI:**

### **VERSO UN TRATTAMENTO COMPLESSO E INTEGRATO**

Rosa Vitale<sup>1</sup>, Gabriella Catalano<sup>2</sup>, Barbara Paoli<sup>3</sup>, Michele Procacci<sup>4</sup>

**Introduzione** La psicoeducazione familiare è un metodo di intervento psicologico rivolto a famiglie di pazienti psichiatrici, il cui presupposto teorico è rappresentato dalla teoria stress-vulnerabilità. Quest'ultima, ipotizza che l'insorgenza di una patologia derivi dalle interazioni continue tra geni, ambiente e processi intrapsichici, in un'ottica di compromesso fra teorie psicosociali e teorie biologiche.

Gli studi sull'emotività espressa e sul carico familiare hanno condotto alla nascita di un modello complesso che, superando il rischio di colpevolizzazione dei familiari e la visione puramente organicistica della malattia, comincia a riconoscere gli utenti e le loro famiglie come attori che partecipano attivamente alle scelte ed alle politiche dei Servizi psichiatrici.

Numerosi studi indicano che, nel trattamento della schizofrenia, la psicoeducazione familiare risulta una pratica clinica efficace per la riduzione delle ricadute e dei ricoveri, soprattutto se abbinata a un efficace trattamento farmacologico.

Un'analisi sull'efficacia degli interventi psicoeducativi mostra che il lavoro con le famiglie risulta di notevole aiuto alla ripresa del paziente: il contenuto informativo di determinati momenti dell'intervento risulta efficace se fornito in un contesto grupppale, che favorisca la condivisione ed il potenziamento reciproco di abilità e risorse.

A partire da queste premesse, è stato realizzato un programma annuale di psicoeducazione, caratterizzato da dieci incontri a cadenza mensile e rivolto ai familiari degli utenti di una struttura residenziale terapeutico-riabilitativa (SRTRe), di età compresa fra i 15 e i 28 anni, con diagnosi di psicosi e disturbi di personalità. Ogni incontro, della durata di 120 minuti, prevede due fasi distinte: una di tipo informativo-teorico ed una dedicata al dibattito e al confronto con i familiari, sulla tematica oggetto dell'incontro.

**Obiettivi** In relazione alla complessità dell'intervento, sul piano terapeutico diventa importante scegliere procedure integrate, orientate sia a mitigare l'impatto dei fattori esterni che a fornire strumenti e modalità di gestione più funzionali, finalizzati alla riduzione dell'emotività espressa e della responsabilità percepita.

Il trattamento psicoeducativo si propone di: fornire informazioni relative alla malattia mentale, per una migliore comprensione del problema; garantire l'acquisizione di strategie di coping e di problem solving, per il fronteggiamento della crisi; promuovere l'apprendimento di efficaci modalità comunicative; migliorare la capacità di gestione delle problematiche emotive; ridurre il

carico familiare; promuovere l'attivazione di una rete sociale, al fine di evitare l'isolamento familiare.

**Metodi** Sulla base degli obiettivi proposti, è stato selezionato un campione di 15 soggetti (9 uomini e 6 donne) a cui somministrare a T0 T6 E T12 le seguenti scale: State Trait Anxiety Inventory (STAI), Generalized Self-efficacy Scale (GSE), Scale for Interpersonal Behavior (SIBr -short form), Profile of mood states (POMS), General Spectrum Measure V (GSM-V). Ulteriormente, è stata predisposta una griglia di valutazione, da adoperare in parallelo agli strumenti suddetti, attraverso la quale registrare atteggiamenti, emotività prevalente espressa, capacità attentiva e coinvolgimento dei partecipanti al gruppo.

**Risultati** Sulla base delle prime valutazioni a T0 ad oggi disponibili, si osserva una generale prevalenza di stati ansioso-depressivi, scarse capacità comunicative, ridotte strategie di coping, insieme ad un notevole carico familiare percepito.

**Conclusioni** A partire dalle ipotesi di base e dai dati presenti in letteratura, ci si aspetta di registrare (nel corso del follow up T6 – T12) una significativa riduzione dell'emotività espressa, una minore percezione del carico familiare, un miglioramento delle capacità comunicative, oltre ad un potenziamento di modalità di gestione della malattia, sia attraverso una maggiore comprensione del problema sia mediante acquisizione e messa in pratica di strategie di coping più funzionali.

---

<sup>1</sup> Specializzanda psicoterapia Cognitivo Comportamentale III anno Spc Roma

<sup>2</sup> Specializzanda psicoterapia Cognitivo Comportamentale III anno Spc Grosseto

<sup>3</sup> Specializzanda psicoterapia Cognitivo Comportamentale IV anno Spc Roma

<sup>4</sup> Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale

**Sessione Poster 3**

**Domenica 15 Ottobre**

**11.00 - 12.00**

*Sala Ping Pong*

***Disturbi di Personalità,  
Psicopatia e Rischio  
Suicidario***

**Chair: G. Mangiola**

# 1. LA COMPROMISSIONE DELL'IDENTITÀ NEI DISTURBI DI PERSONALITÀ SECONDO L'APPROCCIO COMPORTAMENTALE

Anna Arena\*

## Affiliazione:

\* Psicologo-Psicoterapeuta, Associazione di Psicologia Cognitiva (A. P.C.), Sede di Lecce

## INTRODUZIONE

Il concetto dell'Identità, nella pratica clinica, è implicato trasversalmente a diverse psicopatologia, essendo potenziale fattore di rischio o conseguenza dello sviluppo di un disturbo. Ciò emerge chiaramente dalla definizione dell'APA attribuita ai Disturbi di Personalità, secondo cui uno dei criteri diagnostici dei Disturbi di Personalità è un disturbo dell'identità, ovvero la marcata e persistente presenza di un'instabile immagine di sé o senso di sé (APA, 1994) e una moderata o più grave compromissione del funzionamento (del Sé e interpersonale) della personalità (APA, 2013). Il presente lavoro vuole descrivere come, da un punto di vista comportamentale, si sviluppa un'identità patologica, instabile che possa essere, insieme ad altri, fattore di rischio per lo sviluppo di questi disturbi.

## METODO

Elaborazione di una riflessione teorica a partire da una rassegna degli studi presenti in letteratura. Le parole chiave utilizzate sono state 'identity', 'Diagnosis of Personality Disorder', 'Problems of the Self' sui vari motori di ricerca come Pubmed, Google e Google scholar.

## TESI

Gli attributi, sensazioni, convinzioni, riferibili a sé, che siano descrizione di sé, che consentano di cogliere somiglianze e unicità di sé rispetto ad altri, ma anche di far previsioni, di costruire aspettative, producono identificazione, identità, la definizione di sé come "non un altro" (Hayes e Wilson, 1993 e 1995; Mosticoni, 1999). L'assenza di tali attribuzioni e connotazioni, parallelamente, comporta difficoltà nella definizione di sé che, conseguentemente, determina l'impossibilità di effettuare scelte personali, evocando emozioni negative. Ciò conduce verso l'attuazione di risposte comportamentali ed emotive disadattive volte a ristabilire l'identificazione di sé e le conseguenti frustrazioni dovute alla mancata ri-stabilizzazione della propria riconoscibilità, nonché una ridotta autonomia decisionale e di significati, che esitano verso un potenziale sviluppo di un disturbo di Personalità. I comportamenti e le verbalizzazioni private riferibili al sé sono fondamentali nella vita dell'individuo, in quanto possono determinare la costruzione di un Sé più o meno instabile (Kanter, Prker e Kholenberg 2001). Questa capacità viene vista lungo un continuum nel quale ad un'estremità si rintracciano persone che rispondono esclusivamente a stimoli privati, continuando individuamo la capacità di rispondere equilibratamente a stimoli privati e a stimoli pubblici che evocano il concetto 'io'. A metà del continuum si può trovare un sé instabile che varia al variare del contesto interpersonale; infine, all'altra estremità si colloca un senso di sé completamente influenzato da stimoli esterni, opinioni, credenze e desideri altrui. **Il senso del sé può essere totalmente influenzato dagli altri, tanto da concepire credenze, desideri, stati d'animo degli altri come propri, creando caoticità, imprevedibilità del sé, evidente nei Disturbi Borderline di Personalità** (Korner, Kholenberg e Parker, 2001). Al contrario, nel Disturbo Dissociativo dell'Identità si un senso di sé che sembra essere meno controllato da stimoli esterni e maggiormente rispondenti a stimoli privati che permettono all'individuo di autodefinirsi.

## CONCLUSIONI

In questi disturbi essendoci una scarsa o disfunzionale definizione di Sé è necessario, da un punto di vista terapeutico, implementare il Sé, attraverso le tecniche più propriamente comportamentiste;

attraverso le tecniche ACT; o addirittura attraverso l'uso delle *libere associazioni*. Questo tipo di intervento non prevede la focalizzazione sui contenuti di queste come storicamente inteso, ma permette ai pazienti di imparare a rispondere a stimoli privati (Kanter et al., 2001). Si rendono necessarie ulteriori approfondimenti *evidence-based* sull'uso di quest'ultima tecnica, finalizzata all'esposizione graduale ad eventi privati.

### **BIBLIOGRAFIA:**

American Psychological Association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV) Washington.

American Psychological Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-V) Washington.

Hayes, S.C., & Wilson, K.G. (1995). *The role of cognition in complex human behavior: A contextualistic perspective*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 241-248.

Kanter, Parker e Kohlenberg (2001), *Finding the self: a behavioral measure and its clinical implications*, Volume 38/Summer 2001/Number 2-Psychotherapy, University of Washington.

Kohlenberg e Mavis Tsai (1991), *I Speak, Therefore I Am: A Behavioral Approach to Understanding Problems of the Self*, New York: Plenum.

Koerner K., Kohlenberg R.J. e Parker C.R. (1996), *Diagnosis of Personality Disorder: A Radical Behavioral Alternative*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, N. 6. 1169 -1176.

Mosticoni R. (2007), articolo *'Identità: le funzioni del Sè'*, *Acta comportamentalia*, vol.5, Monografia 20007, pp. 71-82.

Mosticoni R. (1984), *'La ricerca nevrotica dell'equilibrio'*, Bulzoni Editore, Roma.

Mosticoni R. (1999), *Analisi funzionale e assessment cognitivo-comportamentale. Un'applicazione alle classi di risposta*. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, vol. 5, 2, 143-155.

Mosticoni R. (2006), *'Analisi funzionale in psicologia. Guida operativa'*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.

Mosticoni R. (2011), *'Argomenti di analisi funzionale. Tecniche di terapia cognitivo-comportamentale'*, Giovanni Fioriti Editore, Roma

## 2. I DISTURBI DI PERSONALITÀ: UNA PROSPETTIVA COMPORTAMENTALE

Giorgia Manca\*

### Affiliazione

\*Psicologo, Psicoterapeuta

### Introduzione

Né la categorizzazione diagnostica dei Disturbi di Personalità, né l'approccio dimensionale proposto dal nuovo DSM 5 suggeriscono un intervento terapeutico idiografico, ma solo trattamenti nomotetici delle problematiche associate ai DP. L'assessment comportamentale può sopperire a questa lacuna permettendo al clinico di individuare quelle variabili che, se identificate e modificate, possono facilitare il cambiamento terapeutico, focalizzandosi sulle relazioni funzionali causali e controllabili che possono essere applicate ad un set di comportamenti target del paziente (Haynes & O'Brien, 1990).

### Metodo

È stata passata in rassegna la letteratura prodotta in merito alla visione comportamentale dei DP. Per la descrizione dei concetti di base dell'analisi funzionale si è fatto riferimento al testo *Argomenti di Analisi Funzionale* (Mosticoni, 2011). I database usati per la rassegna della letteratura sono stati *PubMed*, *Google*, *Google Scholar*. Le parole chiave inserite ai fini della ricerca sono state: *personality disorders, functional analysis, behavioral assessment, behavioral treatment of personality disorders, development and maintenance of personality disorders, behavioral perspective of personality*.

### Tesi

Nonostante le conseguenze a breve termine mantengano i comportamenti problematici negli individui con DP, le conseguenze a lungo termine di tali manifestazioni comportamentali causano, per definizione, un disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in varie aree. È dunque di fondamentale importanza, per il clinico, procedere con un accurato assessment funzionale di tutte le conseguenze dei comportamenti problematici del paziente, sia a breve che a lungo termine (Nelson Gray & Farmer, 1999).

Senso di Sé patologico e manifestazioni sintomatologiche molto differenti tra loro rendono il DP ardui da trattare in psicoterapia. Le tante e tanto diverse manifestazioni sintomatiche possono tuttavia essere ricondotte ad alcuni pattern tipici: disregolazione emotiva, evitamento esperenziale, impulsività, ansia, rabbia, dipendenza, ossessività e sospettosità. Nel DBP, in particolare, l'impulsività spesso si traduce nell'attuazione di gesti autolesivi. L'autolesionismo può avere funzioni differenti ed essere mantenuto da una serie di rinforzi positivi o negativi di varia natura, come la vicinanza interpersonale (rinforzo positivo), l'alleviamento di emozioni intense e negative (rinforzo negativo), la fine di un episodio dissociativo (rinforzo negativo), l'autopunizione e la

ricerca di sensazioni forti. A prescindere dalla natura del rinforzo, esso mantiene costante nel tempo la presenza di questo comportamento, le cui conseguenze possono essere accidentalmente molto onerose.

Per quanto riguarda il trattamento dei disturbi di personalità, solo per il DBP esiste un trattamento manualizzato di provata efficacia, ovvero la DBT (Linehan, 1993). Esistono tuttavia dei trattamenti empiricamente testati che si rivolgono a specifici sintomi dei DP e fanno parte delle terapie di “terza generazione”: la FAP e l’ACT. Nel caso in cui non si abbia a disposizione un trattamento manualizzato, può essere di aiuto per il terapeuta seguire le indicazioni generali fornite dall’analisi funzionale e focalizzarsi sul trattamento delle classi di risposta, in quanto alcune classi di risposta più di altre sono tipiche di diversi DP (Farmer et al., 2005).

### **Conclusioni**

Un trattamento abbinato ad un problema specifico o ad un comportamento target è più efficace rispetto ad un trattamento non corrispondente ad alcun problema specifico (Nelson-Gray et al., 1989). Procedere con una concettualizzazione idiografica del caso attraverso un assessment comportamentale può permettere al terapeuta di relazionarsi alle tante e tanto diverse problematiche caratteristiche dei DP. Poiché la letteratura sull’assessment funzionale e sul trattamento dei DP si è concentrata soprattutto sui Disturbi Borderline ed Evitante di Personalità, si rendono necessarie ricerche sperimentali future finalizzate ad un assessment funzionale più puntuale e ad un trattamento *evidence-based* anche degli altri DP.

### **Bibliografia essenziale**

Farmer R.F., Nelson-Gray R.O. (2005). *Personality-guided behavior therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Haynes S.N., O’Brien W.H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, Vol.10, 649-668.

Mosticoni R. (2011). *Argomenti di analisi funzionale. Tecniche di terapia cognitivo-comportamentale*. Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

Nelson-Gray R.O., Farmer R.F. (1999). Behavioral assessment of personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, Vol.37, 347-368.

### 3. IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ: SFIDE DIAGNOSTICHE E DIFFICOLTÀ CLINICHE

Pisano G.<sup>1,2</sup>, Di Mauro V.<sup>1,2</sup>, Bilotta E.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *SPC Napoli*

<sup>2</sup> *Associazione di Psicologia Cognitiva ó APSö*

<sup>3</sup> *Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma; SPC Roma*

**Introduzione:** Il Disturbo Narcisistico di Personalità (NPD) è uno dei disturbi di personalità meno studiati empiricamente. Di conseguenza, esiste una certa confusione sull'affidabilità, la validità, la specificità e la sensibilità dei criteri diagnostici, così come sulla prevalenza del disturbo. Attualmente non esistono studi clinici randomizzati che testino l'efficacia di un trattamento psicoterapeutico specifico. Inoltre, la confusione diagnostica è dovuta alla presentazione altamente variabile del disturbo e alla diversa gravità che può caratterizzarlo.

**Metodo:** Sono stati esaminati gli studi presenti in letteratura degli ultimi dieci anni che si sono occupati della diagnosi e del trattamento del disturbo narcisistico di personalità.

**Tesi:** Nel presente lavoro si sostiene l'importanza di identificare un trattamento elettivo per il disturbo narcisistico di personalità e, soprattutto, di considerare, anche nei manuali diagnostici, la presenza dei vari sottotipi del disturbo.

**Conclusioni:** Considerando che il NPD ha una presentazione molto variabile, è complesso da trattare per via della sintomatologia che solitamente lo accompagna (ansia, attacchi di panico, depressione, etc.), per le differenze tra i diversi sottotipi, per la complessità del disturbo in sé, per la variabilità e gravità con cui si presenta e che determina una eterogeneità fenotipica, per la mancanza di strumenti di diagnosi affidabili, validi, specifici e sensibili, si evidenzia che è necessario utilizzare approcci specifici e focalizzarsi su ulteriore ricerca per migliorare la gestione diagnostica e clinica generale dei pazienti con questa diagnosi.

#### **Bibliografia**

- **Ansell EB, Wright AG, Markowitz JC, Sanislow CA, Hopwood CJ, Zanarini MC, Yen S, Pinto A, McGlashan TH, Grilo CM.** (2015). Personality disorder risk factors for suicide attempts over 10 years of follow-up. *Personal Disord.* 2015 Apr;6(2):161-7. doi: 10.1037/per0000089.
- **Caligor E, Levy KN, Yeomans FE**(2015).Narcissistic personality disorder: diagnostic and clinical challenges. *Am J Psychiatry.* 2015 May;172(5):415-22. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14060723.
- **Fatfouta R., Gerlach T.M., Schröder-Abé M., Merkl M.**(2015). Narcissism and lack of interpersonal forgiveness: The mediating role of state anger, state rumination, and state empathy. *Personality and Individual Differences* 75 (2015) 36–40.
- **Pincus AL, Lukowitsky MR** (2010).Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6:421–446

#### **4. MISURE IMPLICITE, PSICOPATIA E COMPORTAMENTI DEVIANTI: UNA RASSEGNA DELLA LETTERATURA**

Luana Stamerra<sup>1</sup>, Francesco Mancini<sup>2</sup>, Elena Bilotta<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>*Associazione di Psicologia Cognitiva, Lecce;*

<sup>2</sup>*Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma;*

<sup>3</sup>*Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma.*

##### **INTRODUZIONE**

Misure self report e interviste sono i metodi più comuni per la misurazione in psicopatologia. Tuttavia, entrambi hanno molti limiti. Le misure self report presuppongono che l'individuo sia consapevole e capace di riportare problemi personali. Le interviste principalmente si basano sull'assunzione che l'intervistatore possa valutare affidabilmente il paziente. Inoltre, la desiderabilità sociale può interferire con il processo di misurazione. Al fine di superare i limiti delle misure esplicite, un grande ramo della ricerca nella psicologia della personalità e nella psicologia sociale si rifà a misure implicite dei costrutti psicologici. La ricerca mostra che le misure implicite sono spesso più predittive di comportamenti non socialmente desiderabili rispetto alle misure esplicite. Essere in grado di ottenere questo tipo di informazioni può essere particolarmente interessante e utile nel caso di comportamenti devianti e violenti in soggetti psicopatici.

##### **METODO**

È stata effettuata una revisione sistematica della letteratura sulle misure implicite, e in particolare l'Implicit Association Test (IAT), utilizzato con soggetti psicopatici. La ricerca dei contributi oggetto della rassegna è stata condotta sul database PsycINFO attraverso l'utilizzo delle seguenti parole chiave: psicopatologia, Implicit Association Test, comportamenti aggressivi, violenza.

##### **TESI**

Dall'analisi della letteratura emerge che le misure esplicite (es. self reports e interviste) somministrate a detenuti con diagnosi di psicopatologia non sono sempre predittive di comportamenti aggressivi, mentre le misure implicite spesso mostrano una correlazione con comportamenti violenti e devianti.

##### **CONCLUSIONI**

Le attitudini implicite giocano un ruolo potenzialmente significativo nella predizione di comportamenti devianti. Le misure implicite possono rappresentare un metodo utile a cogliere informazioni complementari rispetto a quelle rilevabili per mezzo delle misure esplicite e del colloquio clinico. L'uso integrato di tali metodi di misurazione può rendersi particolarmente utile, in ambito forense, nella valutazione del possibile rischio di recidiva di atti devianti.

## 5. VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO SUICIDARIO

I dati emersi da una recente indagine mondiale, indicano che il 44% delle persone a rischio di suicidio nei paesi ad alto reddito non riceve alcuna forma di trattamento (Bruffaerts et al., 2011) sebbene numerosi studi abbiano dimostrato l'efficacia del trattamento farmacologico (Mann et al., 2005) e psicoterapeutico per le persone a rischio di suicidio (Guo e Harstall, 2004).

Il presente lavoro consiste in una revisione dei principali studi in riferimento alla valutazione del rischio suicidario e ai protocolli di intervento nel trattamento dello stesso.

La ricerca, condotta attraverso un'indagine bibliografica, fa emergere un'ampia varietà di strumenti di valutazione e protocolli disponibili per il trattamento del rischio suicidario, facendo supporre un crescente interesse in clinica e in letteratura nei confronti di una tematica tanto complessa e attuale.

L'intento di questo lavoro è quello di migliorare le conoscenze relative all'efficacia delle azioni e delle strategie di prevenzione nel suicidio affinché ciò possa orientare il clinico a scegliere lo strumento di valutazione e di intervento più adatto al proprio caso.

In accordo con Mann, riteniamo infatti che gli interventi di prevenzione del suicidio debbano essere multimodali, basati su prove di evidenza e guidati da specifiche ipotesi verificabili, realizzati tra popolazioni di grandezza sufficiente per poter produrre risultati generalizzabili e affidabili (Mann et al., 2005).

Nonostante rimanga ancora alta la percentuale delle persone a rischio suicidario non trattate, emerge un crescente interesse in letteratura riguardo alla valutazione e al trattamento dello stesso. Inoltre diversi studi dimostrano l'efficacia del trattamento farmacologico e psicoterapeutico nel rischio suicidario (Mann et al., 2005; Guo e Harstall, 2004).

La ricerca ha portato a una rassegna dei principali fattori di rischio e di protezione nel fenomeno suicidario, dei principali strumenti di valutazione in età adulta e in adolescenza e dei principali protocolli di intervento, allo scopo di accrescere la consapevolezza e la competenza del clinico per riconoscere e intervenire efficacemente sul rischio suicidario.

Parole chiave: rischio suicidario, efficacia, strumenti di valutazione, protocolli di intervento.

## **Sessione Poster 3**

**Domenica 15 Ottobre**

**11.00 - 12.00**

*Sala Galleria*

# ***Funzioni Cognitive, Processo Decisionale e Ruminazione***

**Chair: B. Barcaccia**

## **1. IL PROCESSO DECISIONALE: UN'ANALISI DELLA LETTERATURA SULLE VARIABILI INTERVENIENTI**

Barbara Pizzini, Angelo Bellofiore, Alessandra Cassese, Carla Galzenati, Marzia Mazzei, Virginia Federica Papa, Linda Raia, Lorella Rapuano, Veronica Sanges, Fabrizia Tudisco, Rosario Esposito

**SPC, I anno, Napoli**

Relatrice al Forum: Barbara Pizzini

Parole chiave: processo decisionale, decisione, scelta, questionari, test.

### **INTRODUZIONE**

In letteratura, soprattutto negli ultimi anni, è stato largamente studiato il processo decisionale relativo a condizioni di incertezza, situazioni cioè dove attraverso la logica, il mero calcolo delle probabilità o le euristiche si può giungere a una scelta. Poco studiato invece è il processo decisionale così come avviene in situazioni di vita quotidiana. L'aspetto che pare essere trascurato, a dispetto della sua rilevanza pratica, è quello relativo a come le persone prendono effettivamente decisioni riguardanti aspetti concreti e salienti della loro vita (es. che pietanza scegliere? Con chi voglio fidanzarmi? Che facoltà scelgo? Che lavoro farò? ecc.). Decisioni di questo tipo risultano invece di fondamentale importanza nella definizione dell'agentività individuale, intesa come la capacità di agire attivamente nel contesto in cui si è inseriti.

Comprendere e delinearne teoricamente questo aspetto risulta dunque cruciale per meglio definire come esso contribuisca ad una migliore definizione personale dell'individuo e, per contro, come invece un'incapacità decisionale, prolungata e persistente, possa invece contribuire allo sviluppo di disagi psichici.

Le difficoltà, evidenti anche nella pratica clinica, possono intervenire nelle varie fasi di questo processo: - difficoltà, in fase di valutazione delle alternative possibili, a decidere sulla base di una conoscenza di Sé, del proprio profilo personale, di quello che si vuole nella e dalla propria vita; - difficoltà, in fase di decisione vera e propria, nello stabilire cosa, sulla base di esperienze precedenti, fa sperimentare maggiormente sensazioni positive e desiderabili; - difficoltà in capacità metadecisionali, che si traducono in una incapacità di rappresentarsi le proprie rappresentazioni, e dunque di monitorare on-line il processo decisionale stesso. Appare perciò essenziale, al fine di rendere indagabile e quantificabile la capacità individuale nel processo di decisione, disporre di questionari e test che siano in grado di stabilire realmente se e quanto le persone abbiano difficoltà in tal senso.

### **METODO**

Abbiamo proceduto dunque ad una ricerca della letteratura, utilizzando i motori di ricerca PubMed, Google Scholar, ProQuest, EBSCO, PsycARTICLES, PsycINFO, PsycNET e inserendo le seguenti parole chiave: sia "decision-making" sia "choice" abbinata con le parole "personality", "psychoptology", "questionnaire", "test", "inventory".

### **TESI**

Dall'analisi della letteratura è emerso che la maggior parte degli articoli trattano il decision-making, concentrandosi prevalentemente sul processo decisionale in ambito neuropsicologico, con pazienti cerebrolesi o con malattie neurodegenerative, in contesti lavorativi ed economici o in pazienti con disturbi di personalità. I questionari disponibili in letteratura ed analizzati (e.g. Decision Making

Style Inventory; Decision Styles Scale; General Decision-Making Style, etc.), pur indagando aspetti specifici legati alla decisione in contesti di vita quotidiana, non rendono ragione al processo nella sua complessa unitarietà.

## **CONCLUSIONI**

Appare dunque, a nostro avviso, auspicabile che future ricerche delineino meglio come le diverse variabili intervenienti nel processo decisionale di vita quotidiana si relazionino tra loro, giungendo alla costruzione di strumenti adeguati che permettano, a clinici e non, di avere informazioni rilevanti sulla capacità decisionale degli individui.

## 2. L'ATTENTIONAL BIAS NEL DISGUSTO FISICO E MORALE

*Sorbara<sup>a</sup> F., Di Luca<sup>b</sup> R., Boccella<sup>c</sup> G., Pisano<sup>c</sup> G., Rapuano<sup>c</sup> M., DeAbrosca<sup>c</sup> A., Marciano<sup>c</sup> J., Lucci<sup>d</sup> G., Romano<sup>e</sup> G., Gragnani<sup>e</sup> A., Cimmino<sup>f</sup> R.L.*

<sup>a</sup> II anno SPC-Grosseto

<sup>b</sup> III anno APC-Roma

<sup>c</sup> IV anno SPC-Napoli

<sup>d</sup> IRCCS Fondazione Santa Lucia-Roma

<sup>e</sup> Didatta APC-SPC

<sup>f</sup> Co-trainer AIPC-Bari, APC-Roma, Conduttore Project

**Relatore:** Sorbara Flavia

### Introduzione

Gli stimoli con valenza emozionale negativa catturano maggiormente l'attenzione rispetto a quelli piacevoli o neutri, pertanto richiedono un'elaborazione preferenziale (bias attentivo) (Cacioppo et al., 2000; Carretiè et al., 2004). Attraverso l'attenzione selettiva, infatti, il nostro cervello guida il comportamento verso stimoli ambientali rilevanti per la sopravvivenza, soprattutto quando è implicato un immediato pericolo, in quanto consente di attuare una risposta di difesa più efficace (Vuilleumier, 2005). Tra gli stimoli minacciosi, quelli con valenza di disgusto sembrano assumere una particolare rilevanza.

Il disgusto fisico è un'emozione universale fortemente corporea, in quanto sorveglia l'integrità del corpo ed è suscitata da sostanze potenzialmente dannose che entrano o potrebbero entrare in contatto con il corpo.

Il disgusto morale è invece un'emozione riferita a comportamenti o gesti che provocano disprezzo, indignazione, avversione, intolleranza. E' connessa agli atti eccessivi di trasgressione che evocano la sensazione di sporcizia a livello morale.

### Obiettivi

Lo scopo del presente studio è quello di indagare come si declina il bias attentivo all'interno dei due domini del disgusto, fisico e morale, sui quali già sono presenti evidenze empiriche rispetto alle loro caratteristiche distintive, sia da un punto di vista soggettivo che autonomico (Ottaviani et al., 2013) e, in particolare, studiare il ruolo delle differenze individuali nell'elaborazione attentiva delle due categorie di stimoli.

### Metodo

Lo studio è stato condotto prendendo in considerazione il paradigma del dot-probe-task come suggerito da precedenti ricerche (Van Hooff et al., 2013).

Ai partecipanti è stato chiesto di individuare uno stimolo target (lettera N o Z) presentato in 4 posizioni diverse (in alto, in basso, a destra, a sinistra) intorno a un'immagine centrale elicitante disgusto fisico, morale o a carattere neutro. Ciascun blocco composto da 40 immagini (10 DF, 10 DM e 20 NE) è stato ripetuto in maniera randomizzata per un totale di 16 volte. L'intervallo tra l'insorgenza della lettera cue e la presentazione dell'immagine bersaglio è oscillata all'interno di diversi intervalli di tempo (200 ms, 500 ms, 800 ms, 1100 ms).

I soggetti hanno inoltre compilato: Disgust Scale-Revised (DS-R) per la misurazione della reazione personale e la valutazione del disgusto (Olatunji et al., 2007); Guilt Inventory (GI) per il senso di colpa (di stato e di tratto) e l'adesione a rigidi principi morali (Kugler & Jones, 1992).

## **Risultati**

Coerentemente alla nostra ipotesi iniziale, i risultati ottenuti hanno evidenziato delle differenze nell'elaborazione attentiva delle tre categorie di immagini.

L'Anova ha mostrato una differenza nei tempi di risposta dei partecipanti alle diverse categorie di immagini. Nello specifico, tempi più lunghi erano associati alla categoria del disgusto fisico.

Ulteriori analisi hanno mostrato una correlazione significativa tra i punteggi al Guilt Inventory e i tempi di risposta nella categoria di immagini concernenti disgusto morale.

## **Conclusioni**

Il nostro studio suggerisce l'esistenza di una correlazione significativa tra il disengagement dell'attenzione e le caratteristiche individuali nei confronti delle categorie di stimoli elicитanti disgusto, in particolare del dominio morale. Questo dato rafforzerebbe il legame esistente tra disgusto e i vissuti connessi alla colpa (D'Olimpio et. al. 2013).

### 3. SCOPI E FUNZIONI DELLA RUMINAZIONE: UNA REVIEW DELLA LETTERATURA

Schepisi C.\*, Leombruni E.\*, Di Mauro V.\*\*\*, Trincas R.\*\*\*, Mancini F.\*\*\*

\*SPC Grosseto,

\*\*SPC Napoli,

\*\*\*APC, SPC Roma

**Relatrice:** Valentina Di Mauro

#### Abstract

La ruminazione, definita come uno stile di pensiero abituale e ripetitivo che ruota attorno ad un tema specifico, è coinvolta nello sviluppo e nel mantenimento di molti disturbi psichici. Evidenze mostrano che il pensiero ripetitivo è comune anche nella popolazione non clinica ed assume un valore adattivo quando i pensieri sono concreti e finalizzati alla risoluzione di un problema mentre viene considerata disadattiva quando i pensieri sono astratti e impediscono di focalizzarsi su problemi immediati (Watkins, 2008). In psicopatologia è questo secondo tipo a prevalere e diversi Autori (es. Nolen-Hoeksema, Davey, Wells, Martin & Tesser, Watkins) hanno proposto teorie che ne illustrano le funzioni. Tuttavia, risulta ancora poco chiaro quali siano gli scopi che portano l'individuo a perseverare in questa attività nonostante i costi che comporta. Considerando il ruolo rilevante che la ruminazione svolge in numerosi disturbi, ci siamo prefissati l'obiettivo generale di costruire un modello esaustivo della ruminazione basato sulla teoria dell'auto-regolazione comportamentale di *Carver e Sheier (1990)*. Abbiamo, quindi, esaminato i modelli teorici più rilevanti e le prove sperimentali sulla ruminazione al fine di individuare potenziali indicatori del ruolo che il pensiero ripetitivo svolge all'interno del sistema scopistico dell'individuo.

Sulla base delle evidenze attuali, la funzione della ruminazione è di focalizzare l'attenzione su quegli eventi che potrebbero interferire con il raggiungimento di uno scopo (o con l'evitamento di un anti-goal) al fine di facilitare la progressione verso gli scopi rilevanti. In particolare, la ruminazione sembra servire gli scopi che si trovano ad un livello intermedio della gerarchia. Quindi, focalizzandosi ripetutamente su un evento, su una sensazione fisica o un'emozione legata al fallimento di uno scopo, l'individuo tenta di superare il blocco per raggiungere lo scopo ultimo del sé desiderato. Sembrerebbe che la ruminazione persista fintanto che gli scopi che si trovano ai livelli più elevati della gerarchia sono percepiti come irraggiungibili o ancora non raggiunti. Questa idea è coerente con le evidenze scientifiche prese in esame (es.; Koole e colleghi, 1999) che mostrano come il raggiungimento di uno scopo elevato blocca la ruminazione indotta da uno scopo di ordine inferiore.

Tuttavia, gli scopi che si trovano in cima alla gerarchia sono specifici di ogni persona e spesso sono scopi di tipo astratto, questo rende difficile indagarli in un contesto sperimentale dato anche che spesso le persone ne sono inconsapevoli. In altri casi la ruminazione può sembrare priva di scopi, in questi casi potrebbe essersi instaurato un meccanismo di condizionamento per cui la ruminazione viene attivata da stimoli associati con lo scopo rilevante per l'individuo.

#### 4. L'AUTO-INGANNO

Clary Marta, Giglio Antonio, Meschino Domenico, Pidri Emanuela, Dell'Erba Gian Luigi°.

*\*Psicologi, Psicoterapeuti in formazione presso Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), sede di Lecce, IV anno;*

*°Psicologo Psicoterapeuta, Servizio di Psicologia Clinica, ASL Lecce, Didatta APC.*

#### INTRODUZIONE

Ogni essere umano desidera essere felice; ma un importante ostacolo alla felicità è ciò che impedisce di conoscerci meglio e di sviluppare le nostre possibilità. Una caratteristica comune a tutti gli individui è la tendenza a mentire a se stessi; in pratica, una parte della mente ingannerebbe un'altra parte. In generale, l'ingannarsi potrebbe assumere due forme differenti. La prima potrebbe essere una funzione della mente tendente a mantenere il sistema di conoscenze coerente; oppure si potrebbe pensare ad uno scopo di non essere in errore (scopo assai sovrapposto al bisogno di certezza). La seconda, invece, potrebbe rappresentare uno scopo di non soffrire, dove la sofferenza del soggetto è relativa agli aspetti centrali di sé oppure al Valore Personale. Potremmo, probabilmente, chiamare queste due modalità come: dissonanza cognitiva, e autoinganno. Mentiamo a noi stessi per motivi che ci appaiono come ragioni comprensibili e condivisibili: mentiamo per evitare di soffrire. Tuttavia, ciò che a prima vista (o in un primo tempo) può sembrare completamente razionale ad una analisi più accurata, è invece una modalità che può impedire (in un secondo tempo) il proprio miglioramento o il nostro benessere psicologico più stabile.

Con l'espressione "autoinganno" si e soliti indicare un insieme di fenomeni che caratterizzano una condizione di scarsa trasparenza, se non addirittura di completa oscurità in cui un individuo può venire a trovarsi nei confronti dei propri pensieri e/o delle ragioni che lo portano a compiere determinate azioni.

L'auto-inganno è stato un argomento dibattuto dagli esseri umani dai tempi della filosofia greca. Aristotele (347 a.C. -322 a.C.) per la prima volta introduce il concetto di *akrasia* (*Etica Nicomachea*, VII) descrivendo una condizione di incontinenza, volubilità della volontà, una mancanza di controllo razionale sulle proprie azioni e sulle proprie scelte. Tale concetto è in antitesi con quello di autocontrollo (*Enkrateia*), termine che presume un soggetto sempre presente a se stesso, capace di prendere la decisione giusta al momento giusto. Per *enkrateia* si intende pertanto la capacità di conservare una logicità tra ciò che stabiliamo corretto e le azioni che ne conseguono; l'*akrasia*, al contrario, è un'infrazione più o meno volontaria del principio normativo della razionalità dell'agire.

Jean-Paul Sartre affronta il tema della malafede definendola come un movimento latente all'interno di ogni coscienza, di negazione rivolta verso se stessi, un tentativo di fuga da sé, una cronica difesa nei confronti della propria identità, un ripiegamento di fronte l'angoscia (Sarte, 1943). La tesi proposta da Sartre, ruota intorno all'idea che *ōnella malafede è a me stesso che io maschero la*

*veritàö* (Sartre, 1943, p.85), una sorta di autoinganno che risiede nel cuore palpitante di ogni essere umano, al fine di mascherare una verità spiacevole.

La malafede, frutto dell'autoinganno, rappresenta una fuga dall'angoscia, generata dal fatto che è faticoso assumersi fino in fondo i costi della propria esistenza. Compito della filosofia secondo Sartre è uscire dalla malafede; è la necessità di entrare in contatto con l'angoscia, è una presa di coscienza della propria responsabilità.

Nella prospettiva di Davidson, esponente della filosofia analitica, l'autoinganno è definito come un comportamento o una condizione irrazionale, la cui semplice descrizione non può essere separata dai principi di razionalità ampia e condivisa. Distingue l'autoinganno dall'acrasia o debolezza della volontà poiché quest'ultima prevede un fallimento o un'incoerenza nell'azione (o anche, nella relazione tra credenza e azione), laddove l'autoinganno prevede soprattutto un'incoerenza cognitiva, cioè un'incoerenza tra credenze. D'altro canto, acrasia e autoinganno, nella prospettiva di Davidson, sono accomunati dal fatto che la loro spiegazione si avvale di una medesima rappresentazione del mentale (o di una medesima teoria della mente), la quale prevede – tra le altre cose – che si diano parti o aree della mente, per così dire, tra loro distinte, che operano come strutture semiautonome, ciascuna delle quali è rappresentabile come un reticolo di credenze e di stati mentali che si interseca e si sovrappone ad altre strutture; e in virtù di tali relazioni di sovrapposizione e di intersezione che possono generarsi dei conflitti, vale a dire, che possono originarsi situazioni di incoerenza interna alla mente di un singolo individuo, vista come un tutto. Dato l'assunto della divisione (o partizione) della mente, Davidson ridecrive l'autoinganno come una situazione in cui: (a) un soggetto S crede che p; (b) tale credenza, in quanto e parte integrante di un sistema di altre credenze e stati mentali (la struttura semi-autonoma di cui si è detto) che si interseca con altri sistemi di credenze e stati mentali, causa o determina nel soggetto S uno stato mentale (di timore, o di desiderio) che lo porta a contravvenire ad un qualche principio di razionalità, al quale egli invece normalmente si attiene.

A partire dal pensiero di questi autori, possiamo dedurre che l'auto-inganno è assimilabile a strategie tese a fronteggiare una informazione dolorosa, strategie che possono essere non pienamente consapevoli al soggetto; l'effetto rende una informazione effettivamente più difficile da elaborare in profondità. Ci sono 4 motivi generali che si associano al mentire a se stessi. Noi mentiamo riguardo tutti gli aspetti problematici, o che pensiamo siano problematici. Tali potenziali problemi sono in sostanza difetti che potrebbero causare effetti negativi in aree sensibili, come il nostro lavoro, le nostre relazioni, i nostri affetti, la nostra salute, le nostre abitudini, e le nostre idee e valori. Mentiamo e ci auto-inganniamo perché abbiamo bisogno di pensare positivamente di noi stessi; per questo ci impegniamo a pensare e immaginare di essere genericamente normali. In particolare, pensiamo e desideriamo essere normali senza particolari desideri, difficoltà, passioni o repulsioni, e pensieri devianti. Mentiamo a noi stessi perché non vogliamo sentirci inadeguati, all'altezza rispetto ad un certo standard. Più in particolare, ci sentiamo inadeguati a causa della mancanza di diversi beni che consideriamo importanti, se non indispensabili. Ci inganniamo perché siamo arrabbiati con le persone che invece crediamo di amare o alle quali siamo legati. Quando capita di arrabbiarci, ci sentiamo così confusi, colpevoli o anormali da dover essere noi stessi oggetto di attenzione allarmata al fine di evitare di pensarci come compromessi o anormali. Tenuto conto che la realtà o la verità riguardo noi stessi ci espone a rischi relativamente a come vogliamo pensarci o sentirci, nel corso del tempo e crescendo abbiamo tutti appreso molti modi o tecniche di

autoinganno. Queste tecniche possono essere molto ampie, generali, o anche molto fantasiose o inventive, sono modalità di gestione del dolore e della sofferenza mediante la deviazione o il contrasto della piena consapevolezza; quella piena consapevolezza che ci è necessaria per riflettere su noi stessi, ripensarci, correggersi, ed eventualmente scegliere un progetto di vita o valori alternativi.

## **METODO**

È stata condotta una ricerca bibliografica con i principali database (PubMed, Google, Google Scholar) e gli articoli individuati sulla base degli abstract, sono stati selezionati per lingua.

## **TESI**

A partire dalle teorie riguardanti l'autoinganno e la dissonanza cognitiva (Festinger, 2001) è evidente che la dissonanza cognitiva è uno pseudoscopio naturale, attraverso il quale la persona cerca di ristabilire una coerenza, producendo un cambiamento nell'ambiente, modificando il proprio comportamento o delle proprie rappresentazioni cognitive, mentre l'autoinganno è relativo al sé, all'amor proprio, al valore personale, per definizione imperfetto, non può esserci autoinganno perfetto.

I vari diversi modi in cui un soggetto può pararsi dall'affrontare un tema doloroso sostanzialmente possono ricondursi a modalità generali di fronteggiare ciò che provoca dolore e sofferenza: evitamento e compensazione. Ogni diversa strategia è un mix di modi di evitare di riflettere, ragionare, elaborare, rendersi pienamente conto, accanto a modi di compensare, rovesciare, contrattaccare, trasformare nel contrario, riscattare un qualcosa che per noi ha un valore estremo. Le strategie di "deviazione dalla piena consapevolezza" sono strategie per fronteggiare il dolore; tuttavia, mentre hanno un successo funzionale a breve termine, non sono efficaci e stabili nel tempo e sono estremamente costose in termini psicologici generali. Non sono soluzioni stabili e sono estremamente costose in termini di benessere mentale. Infatti, l'intraprendere tali atteggiamenti difensivi rende il soggetto rigido, conformista, non disponibile alla crescita personale, ad apprendere, a svilupparsi, a correggere i propri eventuali errori. In tali atteggiamenti, il soggetto è guardingo, ostile, tutt'altro che favorente le relazioni umane. Inoltre, insistendo su tali posizioni difensive, il "Tema Doloroso" può diventare sempre più evitato; tutto ciò accresce sofferenza e disadattamento. Il tema doloroso presente in pensieri, immagini, associazioni di idee, similitudini, assonanze, non potrà essere scartato o scacciato completamente; tenderà ad emergere e riproporsi come un meccanismo che deve chiudersi e completarsi per disattivarsi. Ogni individuo deve accertare di non avere importanti allarmi per archiviare o categorizzare certe informazioni come "routine", come "tutto ok", altrimenti deve darsi da fare per prevenire una minaccia o una perdita importante; finché non si troverà un modo per "spegnere l'allarme", il soggetto lavorerà attivamente per pararsi il colpo. Evitare di occuparsene, sfuggire, evitare, non sono una soluzione efficace, almeno per il medio-lungo termine. Il costo per sostenere un atteggiamento difensivo è la continua tensione di una parte di noi che è in perenne allerta, come una sentinella che scruta l'orizzonte in attesa di un nemico temuto. Tutta questa tensione costa un prezzo psicologico e fisiologico. Ognuno di noi, invece, può trovare il coraggio di affrontare ciò che appare come un ostacolo, una frustrazione, una perdita, una minaccia, ricordando a noi stessi che non siamo tenuti a comportarci come supereroi o dei; piuttosto, possiamo eventualmente migliorare secondo quanto è in nostro potere ciò che per noi è importante, senza nulla togliere al fatto che siamo e restiamo degli esseri umani. Tutti imperfetti, e tutti Umani.

## CONCLUSIONI

L'Auto-inganno se da una parte protegga la persona dalla sofferenza psicologica, dall'altra richiede un costo troppo alto. E' di fronte all'esperienza del limite che si percepiscono le crepe dell'autoinganno: nel tentativo di nascondere e fuggire il dolore, lo incontriamo e lo alimentiamo, incrementando il senso di inadeguatezza e di frustrazione. Si può supporre che la soluzione all'autoinganno sia la modestia, sentimento che ci ricorda l'imperfezione del proprio essere. La modestia esprime il giusto valore di sé medesimo, ed è proprio questa la chiave della Grecia Classica, il senso del limite rappresentato da Apollo. L'Apollo del santuario di Delfi è il dio civilizzatore che impartisce insegnamenti orientati alla moderazione.

Il monito "Gnoti seauton" (Conosci te stesso) e "Meden agan" (Niente in eccesso) scolpiti sull'architrave del tempio, trattano del senso strutturale del limite, della prescrizione pratica alla misura, all'astensione dall'eccesso e dalla superbia, alla consapevolezza di sé, due verità che devono essere assunte come regole basilari da ogni uomo desideroso di distinguersi in mezzo a tutti gli esseri viventi. L'accettazione e la consapevolezza del limite non sminuiscono il proprio valore personale, anzi lo rendono più vero, più umano. Chi conosce sé stesso, conosce anche i propri limiti, e solo chi conosce i propri limiti può attraversarli.

## BIBLIOGRAFIA

ARISTOTELE , a cura di C. Mazzarelli. *Etica Nicomachea*, Bompiani, 2000.

BONAZZI M. (2005). *Filosofia antica*, Milano, Cortina.

COOPER J. (2007). *Cognitive Dissonance: Fifty Years of a Classic Theory*, Los Angeles, SAGE Publications.

DAVIDSON, D. (1998), «Who Is Fooled?», in J.-P. DUPUY (a cura di), *Self-Deception and Paradoxes of Rationality*, CSLI Publications, Stanford, pp. 1-18.

DAVIDSON D. (1980). *Actions, Reasons and Causes*, in ID., *Essays on Actions and Events*, Oxford, O.U.P.; trad. it. 1992, *Azioni, ragioni, cause*, in *Azioni ed eventi*, Bologna, Il Mulino, pp. 41-61.

DAVIDSON D. (1982). *Paradoxes of Irrationality*, in ID., *Problems of Rationality*, Oxford, O.U.P., 2004, pp. 169-187; trad. it.: *Paradossi dell'irrazionalità*, in *Studi Freudiani*, a c. di D. Meghnagi, Milano, Guerini e Associati, 1989, pp. 17-41. [cui si riferisce il numero di pagina riportato nel testo].

DAVIDSON D. (1985). *Deception and Division*, in *Actions and Events-Perspectives on the Philosophy of Donald Davidson*, ed. by E. Lepore, B.P.

FESTINGER L. (2001). *Teoria della dissonanza cognitiva*. Franco Angeli.

SARTRE J.P. (1943). *L'essere ed il nulla*. Net, 2002.

## 5. BIAS ATTENZIONALE NELL'ESPIAZIONE DEL SENSO DI COLPA, ALTRUISTICO E DEONTOLOGICO

Valeria Mignogna<sup>1</sup>, Chiara Mignogna<sup>1</sup>, Andrea Gragnani<sup>2</sup>, Francesco Mancini<sup>2,3</sup>, Giuliana Lucci<sup>3</sup>, Annalisa Bello<sup>4</sup>.

1 2°anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

2 Scuola di Psicoterapia Cognitiva-Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma

3Università degli Studi "Guglielmo Marconi", Roma

4Associazione di Psicologia Cognitiva, Lecce

Relatori: Valeria Mignogna, Chiara Mignogna

### Introduzione

L'esistenza di due diverse emozioni di colpa, quali il senso di colpa (SdC) altruistico e quello deontologico, definite come emozioni che si differenziano per manifestazioni, ingredienti cognitivi e funzioni (Mancini, 2008), è fortemente supportata da studi che hanno supportato la distinzione tra i due sia da un punto di vista clinico (Mancini e Gangemi, 2015) che sperimentale (Basile e coll., 2010, Basile e coll., 2013).

### Obiettivo

L'obiettivo di questo lavoro è di indagare ulteriormente la distinzione tra i due sensi di colpa attraverso il *bias* attenzionale verso stimoli salienti per la loro funzione di espiazione. Si vuol, quindi, indagare la dissociazione tra i due sensi di colpa attraverso i cosiddetti tentativi di soluzione, ossia la tendenza all'azione messa in atto per gestire/fronteggiare una determinata emozione che nel della colpa equivarrebbe proprio all'espiazione.

Nello specifico, gli obiettivi sono:

- 1) indagare il SdC mediante la misura implicita -e quindi non controllabile dal soggetto- del bias attenzionale, bias creato da stimoli di espiazione
- 2) verificare se il bias attenzionale è modulato dal tipo di SdC, deontologico vs. altruistico e
- 3) da variabili individuali concorrenti, come la propensione individuale al senso di colpa.

### Metodo

Ai soggetti, dopo aver indotto un SdC altruistico e deontologico, è stato chiesto di svolgere un compito *dot-probe* in cui, invece di utilizzare immagini statiche, come tipicamente accade, sono stati usati video che rappresentavano azioni di espiazione (i.e., lavaggio mani, come espiazione di SdC deontologico, e fare l'elemosina, come espiazione di SdC altruistico) e azioni di controllo (fare un nodo a una corda e manipolare una pallina).

Inoltre, come accennato poco sopra, per indagare il ruolo di possibili variabili individuali nella modulazione del bias attenzionale, sono stati somministrati i seguenti questionari: Disgust Propensity e Sensitivity Scale-Revised; Obsessive Compulsive Inventory-R; Fear of Guilt Scale; Guilt Inventory e Guilt Sensitivity Scale.

**Risultati:** verranno forniti successivamente

**Conclusioni:** verranno fornite successivamente

## 6. ALPHA BAND FUNCTIONAL CONNECTIVITY SUPPORTS ACTIVE INHIBITION ASSOCIATED WITH VISUO-SPATIAL ATTENTION THROUGH THE SUPERIOR LONGITUDINAL FASCICULUS

Antea D'Andrea<sup>1,5</sup>, Federico Chella<sup>1</sup>, Tom R. Marshall<sup>3</sup>, Vittorio Pizzella<sup>1,2</sup>, Gian Luca Romani<sup>1,2</sup>, Ole Jensen<sup>4</sup>, Laura Marzetti<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>*Department of Neuroscience, Imaging and Clinical Sciences, G. d'Annunzio University of Chieti-Pescara, Chieti, Italy*

<sup>2</sup>*Institute for Advanced Biomedical Technologies, G. d'Annunzio University of Chieti-Pescara, Chieti, Italy*

<sup>3</sup>*Department of Experimental Psychology, University of Oxford, United Kingdom*

<sup>4</sup>*School of Psychology, University of Birmingham, United Kingdom*

<sup>5</sup>*SPC Ancona, II Anno*

**INTRODUZIONE:** L'attenzione selettiva, intesa come la capacità di selezionare informazioni rilevanti a discapito di altre, è una funzione fondamentale nella vita di tutti i giorni. È stato dimostrato come le oscillazioni neurali a bassa frequenza siano fortemente implicate nel processo di orientamento implicito dell'attenzione [1]; in particolar modo questo processo sembra modulare l'attività in banda alpha (8-12 Hz) nella corteccia visiva. Il ritmo alpha, il primo ritmo cerebrale studiato nel 1929 da Berger, è stato per lungo tempo considerato come un ritmo di "idling", in quanto predominante nella corteccia occipitale in condizioni di relax ad occhi chiusi. Tuttavia studi recenti hanno evidenziato come all'attività in banda alpha possa essere ascritto un ruolo di inibizione funzionale di aree irrilevanti per lo svolgimento di un determinato compito, al fine di allocare tutte le risorse necessarie alle aree strettamente coinvolte e rilevanti [1].

**OBIETTIVO:** Il nostro obiettivo è stato in primo luogo quello di indagare la connettività funzionale tra la corteccia visiva e il resto del cervello per determinare l'esistenza di una network in banda alpha rilevante a livello funzionale e comportamentale. In seguito, al fine di comprendere meglio i meccanismi che sottendono la modulazione dell'attività alpha inibitoria, abbiamo indagato l'esistenza di una relazione tra indici di connettività funzionale e di connettività strutturale (considerando il Fascicolo Longitudinale Superiore come struttura anatomica coinvolta [2]).

**METODO:** Sono stati analizzati dati di magnetoencefalografia di 28 soggetti acquisiti durante lo svolgimento di un task di attenzione visuo-spaziale in cui la presentazione di un cue spaziale informava i soggetti in quale semispazio (destra o sinistra) aspettare la comparsa di un target [3]. I soggetti dovevano discriminare l'orientamento del target ignorando allo stesso tempo la presenza di un distrattore. È stata indagata la connettività funzionale rispetto alle cortecce occipitali bilaterali.

**RISULTATI:** I nostri risultati mostrano una modulazione significativa di connettività funzionale tra le aree visive e quelle parietali; in entrambi gli emisferi i lobi parietali guidano l'inibizione delle aree visive. La connettività osservata, inoltre, modula con il modulare dell'attenzione, ovvero è sempre maggiore nell'emisfero ipsilaterale all'emicampo in cui si orienta l'attenzione; favorisce una performance migliore in termini di accuratezza, infatti i soggetti sono più accurati quando il target viene presentato nell'emicampo ipsilaterale all'emisfero con più modulazione di connettività, supportando l'ipotesi che l'inibizione delle aree irrilevanti favorisca l'attività delle aree utili allo

svolgimento di un compito. Inoltre sembra essere supportata anatomicamente dal primo e dal secondo tratto del Fascicolo Longitudinale Superiore, infatti i soggetti con piú modulazione di connettività nell'emisfero sinistro piuttosto che nel destro presentano anche un volume dei tratti maggiore a sinistra rispetto che a destra e viceversa. Le nostre analisi di connettività cross-frequency, inoltre, evidenziano un aumento di connettività indotta dalla presentazione del cue anche tra le aree frontali e quelle parietali nelle bande alpha/beta, ma questa modulazione di connettività sembra essere indipendente dal lato in cui si orienta l'attenzione.

**CONCLUSIONE:** I nostri risultati mostrano evidenze a favore di un circuito cortico-corticale parieto-occipitale, in banda alpha, dedito all'orientamento delle risorse attentive. Questo circuito, oltre ad esibire una rilevanza comportamentale e funzionale, è supportato dal Fascicolo Longitudinale Superiore come substrato anatomico. Parallelamente i nostri risultati hanno messo in evidenza l'esistenza di un circuito fronto-parietale deputato al piú generale processo di dispiegamento dell'attenzione e reclutato attraverso una connettività cross-frequency nelle bande alpha/beta. In conclusione l'attenzione spaziale selettiva sembra essere una funzione che coinvolge aree frontali, parietali e visive attraverso dei meccanismi specifici in frequenza.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

[1] Jensen, O. and Mazaheri, A. (2010). Shaping functional architecture by oscillatory alpha activity: gating by inhibition. *Front. Hum. Neurosci.* 4, 186.

[2] Thiebaut de Schotten M, Dell'Acqua F, Forkel SJ, Simmons A, Vergani F, Murphy DGM, et al. (2011). A lateralized brain network for visuospatial attention. *Nat Neurosci.* Nature Publishing Group; 14: 1245–1246.

[3] Marshall TR., Bergmann TO., Jensen O. (2015). Frontoparietal structural connectivity mediates the top-down control of neuronal synchronization associated with selective attention