

Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A. - Quadrimestrale - Poste Italiane s.p.a. - Sped. in A.P. - DL 353/03 (conv. in L. 27/02/04 n. 46) art. 1, c. 1, DCB Trento.
In caso di mancato recapito inviare all'Ufficio di Trento CPO, detentore del conto per restituzione al mittente, previo pagamento resi. Contiene I.P.



ISSN 1126-1072

PSICOTERAPIA COGNITIVA E COMPORAMENTALE

Rivista quadrimestrale

Direzione: Ezio Sanavio



n.1 Volume 27
2021

Erickson

PSICOTERAPIA COGNITIVA E COMPORTAMENTALE

Rivista quadrimestrale

Direzione: Ezio Sanavio

2021 — Volume 27, n. 1

 Erickson

**PSICOTERAPIA COGNITIVA
E COMPORTAMENTALE
Italian Journal of Cognitive
and Behavioural Psychotherapy**

La rivista esce tre volte l'anno.

L'abbonamento annuale ha un costo di € 35,00 (per abbonamento individuale), € 50,00 (per Enti, Scuole e Istituzioni), € 69,00 (estero) e si effettua:

- tramite il sito web <https://www.erickson.it/cooperazione-educativa>;
- contattando il servizio clienti al numero verde;
- tramite versamento sul c/c postale n. 10182384 intestato a Edizioni Centro Studi Erickson, via del Pioppeto 24, 38121 Trento, specificando l'indirizzo mail con cui si vuole attivare l'abbonamento.

Numeri singoli € 18,00.

L'impegno di abbonamento è continuativo, salvo regolare disdetta da effettuarsi entro il 31 ottobre compilando online il modulo disponibile all'indirizzo www.erickson.it/Riviste/Pagine/Disdetta-abbonamento.aspx. La repulsa dei numeri non equivale a disdetta.

Ufficio abbonamenti

Tel. 0461 950690
Fax 0461 950698
ufficioabbonamenti@erickson.it

Registrazione presso il Tribunale di Trento n. 1262 del 29/11/2005.

ISSN: 1126-1072
Dir. Resp. Ezio Sanavio

© 2021 Edizioni
Centro Studi Erickson S.p.A.
Via del Pioppeto 24
38121 TRENTO

DIRETTORE

Ezio Sanavio (Chair)
Università di Padova

COMITATO DI DIREZIONE

Giorgio Bertolotti
ICS Maugeri, IRCCS, Tradate (VA)
Daide Dèttore
Università di Firenze
Francesco Mancini
APC/SPC, Roma
Gabriele Melli
IPSICO, Firenze
Paolo Moderato
Università IULM, Milano
Sandra Sassaroli
Studi Cognitivi, Milano

COMITATO DI REDAZIONE

Nicole Adams (Bergamo)
Ornella Bettinardi (Piacenza)
Alessandro Calderoni (Milano)
Pinuccia Canevisio (Milano)
Gabriele Caselli (Modena)
Silvana Cilia (Padova)
Daide Coradeschi (Arezzo)
Isabella Corsani (Roma)
Anna Giardini (Pavia)
Andrea Gragnani (Roma)
Elisabetta Leone (Padova)
Stefano Marchi (Milano)
Valentina Massignani (Padova)
Giovanni Miselli (Reggio Emilia)
Annalisa Oppo (Milano)
Susanna Pizzo (Padova)

COMITATO EDITORIALE

Roberto Anchisi (Torino)
Bruno Bara (Torino)
Niels Birbaumer (Tübingen, Germany)
Massimo Biondi (Roma)
Lucio Bizzini (Ginevra)
Stefania Borgo (Roma)
Silvia Canetto (Fort Collins, USA)
Antonino Carcione (Roma)
Alessandro Carmelita (Sassari)
Gabriele Chiari (Roma)
Lorenzo Cionini (Firenze)
Riccardo Dalle Grave (Verona)
Giovanni De Girolamo (Brescia)
Santo Di Nuovo (Catania)
Mario Di Pietro (Padova)
Andrea Fossati (Milano)
Giovanni Fava (Bologna)
Isabel Fernandez (Milano)
Aldo Galeazzi (Genova)
Ines Giorgi (Pavia)
Gian Franco Goldwurm (Milano)

Gianfranco Graus (Milano)
Pierluigi Graziani (Aix en Provence, Marseille)
Giovanni Lo Savio (Palermo)
Paolo Meazzini (Roma)
Anna Meneghelli (Milano)
Paolo Michielin (Treviso)
Antonella Montano (Roma)
Roberto Mosticoni (Roma)
Caterina Novara (Padova)
Daniela Palomba (Padova)
Luigi Pedrabissi (Padova)
Daniele Piacentini (Bergamo)
Chiara Rafanelli (Bologna)
Mario Reda (Siena)
Giorgio Rezzonico (Milano)
Carlo Ricci (Roma)
Francesco Rovetto (Pavia)
Giovanni M. Ruggiero (Milano)
Aristide Saggino (Chieti)
Antonio Semerari (Roma)
Lucio Sibilìa (Roma)
Claudio Sica (Firenze)
Saulo Sirigatti (Firenze)
Giulio Vidotto (Padova)
Cristiano Violani (Roma)
Lorena Zanus (Venezia)
Anna Maria Zotti (Veruno, NO)

Proposte di articoli, libri per recensione e riviste in cambio e richiesta informazioni devono essere inviati all'indirizzo direzioneppcc@erickson.it (dettagli nelle Norme per gli autori).

COORDINAMENTO EDITORIALE

Silvia Moretti

REDAZIONE

Elisabetta Bortolotti | Medialab

IMPAGINAZIONE

Giuseppe Rossello | Medialab

STAMPA

1ª Ristampa

Finito di stampare nel mese di maggio 2021
da Esperia S.r.l. – Lavis (TN)



PSICOTERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTALE

Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, rivista quadrimestrale, pubblica articoli originali che contribuiscono allo sviluppo delle conoscenze teoriche e al progresso della prassi clinica in psicoterapia cognitiva comportamentale.

Ricadono nell'ambito d'interesse della rivista le applicazioni delle metodologie cognitive e comportamentali all'individuo, alla famiglia, al gruppo e alle organizzazioni. Nell'ambito d'interesse sono parimenti incluse la valutazione clinica (assessment), la medicina comportamentale, la riabilitazione, la metodologia, la ricerca «analogica», la ricerca di base e la ricerca interdisciplinare rilevante per la psicoterapia.

Scopo della rivista è diffondere i molteplici aspetti e le diverse ramificazioni della psicoterapia cognitiva e comportamentale italiana. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale accoglie occasionalmente rappresentativi contributi internazionali; vuole inoltre promuovere l'attenzione per le radici anche remote dell'approccio cognitivo e comportamentale e ripropone, in un'apposita sezione, la ristampa di lavori di rilievo storico.

Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale è articolata nelle seguenti sezioni e rubriche: Ricerca, Teoria, Casi Clinici, Brevi Comunicazioni, Protocolli di Ricerca, Archivio Storico, Recensioni e segnalazioni librerie, Notiziario.

Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale (Italian Journal of Behavioural and Cognitive Psychotherapy) publishes original articles which contribute towards theoretical knowledge and the progress of clinical practice in cognitive and behavioral psychotherapy. Some of its spheres of interest regard applications of cognitive and behavioral methods to individuals, the family, groups and organizations. Also of interest are clinical assessment, behavioral medicine, rehabilitation, methodology, analogical and basic research, and interdisciplinary fields of study which are of importance for psychotherapy.

The aim of the journal is to supply information on the multiple aspects and diverse ramifications of Italian cognitive and behavioral psychotherapy. It occasionally welcomes othewr contributions in English, and also aims at focusing attention on the sometimes remote roots of the cognitive and behavioral approach. A special section is devoted to photographic reproduction of historically important papers.

Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale is subdivided into the following sections: Research, Theory, Clinical Cases, Short Communications, Research Protocols, Historical Archive, Criticism and Reports on New Publications, Forthcoming Events.

| | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | EDITORIAL |
| | ONLINE |
| 15 | Improving Therapy Outcomes Using Neurofeedback and Biofeedback Michael Thompson and Lynda Thompson |
| | RESEARCHES |
| 17 | Promoting happiness: a pilot study on adolescent's sample population with Specific Learning Disorder Caterina Villirillo, Claudia Perdighe, Elena Cirimilla and Gilda Franceschini |
| 45 | Psychometric properties of Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y) in children aged between 6-11 Lisa Compare, Chiara Martucci, Olivia Bernini, Clizia Cincidda and Carmen Berrocal |
| | CLINICAL CASES |
| 65 | The effectiveness of the ACT Matrix in a case of anxiety-depressive syndrome Raffaella Marchio, Francesco Vincelli and Giovanni Capoderose |
| 79 | Cognitive-Behavioural Therapy for Irritable Bowel Syndrome: a case treatment Martina Valdemarca and Sonya Sabbatino |
| | COMMUNICATIONS |
| 105 | Let's put more morality into mindfulness Mario Di Pietro |
| 117 | MEETINGS |
| 119 | REVIEWS |

- 11 **EDITORIALE**
- ONLINE**
- 15 **Migliorare gli outcome della terapia con l'adozione di Neurofeedback e Biofeedback**
Michael Thompson e Lynda Thompson
- RICERCHE**
- 17 **Promuovere la felicità: uno studio pilota con un campione di ragazzi con Disturbo Specifico di Apprendimento**
Caterina Villirillo, Claudia Perdighe, Elena Cirimbilla e Gilda Franceschini
- 45 **Proprietà psicometriche dell'*Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y)* in soggetti di 6-11 anni**
Lisa Compare, Chiara Martucci, Olivia Bernini, Clizia Cincidda e Carmen Berrocal
- CASI CLINICI**
- 65 **L'efficacia della Matrice ACT in un caso di sindrome ansioso-depressiva**
Raffaella Marchio, Francesco Vincelli e Giovanni Capoderose
- 79 **Trattamento Cognitivo-Comportamentale di un caso di Sindrome dell'Intestino Irritabile**
Martina Valdemarca e Sonya Sabbatino
- COMUNICAZIONI**
- 105 **Mettiamo più moralità nella mindfulness**
Mario Di Pietro
- 117 **CONGRESSI**
- 119 **RECENSIONI**

AUTHOR GUIDELINES

Manuscripts submitted for publication should be sent as Word documents to direzione-pcc@erickson.it.

Authors must include a contact phone number in their e-mail.

Manuscripts should be accompanied by a letter requesting publication, in which the author(s) state that the paper has not already been published nor is currently under submission for publication in other journals. Authors are responsible for obtaining written permission to reproduce material which has appeared in other publications or which does not belong to them.

Published manuscripts will become the literary property of the journal, and even their partial reproduction is forbidden.

All manuscripts will undergo a double blind peer review.

PREPARING THE MANUSCRIPT

Articles may be written in Italian or in English (further advice on drafting the manuscript can be found here: <https://rivistedigitali.erickson.it/psicoterapia-cognitiva-comportamentale/norme-per-autori/>).

In order to maintain anonymity in reviewing articles, references to the authors and their affiliations should be restricted to the first page. Any references to authors in the body of the article and bibliography should be limited to the minimum required.

Clinical cases and all forms of short communication should not exceed 5,000 words in total; research projects (protocols) 2,000 words; reviews, theoretical contributions and research articles should not exceed 10,000 words. Word count does not include abstracts and bibliography.

The first page should contain: title, author(s), affiliation(s) (not more than 30 characters), mailing address(es) for correspondence, telephone number(s) and email address(es).

The second page should contain: an abstract in Italian and in English (not more than 200 words) and 5 keywords in both languages. When choosing keywords for the article please refer to the *Thesaurus of Psychological Index Terms*.

The third page: the start of the article. The article must follow the style of the specific sections of the journal (for example Research, Clinical Cases, Short Communications etc.).

Abbreviations are accepted only for units of measurement and for the few universally recognized acronyms. In any case, acronyms must always be clarified the first time they are used. For example: DBT (Dialectical Behavioral Therapy).

References quoted in the body of the article should conform to the recommendations of the American Psychological Association, for example: Beck & Freeman (1990) if within a sentence, but (Beck, Freeman & Wright, 1990) if the reference is put in brackets. In the event of three or more authors, the second and successive authors should be abbreviated to et al., for example (Bassani et al., 2020).

References should be listed in alphabetical order, strictly adhering to the recommendations of the *Publication Manual of the American Psychological Association*, Seventh Edition (2020). Some examples are given below:

Croyle, R. T., & Ditto, P. H. (1990). Illness cognition and behavior: An experimental approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 13 (1), 31-52. <https://doi.org/10.1007/BF00844898>.

Palinkas, L., Reed, H. L., Reedy, K. R., Van Do, N., Case, H. S., & Finney, N. S. (2001). Circannual pattern of hypothalamic-pituitary-thyroid (HPT) function and mood during extended antarctic residence. *Psychoneuroendocrinology*, 26(4), 421-431. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(00\)00064-0](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(00)00064-0).

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000168-000>

Beck, A. T. & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press. Trad. it. *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*. Mediserve, 1993.

Aron, L., Botella, M., & Lubart, T. (2019). Culinary arts: Talent and their development. In R. F. Subotnik, P. Olszewski-Kubilius, & F. C. Worrell (Eds.), *The psychology of high performance: Developing human potential into domain-specific talent* (pp. 345-359). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000120-016>

Michielin, P. Bettinardi, O. Limonta, G. (2017). Aspetti clinici, metodologici e criticità dell'evidence based psychology. In G. De Isabella e O. Bettinardi (A cura di), *Psicoterapia e valutazione di efficacia. Problemi metodologici e clinici dell'evidence based psychology* (pp. 31-48). Trento: Erickson.

Cacioppo, S. (2019, April 25-28). *Evolutionary theory of social connections: Past, present, and future* [Conference presentation abstract]. Ninety-ninth annual convention of the Western Psychological Association, Pasadena, CA, United States. <https://westernpsych.org/wp-content/uploads/2019/04/WPA-Program-2019-Final-2.pdf>

For details please refer to <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/references/examples>

Tables and figures, with their captions, should be limited to those strictly necessary and should be numbered progressively in Arabic numerals (keeping figures and tables separate). The point in the text where they are to be inserted should be clearly indicated. Any images or photographs should be sent separately and printed in black and white without three-dimensional effects, and should be large enough to be clearly legible (300 dpi).

The editorial team reserves the right to ask authors to modify or revise articles which do not meet the aforementioned criteria before submitting the manuscript to the scientific board. Printing is free of charge, extracts are not considered. Authors will receive any articles published in the journal as a PDF document.

Gli articoli inviati per la pubblicazione dovranno pervenire in formato word all'indirizzo e-mail direzioneppcc@erickson.it.

Gli autori avranno cura di fornire nella email un recapito telefonico per la corrispondenza.

Il lavoro inviato deve essere accompagnato da una lettera di richiesta di pubblicazione ove gli autori dichiarino che il manoscritto non è stato già pubblicato né contemporaneamente sottoposto ad altre riviste per la pubblicazione. È responsabilità degli autori ottenere i permessi scritti di riproduzione di materiale comparso in altre pubblicazioni o non di loro proprietà.

La proprietà letteraria degli articoli è riservata alla Rivista ed è vietata la riproduzione, anche parziale.

Ciascun articolo sarà sottoposto anonimamente al vaglio di due referee.

PREPARAZIONE DEL MANOSCRITTO

Gli articoli potranno essere scritti in lingua italiana o in lingua inglese (ulteriori suggerimenti per la stesura del manoscritto sono reperibili all'indirizzo <https://rivistedigitali.erickson.it/psicoterapia-cognitiva-comportamentale/norme-per-autori/>).

Per consentire l'anonimato nella revisione degli articoli, i riferimenti agli autori e alle strutture dove essi operano vanno limitati alla prima pagina. Nel testo e nella bibliografia questi vanno limitati al minimo necessario.

Per i casi clinici e tutte le forme di breve comunicazione si raccomanda di non superare le 5000 parole complessive; per i progetti di ricerca (protocolli) le 2000 parole; per le rassegne, i contributi teorici e gli articoli di ricerca le 10000 parole. Il conteggio delle parole si intende escluso gli abstract e la bibliografia.

In prima pagina devono essere riportati: titolo, autori, affiliazioni (non più di 30 caratteri), indirizzo per la corrispondenza, telefono ed email.

In seconda pagina: sommario in italiano e in inglese (entrambi per un massimo di 200 parole) e 5 «parole chiave» in entrambe le lingue. Per la scelta delle parole chiave dell'articolo si consiglia di fare riferimento al *Thesaurus of Psychological Index Terms*.

In terza pagina è previsto l'inizio dell'articolo, che deve conformarsi alle modalità di una delle specifiche sezioni della rivista (ad esempio, Ricerche, Casi clinici, Brevi comunicazioni, ecc.).

Le abbreviazioni sono accettate solo per le unità di misura di misura e le poche sigle universalmente note. In ogni caso sigle ed acronimi devono essere sempre disambiguati la prima volta che vengono utilizzati. Ad esempio: DBT (Dialectical Behavioral Therapy).

I riferimenti bibliografici nel testo dell'articolo dovranno essere indicati secondo norme APA, ad esempio: Beck e Freeman (1990) se nel corso di una frase del testo, ma (Beck & Freeman, 1990), se citazione tra parentesi. Se gli autori sono tre o più,

si dovrà abbreviare dal primo autore in poi con et al., ad esempio: (Bassani et al., 2020).

La Bibliografia finale va stesa in ordine alfabetico secondo le norme indicate nel *Publication Manual of the American Psychological Association*, settima edizione (2020). Ecco alcuni esempi:

Croyle, R. T., & Ditto, P. H. (1990). Illness cognition and behavior: An experimental approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 13(1), 31-52. <https://doi.org/10.1007/BF00844898>.

Palinkas, L., Reed, H. L., Reedy, K. R., Van Do, N., Case, H. S., & Finney, N. S. (2001). Circannual pattern of hypothalamic-pituitary-thyroid (HPT) function and mood during extended antarctic residence. *Psychoneuroendocrinology*, 26(4), 421-431. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(00\)00064-0](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(00)00064-0).

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000168-000>

Beck, A. T. & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press. Trad. it. *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*. Mediserve, 1993.

Aron, L., Botella, M., & Lubart, T. (2019). Culinary arts: Talent and their development. In R. F. Subotnik, P. Olszewski-Kubilius, & F. C. Worrell (Eds.), *The psychology of high performance: Developing human potential into domain-specific talent* (pp. 345-359). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000120-016>

Michielin, P. Bettinardi, O. Limonta, G. (2017). Aspetti clinici, metodologici e criticità dell'evidence based psychology. In G. De Isabella e O. Bettinardi (A cura di), *Psicoterapia e valutazione di efficacia. Problemi metodologici e clinici dell'evidence based psychology* (pp. 31-48). Trento: Erickson.

Cacioppo, S. (2019, April 25-28). *Evolutionary theory of social connections: Past, present, and future* [Conference presentation abstract]. Ninety-ninth annual convention of the Western Psychological Association, Pasadena, CA, United States. <https://westernpsych.org/wp-content/uploads/2019/04/WPA-Program-2019-Final-2.pdf>

Per dettagli si veda <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/references/examples>

Le tabelle e le figure vanno limitate allo stretto necessario e accompagnate da titolazione breve ma completa, numerate progressivamente con cifre arabe (tenendo distinte tabelle da figure). Nel testo dovrà essere indicato il riferimento alla tabella o figura. Le eventuali immagini o fotografie, inviate separatamente, devono essere in bianco e nero, senza effetti tridimensionali e tali da consentire una buona leggibilità (300 dpi).

La redazione si riserva di richiedere agli autori modifiche e revisioni, prima di sottoporre il manoscritto alla direzione scientifica, qualora questo non rispondesse alle norme sopra riportate. La stampa dei lavori è gratuita; non sono previsti estratti. Gli articoli pubblicati verranno inviati agli autori in formato PDF.

REFEREE DELLA RIVISTA «PSICOTERAPIA COGNITIVA E COMPORTAMENTALE» (2019-2020)

Rivolgiamo un sentito ringraziamento ai colleghi e agli studiosi che, nel biennio 2019-2020, hanno contribuito alla pubblicazione della rivista «Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale», effettuando una preziosa opera di revisione e valutazione anonima degli articoli loro sottoposti.

| | | |
|----------------------------|--------------------|-------------------------|
| Nicole Adami | Mario Di Pietro | Valerio Pellegrini |
| Crocetti Andrea | Roberta Donini | Claudia Perdighe |
| Paolo Antonelli | Giuseppe Femia | Manuel Petrucci |
| Barbara Basile | Isabel Fernandez | Silvia Poli |
| Andrea Bassanini | Mattia Ferro | Andrea Pozza |
| Ornella Bettinardi | Giulia Fioravanti | Francesco Pozzi |
| Rosita Borlimi | Gianfranco Graus | Michele Procacci |
| Gioia Bottesi | Licia Grazi | Carlo Pruneti |
| Maurizio Brasini | Emanuela Leuci | Guyonne Rogier |
| Gianni Brighetti | Daniela Leveni | Giovanni Maria Ruggiero |
| Simona Calugi | Stefano Marchi | Vincenzo Russo |
| Maria Giuseppina Canevisio | Nicola Marsigli | Ezio Sanavio |
| Silvia Casale | Gabriele Melli | Francesca Scaglia |
| Simone Cheli | Giovanni Michelini | Simona Scaini |
| Carlo Chiorri | Paolo Michielin | Andrea Spoto |
| Ciro Conversano | Antonella Montano | Katia Tenore |
| Davide Coradeschi | Barbara Muzzatti | Edy Trazzi |
| Sofia Crespi | Andrea Novelli | Elena Vegni |
| Harol Dadomo | Annalisa Oppo | Lorena Zanus |
| Davide Dettore | Claudia Passudetti | Paola Zotti |

Abbiamo passati gli ultimi mesi alle prese con le sfide poste dalla pandemia in atto. Il settore della psicoterapia e, più in generale, della salute mentale è tutt'ora alle prese con le numerose conseguenze collaterali dell'emergenza sanitaria. La comunità scientifica e clinica hanno prontamente reagito, identificando, comprendendo e prendendo in carico la molteplicità di queste problematiche.

La problematica più saliente riguarda naturalmente il deterioramento della salute mentale della popolazione generale (Yang & Ma, 2020). Le ricerche hanno già documentato l'incrementato livello di disagio psicologico vissuto da tutte le fasce di età (Hamza et al., 2020).

Per esempio, i dati empirici mettono in luce un forte innalzamento dei livelli di ansia e depressione (Best et al., 2020, Dozois & Mental Health Research Canada, 2020) e l'impatto negativo delle teorie complottistiche sulla capacità degli individui di gestire la risposta emotiva al pericolo percepito (Perdighe et al., in stampa).

I ricercatori del mondo intero hanno compiuto importanti sforzi per fornire indicazioni utili alla messa in sviluppo e all'attuazione di politiche sanitarie coerenti con i bisogni emergenti. Basta osservare che, soltanto nel 2020, la banca dati Scopus registra più di 8.000 pubblicazioni che contengono le parole chiavi «Covid-19» e «Mental health». Purtroppo, nonostante questi sforzi, la nostra conoscenza è soltanto agli albori e la comunità clinica è ancora sprovvista di indicazioni che le permetteranno di affrontare le conseguenze a lungo termine della pandemia, tutt'ora ignoti.

Essere psicoterapeuti durante un periodo folle non può che rimandare alla necessità di reinterrogarci sul confine tra normalità e patologia e all'utilità, oggi più che mai, di essere guidati dai modelli di comprensione della psicopatologia.

In virtù del suo ruolo sociale, lo psicoterapeuta si trova quindi davanti al dovere di compiere lo sforzo di identificare le variabili psicologiche che possono rendere conto delle problematiche vissute dalla popolazione e implementare, arginando gli ostacoli, interventi efficaci che permettono di trattarle.

Questo tentativo non può che essere accompagnato dalla consapevolezza che l'impatto, in termini di salute mentale, della pandemia e delle misure governative adottate per fronteggiarla, non si verifica equamente all'interno della popolazione. Ci troviamo infatti a vivere uno scenario in cui le disuguaglianze pregresse, in termini di salute mentale, vengono inasprite e in cui nuove categorie della popolazione si trovano a pagare uno scotto sproporzionatamente elevato (Lund et al., 2020; Rodríguez-Rey, Garrido-Hernansaiz, & Collado, 2020). Per esempio, le persone isolate, gli individui con pregressa psicopatologia, le donne, gli individui che vivevano al margine della società, i precari erano categorie già svantaggiate dal punto di vista psicologico. L'isolamento, l'interruzione della presa in carico psicologica, la crisi economica o il venir meno del confine tra vita domestica e vita lavorativa (per citare solo alcuni dei possibili fattori) hanno colpito più duramente queste categorie rispetto ad altre, scavando ulteriormente il fosso delle disparità preesistenti.

Ci sono poi i «soldati» della pandemia, quelli che l'hanno combattuta negli ospedali. Le ricerche empiriche riportano dati spaventosi, che documentano un'elevatissima incidenza di problematiche psicologiche che vanno da disturbi d'ansia a depressione passando naturalmente per il burnout (ad esempio, Barelo et al., 2020; Giusti et al., 2020). I turni di lavoro estenuanti, i dilemmi etici da affrontare, le incessanti notifiche dei decessi alle famiglie, il vissuto di impotenza, la solitudine e a volte anche la stigmatizzazione hanno avuto ripercussioni profonde sulla salute mentale di infermieri e medici (Bagcchi, 2020; Landa-Ramírez Domínguez-Vieyra et al., 2020; Menon & Padhy, 2020).

Abbiamo assistito a un importante impegno da parte della nostra categoria professionale che, quest'anno, ha dimostrato la sua resilienza adattandosi a queste nuove sfide. L'esempio più lampante di questa sorta di crescita posta traumatica è sicuramente da individuare nella generalizzazione dell'utilizzo della psicoterapia telematica. Sebbene, l'i-CBT (Terapia Cognitivo Comportamentale telematica) avesse già dato prova di

efficacia prima della pandemia (ad esempio, Coughtrey & Pistrang, 2016), l'utilizzo generalizzato di questo mezzo ha probabilmente permesso di ridurre drasticamente il tasso di drop-out dei pazienti durante il confinamento nonché di raggiungere nuovi individui in cerca di aiuto. Facendo di necessità virtù, gli eventi drammatici che abbiamo attraversato hanno rivitalizzato la ricerca sull'efficacia della psicoterapia telematica e stimolato la comunità clinica a sviluppare metodi innovati e creativi che permettessero di fornire un intervento efficace (Arvati et al., in questo numero). Assistiamo per esempio alla messa a punto di procedure di assessment telematico del tutto innovative e che potrebbero, nell'era post-Covid, integrare la cassetta degli attrezzi dello psicoterapeuta cognitivo comportamentale.

Infine una novità editoriale. In questo numero troverete l'Abstract in italiano dell'articolo *Improving Therapy Outcomes Using Neurofeedback and Biofeedback* di Michael Thompson e Lynda Thompson. L'articolo completo può essere visualizzato e scaricato dal link <https://rivistedigitali.erickson.it/psicoterapia-cognitiva-comportamentale/archivio/vol-27-n-1/improving-therapy-outcomes-using-neurofeedback-and-biofeedback/>

Francesco Mancini

Bibliografia

- Arvati, A., Genta, L., Montana, J., I., Di Branco, B., Ratti, C., & Marchi, S. (2020). La Telematizzazione della batteria CBA 2.0 – Scale primarie: un ponte tra la prassi clinica CBT e la raccolta dati in ambito di ricerca. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, in questo numero.
- Bagcchi, S. (2020). Stigma during the COVID-19 pandemic. *The Lancet. Infectious diseases*, 20, 782. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30498-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30498-9)
- Barello, S., Palamenghi, L., & Grafigna, G. (2020). Stressors and resources for healthcare professionals during the Covid-19 pandemic: Lesson learned from Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 21-79.
- Best, L. A., Law, M. A., Roach, S., & Wilbiks, J. M. P. (2020, September 3). The psychological impact of COVID-19 in Canada: Effects

- of social isolation during the initial response. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. Advance online publication.
- Coughtrey, A. E., & Pistrang, N. (2016). The effectiveness of telephone-delivered psychological therapies for depression and anxiety: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *24*, 65-74.
- Dozois, D. J. A., & Mental Health Research Canada (2020). Anxiety and depression in Canada during the COVID-19 pandemic: A national survey. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. Advance online publication.
- Giusti, E. M., Pedroli, E., D'Aniello, G. E., Stramba Badiale, C., Pietrabis-sa, G., Manna, C., Stramba Badi-ale, M., Riva, G., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2020). The psycho-logical impact of the COVID-19 outbreak on health profession-als: A cross-sectional Study. *Frontiers in psychology*, *11*, 16-84.
- Hamza, C. A., Ewing, L., Heath, N. L., & Goldstein, A. L. (2020, Sep-tember 7). When social isolation is nothing new: A Longitudinal study psychological distress dur-ing COVID-19 among university students with and without pree-xisting mental health concerns. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. Advance online publication.
- Menon, V., & Padhy, S. K. (2020). Ethical dilemmas faced by he-alth care workers during CO-VID-19 pandemic: Issues, impli-cations and suggestions. *Asian journal of psychiatry*, *51*, 102-116.
- Landa-Ramírez, E., Domínguez-Vieyra, N. A., Hernández-Nuñez, M. E., Díaz-Vásquez, L. P., & Santana-García, I. A. (2020). Psychological support during COVID-19 death notifications: Clinical experiences from a hospital in Mexico. *Psychologi-cal Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*, 518-520.
- Lund, E. M., Forber-Pratt, A. J., Wil-son, C., & Mona, L. R. (2020, October 29). The COVID-19 pandemic, stress, and trauma in the disability community: A call to action. *Rehabilitation Psychology*. Advance online pu-blication.
- Perdighe, C., Brasini, M., Giacomantonio, M., Cosentino, T., Gragna-ni, A., & Mancini, F. (2020). Le pandemie sono un evento natu-rale? Uno studio sulla mediazio-ne dei giudizi morali nell'impat-to emotivo del Covid 19 su un campione italiano. *Cognitivismo Clinico*. In stampa
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernan-saiz, H., & Collado, S. (2020). Psychological impact of CO-VID-19 in Spain: Early data re-port. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*, 550-552.
- Yang, H., & Ma, J. (2020). How an epidemic outbreak impacts hap-piness: Factors that worsen (vs. protect) emotional well-being during the coronavirus pande-mic. *Psychiatry Research*, *289*.

Improving Therapy Outcomes Using Neurofeedback and Biofeedback

Michael Thompson¹ and Lynda Thompson²

Abstract

Neurofeedback and Biofeedback are effective and well-validated interventions that can enhance patient outcomes by improving self regulation. These learning techniques are within the practice parameters of Psychologists, as well as being utilized by other health professionals. Despite their efficacy, they are not yet widely utilized, perhaps because too few university training programs in Psychology offer courses in psychophysiology. To introduce the benefits of adding these interventions to a psychologist's practice, this paper begins by noting how even one or two biofeedback sensors can greatly enhance a psychotherapy session. The authors then outline assessment procedures, which may include EEG measurements and a stress assessment. Data from these assessments are used to plan individualized interventions. The neurofeedback training procedures recruit neuroplasticity to improve functioning. Additionally, this paper briefly describes what can be expected with respect to patient outcomes when you change neural networks. Finally, there is a brief review of research findings regarding efficacy of neurofeedback and biofeedback. The authors hope that this introductory paper facilitates the addition of neurofeedback and biofeedback to clinical practice in order to achieve better outcomes.

Keywords

Neurofeedback, Biofeedback, Attention deficit, Hyperactivity disorder, Psychophysiology.

Download the full-text article from:

<https://rivistedigitali.erickson.it/psicoterapia-cognitiva-comportamentale/archivio/vol-27-n-1/improving-therapy-outcomes-using-neurofeedback-and-biofeedback/>

¹ ADD Centre and Biofeedback Institute of Toronto, Canada.

² ADD Centre and Biofeedback Institute of Toronto, Canada.

Migliorare gli outcome della terapia con l'adozione di Neurofeedback e Biofeedback

Michael Thompson¹ e Lynda Thompson²

Sommario

Neurofeedback e biofeedback sono interventi efficaci e ben validati che possono migliorare gli outcome dei pazienti migliorando l'autoregolazione. Queste tecniche di apprendimento rientrano fra i parametri di pratica degli psicologi, ma sono usate anche da altri professionisti della salute. Nonostante la loro efficacia, il loro utilizzo non è diffuso, forse perché sono pochissime le facoltà di Psicologia che propongono corsi di psicofisiologia. Per presentare i vantaggi di usare questi interventi nel lavoro dello psicologo, questo articolo evidenzia in primo luogo come anche uno o due sensori di biofeedback possano potenziare notevolmente una seduta di psicoterapia. Gli autori descrivono quindi le procedure di valutazione, che possono comprendere l'EEG e la misurazione dello stress. I dati così ottenuti vengono usati per programmare interventi individualizzati. Le procedure di training con il neurofeedback coinvolgono la neuroplasticità per migliorare il funzionamento. L'articolo descrive inoltre brevemente che cosa ci si può aspettare, in termini di outcome del paziente, quando si modificano le reti neurali. Infine, vengono esaminati sinteticamente i risultati di ricerca sull'efficacia del neurofeedback e del biofeedback. Gli autori si augurano che questo articolo introduttivo favorisca l'adozione del neurofeedback e del biofeedback nella pratica clinica per ottenere outcome migliori.

Parole chiave

Neurofeedback, Biofeedback, Deficit dell'attenzione, Disturbo da iperattivi.

L'articolo completo può essere visualizzato e scaricato al link:

<https://rivistedigitali.erickson.it/psicoterapia-cognitiva-comportamentale/archivio/vol-27-n-1/improving-therapy-outcomes-using-neurofeedback-and-biofeedback/>

¹ ADD Centre and Biofeedback Institute of Toronto, Canada.

² ADD Centre and Biofeedback Institute of Toronto, Canada.

Promuovere la felicità: uno studio pilota con un campione di ragazzi con Disturbo Specifico di Apprendimento

Caterina Villirillo¹, Claudia Perdighe², Elena Cirimbilla³ e Gilda Franceschini⁴

Sommario

Le relazioni interpersonali soddisfacenti, in particolar modo con i pari, sembrano avere un ruolo critico per il senso di benessere in età evolutiva. Anche nei ragazzi con disturbo specifico di apprendimento (DSA), che hanno nell'80% dei casi problematiche di tipo relazionale, la presenza di alti livelli di supporto sociale è un fattore di protezione e predice risultati migliori per la salute mentale. L'obiettivo di questo lavoro è valutare un protocollo sperimentale di promozione del benessere che mira a migliorare la qualità e la quantità delle relazioni interpersonali e valutare l'effetto previsto su sintomi di ansia e depressione secondari al disturbo di apprendimento. L'ipotesi è che migliorando la qualità e la quantità delle relazioni interpersonali, aumenteranno anche l'autostima, la percezione di competenza e di autoefficacia e dunque il benessere psicologico. Ci si aspetta anche un effetto benefico sui risultati scolastici. Il protocollo è basato su procedure e tecniche cognitivo-comportamentali, nello specifico ristrutturazione cognitiva, e procedure dell'*Acceptance and Commitment Therapy*; si sviluppa in 10 sedute a cadenza settimanale, più 2 di follow-up a cadenza quindicinale. Il campione è costituito da 6 persone con età compresa tra i 12 e i 15 anni che abbiano già completato l'intervento di tutoring sul DSA o che siano in trattamento da almeno un anno. Dall'analisi qualitativa dei dati pre e post-trattamento emerge una riduzione dei sintomi di ansia e depressione rilevati nella fase di pre-trattamento, un aumento dell'autostima, dell'autoefficacia e un aumento della qualità e quantità di rapporti interpersonali. Inoltre, si è osservato un miglioramento nel rendimento scolastico. Le abilità acquisite sono confermate anche al follow-up di un mese.

Parole chiave

Felicità, Acceptance and Commitment Therapy, Adolescenti, Disturbo specifico di apprendimento, Relazioni interpersonali.

¹ Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma.

² Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma.

³ Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma.

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

Promoting happiness: a pilot study on adolescent's sample population with Specific Learning Disorder

Caterina Villirillo¹, Claudia Perdighe², Elena Cirimbilla³ and Gilda Franceschini⁴

Abstract

Satisfying interpersonal relationships, especially with peers, seems to play a critical role in the well-being perception in the developmental age. Even among children affected by Specific Learning Disorder (SLD), who have relational issues in 80% of cases, the presence of high levels of social support is a protective factor and predicts better mental health outcomes. The goal of this work is to evaluate an experimental protocol of well-being promotion, which aims to improve the quality and quantity of interpersonal relationships as well as to reduce the symptoms of anxiety and depression related to the learning disorder. The hypothesis is that improving the relationships quality will also increase self-esteem, the perception of competence and self-efficacy and thus psychological well-being by decreasing the symptoms of anxiety and depression related to the SLD. A positive effect on the school achievement is also expected. The protocol is based on CBT procedures and techniques, specifically cognitive restructuring and procedures of Acceptance and Commitment Therapy, and it is structured by 10 sessions on a weekly basis, plus 2 follow-up sessions on a fortnightly basis. The sample consists of 6 people between 12 and 15 years of age who have already completed the SLD tutoring intervention or who have been under treatment for at least one year. The qualitative analysis of the results shows that there is a reduction in the symptoms of anxiety and depression detected in the pre-treatment phase, an increase in the self-esteem, self-efficacy and in the quality and quantity of interpersonal relationships. Furthermore, an improvement in academic performance was observed. The skills acquired are also confirmed at the one-month follow-up.

Keywords

Happiness, ACT, Adolescents, Specific learning disorders, Interpersonal relationship.

¹ Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma.

² Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma.

³ Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma.

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

Introduzione

Per felicità, o benessere soggettivo, termini usati in modo sostanzialmente intercambiabile nella letteratura sull'argomento, s'intende uno stato di valutazione positiva sia sul piano cognitivo che affettivo della propria vita. Ci si considera felici quando c'è una bassa distanza percepita tra realtà e stato desiderato/aspirazioni (Pethel & Chen, 2014). Nella definizione di Edward Diener (2009; 1994) autore di numerosi studi sulla felicità e sul benessere soggettivo, la felicità è data da un senso di globale soddisfazione della propria vita, dalla presenza di stati emotivi positivi e dall'assenza di stati emotivi negativi. In questo lavoro facciamo riferimento a una definizione di felicità che non coincide con lo sperimentare emozioni positive, né tanto meno l'assenza di emozioni negative. Ci riferiamo alla felicità come a uno stato di benessere e soddisfazione che si esprime sia nella presenza di emozioni positive sia, soprattutto, nel buon funzionamento psicologico, inteso come capacità di mettere in atto comportamenti che favoriscono il benessere e riflettono i propri valori.

Questo è coerente con un concetto di felicità di tipo eudaimonico, vale a dire connessa a una valutazione globale di sé come persona virtuosa e che vive in linea con i propri valori morali. In particolare Tamir e colleghi (2017) evidenziano che la felicità è soggettivamente connessa non tanto con la presenza di specifiche emozioni (ad esempio, gioia piuttosto che tristezza), quanto con la valutazione di date emozioni come «giuste». In altri termini, il punto non è quale emozione si stia sperimentando, ma quanto quell'emozione sia valutata adeguata e positiva rispetto alla situazione che la attiva. La letteratura sui fattori che favoriscono e/o predicono il benessere soggettivo si è concentrata prevalentemente sugli adulti e, in misura minore, sugli adolescenti. Minore è l'attenzione data alla felicità nei bambini, anche se in aumento negli ultimi 15 anni (Wood & Selwyn, 2017; Tomynt et al., 2016; Holder & Coleman, 2015; McCabel et al., 2011; Ben-Arieh, 2006; Dwi-vedi & Harper, 2004). In questo lavoro, dopo una breve analisi delle conoscenze già acquisite sui fattori che contribuiscono al senso di felicità in età evolutiva, sarà presentato un intervento teso a promuovere la felicità in preadolescenti e adolescenti con Disturbo Specifico di Apprendimento (DSA) e i primi dati sugli esiti dell'intervento. La costruzione di tale intervento nasce da un'osservazione clinica sui limiti che spesso manifestano gli interventi specifici per il disturbo di apprendimento di tipo neuropsicologico e riabilitativo.

Spesso si osserva, infatti, che in presenza di sintomi diversi in comorbidità (ad esempio, ansiosi o depressivi), gli esiti in termini di benessere e accettazione del sé e delle proprie difficoltà sono esigui, o che comunque persistono difficoltà di performance e relazionali all'interno del gruppo classe. Da queste osservazioni nasce l'idea di un intervento focalizzato sul miglioramento del benessere psicologico, nelle aree che, come visto, possono essere di maggiore difficoltà nei

ragazzi con DSA, in particolare le problematiche relazionali e il rapporto con i pari. Queste difficoltà, infatti, permangono spesso dopo l'intervento riabilitativo per il DSA, anche in assenza di sintomi inquadrabili in senso diagnostico e per i quali dunque, non c'è in senso stretto indicazione per una psicoterapia. L'idea di costruire un intervento di un numero limitato di incontri orientato alla promozione della felicità ha origine da suggestioni che vengono da due ambiti. Il primo è il mondo delle Terapie Cognitive Comportamentali (CBT) dette di terza generazione: nello specifico l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes et al., 1999), la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT; Linehan, 1993), la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT; Segal et al., 2002), gli approcci meta-cognitivi (Wells, 2000) non hanno come target il cambiamento delle emozioni spiacevoli e dei contenuti di pensiero dolorosi, come nelle terapie di seconda generazione. Scopo della terapia è piuttosto aiutare il paziente a cambiare atteggiamento verso i suoi contenuti mentali o stati emotivi (attraverso procedure come mindfulness, accettazione o defusione) così che questi regolino meno la condotta del soggetto (Teasdale et al., 2003; Hayes et al., 2006).

Il secondo ambito è la psicologia positiva: a differenza di modelli teorici e contributi empirici in cui si pone al centro la patologia, la deficitarietà e la disfunzionalità nel funzionamento mentale e psicologico, la psicologia positiva, nata negli anni Novanta con Seligman (2011), enfatizza il ruolo delle risorse positive e delle potenzialità dell'individuo. Questo produce un forte cambiamento di paradigma che a livello applicativo si traduce nella messa a punto di programmi psicologici finalizzati a valorizzare le risorse e le competenze dell'individuo.

I fattori di felicità in età evolutiva

Ciò che più contribuisce alla felicità sono le persone, come evidenziato da Chaplin (2009): i rapporti umani, la loro qualità e quantità sembrano essere un fattore cruciale per il senso di felicità soggettiva. Del resto oltre 2000 anni fa, lo stesso concetto era elegantemente espresso da Epicuro: «Di tutte le cose che la saggezza procura per ottenere un'esistenza felice, la più grande è l'amicizia». (www.frasicelebri.it/frasi-di/epicuro/). Quali aspetti delle relazioni e il tipo di relazioni cambiano, naturalmente, in base all'età. Per comprendere cosa contribuisce alla felicità in età evolutiva, prima è opportuno chiedersi: cosa intendono i bambini e gli adolescenti con il termine felicità? In uno studio di Giacomoni e collaboratori (2014), che ha esaminato la concezione di felicità nei bambini brasiliani di età compresa tra 5 e 12 anni, emergono otto diverse definizioni di felicità. I bambini più grandi (preadolescenti) hanno menzionato per lo più definizioni come «sentimenti positivi», «assenza di violenza», «stare con gli amici»; mentre i bambini più piccoli hanno definito principalmente la felicità come «tempo libero»

(ovvero la possibilità di impegnarsi in attività divertenti). Per quanto riguarda gli adolescenti, uno studio di Freire e collaboratori (2013), condotto su adolescenti portoghesi di 15 anni, ha evidenziato ventidue diverse definizioni di felicità. Le definizioni di felicità come «emozioni», «soddisfazione», «relazioni» e «armonia» sono state le più menzionate. Ciò che emerge, in generale, dalla letteratura è che la felicità nei bambini è eudonica (López-Perez et al., 2016), cioè coincide con il piacere e il benessere. I bambini tendono a focalizzarsi sugli aspetti concreti di piacere quali il gioco, le attività di gruppo, gli attributi fisici, le qualità globali dell'essere bravi e buoni, il numero di amicizie, le frequenze delle visite agli amici. In adolescenza, invece, emerge una concezione di felicità prevalentemente eudemonica (López-Perez et al., 2016; Delle Fave et al., 2011), vale a dire associata alla realizzazione di vita, si raggiunge, cioè, quando la vita corrisponde agli scopi e ai valori personali («il vero io») e si esplica in attività quotidiane connesse a questi. Ad esempio, dalla preadolescenza in poi, il valore dell'amicizia viene concettualizzato utilizzando caratteristiche più astratte, come l'intimità, la lealtà, l'autenticità e la fiducia. Ancora, i bambini tendono a considerare la moralità in termini di obbedienza all'autorità e concrete ragioni edonistiche (ad esempio, evitare le punizioni), laddove negli adolescenti la moralità è definita in termini di diritti astratti, giustizia e preoccupazioni per la società (López-Perez et al., 2016). La questione, dunque, è: cosa ci dice la letteratura su cosa rende un bambino e un adolescente felice o più felice? Un fattore che tutti gli studi evidenziano come correlato alla felicità in età evolutiva è avere buone relazioni interpersonali. Sappiamo da un'ampia mole di letteratura consolidata che nei bambini le relazioni più importanti per il benessere psicologico e lo sviluppo sono quelle con le figure di attaccamento, dunque, soprattutto quelle con i genitori (López-Perez et al., 2016; Holder & Coleman, 2009; Terry & Huebner, 1995) Qui vogliamo mettere a fuoco altri fattori che sono indicati come critici per il senso di benessere psicologico. Le relazioni con i pari sembrano avere notevoli effetti sul benessere soggettivo dei bambini e degli adolescenti sia nella loro vita quotidiana che nel corso del loro sviluppo a lungo termine (Mata, 2019; López-Perez et al., 2016; Demir et al., 2011; Holder & Coleman, 2009; Nickerson & Nagle, 2004; Terry & Huebner, 1995). Avere buone relazioni sociali, infatti, sembra essere il fattore che più di tutti gli altri indagati correla con la felicità in età evolutiva (Holder & Coleman, 2009; Demir & Weitekamp, 2007). Palmonari (2011) sostiene che in queste relazioni i bambini iniziano a sperimentare ruoli sociali, si confrontano e imparano a gestire situazioni di conflitto, cominciano a comprendere e rispettare le emozioni degli altri. Per i bambini avere rapporti positivi, andare d'accordo con i pari, è di fondamentale importanza, perché il rinforzo sociale che di solito scaturisce da queste relazioni influenza il loro benessere (Singh et al., 2017). L'adattamento sociale in età evolutiva sembra avere un ruolo determinante anche per la felicità in età adulta, dal momento che è stato osservato, da uno studio longitudinale condot-

to su 17.400 soggetti, che i bambini che presentano problemi comportamentali, emotivi e disadattamento sociale diventano adulti infelici e meno soddisfatti di sé (Frijters et al., 2011). Più nel dettaglio, tra i fattori che correlano con la felicità nei bambini e negli adolescenti (López-Perez et al., 2016; Perdighe, 2015; Holder & Coleman, 2009) emergono i seguenti punti.

1. *Relazioni interpersonali soddisfacenti.* Sia i bambini che gli adolescenti riferiscono di sperimentare alti livelli di felicità quando hanno relazioni significative con gli altri e passano del tempo con loro. Quello che fa la differenza nel percepire le relazioni come soddisfacenti e quindi fonte di felicità, è quanto si ha l'impressione di contare, di essere visto, di essere importante per le persone significative o per il gruppo cui si appartiene (Demir et al., 2011). Per i bambini piccoli avere relazioni intime e positive con i propri genitori contribuisce in misura maggiore alla loro felicità; è determinante percepirsi importanti ed essere in accordo con i propri familiari (Holder & Coleman, 2009). In uno studio di Terry e Huebner (1995) emerge che avere relazioni soddisfacenti con i propri genitori, è il principale fattore predittivo della soddisfazione di vita dei bambini delle scuole primarie. Per gli adolescenti è fondamentale avere relazioni significative con i pari. La ricerca suggerisce che le relazioni con i coetanei hanno un ruolo cruciale sia nella promozione della felicità ma anche nella riduzione della stessa. Ad esempio, esperienze negative con gli altri, come avere conflitti nelle relazioni (Demir et al., 2007) sono associate a una diminuzione della felicità. Ciò che emerge è che in questa fase dello sviluppo i ragazzi sono meno assorbiti da sé e più orientati verso l'altro (Mata, 2019). Dunque, ciò che cambia con l'età è quali rapporti sono più importanti.
2. *Autonomia.* Gran parte della letteratura sullo sviluppo definisce l'autonomia come indipendenza o libertà comportamentale e/o emotiva (Grouzet et al., 2013; Deci & Vansteenkiste, 2004). Da questo punto di vista, l'adolescenza è considerata una fase importante nello sviluppo dell'autonomia (Zimmer-Gembeck & Collins, 2003). In particolare, gli adolescenti sviluppano l'autonomia emotiva dai loro genitori cercando di diventare sempre più competenti nel prendere decisioni da soli (Lewis, 1981) e sviluppando valori e credenze autonomi (Daniel et al., 2012; Eisenberg & Morris, 2004).
3. *Competenza.* Intesa come sperimentazione di efficacia. Si stima che ciò che conduce alla motivazione intrinseca e al benessere, sia proprio la soddisfazione dei bisogni psicologici di relazionarsi, essere autonomi e competenti (Ryan & Deci, 2013). Gli studi con i bambini piccoli dimostrano che già nelle primissime fasi dello sviluppo i bambini provano piacere e divertimento nello svolgere delle azioni e vedere gli effetti che esse hanno sull'ambiente poiché sono delle prime dimostrazioni di competenza (Ryan & Deci, 2013).
4. *Alta autostima.* L'autostima ha una forte relazione con la felicità (Huebner, 2004). Avere un'autostima alta porta a una maggiore iniziativa da parte

dell'individuo e alla sperimentazione di sentimenti piacevoli (Baumeister et al., 2003). Rispetto alla definizione, ricorrono costantemente in tutte le definizioni di autostima tre elementi fondamentali (Bascelli et al., 2008): la presenza nell'individuo di un sistema che consente di auto-osservarsi e quindi di auto-conoscersi, l'aspetto valutativo che permette un giudizio generale di se stessi, l'aspetto affettivo che permette di valutare e considerare in modo positivo o negativo gli elementi descrittivi. È possibile costruire giorno dopo giorno la propria autostima. L'autostima di una persona non scaturisce esclusivamente da fattori interiori individuali, hanno, infatti una certa influenza anche i confronti che l'individuo fa con l'ambiente in cui vive. Due componenti hanno un ruolo determinante nella formazione dell'autostima: il sé reale e il sé ideale. Il sé reale corrisponde alla visione oggettiva delle proprie abilità, il sé ideale corrisponde a come l'individuo vorrebbe essere. Avere un'alta autostima significa avere una limitata differenza tra questi due sé. In altri termini, significa saper riconoscere in maniera realistica di avere sia pregi che difetti, impegnarsi per migliorare le proprie debolezze, apprezzando i propri punti di forza. Tutto ciò enfatizza una maggiore apertura all'ambiente, una maggiore autonomia e una maggiore fiducia nelle proprie capacità.

5. *Sistema di valori.* Alcuni resoconti teorici definiscono la felicità come eudemonia che allude ad avere degli scopi da perseguire nella propria vita, all'autorealizzazione, alla libertà di essere se stessi e alla crescita personale (Deci & Ryan, 2008). Questa concezione della felicità sembra essere strettamente correlata ai processi di identità. Come già descritto nel paragrafo precedente, i bambini delle scuole primarie hanno dei livelli base di autocoscienza e possono descriversi in modi concreti e orientati al comportamento (ad esempio, «Sono una femmina», «Ho due fratelli»). L'adolescenza è considerata, invece, il momento in cui le persone hanno le capacità cognitive ed emotive per riorganizzare le proprie concezioni di sé e svilupparne un senso coerente, immaginandosi nel futuro e valutando diverse alternative possibili (Giacomoni et al., 2014; Freire et al., 2013; Schwartz et al., 2013). Per lo sviluppo psicosociale degli adolescenti e il loro benessere, sembra dunque fondamentale perseguire quei valori che portano allo sviluppo di un senso di sé e dell'identità. In generale si rileva che bambini e adolescenti che hanno un sistema di valori e una dimensione spirituale personale e comunitaria (per esempio, vedere come un valore la profondità e la qualità delle relazioni interpersonali) sono più felici, così come quelli che coltivano di più sentimenti positivi verso il prossimo, come l'amore, la speranza, la gratitudine e la gioia di vivere (Mata, 2019; Holder et al., 2010). La gratitudine sembra avere un ruolo determinante nella percezione di felicità tra gli adolescenti poiché coloro che dichiarano di essere più felici e possiedono delle buone risorse di sviluppo come impegno per l'apprendimento, valori positivi, competenze sociali e supporto, riconoscono con più

facilità che le loro vite sono state arricchite dalle azioni benevole degli altri e si dimostrano grati (Choi et al., 2015).

6. *Locus of control interno*. Una delle caratteristiche psicologiche delle persone più felici è l'aver quello che in psicologia si chiama locus of control interno, capacità che permette all'individuo di attribuire a sé stesso la responsabilità degli eventi fortunati e sfortunati della vita, piuttosto che agli altri o al destino. Al contrario, attribuire costantemente all'esterno (sfortuna, gli altri, ecc.) le difficoltà e i problemi, si associa più facilmente a un minor livello di benessere all'impressione di essere vittima (Perdighe, 2015). Credere che il proprio benessere o il proprio disagio dipenda in buona parte da se stessi, porta ad avere un atteggiamento proattivo e a impegnarsi per cambiare ciò che non piace o ottenere ciò che si desidera, accettandone la fatica (López-Perez et al., 2016). È quindi utile favorire nel bambino l'impegno e il «fare per» nella direzione del suo benessere personale, piuttosto che un atteggiamento passivo e di attesa che siano gli eventi a cambiare rotta o a dargli quanto desidera (cioè avere un locus of control esterno).

Disturbi Specifici di Apprendimento, benessere psicologico e qualità delle relazioni: il perché di questo intervento

I Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) si presentano nella gran parte dei casi associati a disturbi emotivi e comportamentali che, se sottovalutati, possono costituire un fattore di rischio per il futuro benessere psicologico dell'individuo (Mugnaini et al., 2008), per il suo funzionamento emotivo, psicosociale (Martinez & Semrud-Clikeman, 2004) e per le capacità di adattamento (Parshurami, 2015). Numerosi studi presenti in letteratura rilevano che gli studenti con DSA presentano frequentemente storie di insuccesso nella scuola dell'obbligo, difficoltà scolastiche e fallimenti accademici che spesso finiscono per compromettere non solo la carriera scolastica, ma anche la percezione di sé, lo sviluppo della personalità e un adattamento sociale equilibrato (Khanum et al., 2018; Alesi et al., 2014; Martinez & Semrud-Clikeman, 2004; Bandura et al., 1999; Stringer et al., 1999; Masi et al., 1998). La manifestazione del disturbo è variabile, alcuni ragazzi lamentano principalmente uno scarso rendimento scolastico mentre altri possono presentare sintomi secondari alle difficoltà scolastiche come il rifiuto scolare, comportamenti oppositivi, aggressività, scarsa motivazione, ritiro, bassa autostima, tristezza e alterazioni del sonno (Shah et al., 2019; Neeraja, 2013). Circa l'80% dei ragazzi con difficoltà di apprendimento presenta anche problematiche di tipo relazionale e, comparati a un gruppo di controllo, circa il 75% di essi mostra deficit nelle competenze sociali. I ragazzi con DSA possono, infatti, manifestare difficoltà nelle abilità sociali e nell'interagire con l'altro in

maniera appropriata (Neeraja, 2013; Nelson & Harwood, 2011; Gagliano et al., 2007; Kavale & Forness, 1996). Di solito hanno scarse relazioni con i pari, sono meno benvoluti, visti come poco popolari, più facilmente respinti e inclini a essere rifiutati dagli altri compagni, elementi che li rendono suscettibili all'essere vittimizzati (Mishna, 2003; Kuhne & Wiener, 2000). Il ruolo cruciale delle relazioni interpersonali è sottolineato anche dal DSM-5 (APA, 2013) secondo il quale alti livelli di supporto emotivo e sociale predicono migliori risultati a livello di salute mentale nei DSA. L'associazione con altri disturbi psichiatrici è molto comune nei disturbi del neurosviluppo, inclusi i Disturbi Specifici di Apprendimento. La letteratura evidenzia un'elevata comorbidità con altri disturbi che possono influire sull'espressione e la severità del quadro clinico; i ragazzi con DSA presentano, infatti, uno o più disturbi associati in una percentuale superiore al 50% dei casi (Cherif et al., 2018; Margari et al., 2013). Numerose ricerche hanno confrontato i livelli di ansia e depressione tra i ragazzi con Disturbi Specifici di Apprendimento e i pari con sviluppo tipico. In generale dalla letteratura emerge come i ragazzi con DSA evidenzino, in termini di comorbidità, maggiori livelli di depressione e ansia rispetto ai controlli (Cherif et al., 2018; Rodrigues et al., 2016; Chaudhary & Meghwal, 2015; Gallegos et al., 2012; Nelson & Harwood, 2011; Gagliano et al., 2007). Essi sono caratterizzati, inoltre, da un senso di inadeguatezza e una bassa autostima a scuola e, in generale, sembra che le difficoltà di apprendimento aumentino la percezione da parte degli alunni di una concezione di sé negativa e altri effetti negativi come l'umore depresso, una riduzione di piacere e interesse, sensazioni di tristezza e solitudine, pensieri negativi, irritabilità, affaticamento, difficoltà di concentrazione e del sonno, ritiro sociale (Rodrigues et al., 2016; Alesi et al., 2014; Nelson & Harwood, 2011; Gagliano et al., 2007; Martinez & Semrud-Clikeman, 2004). Questi dati ci hanno fatto riflettere sulla necessità di integrare gli interventi generalmente utilizzati per il trattamento delle difficoltà specifiche di apprendimento con un intervento focalizzato sul senso di benessere e felicità volto a migliorare la qualità e la quantità delle relazioni interpersonali. Lo scopo secondario è di ridurre i livelli di ansia e depressione che, da quanto osservato, si associano al DSA.

Un intervento in 12 sedute di promozione della felicità in età evolutiva

L'intervento proposto in questo lavoro mira ad aumentare il senso di benessere e felicità in età evolutiva. Lo scopo è favorire un miglioramento nelle risorse e nelle abilità sociali, così da migliorare il senso di soddisfazione soggettiva rispetto alle relazioni, che è uno dei fattori che, come visto, più incide sul senso di felicità e sul benessere personale. Il protocollo è stato sviluppato considerando gli studi sui fattori che più contribuiscono alla felicità e individuando proprio nelle

relazioni interpersonali, sia in termini di qualità sia di quantità, il fattore più condiviso e su cui era possibile intervenire con un intervento psicologico della durata di quello proposto, attraverso un lavoro mirato sul potenziamento delle abilità sociali. L'intervento è stato formulato attraverso l'utilizzo di tecniche di derivazione cognitivo comportamentale (Isola et al., 2016; Beck, 2011) abbinate a procedure derivanti dall'Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes et al., 1999; Harris, 2011) in particolare quelle connesse a Valori e Impegno. È frutto della coniugazione di procedure di ristrutturazione cognitiva ed esposizione, messe a servizio dei valori, scopi e obiettivi del paziente (indagati con procedure ACT) e sostegno nei comportamenti connessi agli stessi. Il protocollo, prima sperimentato su un caso singolo (Villirillo, 2018), si sviluppa in 12 sedute, di cui 10 a cadenza settimanale e 2 di follow-up a cadenza quindicinale (Villirillo et al., 2019).

La *fase iniziale* (sedute 1 e 2) «Conosco me stesso e i miei valori» è dedicata ai seguenti punti.

1. Promozione della consapevolezza dei punti di forza (+) e i punti di debolezza (-) del soggetto. In altri termini si mettono a fuoco da un lato interessi/valori (ad esempio, «ci tengo a essere una sorella affettuosa», «mi piacerebbe essere una nipote attenta»), risorse (ad esempio, «so ascoltare gli altri», «so essere una persona paziente»), abilità e competenze (ad esempio, «mi piace cucinare», «amo giocare a calcio e mi riesce bene» e aspetti di sé percepiti come fragilità (ad esempio, «è difficile per me avvicinarmi agli altri», «è difficile parlare con le compagne», «faccio fatica a ricordare le cose», «dico bugie»). Lo scopo è favorire una visione integrata del sé e far vedere al paziente che oltre ai limiti che percepisce come pervasivi e invalidanti, è tante altre cose e ha delle risorse che generalmente tende a non vedere o sottovalutare.
2. Condivisione del rationale dell'intervento e di obiettivi da raggiungere in riferimento ai propri valori. Vengono indagati e identificati i valori del soggetto, attraverso procedure come «la tua festa di compleanno dei 20 anni» o «se tu fossi esattamente la persona che desideri essere» (Harris, 2011). Una particolare attenzione viene posta ai valori connessi alla vita relazionale e in particolare al rapporto con i pari; dunque, si indaga su quali qualità desidera avere nelle relazioni con gli altri, che tipo di amico/a o compagno/a desidera essere per sentirsi soddisfatto, come amerebbe comportarsi e impiegare il tempo con i pari e così via. Gli interventi delle fasi successive sono sviluppati sulla base di questo lavoro di assessment dei valori in ambito relazionale (ad esempio, «avendo riconosciuto che per me è importante il valore dell'amicizia che tipo di amica voglio essere? Mi piacerebbe essere un'amica propositiva e che invita gli altri»). Una volta chiariti i valori e le difficoltà soggettive nel farsi guidare dagli stessi nei comportamenti (i punti di debolezza o «i meno»), vengono concordati almeno due obiettivi principali da raggiungere (esempio

di obiettivi «parlare di più ai compagni»; «passare più tempo con le amiche»). Si crea poi una gerarchia degli obiettivi, così da partire da quello più facilmente raggiungibile, allo scopo di favorire un'immediata sperimentazione di efficacia e motivare a proseguire il percorso. Si guida il paziente nel tradurre gli obiettivi in azioni concrete e sotto il proprio controllo, che avvicinino al valore sotteso e che sfruttino le risorse positive individuate nella fase precedente. L., ad esempio, individua tra i suoi valori quello di essere un'amica che porta allegria; uno degli obiettivi connessi che si dà è «passare più tempo con le amiche», che si traduce in azioni come «utilizzare le mie abilità di cuoca per organizzare un pranzo con le amiche».

La *fase centrale* dell'intervento (sedute dalla 3 -10) «Mi impegno a perseguire i miei valori e i miei obiettivi» si focalizza parallelamente sui seguenti punti.

1. Individuazione di micro obiettivi e azioni da perseguire settimanalmente allo scopo di raggiungere gli obiettivi individuati nella fase iniziale dell'intervento (ad esempio, «parlare per 30 minuti all'uscita da scuola con le compagne», «invitare a pranzo un'amica»), e promozione dell'impegno a perseguire i propri obiettivi e valori attraverso la condivisione di contratti settimanali (in cui si definiscono i tempi e i modi con cui si svolge l'azione di esposizione) e la costruzione di una valigia degli attrezzi cui attingere in caso di difficoltà.
2. Analisi delle difficoltà nel rapporto con i pari, delle credenze disfunzionali che possono ostacolare il raggiungimento degli obiettivi e la loro ristrutturazione attraverso:
 - a) la ricerca di ipotesi alternative (ad esempio, «cos'altro potrebbero pensare i tuoi compagni in quel momento?»; «ti vengono in mente altre ipotesi del perché non vieni ascoltata?»);
 - b) la tecnica del doppio standard (ad esempio, «a te è capitato qualche volta di non ascoltare qualche tuo compagno? e «anche tu in quel caso hai pensato che non valesse?»);
 - c) il disputing (ad esempio, «se io dico che sei un elefante ti spunta la proboscide?»).
3. Addestramento all'assertività, attraverso il modeling e il role playing, simulazione di scenette in seduta, finalizzate ad allenarsi a riconoscere il punto di vista altrui e a adottare uno stile comunicativo efficace (Baggio, 2013).

La *fase conclusiva* (sedute 11-12) «Io più abile socialmente e consapevole delle mie risorse».

Le ultime due sedute sono dedicate alla valutazione degli obiettivi raggiunti e di eventuali altri cambiamenti psicologici connessi, come la riduzione di sintomi ansiosi o nell'umore, differenze nella percezione di sé, cambiamenti in ambito scolastico. Si discute, inoltre, con il paziente su quali fattori, dal suo punto di

vista, hanno contribuito maggiormente al raggiungimento degli obiettivi, al fine di focalizzarli e favorire una generalizzazione delle competenze acquisite. È prevista, inoltre, una nuova valutazione sui propri punti di forza (+) e di debolezza (-), confrontandoli con quelli individuati nelle sedute iniziali, così da favorire una maggiore consapevolezza dei cambiamenti avvenuti e un maggiore senso di auto-efficacia. Nell'ultimo incontro, inoltre, è prevista la ri-somministrazione dei test eseguiti nella fase di pretrattamento e un'intervista semi-strutturata volta alla raccolta di dati clinici relativi al numero di amicizie, di uscite e contatti con gli altri prima e dopo il trattamento, per favorire una riflessione sulle abilità relazionali acquisite (si veda la Tabella 4).

Studio pilota: applicazione dell'intervento a pazienti con DSA

Si riportano di seguito i risultati preliminari di uno studio pilota condotto su preadolescenti e adolescenti con Disturbo Specifico di Apprendimento ai quali è stato somministrato l'intervento di promozione della felicità sopra descritto. Come detto, l'ipotesi che ha guidato il lavoro è che, attraverso un training mirato a favorire le competenze sociali, aumentano le relazioni sociali e così anche l'autostima, la percezione di competenza e di autoefficacia, e dunque il benessere psicologico nei ragazzi con DSA.

Metodo

Partecipanti

Il campione è costituito da 6 persone (3 maschi e 3 femmine) di età compresa tra i 12 e i 15 anni ($M 12,8$; $DS 1,32$), frequentanti la scuola secondaria (I e II grado), con diagnosi di Disturbo Specifico di Apprendimento. L'arruolamento è avvenuto proponendo l'intervento ai genitori di tutti i bambini giunti presso lo studio di psicoterapia in cui lavorano gli autori, che rispondevano ai criteri di inclusione: fascia di età 11-18, non in trattamento per disturbo specifico di apprendimento o in trattamento da almeno un anno, con un quoziente intellettivo nella norma; criterio ulteriore di esclusione era la presenza di disturbi dello spettro autistico.

Rispetto al criterio di esclusione riguardante la contemporanea presenza di altro trattamento per il DSA si è deciso che i partecipanti non dovessero svolgere altri tipi di trattamento specifici per il disturbo di apprendimento come riabilitazione neuropsicologica, tutoraggio, training cognitivo o psicoterapia (o gli stessi interventi dovevano essere presenti da almeno un anno), allo scopo di evitare la sovrapposizione dell'effetto di più trattamenti e una maggiore difficoltà nell'i-

solare gli effetti del nostro intervento. Al momento della ricerca 13 soggetti con disturbo specifico di apprendimento erano in cura; di questi 5 sono stati esclusi in quanto non rispondenti ai criteri di inclusione. Per i restanti 9, sono stati contattati i genitori per la presentazione dell'intervento e l'eventuale consenso; di questi 3 non hanno dato il consenso e 6 sono stati arruolati. Nessun soggetto ha interrotto il trattamento una volta arruolato.

Procedura

L'applicazione dell'intervento ha previsto 3 fasi, precedute da un incontro pretrattamento per la conoscenza del paziente, la somministrazione dei test e la raccolta delle informazioni sui partecipanti (in particolare andamento scolastico nelle singole materie ed eventuali terapie in corso). Successivamente per 10 sedute settimanali è stato applicato l'intervento rispettando le fasi e le procedure previste. A conclusione e a cadenza quindicinale sono state svolti i due incontri di follow-up, in cui sono stati somministrati i test presentati nella fase di pretrattamento ed è stato chiesto ai partecipanti di rivalutare i propri punti di forza e debolezza.

Strumenti di valutazione

Le misure utilizzate all'interno della ricerca sono le seguenti.

MASC 2 – Multidimensional Anxiety Scale for Children-Second Edition (March, 2017), nella forma self report che indica un punteggio totale dell'ansia, un punteggio di probabilità d'ansia e altri punteggi sulle scale che misurano le principali dimensioni dell'ansia: Ansia da Separazione/Fobie, indice GAD (Disturbo d'Ansia Generalizzata), Ansia Sociale, Ossessioni e Compulsioni, Sintomi Fisici, ed Evitamento del Pericolo. Un indice d'incoerenza rileva la presenza di un eventuale risposta casuale o poco accurata.

CDI 2 – Children's Depression Inventory, Second Edition (Ed. It.: Camuffo & Cerutti, 2018) nella versione self report che fornisce punteggi nelle scale: Problemi Emotivi, Problemi Funzionali (informa su sintomi che hanno evidenti conseguenze funzionali rispetto ai pari, alla scuola e alla vita familiare), Umore Negativo/Sintomi Fisici, Autostima Negativa, Inefficacia e Problemi Interpersonali.

Test di Valutazione Multidimensionale dell'Autostima-TMA (Bracken, 2003) che valuta tutte le sei aree in cui l'autostima generale viene tipicamente suddivisa: Area Interpersonale, Area Scolastica, Area Emozionale, Area Familiare, Area Corporea, Area della Padronanza sull'ambiente.

Scala di Autoefficacia Scolastica Percepita (Pastorelli & Picconi, 2001), che misura le convinzioni dei ragazzi di riuscire nello studio di alcune materie (matematica, italiano, ecc.) e nell'autoregolazione dell'apprendimento.

Scala di Autoefficacia Sociale Percepita (Pastorelli & Picconi, 2001), che misura le convinzioni dei ragazzi di svolgere un ruolo proattivo nelle situazioni sociali e le capacità di gestire le interazioni con gli altri.

Risultati

Nelle Tabelle 1A e 1B sono riportati i punteggi rilevati per l'intero campione dalla somministrazione del MASC 2 per la valutazione dei sintomi ansiosi.

Tabella 1A

Sintomi ansiosi pretrattamento

| Soggetto | Ansia da separazione | Ansia generalizzata | Ansia sociale | Sintomi ossessivi compulsivi | Sintomi fisici | Evitamento del pericolo | Totale |
|----------|------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| L.M. | pT 87 Molto elevato | pT 61 Leggermente elevato | pT 61 Leggermente elevato | pT 57 Medio alto | pT 61 Leggermente elevato | pT 60 Leggermente elevato | pT 69 Elevato |
| V. | pT 57 Medio alto | pT 48 Medio | pT 55 Medio alto | pT 43 Medio | pT 54 Medio | pT 40 Medio | pT 40 Medio |
| R. | pT 42 Medio | pT 52 Medio | pT 56 Medio alto | pT 44 Medio | pT 45 Medio | pT 42 Medio | pT 46 Medio |
| A. | pT 69 Elevato | pT 66 Elevato | pT 60 Leggermente elevato | pT 50 Medio | pT 64 Leggermente elevato | pT 52 Medio | pT 63 Leggermente elevato |
| S. | Pt 65 Elevato | pT 54 Medio | pT 51 Medio | pT 53 Medio | pT 40 Medio | pT 56 Medio alto | pT 53 Medio |
| L. | pT 40 Medio | pT 61 Leggermente elevato | pT 49 Medio | pT 56 Medio alto | pT 67 Elevato | pT 40 Medio | pT 49 Medio |

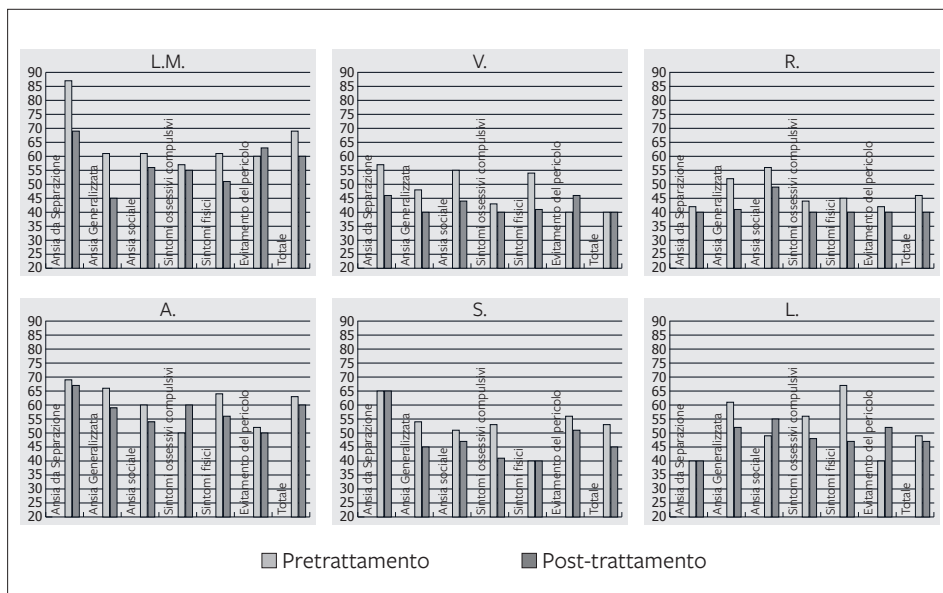
Tabella 1B

Sintomi ansiosi post-trattamento

| Soggetto | Ansia da separazione | Ansia generalizzata | Ansia sociale | Sintomi ossessivi compulsivi | Sintomi fisici | Evitamento del pericolo | Totale |
|----------|----------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| L.M. | pT 69 Elevato | pT 45 Medio | pT 56 Medio alto | pT 55 Medio alto | pT 51 Medio | pT 63 Leggermente elevato | pT 60 Leggermente elevato |
| V. | pT 46 Medio | pT 40 Medio | pT 44 Medio | pT 40 Medio | pT 41 Medio | pT 46 Medio | pT 40 Medio |
| R. | pT 40 Medio | pT 41 Medio | pT 49 Medio alto | pT 40 Medio | pT 40 Medio | pT 40 Medio | pT 40 Medio |
| A. | pT 67 Elevato | pT 59 Medio alto | pT 54 Medio alto | pT 60 Leggermente elevato | pT 56 Medio alto | pT 50 Medio | pT 60 Leggermente elevato |
| S. | pT 65 Elevato | pT 45 Medio | pT 47 Medio | pT 41 Medio | pT 40 Medio | pT 51 Medio | pT 45 Medio |
| L. | pT 40 Medio | pT 52 Medio | pT 55 Medio | pT 48 Medio | pT 47 Medio | pT 52 Medio | pT 47 Medio |

Come evidenziato in Figura 1, si rileva una riduzione dei sintomi ansiosi in seguito alla somministrazione del protocollo per tutti e 6 i partecipanti. Vi sono delle eccezioni rispetto ad alcune singole scale indagate in cui, per 3 partecipanti, si rileva un lieve aumento dei punteggi nella valutazione post-trattamento della scala «evitamento del pericolo», e in uno di questi 3 anche nella scala «ansia sociale»; tuttavia tali punteggi rientrano nello stesso gamma della valutazione precedente (non è un punteggio di rilevanza clinica). Soltanto per un partecipante c'è un aumento dei punteggi nella valutazione post-trattamento nella scala «sintomi ossessivi compulsivi», in questo caso da «medio» rientra nel gamma «leggermente elevato».

Figura 1



Sintomi ansiosi pre e post-trattamento.

Nelle Tabelle 2A e 2B sono riportati i punteggi rilevati per l'intero campione dalla somministrazione del CDI 2 per la valutazione dei sintomi depressivi.

Tabella 2A

Sintomi depressivi pretrattamento

| Soggetto | Problemi emotivi | Umore negativo/ Sintomi fisici | Autostima negativa | Problemi funzionali | Inefficacia | Problemi interpersonali | Totale |
|----------|------------------|-----------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|------------------|
| L.M. | pT 50 Medio | pT 54 Medio | pT 45 Medio | pT 56 Medio | pT 46 Medio | pT 53 Medio | pT 49 Medio |
| V. | pT 43 Medio | pT 43 Medio | pT 45 Medio | pT 55 Medio | pT 61 Medio alto | pT 42 Medio | pT 49 Medio |
| R. | pT 41 Medio | pT 43 Medio | pT < 40 Medio | pT 50 Medio | pT 53 Medio | pT 43 Medio | pT 45 Medio |
| A. | pT 65 Elevato | pT 70 Molto Elevato | pT 54 Medio | pT 69 Elevato | pT 65 Elevato | pT 72 Molto Elevato | pT 68 Elevato |

| Soggetto | Problemi emotivi | Umore negativo/ Sintomi fisici | Autostima negativa | Problemi funzionali | Inefficacia | Problemi interpersonali | Totale |
|----------|---------------------|-----------------------------------|--------------------|---------------------|------------------------|-------------------------|------------------|
| S. | pT 48 Medio | pT 48 Medio | pT 50 Medio | pT 61 Medio alto | pT 61 Medio alto | pT 57 Medio | pT 55 Medio |
| L. | pT 61 Medio alto | pT 69 Elevato | pT 49 Medio | pT 66 Elevato | pT 74 Molto Elevato | pT 43 Medio | pT 65 Elevato |

Tabella 2B

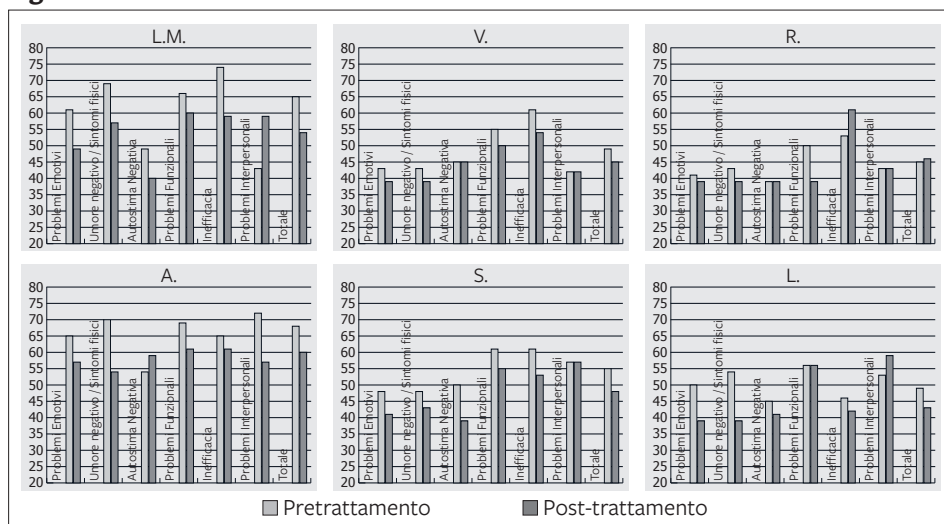
Sintomi depressivi post-trattamento

| Soggetto | Problemi emotivi | Umore negativo/ Sintomi fisici | Autostima negativa | Problemi funzionali | Inefficacia | Problemi interpersonali | Totale |
|----------|------------------|-----------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|
| L.M. | pT < 40 Medio | pT < 40 Medio | pT 41 Medio | pT 56 Me- dio | pT 42 Me- dio | pT 59 Me- dio | pT 43 Me- dio |
| V. | pT < 40 Medio | pT < 40 Medio | pT 45 Me- dio | pT 50 Medio | pT 54 Me- dio | pT 42 Me- dio | pT 45 Me- dio |
| R. | pT < 40 Medio | pT < 40 Medio | pT < 40 Medio | pT < 40 Medio | pT 61 Medio alto | pT 43 Medio | pT 46 Medio |
| A. | pT 57 Me- dio | pT 54 Medio | pT 59 Medio | pT 61 Medio alto | pT 61 Medio alto | pT 57 Medio | pT 60 Medio alto |
| S. | pT 41 Medio | pT 43 Medio | pT < 40 Medio | pT 55 Medio | pT 53 Medio | pT 57 Medio | pT 48 Medio |
| L. | pT 49 Medio | pT 57 Medio | pT 40 Medio | pT 60 Medio alto | pT 59 Medio | pT 59 Medio | pT 54 Medio |

Come evidenziato in Figura 2, si rileva una riduzione dei sintomi depressivi in seguito alla somministrazione del protocollo per tutti e 6 i partecipanti. Vi sono, anche in questo caso, solo delle singole eccezioni rispetto ad alcuni costrutti indagati dal test. In particolare, per due partecipanti vi è un lieve aumento dei punteggi nella valutazione post-trattamento: in uno nella scala «autostima ne-

gativa», nell'altro nella scala «problemi interpersonali». Tuttavia sia i punteggi della valutazione pretrattamento sia quelli della valutazione post-trattamento rientrano nel gamma «medio» (dunque i punteggi sono nella norma). Soltanto per un partecipante si rileva un aumento dei punteggi nella valutazione della scala «inefficacia» in cui il punteggio da «medio» nella fase pretrattamento diventa «medio alto» nella fase di post-trattamento.

Figura 2



Sintomi depressivi pre e post-trattamento.

Nelle Tabelle 3A e 3B sono riportati i punteggi rilevati per l'intero campione dalla somministrazione del TMA per la valutazione dell'autoefficacia.

Tabella 3A

Percezione di autostima e di autoefficacia scolastica e sociale percepita pretrattamento

| Soggetti | TMA – Valutazione Multidimensionale dell'Autostima | | | | | | | AUTOEFFICACIA | |
|----------|----------------------------------------------------|----------------|----------------|-------------------------|----------------|----------------|------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| | Area interpersonale | Competenza | Emotività | Area scolastica | Area familiare | Area corporea | Autostima Totale | Area Scolastica Percepita (ASCP) | Area Sociale Percepita (ASP/G) |
| L.M. | Ps 85 Lieve negativa | Ps 94 Media | Ps 97 Media | Ps 83 Lieve negativa | Ps 97 Media | Ps 91 Media | Ps 91 Media | Pg 63 Bassa | Pg 45 Molto bassa |

| Soggetti | TMA – Valutazione Multidimensionale dell'Autostima | | | | | | | AUTOEFFICACIA | |
|----------|----------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| | Area interpersonale | Competenza | Emotività | Area scolastica | Area familiare | Area corporea | Autostima Totale | Area Scolastica Percepita (ASCP) | Area Sociale Percepita (ASP/G) |
| V. | Ps 94 Media | Ps 84 Media | Ps 96 Media | Ps 77 Lieve negativa | Ps 89 Media | Ps 100 Media | Ps 89 Media | Pg 47 Molto bassa | Pg 37 Molto bassa |
| R. | Ps 91 Media | Ps 90 Media | Ps 94 Media | Ps 82 Lieve negativa | Ps 89 Media | Ps 108 Media | Ps 91 Media | Pg 58 Molto bassa | Pg 44 Molto bassa |
| A. | Ps 85 Lieve negativa | Ps 93 Media | Ps 90 Media | Ps 90 Media | Ps 93 Media | Ps 87 Media | Ps 88 Media | Pg 61 bassa | Pg 44 Molto bassa |
| S. | Ps 94 Media | Ps 87 Media | Ps 96 Media | Ps 95 Media | Ps 97 Media | Ps 105 Media | Ps 96 Media | Pg 60 Molto bassa | Pg 45 Molto bassa |
| L. | Ps 112 Media | Ps 75 Molto negativa | Ps 81 Lieve negativa | Ps 71 Molto negativa | Ps 79 Lieve negativa | Ps 94 Media | Ps 80 Lieve negativa | Pg 35 Molto bassa | Pg 57 Alta |

Tabella 3B

Percezione di autostima e di autoefficacia scolastica e sociale percepita post-trattamento

| Soggetti | TMA | | | | | | | AUTOEFFICACIA | |
|----------|---------------------|----------------|----------------|-------------------------|----------------|-----------------|------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| | Area interpersonale | Competenza | Emotività | Area scolastica | Area familiare | Area corporea | Autostima Totale | Area Scolastica Percepita (ASCP) | Area Sociale Percepita (ASP/G) |
| L.M | Ps 87 Media | Ps 97 Media | Ps 97 Media | Ps 88 Media | Ps 99 Media | Ps 95 Media | Ps 94 Media | Pg 66 Media | Pg 46 Molto bassa |
| V. | Ps 96 Media | Ps 96 Media | Ps 97 Media | Ps 82 Lieve negativa | Ps 89 Media | Ps 100 Media | Ps 92 Media | Pg 50 Molto bassa | Pg 49 Bassa |

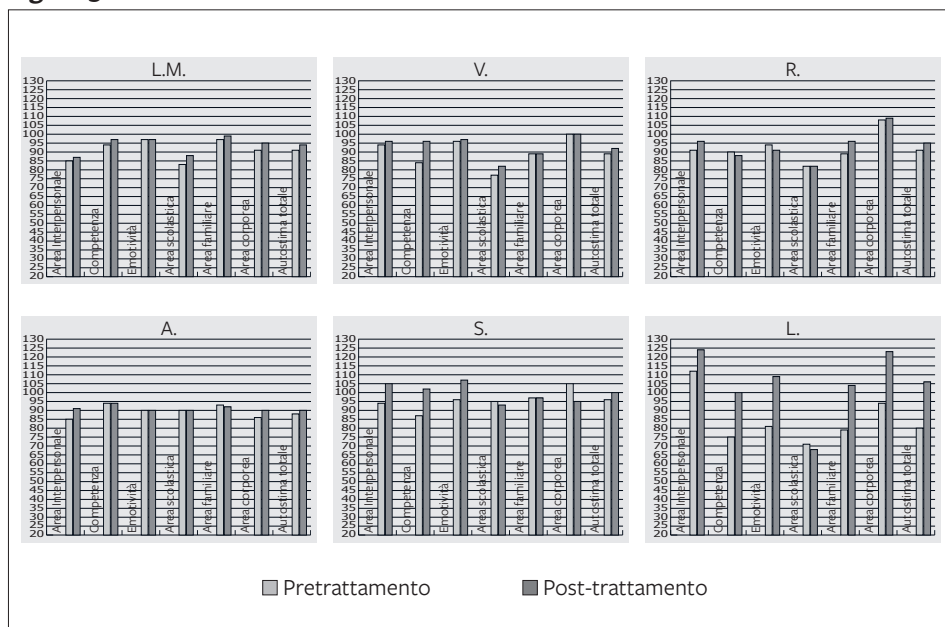
| Soggetti | TMA | | | | | | | AUTOEFFICACIA | |
|----------|-----------------------------|-----------------|-----------------|---------------------------------|-----------------|-----------------------------|------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| | Area interpersonale | Competenza | Emotività | Area scolastica | Area familiare | Area corporea | Autostima Totale | Area Scolastica Percepita (ASCP) | Area Sociale Percepita (ASP/G) |
| R. | Ps 96 Media | Ps 88 Media | Ps 91 Media | Ps 82 Lieve nega- tiva | Ps 96 Media | Ps 109 Media | Ps 95 Media | Pg 65 Bassa | Pg 49 Bassa |
| A. | Ps 91 Media | Ps 94 Media | Ps 90 Media | Ps 90 Media | Ps 92 Media | Ps 92 Media | Ps 90 Media | Ps 90 Media | Pg 52 Bassa |
| S. | Ps 105 Media | Ps 102 Media | Ps 107 Media | Ps 93 Media | Ps 97 Media | Ps 95 Media | Ps 100 Media | Pg 60 Molto bassa | Pg 51 Bassa |
| L. | Ps 124 Lieve positiva | Ps 100 Media | Ps 109 Media | Ps 68 Molto nega- tiva | Ps 104 Media | Ps 123 Lieve positiva | Ps 106 Media | Pg 33 Molto bassa | Pg 53 Alta |

Come evidenziato in Figura 3 e 4, si rileva un aumento della percezione dell'autostima e dell'autoefficacia nelle varie aree indagate, in seguito alla somministrazione del protocollo, per tutti e 6 i partecipanti. Per alcuni la differenza di alcuni punteggi rispetto alla fase pretrattamento è notevole (si veda S. e L.). Per questi strumenti l'aumento dei punteggi nella fase post-trattamento è indicativo di una maggiore percezione di autoefficacia, dunque di un miglioramento. Rispetto alle singole aree indagate con il TMA nella fase post-trattamento: per tutti e 6 i partecipanti si rileva un aumento dei punteggi nella percezione di *autostima* nell'area *interpersonale*. Per 5 partecipanti si rileva un aumento dei punteggi nella percezione della *competenza*; in un caso in particolare il miglioramento è evidente e il punteggio da «molto negativo» nella prima fase, diventa «medio» alla fine del trattamento; soltanto un partecipante ottiene un punteggio lievemente più basso rispetto a quello precedente ma in entrambi i casi rientra nel gamma «medio». Per 4 partecipanti si rileva un aumento dei punteggi nell'*emotività*; in due casi, invece, il punteggio rimane comunque stabile e rientra nel gamma «medio». Per 2 partecipanti si rileva un aumento dei punteggi nella percezione dell'*autostima* nell'area *scolastica*; in un caso il punteggio rimane stabile e rientra nel gamma «medio», mentre per gli altri due partecipanti del campione emerge un punteggio inferiore rispetto alla fase pretrattamento (in un caso in particolare, che è lo stesso in cui si rileva il notevole aumento dei punteggi nelle altre scale, è dovuto con grande probabilità alla bocciatura avvenuta e preannunciata

dagli insegnanti prima dell'inizio del trattamento). Per 3 partecipanti si rileva un aumento dei punteggi nella percezione dell'*autostima* nell'*area familiare*; in un caso in particolare il miglioramento è evidente e il punteggio da «molto negativo» nella prima fase, diventa «medio» alla fine del trattamento; per gli altri 3 partecipanti il punteggio rimane stabile e rientra nel gamma «medio». Per 3 partecipanti si rileva un aumento dei punteggi nella percezione dell'*autostima* nell'*area corporea*; in un caso in particolare il miglioramento è evidente e il punteggio da «lievemente negativo» nella prima fase, diventa «lievemente positivo» alla fine del trattamento; per gli altri 3 il punteggio rimane stabile e rientra nel gamma «medio». Per tutti e 6 i partecipanti si rileva un aumento dei punteggi nella percezione dell'*autostima* totale.

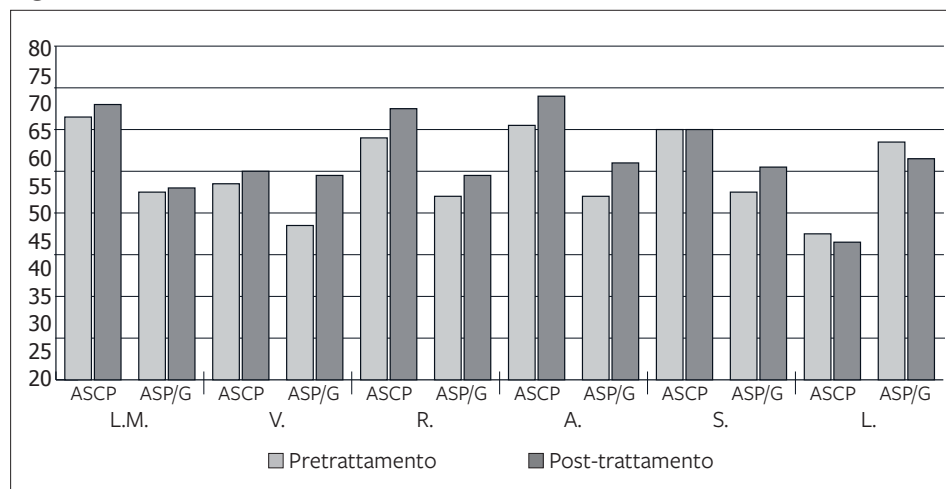
Rispetto alle scale di autoefficacia scolastica e sociale percepita ASCP - ASP/G: per 4 partecipanti si rileva un aumento dei punteggi nella scala che misura l'autoefficacia scolastica percepita; per un soggetto il punteggio rimane stabile e rientra nel gamma «autoefficacia media»; soltanto un partecipante ottiene un punteggio lievemente più basso rispetto a quello precedente. Per 3 partecipanti si rileva un aumento dei punteggi nella scala che misura l'autoefficacia sociale percepita; per due soggetti il punteggio rimane stabile e soltanto un partecipante ottiene un punteggio lievemente più basso rispetto a quello precedente ma rientra comunque nel gamma «autoefficacia alta».

Figura 3



Punteggi di autostima pre e post-trattamento rilevati dalle scale del TMA.

Figura 4



Punteggi di autoefficacia scolastica e sociale percepita pre e post-trattamento rilevati dalle scale ASCP e ASP/G.

Nella Tabella 4 sono riportate alcune osservazioni cliniche raccolte nel corso degli incontri da parte dei terapeuti, sulla base di uno schema di osservazione dei cambiamenti comportamentali interpersonali. Come si può osservare, sono state valutate le quantità di amici, di uscite settimanali e dei contatti telefonici con gli altri ed è stata parallelamente indagata la qualità di tali relazioni nella fase di pre e post-trattamento.

Tabella 4

Osservazioni Cliniche

| PZ | NUMERO AMICI | | NUMERO USCITE SETTIMANALI | | CONTATTI TELEFONICI CON GLI ALTRI | |
|------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | PRIMA | DOPO | PRIMA | DOPO | PRIMA | DOPO |
| L.M. | 7 Amiche d'infanzia e di pallavolo che spesso uscivano senza di lei. | 12 Comitiva di ragazzi e ragazze in cui è ben inserita; è una delle leader. | 1/2 Con qualche amica solo per andare insieme a pallavolo o al catechismo; declinava tutti gli altri inviti. | 2/3 Uscite di gruppo tutti i sabati e un pranzo fisso a settimana con gli amici; ha iniziato anche a fare shopping con le amiche. | Pochi. Scriveva agli altri solo per chiedere i compiti, non aveva contatti e sui gruppi Whatsapp non interveniva mai. | Quotidiani. È diventata propositiva, ha creato dei gruppi Whatsapp; ha ripreso i contatti con una sua cara amica che vive nel Qatar. |

| PZ | NUMERO AMICI | | NUMERO USCITE SETTIMANALI | | CONTATTI TELEFONICI CON GLI ALTRI | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | PRIMA | DOPO | PRIMA | DOPO | PRIMA | DOPO |
| V. | 0 Solo qualche conoscente tra i compagni di classe. | 7 Nuovi, fuori dalla classe. | 0 Ogni 15/20 giorni per uscite di classe programmate dagli altri. | 1/2 Una uscita fissa con il nuovo gruppo + qualche uscita pomeridiana nel quartiere. | 0 Non ha mai scritto a un compagno o proposto qualcosa. | Quotidiani. Ha creato dei gruppi Whatsapp e propone delle uscite sistematicamente. |
| R. | 4 Con nessuna di esse aveva un rapporto «stretto», lo riconosceva e dichiarava di accontentarsi. | 6 Ha approfondito la conoscenza delle 4 amiche e ne ha conosciuto due nuove in estate. | 0 Usciva raramente e solo se invitata. | 1/2 Un pranzo fisso con le amiche del quartiere + shopping e merende che organizza a casa sua. | 0 Non ha mai scritto di sua iniziativa per proporre qualcosa né aveva scambi telefonici con le compagne. | Quotidiani. Prende l'iniziativa e proporre incontri e attività alle amiche. |
| A. | 0 Nessun amico intimo, frequentava il gruppo scout lamentando di non avere sintonia con nessuno. | 1 Amico intimo. | 0 Usciva raramente; per lo più per gli incontri programmati con il gruppo scout. | 10+ Con il suo nuovo amico, a volte anche con un altro ragazzo; va a giocare a laser game con un gruppo di compagni regolarmente. | 0 Non ha mai scritto a un suo compagno di sua iniziativa; rispondeva solo a chat di gruppo, rifiutando spesso di partecipare a iniziative altrui. | Quotidiani. Con il suo nuovo amico intimo; regolarmente sente anche altri compagni con i quali ha creato una chat di sua iniziativa. |
| S. | 0 Contatti solo con i maschi in contesto sportivo. | 3 (Amiche). | 0 | 0/1 In base agli impegni sportivi suoi e delle compagne. | 0 | Quotidiani. (Ha un gruppo Whatsapp con le 3 amiche nuove). |
| L. | 1 Migliore amico. | 3 Amici stretti + comitiva cugina. | 1/2 E sabato sera. | Quasi tutti i pomeriggi e i week-end. | Quotidiani. Solo con il migliore amico. | Quotidiani, anche con i nuovi due amici stretti. |

Discussione e conclusioni

Dai risultati emerge una riduzione della sintomatologia rilevata nella fase di pretrattamento e un aumento della percezione di autoefficacia e del benessere: tutti i partecipanti dichiarano di essere più sicuri di sé, mostrano un miglioramento nell'autostima, si sentono più efficaci con gli altri e hanno mantenuto le abilità acquisite anche a distanza di un mese (tutti adesso incontrano regolarmente i loro amici e hanno una partecipazione attiva nel gruppo dei pari). Si osserva un'iniziale resistenza e sovrastima delle loro abilità sociali, probabilmente dovuta a una scarsa consapevolezza iniziale delle proprie competenze o all'imbarazzo di riconoscere le proprie fragilità. Ciò ha determinato, per alcune aree, un'esigua differenza nei punteggi pre e post-trattamento e in alcuni casi anche un aumento degli stessi (dallo scoring dei test è emerso che alcuni di loro hanno dichiarato nella fase iniziale del trattamento di avere oltre 20 amici e di essere abili nella comunicazione con gli altri e nel coltivare le relazioni interpersonali; in realtà in molti casi ciò non corrispondeva al vero e sono emerse grandi difficoltà nell'esecuzione dei compiti settimanali concordati). Rispetto alla performance scolastica sono emersi dei miglioramenti in particolare nelle esposizioni orali, si sono ridotte, infatti, per la maggior parte dei ragazzi partecipanti allo studio, le condotte di blocco ed evitamento che prima venivano sistematicamente messe in atto in occasione delle interrogazioni; sono riusciti a esporsi più facilmente nel gruppo classe, a partecipare attivamente alle lezioni attraverso interventi e domande e a coinvolgersi in lavori di gruppo. Per alcuni di loro si sono registrati cambiamenti significativi nelle valutazioni (ad esempio, da 5 a 7 in francese, da 5 a 8 in matematica). È emersa, inoltre, una maggiore accettazione delle misure compensative e dispensative previste dal loro piano didattico personalizzato come l'uso delle mappe senza vergognarsi o nascondersi come prima. Probabilmente ciò è dovuto a una nuova consapevolezza e normalizzazione delle proprie fragilità che, a differenza di prima, non hanno determinato un giudizio globale di sé negativo (ad esempio, «se uso le mappe allora sono stupido»). Questi dati specifici sulle performance scolastiche sono stati osservati qualitativamente, poiché avendo svolto la terapia in momenti dell'anno scolastico diversi, non sarebbe stato possibile misurare e confrontare sistematicamente i risultati dei ragazzi. In generale, tutti e sei i ragazzi sono adesso più consapevoli dei loro punti di forza e sono riusciti a circoscrivere i loro punti di debolezza senza lasciarsi più bloccare e limitare da essi. Hanno raggiunto una visione più integrata di sé mentre all'inizio emergeva un'iperfocalizzazione sulle proprie debolezze e una conseguente visione globale di sé negativa. Il nostro lavoro, benché basato su pochi dati, sembra confermare che migliorando le relazioni interpersonali con i pari, in un gruppo di adolescenti e preadolescenti, si osservano miglioramenti in termini di autostima, sicurezza di sé, nella performance scolastica e maggiore

competenza. Il miglioramento delle prestazioni scolastiche suggerisce, inoltre, che la presenza di problemi secondari nel DSA (bassa autostima e timori relazionali) è coinvolta nel mantenimento delle difficoltà di performance. Un limite importante di questo studio è la bassa numerosità del campione, è una prospettiva futura quella di estenderlo a un campione più ampio prevedendo la presenza anche di un gruppo di controllo allo scopo di indagarne ulteriormente l'efficacia. Considerando la breve durata di questo intervento, potrebbe essere utile valutare, con ulteriori studi, l'opportunità di affiancarlo sempre agli interventi sull'apprendimento. Un ulteriore sviluppo di questo lavoro potrebbe essere l'applicazione dello stesso nelle classi in cui sono presenti problemi di bullismo poiché, da quanto ci suggerisce la letteratura, insegnando ai bambini a «fare cose carine per gli altri», si riduce in modo significativo il rischio di divenire vittima di bullismo.

Bibliografia

- Alesi, M., Rappo, G., & Pepi, A. (2014). Depression, anxiety at school and self-esteem in children with learning disabilities. *Journal of Psychological Abnormalities*, 3, 1-8.
- Aringolo, K., & Albrizio, M. (2016). *Le fiabe per... giocare con le emozioni e imparare a gestirle. Un aiuto per grandi e piccini*. Milano: FrancoAngeli.
- APA (2013). *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fifth Edition, American Psychiatric Publishing, Washington, DC. Trad. it., *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore. Traduzione italiana della Quinta edizione di Francesco Saverio Bersani, Ester di Giacomo, Chiarina Maria Inganni, Nidia Morra, Massimo Simone, Martina Valentini.
- Baggio, F. (2013). *Assertività e training assertivo. Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti*. Milano: FrancoAngeli.
- Bandura, A. (1999). *Social cognitive theory of personality*. In D. Cervone, & Y. Shoda (Eds.), *The coherence of personality: Social-cognitive bases of consistency, variability, and organization* (pp. 185-241). New York: Guilford.
- Bascelli, E., Camodeca, M., & Di Santo, S. (2008). *Psicologia dell'educazione e dei processi di apprendimento*. Bologna: il Mulino.
- Bassani, R., Marchi, S., Menotti, R., Canevisio, M. G. (2020). Applicazione del protocollo cognitivo-comportamentale, potenziato con l'Acceptance and Commitment Therapy in un caso di disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia con presenza di parafilie. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 26, 153-190.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy, 2nd edition*. New York: Guilford. Trad. it. (2013). *La Terapia Cognitivo-Comportamentale*. Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- Ben-Arieh, A. (2006). Is the study of the «State of our children» changing? Re-visiting after 5 years. *Children and Youth Services*, 28, 799-811.
- Chaplin, L. N., (2009). Please may I have a bike? Better yet, may I have a hug? An examination of children's and adolescents' happiness. *Journal of Happiness Studies*, 10, 541-562.
- Chaudhary, A. K., & Meghwal, J. (2015). A study of anxiety and depression among learning disabled children. *Psychology*, 5, 484-486.
- Cherif, L., Ayedi, H., Khemekhem, K., Hadjkacem, I., Walha, A., Mchirgui, R., Ammar, S., Hssairi, I.,

- Triki, C., Ghribi, F., & Moalla, Y. (2018). Specific learning disorders and psychiatric comorbidities in school children in Sfax, Tunisia. *Trends in Medicine*, 18, 1-5.
- Choi, J. H., Yu, M., & Kim, K. E. (2015). The Effect of Korean adolescents' developmental assets and gratitude on their happiness: A mediating pathway of gratitude. *Indian Journal of Science and Technology*, 8, 320-326.
- Daniel, E., Schiefer, D., Mollering, A., Benish-Weisman, M., Boehnke, K., & Knafo, A. (2012). Value differentiation in adolescence: The role of age and cultural complexity. *Child Development*, 83, 322-336.
- Deci, E. L., & Vansteenkiste, M. (2004). Self-determination theory and basic need satisfaction: Understanding human development in positive psychology. *Ricerche di Psicologia*, 27, 17-34.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11.
- Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. P. (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research*, 100, 158-207.
- Demir, M., & Weitekamp, L. A. (2007). I am so happy cause today I found my friend: Friendship and personality as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 8, 181-211.
- Demir, M., Ozen, A., Dogan, A., Bilyk, N. A., & Tyrell, F. A. (2011). I matter to my friend, therefore I am happy: Friendship, mattering, and happiness. *Journal of Happiness Studies*, 12, 983-1005.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E. (2009). Assessing well-being: The collected works of Ed Diener. *Social indicators research series*, 39. Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4>.
- Dwivedi, K., & Harper, P. (2004). Promoting the emotional well-being of children and adolescents and preventing their mental ill health: *A handbook*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Eisenberg, N., & Morris, A. S. (2004). Moral cognitions and prosocial responding in adolescence. In Lerner, R., & Steinberg, L. (Eds.) *Handbook of adolescent psychology*, second edition (pp. 155-188). New York: Wiley.
- Freire, T., Zenhas, F., Tavares, D., & Iglesias, C. (2013). Felicidade hedonica e eudaimonica: Um estudo com adolescents portugueses. *Analise Psicologica*, 4, 329-342.
- Frijters, P., Johnston, D. W., & Shields, M. A. (2011). Destined for (un)happiness: Does childhood predict adult life satisfaction?, *IZA Discussion Papers Series*, 5819.
- Gallegos, J., Langle, A., & Villegas, D. (2012). Anxiety, depression, and coping skills among Mexican school children: A comparison of students with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 35, 1-12.
- Gagliano, A., Germanò, E., Calarese, T., Magazù, A., Grosso, R., Siracusano, R. M., & Cedro, C. (2007). La comorbilità nella dislessia: Studio di un campione di soggetti in età evolutiva con disturbo di lettura. *Dislessia*, 4, 27-45.
- Giacomoni, C. H., Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2014). O conceito de felicidade em crianças (The concept of happiness in children). *Psico-USF, Braganca Paulista*, 19, 143-153.
- Grouzet, F. M. E., Sokol, B. W., & Muller, U. (2013). Self-regulation and autonomy: An introduction. In Sokol, B.W., Grouzet F.M.E., & Muller, U. (Eds.), *Self-regulation and autonomy: Social and developmental dimensions of human conduct* (pp. 1-16). New York: Cambridge University Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Harris, R. (2011). *Fare act. Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy*. Milano: FrancoAngeli.

- Holder, M. D., & Coleman, B. (2009). The contribution of social relationships to children's happiness. *Journal of Child and Family Study*, 10, 329-349.
- Holder, M. D., & Coleman, B. (2015). Children's friendships and positive well-being. Friendship and happiness: Across the life-span and cultures (pp.81-94). Demir, Melikşah (Ed.) Springer Science + Business Media, Dordrecht.
- Holder, M. D., Coleman, B., & Wallace, J. (2010). Spirituality, religiousness and happiness in children aged 8-12 years. *Journal of Happiness Studies*, 11, 131-150.
- Huebner, S., Valois, R., Suldo, S., Smith, L., McKnight, C., Seligson, J. et al. (2004). Perceived quality of life: A neglected component of adolescent health assessment and intervention. *Journal of adolescent health*, 34, 270-278.
- Isola, L., Romano, G., & Mancini, F. (2016). *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza. Nuovi sviluppi*. Milano: FrancoAngeli.
- Lewis, C.C. (1981). How adolescents approach decisions: Changes over grades seven to twelve and policy implications. *Child Development*, 52, 538-544.
- Kavale, K. A., & Forness, S. R. (1996). Social skill deficits and learning disabilities: A meta-analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 226-257
- Khanum, F., Noureen, S., & Mushtaq, A. (2018). Self-concept and social adjustment of children with learning disabilities. *International Journal of Scientific & Engineering Research*, 9, 1548-1557.
- Kuhne, M., & Wiener, J. (2000). Stability of social status of children with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 23, 64-75.
- Linehan, M. M. (1993). *Diagnosis and treatment of mental disorders. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
- López-Perez, B., Sánchez, J., & Gummerum, M. (2016). Children's and adolescents' conceptions of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 17, 2431-2455.
- Martinez, R. S., & Semrud-Clikerman, M. (2004). Emotional adjustment and school functioning of young adolescents with multiple versus single learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 37, 411-420.
- Margari, L., Buttiglione, M., Craig, F., Cristella, A., De Giambattista, C., Matera, E., Operto, F., & Simone, M. (2013). Neuropsychopathological comorbidities in learning disorders. *BMC Neurology*, 13, 1-6.
- Masi, G., Brovedani, P., & Poli, P. (1998). School failure in early adolescence: The psychopathological risk. *Child Psychiatry and Human Development*, 29, 127-140.
- Mata, K. A. (2019). Happiness: The young filipina perspective. *International Journal of Scientific & Engineering Research*, 10, 1521-1525.
- McCabe, K., Bray, M. A., Kehle, T. J., Theodore, L. A., & Gelbar, N. W. (2011). Promoting happiness and life satisfaction in school children. *Canadian Journal of School Psychology*, 26, 177-192.
- Mishna, F. (2003). Learning disabilities and bullying: Double jeopardy. *Journal of Learning Disabilities*, 36, 336-347.
- Mugnaini, D., Chelazzi C., & Romagnoli C. (2008). Correlati psicosociali della dislessia: Una rassegna. *Dislessia*, 5, 195-210.
- Neeraja, P. (2013). Adjustment problems faced by children with learning disabilities impact of special education. *Indian Journal of Scientific Research*, 5, 122-127.
- Nelson, J. M., & Harwood, H. (2011). Learning disabilities and anxiety: A meta-analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 44, 3-17.
- Nickerson, A. B., & Nagle, R. J. (2004). The influence of parent and peer attachments on life satisfaction in middle childhood and early adolescence. In *Quality-of-life research on children and adolescents* (pp. 35-60). Dordrecht: Springer.
- Palmonari, A. (2011). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: il Mulino.
- Parshurami, A. (2015). A study on self-esteem and adjustment in children with learning disability. *Indian Journal of Mental Health*, 2, 306-310.
- Perdighe, C. (2015). «Voglio farti felice!» Fargli fare cose felici invece di chiedergli di essere felice. *Il linguaggio del cuore. Riconoscere e accettare le emozioni dei propri figli e accom-*

- pagnarli nella crescita* (pp. 233-254). Trento: Erickson.
- Pethel, O. & Chen, Y. (2014). Life regrets and life satisfaction in mature adults. *The Journal of Happiness and Well-Being*, 2, 106-118.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2013). Toward a social psychology of assimilation: Self-determination theory in cognitive development and education. In Sokol B.W., Grouzet F.M.E. & Muller U. (Eds.), *Self regulation and autonomy: Social and developmental dimensions of human conduct* (pp. 191-207).
- Rodrigues, I. O., Freire, T., Gonçalves, T. D. S., & Crenitte, P. D. A. P. (2016). Predicting signs of depression in children with specific learning disorders. *CEFAC*, 18, 864-875.
- Schwartz, S. J., Donnellan, M. B., Ravert, R. D., Luyckx, K., & Zamboanga, B. L. (2013). Identity development, personality, and well-being in adolescence and emerging adulthood: Theory, research, and recent advances. In Weiner, I.B., Lerner, R.M., Easterbrooks, A. & Mistry, J. (Vol. Eds.), *Handbook of Psychology, Developmental Psychology*, 6, 339-364. New York: Wiley.
- Shah, H. R., Sagar, J. K., Somaiya, M. P., & Nagpal, J. K. (2019). Clinical practice guidelines on assessment and management of specific learning disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 61, 211-225.
- Slee, P. T., & Rigby, K. (1993). Australian school children's self appraisal of interpersonal relations. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 273-282.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- Singh, K., Raina, M., & Sahni, P. (2017). The concept and measure of Sukha-Dukha: An indian perspective on well-being. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 19, 116-132.
- Stringer, S. J., Morton, R. C., & Bonikowski, M. H. (1999). Learning disabled students: Using process writing to build autonomy and self-esteem. *Journal of Instructional Psychology*, 26, 196-200.
- Tamir, M., Schwartz, S. H., Oishi, S., & Kim, M. Y. (2017). The secret to happiness: Feeling good or feeling right? *Journal of Experimental Psychology*, 146, 1448-1459.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 157-160.
- Terry, T., & Huebner, E. S. (1995). The relationship between self-concept and life satisfaction in children. *Social Indicators Research*, 35, 39-52.
- Tomyn, A. J., Fuller-Tyszkiewicz, M. D., Cummins, R. A., & Norrish, J. M. (2016). The validity of subjective wellbeing measurement for children: Evidence using the personal well-being index school children. *Journal of Happiness Studies*, DOI 10.1007/s10902-016-9804-3.
- Villirillo, C., Perdighe, C., Cirimbilla, E., & Franceschini, G. (2019). Un intervento di promozione del benessere psicologico per adolescenti con disturbo specifico di apprendimento. *VIII forum sulla formazione in psicoterapia di Assisi*.
- Villirillo, C. (2018). I fattori che determinano la felicità nei bambini e negli adolescenti. *XIX congresso nazionale SITCC di Verona*.
- Wood, M., & Sewyn, J. (2017). Looked after children and young people's views on what matters to their subjective well-being. *Adoption and Fostering*, 41, 20-34
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Collins, W. A. (2003). Autonomy development during adolescence. In Adams, G. R., & Berzonsky, M. (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (175-204). Oxford: Blackwell Publishers.

Proprietà psicometriche dell'*Avoidance and Fusion* *Questionnaire for Youth* (AFQ-Y) in soggetti di 6-11 anni

Lisa Compare¹, Chiara Martucci², Olivia Bernini³, Clizia Cincidda⁴
e Carmen Berrocal⁵

Sommario

L'*Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth* misura l'Inflessibilità Psicologica (IP) in età evolutiva. Diverse proprietà psicometriche della versione breve (AFQ-Y8) sono state precedentemente esplorate in un campione di studenti italiani di età compresa tra gli 11 e i 18 anni. Lo studio amplia la letteratura indagando alcune proprietà psicometriche dell'AFQ-Y8 considerando una fascia d'età inferiore. Hanno partecipato 102 studenti (51% maschi; $M = 9,2$ anni; $DS = 1,3$), 74 madri ($M = 43,7$ anni; $DS = 4,0$) e 67 padri ($M = 47$ anni; $DS = 4,6$). Gli studenti hanno completato l'AFQ-Y8 e misure di ansia, depressione, sintomi somatici e mindfulness. I genitori hanno completato misure di IP e di distress psicologico. I risultati supportano una struttura unidimensionale della scala a 7 item (AFQ-Y7), dopo aver eliminato l'item 5. La coerenza interna dell'AFQ-Y7 è adeguata. I punteggi all'AFQ-Y7 correlano positivamente con depressione, ansia e sintomi somatici e negativamente con le abilità di mindfulness. Alti livelli di Inflessibilità Psicologica dei padri correlano con alti livelli di Inflessibilità Psicologica nei bambini. Il contributo dell'AFQ-Y7 nel predire depressione e ansia è statisticamente significativo, al di sopra del contributo del distress genitoriale. L'AFQ-Y7 sembra affidabile, valido e utile per misurare l'Inflessibilità Psicologica in bambini di 6-11 anni.

Parole chiave

Inflessibilità psicologica, Fusione cognitiva, Evitamento esperienziale, Accettazione, Mindfulness.

¹ Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa (Italia).

² Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa (Italia).

³ Servizio di Ascolto e Consulenza per Studenti Universitari, Università di Pisa (Italia).

⁴ Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa (Italia).

⁵ Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa (Italia).

Psychometric properties of Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y) in children aged between 6-11

Lisa Compare¹, Chiara Martucci², Olivia Bernini³, Clizia Cincidda⁴ and Carmen Berrocal⁵

Abstract

The Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth is a child-report measure designed to assess Psychological Inflexibility (PI). Previous research explored the psychometric properties of the short version of the questionnaire (AFQ-Y8) in Italian students aged between 11-18. This study expanded previous research on the AFQ-Y8 by exploring its psychometric properties in younger students. Participants were 102 students (51% males; mean age = 9.2; *SD* = 1.3) and their parents. Parents included 74 mothers (Mean age = 43.7; *SD* = 4.0) and 67 fathers (Mean age = 47; *SD* = 4.6). Students completed the AFQ-Y8 and self-report measures of anxiety, depression, somatic symptoms, and mindfulness. Parents completed measures of PI and psychological distress. The results suggested a reduced version of the scale with 7 items (AFQ-Y7). The AFQ-Y7 showed a unidimensional structure and adequate internal consistency. AFQ-Y7 scores positively correlated with depression, anxiety, and somatic symptoms, and negatively with mindfulness. Higher levels of father's PI were associated with higher children's PI. The contribution of the AFQ-Y7 to predict children depression and anxiety was statistically significant above and beyond measures of parental distress. Findings suggest that the AFQ-Y7 is a reliable, valid, and useful measure of PI in children aged between 6-11.

Keywords

Psychological inflexibility, Cognitive fusion, Experiential avoidance, Acceptance, Mindfulness.

¹ Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa (Italia).

² Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa (Italia).

³ Servizio di Ascolto e Consulenza per Studenti Universitari, Università di Pisa (Italia).

⁴ Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa (Italia).

⁵ Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa (Italia).

Introduzione

Questo studio esplora alcune delle principali proprietà psicometriche della versione italiana a 8 item dell'*Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth* (AFQ-Y8) (Greco et al., 2008; versione italiana a cura di Schweiger et al., 2017). L'AFQ-Y8 è un questionario self-report sviluppato per misurare l'Inflessibilità Psicologica in età evolutiva (Greco et al., 2008). Il modello di Flessibilità/Inflessibilità Psicologica è un modello sul funzionamento umano e sul cambiamento del comportamento ampiamente diffuso nel contesto degli approcci cognitivo-comportamentali di terza generazione (Hayes et al., 2004, 2006). La Flessibilità Psicologica è stata definita come la capacità dell'individuo di rimanere in contatto con il qui ed ora e di cambiare o di persistere in un comportamento in funzione dei valori scelti (Hayes et al., 2004; Hayes et al., 2013). L'opposto, l'Inflessibilità Psicologica, fa riferimento all'incapacità di sviluppare o persistere in pattern di comportamento in linea con i propri valori (Hayes et al., 2004; Hayes et al., 2013). Mentre la Flessibilità Psicologica si ipotizza essere fonte di appagamento e di soddisfazione di vita, l'Inflessibilità Psicologica si presume alla base di sofferenza eccessiva e di inefficacia comportamentale (Hayes et al., 2004, 2006).

In accordo con il modello, *fusione cognitiva* e *evitamento esperienziale* rappresentano due processi fondamentali che contribuiscono all'Inflessibilità Psicologica (per una descrizione più approfondita circa i processi di Flessibilità/Inflessibilità psicologica, si veda per esempio Hayes et al., 2013). La *fusione cognitiva* è il processo mediante il quale gli eventi verbali (ad esempio, pensieri, ricordi, immagini) esercitano un forte controllo sul comportamento della persona, con l'esclusione di altre variabili contestuali come le contingenze dirette (Fletcher & Hayes, 2005; Hayes et al., 2013). La rigidità nei processi di fusione (ad esempio con pensieri del tipo «non posso vivere con questa tristezza/dolore/ansia») porta spesso a pattern rigidi di *evitamento esperienziale*. L'*evitamento esperienziale* comprende i tentativi di cambiare la forma e/o la frequenza di certe esperienze interne (ad esempio, sensazioni, ricordi, pensieri), generalmente spiacevoli, e/o i contesti in cui esse si manifestano (Fletcher & Hayes, 2005; Hayes et al., 2013). Un rigido utilizzo della *fusione cognitiva* e dell'*evitamento esperienziale* interferisce con lo sviluppo di pattern di comportamento flessibili e in linea con i propri valori, situazione che a sua volta incrementa una sofferenza eccessiva e un certo grado di inefficacia comportamentale (Hayes et al., 2013).

A differenza di altri approcci cognitivo-comportamentali, il modello di Flessibilità/Inflessibilità Psicologica pone l'accento su come la persona si relaziona con le proprie esperienze interne anziché sulle esperienze interne di per sé. A livello applicativo, l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) è un intervento psicologico sviluppato per promuovere la Flessibilità Psicologica (Hayes et al., 2006; Biglan et al., 2008).

Molto sinteticamente, attraverso l'ACT è possibile aiutare la persona a sviluppare uno stile di risposta *aperto* (accettante e defuso) verso gli eventi interni e flessibilmente *centrato* sulle esperienze presenti (anziché rigidamente bloccato sull'attività simbolica relativa al passato o al futuro), in modo tale che le esperienze interne (ad esempio, pensieri, emozioni, sensazioni) non costituiscano degli ostacoli nello sviluppo di pattern di comportamento flessibili basati sui propri valori. I processi associati a uno stile di risposta *aperto* e *centrato* sono conosciuti in letteratura anche come abilità o processi di *mindfulness* (Fletcher & Hayes, 2005).

Numerose ricerche mostrano come l'Inflessibilità Psicologica correli negativamente con misure di qualità e soddisfazione di vita e positivamente con un'ampia varietà di outcome psicologici in popolazione adulta quali ansia, depressione, distress psicologico, abuso di sostanze, disturbo post-traumatico da stress, tricotillomania, disturbi del comportamento alimentare e altri (Hayes et al., 2006; Levin et al., 2014; Ruiz, 2010). Inoltre, l'ACT si è mostrata utile nel trattamento di una ampia varietà di problematiche di salute mentale e in altri contesti applicativi (Levin et al., 2012; Ruiz, 2012; Öst, 2014; A-Tjak et al., 2015; Dindo et al., 2017).

Negli ultimi anni, il modello di Flessibilità/Inflessibilità Psicologica e i programmi di intervento ACT sono stati estesi anche all'età evolutiva. Greco, Lambert e Baer (2008) hanno sviluppato l'AFQ-Y per misurare l'Inflessibilità Psicologica durante il periodo dell'infanzia e dell'adolescenza, focalizzandosi principalmente su processi di *fusione cognitiva* e di *evitamento esperienziale*. Esistono due versioni dello strumento: una composta da 17 item (AFQ-Y) e una abbreviata, composta da 8 item (AFQ-Y8) su cui si focalizza il presente studio. Gli studi condotti finora hanno indagato le proprietà psicometriche dell'AFQ-Y8 in campioni di studenti con un'età che oscilla, da uno studio all'altro, tra gli 11 e i 19 anni (Greco et al., 2008; Christodoulou et al., 2018; Renshaw, 2017; Schweiger et al., 2017) e in campioni clinici con età tra i 7 e i 20 anni (Livheim et al., 2016; Cederberg et al., 2018). Nello specifico del contesto italiano, Schweiger e colleghi (2017) hanno esplorato alcune proprietà psicometriche della versione italiana dell'AFQ-Y8 in campioni di studenti con una età compresa fra 11 e 18 anni.

Greco, Lambert e Baer (2008) hanno evidenziato che l'AFQ-Y8 ha una struttura unidimensionale, confermata poi da studi successivi (Livheim et al., 2016; Christodoulou et al., 2018; Renshaw, 2017; Schweiger et al., 2017). Il fattore è stato denominato *Inflessibilità Psicologica*. L'unica eccezione è costituita dallo studio di Cederberg e colleghi (2018) su un campione clinico di soggetti con cancro. I risultati di questo studio evidenziano infatti una struttura bidimensionale della scala, con i due fattori che misurano i processi di *fusione cognitiva* e di *evitamento esperienziale*.

L'AFQ-Y8 ha mostrato una buona coerenza interna in campioni di studenti, con valori alpha di Cronbach che oscillano fra 0,69 per la versione italiana

(Schweiger et al., 2017) e 0,87 per la versione greca (Christodoulou et al., 2018). La coerenza interna è risultata adeguata anche in campioni clinici di bambini e adolescenti con cancro ($\alpha = 0,76$) (Cederberg et al., 2018) e in ragazzi con problemi psicologici di età compresa fra i 12 e i 20 anni ($\alpha = 0,90$) (Livheim et al., 2016). Inoltre, i dati sull'affidabilità test-retest supportano la stabilità temporale della scala dopo un intervallo di due settimane sia in campioni clinici (ICC = 0,64-0,80) (Cederberg et al., 2018; Livheim et al., 2016) che in campioni di studenti italiani (0,64) (Schweiger et al., 2017).

Gli studi condotti finora supportano anche la validità di costrutto dell'AFQ-Y8. In particolare, sono state evidenziate delle correlazioni negative con la qualità di vita (Greco et al., 2008) e delle correlazioni positive con ansia e depressione (Greco et al., 2008; Schweiger et al., 2017; Livheim et al., 2016; Renshaw, 2017), sintomi somatici e problemi comportamentali nell'area esternalizzante (Greco, Lambert, & Baer, 2008; Schweiger et al., 2017), problemi scolastici (Renshaw, 2017) e rabbia (Livheim et al., 2016). Studi precedenti hanno mostrato anche che le correlazioni fra l'AFQ-Y8 e l'*Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II; Bond et al., 2011) — che misura Inflexibilità/Flessibilità Psicologica — sono elevate sia in campioni clinici (Livheim et al., 2016) che in campioni di studenti (Christodoulou et al., 2018). Inoltre, l'AFQ-Y8 correla, in linea con quanto ipotizzato dal modello di Flessibilità Psicologica, con costrutti affini come la tendenza a sopprimere il pensiero (Greco et al., 2008) e le abilità di mindfulness (Greco et al., 2008; Schweiger et al., 2017). Infine, l'AFQ-Y8 si è dimostrato utile come strumento di screening per individuare studenti con livelli clinici di depressione (Renshaw, 2017).

L'AFQ-Y8 è una scala la cui somministrazione e il cui scoring sono rapidi e facili. Inoltre, sulla base degli studi condotti finora, il questionario sembra essere uno strumento affidabile e valido per misurare l'Inflexibilità Psicologica, oltre che utile come misura di screening nel contesto scolastico per studenti di almeno 11 anni di età. In letteratura non esistono dati sulle proprietà psicometriche dell'AFQ-Y8 in campioni di studenti di età inferiore. Vista la rilevanza che il costrutto di Inflexibilità Psicologica sta dimostrando come processo transdiagnostico in psicopatologia e in altri contesti psicologici, l'obiettivo di questo studio è quello di esplorare le principali proprietà psicometriche dell'AFQ-Y8 in un campione di studenti italiani di età compresa tra i 6 e gli 11 anni. In particolare, sono state indagate la struttura fattoriale, la coerenza interna, la validità di costrutto e incrementale del questionario.

In linea con i risultati degli studi precedenti e con il modello di Flessibilità Psicologica, si ipotizza che gli item dell'AFQ-Y8 siano ben rappresentati da una struttura fattoriale unidimensionale e che mostrino un'adeguata coerenza interna. Per quanto riguarda la validità di costrutto, si ipotizza che i punteggi dell'AFQ-Y8 correlino positivamente con i livelli di ansia, depressione e sintomi

somatici degli studenti. Si ipotizza inoltre che i punteggi dell'AFQ-Y8 si associno a minori abilità di mindfulness (dato che queste sono fra i processi che, teoricamente, contribuiscono alla Flessibilità Psicologica) e all'Inflessibilità Psicologica dei genitori. Infine, per studiare la validità incrementale, si indaga se il contributo dell'AFQ-Y8 per spiegare ansia e depressione nei bambini sia statisticamente significativo dopo aver controllato l'effetto del distress psicologico dei genitori, il quale costituisce un importante predittore di variabili quali ansia e depressione nell'infanzia e in adolescenza (Bayer et al., 2006; Jobe-Shields et al., 2009; Waters et al., 2012).

Metodo

Partecipanti

Lo studio ha coinvolto 102 studenti (51% maschi) di età compresa tra i 6 e gli 11 anni ($M = 9,2$; $DS = 1,3$) reclutati all'interno di due scuole di Pisa (il 4,9% frequentava la classe prima, il 9,8% la classe seconda, il 26,5% la classe terza, il 23,5% la classe quarta e il 35,5% la classe quinta) i cui genitori hanno fornito il loro consenso a partecipare alla ricerca. Hanno partecipato anche 74 madri ($M = 43,7$ anni; $DS = 4,0$) e 67 padri ($M = 47$ anni; $DS = 4,6$).

Procedura

I dirigenti scolastici sono stati informati circa gli obiettivi e la procedura dello studio. Il protocollo dello studio, redatto in accordo ai criteri della Dichiarazione di Helsinki, è stato approvato dai Consigli d'Istituto. In seguito, le famiglie sono state invitate a partecipare alla ricerca mediante documento scritto. Ai genitori che hanno dato la disponibilità a partecipare alla ricerca è stato chiesto di firmare il consenso informato.

Una volta ottenuto il consenso da parte dei genitori, uno sperimentatore del gruppo di ricerca eseguiva la somministrazione del protocollo contenente l'AFQ-Y8 e le misure di ansia, depressione, sintomi somatici e abilità di mindfulness descritte nella prossima sezione.

Le scale sono state somministrate individualmente a scuola ma fuori dall'orario scolastico. La somministrazione dell'intero protocollo ha richiesto circa 15 minuti per partecipante. All'interno del protocollo, i questionari sono stati ordinati in modo casuale al fine di controllare l'effetto dell'ordine di somministrazione. I genitori hanno compilato misure di distress psicologico e di inflessibilità psicologica. I questionari sono stati compilati in autonomia a casa e successivamente riconsegnati a uno dei docenti della scuola.

Misurazioni

Oltre agli strumenti di seguito descritti, il protocollo di ricerca includeva una breve scheda sociodemografica tramite la quale i partecipanti hanno riferito età e genere. Di seguito sono descritti i diversi strumenti di valutazione. La Tabella 3 mostra i valori alpha di Cronbach per gli strumenti somministrati nel nostro campione.

Come detto sopra, l'AFQ-Y8 (Greco et al., 2008; versione italiana di Schweiger et al., 2017) è un questionario self-report che indaga l'Inflessibilità Psicologica. Il questionario è costituito da 8 item con scala di risposta di tipo Likert che va da *mai vero* (0) a *sempre vero* (5). Il punteggio totale è ottenuto attraverso la somma di tutti gli item. Più alti punteggi indicano più alti livelli di Inflessibilità Psicologica.

Il *Test dell'Ansia e della Depressione nell'Infanzia* (TAD; Newcomer et al., 1995) è un questionario self-report utilizzato per misurare i sintomi associati alla depressione e all'ansia durante l'infanzia e l'adolescenza. Lo strumento si compone di tre diverse scale. Per il presente studio è stata utilizzata esclusivamente la scala A, ovvero la scala di autovalutazione dell'alunno che richiede al soggetto di riferire i propri sentimenti e il proprio vissuto. La scala è composta da 22 item dove 11 misurano i sintomi depressivi e i restanti 11 i sintomi ansiosi. Gli item sono valutabili attraverso una scala di tipo Likert a 4 punti, da *mai* (1) a *quasi sempre* (4). Punteggi totali più elevati indicano livelli più alti di sintomatologia ansiosa e depressiva. Il Test dell'Ansia e della Depressione nell'Infanzia si è dimostrato un test attendibile — sia dal punto di vista della stabilità nel tempo che nella coerenza interna — e valido (Newcomer et al., 1995).

La *Somatic Complaint List* (SCL; Jellesma et al., 2007) è uno strumento self-report che è stato sviluppato per misurare i più comuni sintomi somatici di bambini in età scolare. Lo strumento si compone di 11 item valutabili su una scala di tipo Likert a 5 punti dove 1 corrisponde a *quasi mai* e 5 a *molto spesso*. Punteggi più elevati allo scoring indicano maggiori sintomi somatici riferiti dai bambini. La scala ha mostrato buone proprietà psicometriche come una buona validità e una buona stabilità nel corso di 6 mesi (Jellesma et al., 2007).

La *Child and Adolescent Mindfulness Measure* (CAMM; Greco et al., 2011; versione italiana di Bartoccini et al., 2017) misura le abilità di mindfulness ovvero la capacità di prestare attenzione alle esperienze presenti con un atteggiamento di apertura e di non giudizio (Kabat-Zinn, 1994). Lo strumento è appositamente costruito per bambini e adolescenti e si compone di 10 item valutabili attraverso una scala di risposta di tipo Likert a 5 punti da *mai vero* (0) a *sempre vero* (4). Punteggi più elevati indicano maggiori abilità di mindfulness. La versione utilizzata risulta avere una buona coerenza interna (Bartoccini et al., 2017), una buona validità convergente con misure di intelligenza emotiva e di qualità di vita oltre che una buona validità divergente con misure di sintomi fisici e somatici (Saggino et al., 2017).

La *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; versione italiana a cura di Costantini et al., 1999) è un questionario self-report che è stato somministrato ai genitori per misurare il distress psicologico. La scala è composta da 14 item che misurano la fenomenologia ansiosa e depressiva. Gli item sono valutabili su una scala di tipo Likert a 4 punti che va da *quasi sempre* (0) a *mai* (3). Un punteggio totale maggiore indica maggiori livelli di distress psicologico. La scala ha mostrato buoni indici di coerenza interna e di validità di contenuto (Zigmond & Snaith, 1983; Costantini et al., 1999).

L'*Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II; Bond et al., 2011; versione italiana di Pennato et al., 2013) è stato usato per misurare l'inflessibilità psicologica nei genitori. Lo strumento è composto da 7 item valutabili su una scala Likert che va da *non è mai vero* (1) a *è sempre vero* (7). Punteggi più alti indicano più inflessibilità psicologica. La versione italiana dell'AAQ-II ha mostrato una buona coerenza interna e adeguata validità di costrutto (Pennato et al., 2013).

Analisi Statistiche

Le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando il programma statistico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versione 16.0. La struttura fattoriale dell'AFQ-Y8 è stata esplorata mediante Analisi Fattoriale Esplorativa (AFE) con il metodo di estrazione *Unweighted Least Squares*. Inoltre, sono state calcolate le correlazioni item-totale corrette, le correlazioni multiple al quadrato fra gli item e l'alpha di Cronbach per valutare la coerenza interna della scala. Per quanto riguarda la validità di costrutto, sono stati calcolati i coefficienti di correlazione di Pearson tra i punteggi rilevati all'AFQ-Y e i punteggi di ansia, depressione, sintomi somatici e mindfulness degli studenti, e le misure di Inflessibilità Psicologica dei genitori. Per esplorare la validità incrementale del questionario sono state condotte Analisi di Regressione Gerarchica per indagare il contributo dell'AFQ-Y nel predire ansia e depressione quando viene controllato l'effetto del distress psicologico genitoriale.

Risultati

La Tabella 1 mostra le correlazioni tra gli item dell'AFQ-Y8 e i dati descrittivi (media, deviazione standard, asimmetria e curtosi) per i singoli item. Come si può osservare nella Tabella 1, a eccezione dell'item 6, tutti gli altri mostrano medie inferiori o uguali a 1. Inoltre, la maggior parte degli item mostra valori di asimmetria superiori a 1, anche se questi non sono particolarmente elevati. I due item le cui distribuzioni mostrano un maggior distanziamento dalla normalità sono gli item 7 e 8, con indici di asimmetria pari a 1,45 e 1,73 rispettivamente. Sempre per questi due item, i valori di curtosi suggeriscono che la loro distri-

buzione sia leptocurtica. Il lieve distanziamento dalla normalità e i bassi valori medi osservati potrebbero essere conseguenza del tipo di campione, non-clinico, preso in considerazione in questo studio.

L'analisi della matrice di correlazioni suggerisce che non ci siano ridondanze tra gli item, con correlazioni inter-item che oscillano tra deboli e moderate. Inoltre, è opportuno evidenziare che le correlazioni dell'item 5 con gli altri item della scala sono particolarmente deboli.

Tabella 1

Correlazione tra gli item dell'AFQ-Y8 e statistiche descrittive dei singoli item

| Item | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|------------|---------|---------|---------|---------|------|--------|--------|------|
| 1 | - | | | | | | | |
| 2 | 0,29** | - | | | | | | |
| 3 | 0,32*** | 0,47*** | - | | | | | |
| 4 | 0,23* | 0,22* | 0,34*** | - | | | | |
| 5 | -0,04 | -0,04 | 0,12 | 0,01 | - | | | |
| 6 | 0,24** | 0,18 | 0,30** | 0,26** | 0,13 | - | | |
| 7 | 0,17 | 0,26** | 0,19* | 0,37*** | 0,18 | 0,24** | - | |
| 8 | 0,16 | 0,18 | 0,14 | 0,32*** | 0,06 | 0,11 | 0,29** | - |
| M | 0,99 | 1,00 | 0,85 | 0,80 | 0,81 | 1,42 | 0,73 | 0,65 |
| DS | 1,37 | 1,12 | 1,03 | 1,14 | 1,15 | 1,32 | 1,07 | 1,00 |
| Asimmetria | 1,13 | 0,74 | 1,14 | 1,25 | 1,29 | 0,51 | 1,45 | 1,73 |
| Curtosi | -0,08 | -0,54 | 0,85 | 0,44 | 0,68 | -0,90 | 1,49 | 2,59 |

Nota. AFQ-Y8: Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth – 8 items.

Struttura fattoriale, analisi degli item e coerenza interna

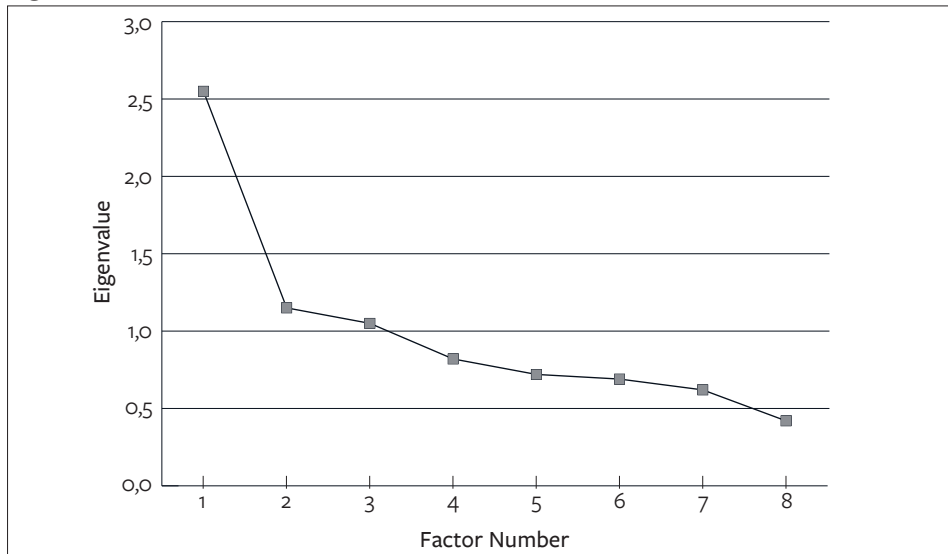
La Figura 1 mostra lo scree-plot per le correlazioni degli item dell'AFQ-Y8. Il grafico mostra la presenza di un primo fattore preponderante, mentre il secondo e il terzo autovalore sono uguali o vicini a 1,0 (rispettivamente 1,1 e 1,0). In linea con il modello teorico di riferimento e con i risultati degli studi precedenti, è stata effettuata un'AFE impostando a 1 il numero di fattori da estrarre.

La Tabella 2 mostra i risultati dell'AFE per l'AFQ-Y8. La soluzione unidimensionale spiega il 22,6% della varianza totale. Come si può osservare nella Tabella 2, tutti gli item mostrano saturazioni sostanziali ($> 0,30$), a eccezione dell'item 5 (*Ogni volta che mi sento male smetto di fare le cose per me importanti*) che mostra una bassa saturazione (0,12). Tutti gli indici di comunalità sono $\geq 0,20$, a eccezione degli item 5 e 8 che mostrano valori più bassi (0,01 e 0,15, rispettivamente). Le correlazioni item-totale corrette sono maggiori di 0,30 e le correlazioni multiple al quadrato sono maggiori di 0,10 per tutti gli item tranne che per l'item 5. Considerando l'ampiezza concettuale del costrutto d'Inflexibilità Psicologica, la correlazione media inter-item (0,21) è ottimale (Chiorri, 2011). La coerenza interna è accettabile ($\alpha = 0,67$) ma, come evidenziato nella Tabella 2, se fosse eliminato l'item 5, l'alfa di Cronbach incrementerebbe leggermente.

Sulla base dei risultati precedenti è stata rifatta l'AFE e le restanti analisi eliminando l'item 5. Come si può osservare nella Tabella 2, la struttura monofattoriale spiega un 25,7% della varianza. Tutte le saturazioni sul singolo fattore e tutte le correlazioni item-totali corrette sono maggiori di 0,30 e i valori di correlazione multipla al quadrato sono maggiori di 0,10. Inoltre, l'alfa di Cronbach ($\alpha = 0,69$) non incrementa se ricalcolato eliminando ogni item alla volta. La correlazione media iter-item per la versione a 7 item è ottimale (0,23).

Le analisi successive, condotte per indagare sia la validità di costrutto che quella incrementale, sono state effettuate con la versione a 7 item della scala (AFQ-Y7 da qui in avanti), dopo aver eliminato l'item 5.

Figura 1



Scree-plot per la matrice di correlazioni degli item dell'AFQ-Y8.

Tabella 2

Saturazioni degli item (λ), comunalità (h^2), correlazioni item-totale corrette (r_{it}), correlazione multipla al quadrato (R^2) e alfa di Cronbach (α)

| Item | AFQ-Y8 | | | | | | AFQ-Y7 | | | | |
|----------------------|-----------|-------|------|-------|--------------------------------|--|-----------|-------|-------|-------|--------------------------------|
| | λ | h^2 | rit | R^2 | α se l'item è eliminato | | λ | h^2 | rit | R^2 | α se l'item è eliminato |
| 1 | 0,46 | 0,21 | 0,35 | 0,17 | 0,64 | | 0,46 | 0,21 | 0,38 | 0,16 | 0,67 |
| 2 | 0,53 | 0,28 | 0,39 | 0,28 | 0,62 | | 0,54 | 0,30 | 0,43 | 0,27 | 0,65 |
| 3 | 0,62 | 0,38 | 0,50 | 0,34 | 0,60 | | 0,62 | 0,38 | 0,50 | 0,32 | 0,64 |
| 4 | 0,57 | 0,33 | 0,44 | 0,27 | 0,61 | | 0,58 | 0,33 | 0,47 | 0,26 | 0,64 |
| 5 | 0,12 | 0,01 | 0,10 | 0,08 | 0,69 | | - | - | - | - | - |
| 6 | 0,44 | 0,20 | 0,37 | 0,16 | 0,63 | | 0,44 | 0,19 | 0,360 | 0,15 | 0,68 |
| 7 | 0,50 | 0,25 | 0,43 | 0,24 | 0,62 | | 0,49 | 0,24 | 0,40 | 0,21 | 0,66 |
| 8 | 0,38 | 0,15 | 0,31 | 0,15 | 0,64 | | 0,38 | 0,15 | 0,31 | 0,15 | 0,68 |
| % Varianza | 22,6 | | | | | | 25,7 | | | | |
| α di Cronbach | 0,67 | | | | | | 0,69 | | | | |

Nota. AFQ-Y8: Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth – 8 items; AFQ-Y7: Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth – 7 item (item 5 eliminato).

Validità di costruito

La Tabella 3 mostra i dati descrittivi delle diverse variabili misurate nello studio e i coefficienti di correlazione di Pearson tra l'AFQ-Y7 e i criteri utilizzati per indagare la validità di costruito del questionario. Come si può osservare nella Tabella 3, tutte le correlazioni fra l'AFQ-Y7 e le variabili di outcome sono statisticamente significative. Più alti livelli di Inflessibilità Psicologica si associano a più alti livelli di ansia e depressione e a maggiori sintomi somatici riferiti dai bambini. La correlazione è moderata per le misure di ansia e di depressione mentre risulta debole per i sintomi somatici. I punteggi all'AFQ-Y7 correlano negativamente con i punteggi alla CAMM, indicando che più alti livelli di Inflessibilità Psicologica si associano a più basse abilità di mindfulness. La correlazione è forte e statisticamente significativa. Infine, i punteggi all'AFQ-Y7 correlano positivamente con l'Inflessibilità Psicologica dei genitori. Le correlazioni sono

però deboli e statisticamente significative soltanto nel caso della correlazione con l'Inflessibilità Psicologica dei padri.

Tabella 3

Dati descrittivi e coefficienti di Pearson tra l'AFQ-Y7 e le altre variabili dello studio

| Variabili | AFQ-Y7 | M | DS | α di Cronbach |
|-----------------------------------|----------|-------|------|----------------------|
| Depressione | 0,42*** | 15,05 | 4,48 | 0,82 |
| Ansia | 0,43*** | 19,78 | 4,68 | 0,72 |
| Sintomi somatici | 0,28** | 16,75 | 2,88 | 0,61 |
| Abilità di mindfulness | -0,61*** | 27,88 | 6,47 | 0,70 |
| Inflessibilità madre ^a | 0,09 | 15,55 | 6,86 | 0,86 |
| Inflessibilità padre ^b | 0,24* | 13,68 | 6,78 | 0,86 |
| AFQ-Y7 | - | 6,44 | 4,81 | 0,69 |

Nota. AFQ-Y7: Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth – 7 items (item 5 eliminato); * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$; ^a($n = 0,4$ madri); ^b($n = 67$ padri).

Validità incrementale

La Tabella 4 mostra i risultati delle Analisi di Regressione Gerarchica condotte per indagare la validità incrementale dell'AFQ-Y7 per predire ansia e depressione. Nel primo step delle equazioni sono state inserite le variabili socio-demografiche (età e genere), nel secondo step sono stati inseriti i punteggi di distress psicologico dei genitori e, infine, nel terzo step è stato inserito l'AFQ-Y7.

Dai risultati delle analisi si evince che le variabili sociodemografiche spiegano soltanto l'1% della varianza nei punteggi di ansia e l'8% della varianza nei punteggi di depressione ma il loro contributo non è statisticamente significativo. Aggiungendo al modello il distress psicologico dei genitori si riesce a spiegare il 14% in più della varianza nei punteggi d'ansia e il 13% in più della varianza nei punteggi di depressione e questi incrementi sono statisticamente significativi (F Change = 5,27, $p \leq 0,01$ per l'ansia; F Change = 5,17, $p \leq 0,01$ per la depressione). Inoltre, l'inserimento dell'AFQ-Y7 nell'ultimo step porta a un incremento della varianza spiegata del 6% e del 19% rispettivamente per le misure di ansia e depressione, e tali incrementi sono entrambi statisticamente significativi (F Change = 4,75, $p \leq 0,05$ per l'ansia; F Change = 18,94, $p \leq 0,001$ per la depressione). Come si può osservare nella Tabella 3, nell'ultimo step di ogni equazione, l'AFQ-Y7 è un predittore statisticamente significativo sia dell'ansia ($t = 2,18$, $p \leq 0,05$) che della depressione ($t = 4,35$, $p \leq 0,001$).

Tabella 4

Analisi di Regressione Gerarchica: contributo dell'AFQ-Y7 per predire ansia e depressione ($n = 67$).

| Outcome | Predittori | B | β | t | R ² | F | ΔR^2 | F Change |
|-------------|----------------|-------|---------|---------|----------------|---------|--------------|----------|
| Ansia | Step 1 | | | | 0,01 | 0,42 | 0,01 | 0,42 |
| | Età | 0,38 | 0,11 | 0,88 | | | | |
| | Genere | -0,40 | -0,04 | -0,35 | | | | |
| | Step 2 | | | | 0,16 | 2,87* | 0,14 | 5,27** |
| | Età | 0,18 | 0,05 | 0,44 | | | | |
| | Genere | -0,35 | -0,04 | -0,32 | | | | |
| | Distress madre | 0,13 | 0,18 | 1,31 | | | | |
| | Distress padre | 0,22 | 0,26 | 1,96* | | | | |
| | Step 3 | | | | 0,22 | 3,39** | 0,06 | 4,75* |
| | AFQ-Y7 | 0,24 | 0,27 | 2,18* | | | | |
| Depressione | Step 1 | | | | 0,08 | 2,69 | 0,08 | 2,69 |
| | Età | 0,81 | 0,23 | 1,91 | | | | |
| | Genere | -1,78 | -0,19 | -1,57 | | | | |
| | Step 2 | | | | 0,21 | 4,11** | 0,13 | 5,17** |
| | Età | 0,60 | 0,17 | 1,49 | | | | |
| | Genere | -1,41 | -0,15 | -1,30 | | | | |
| | Distress madre | 0,26 | 0,35 | 2,64** | | | | |
| | Distress padre | 0,03 | 0,04 | 0,31 | | | | |
| | Step 3 | | | | 0,40 | 8,02*** | 0,19 | 18,94*** |
| | AFQ-Y7 | 0,43 | 0,47 | 4,35*** | | | | |

Nota. AFQ-Y7: Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth - 7 items (item 5 eliminato); * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$.

Discussione e conclusioni

Un crescente numero di studi sta mettendo in evidenza l'importanza del costrutto di Flessibilità/Inflessibilità Psicologica sia in salute mentale che in altri contesti applicativi in ambito psicologico. L'AFQ-Y8 è stato sviluppato per misurare l'Inflessibilità Psicologica nell'infanzia e nell'adolescenza. Studi precedenti hanno indagato le proprietà psicometriche dell'AFQ-Y8 in campioni di studenti di età compresa tra gli 11 e i 20 anni (Greco et al., 2008; Christodoulou et al., 2018; Renshaw, 2017; Schweiger et al., 2017; Livheim et al., 2016; Cederberg et al., 2018). Al fine di rendere disponibile l'AFQ-Y8 per una fascia di età più ampia, in questo studio ci siamo chiesti se il questionario potesse esser affidabile, valido e utile anche per un campione di soggetti di età inferiore (6-11 anni).

Complessivamente, i risultati ottenuti indicano che l'item 5 («Ogni volta che mi sento male smetto di fare le cose per me importanti») potrebbe non riflettere adeguatamente il costrutto di Inflessibilità Psicologica per soggetti con un'età inferiore agli 11 anni. I risultati dell'AFE rivelano una bassa saturazione per questo item nonché bassi valori di correlazione item-totale corrette e di correlazione multipla al quadrato. In aggiunta, se l'item fosse eliminato, l'alfa di Cronbach aumenterebbe leggermente. È possibile che la traduzione italiana di questo item non rifletta adeguatamente il costrutto per gli studenti appartenenti alle fasce d'età inferiori: l'espressione *sentirsi male* potrebbe essere interpretata dai bambini più piccoli esclusivamente come un problema somatico piuttosto che come sofferenza psicologica. Nella versione dell'AFQ-Y rivolta alla fascia d'età 6-11 anni si suggerisce quindi l'eliminazione dell'item 5 (AFQ-Y7) oppure l'approfondimento delle proprietà psicometriche dell'AFQ-Y8 usando una traduzione alternativa di questo item. Per esempio, l'item potrebbe essere tradotto come: «Ogni volta che c'è qualcosa che non va smetto di fare le cose per me importanti».

Le analisi statistiche condotte sugli item dell'AFQ-Y7 hanno evidenziato che una struttura fattoriale unidimensionale rappresenta adeguatamente i dati raccolti. Viene quindi supportata anche in un campione più giovane l'ipotesi che i singoli item possano essere rappresentati all'interno di una singola dimensione che misura l'Inflessibilità Psicologica. In questo studio, la soluzione monofattoriale spiega il 25,7% della varianza totale. Tale risultato è coerente sia con gli studi riportati in letteratura (Livheim et al., 2016; Christodoulou et al., 2018; Renshaw, 2017; Schweiger et al., 2017) che con il modello teorico di riferimento sulla Flessibilità/Inflessibilità Psicologica (Hayes et al., 2013). Per quanto riguarda l'affidabilità, considerando che la scala ha meno di 10 item, l'AFQ-Y7 ha mostrato una coerenza interna accettabile ($\alpha = 0,69$) nel nostro campione, uguale a quella riscontrata in studenti italiani di età superiore ($\alpha = 0,69$; Schweiger et al., 2017).

I risultati ottenuti in questo studio supportano la validità di costrutto dell'AFQ-Y7 per campioni di studenti con età inferiore agli 11 anni. L'AFQ-Y7

correla positivamente con importanti outcome psicologici quali ansia, depressione e sintomi somatici. Maggiori livelli di Inflexibilità Psicologica sembrano corrispondere a più alti livelli di sintomi internalizzanti e sintomi somatici. Anche in questo caso i risultati sono coerenti sia con gli altri studi di validazione del questionario (Greco et al., 2008; Schweiger et al., 2017; Lievheim et al., 2016; Renshaw, 2017) che con il modello teorico di riferimento, il quale attribuisce un ruolo importante all'Inflexibilità Psicologica come fattore eziologico e di mantenimento di varie problematiche in salute mentale (Hayes et al., 2006).

Inoltre, i punteggi all'AFQ-Y7 correlano, nella direzione ipotizzata, con costrutti simili. In primo luogo, nel presente studio è stato replicato il risultato riportato sia nello studio di validazione originale (Greco et al., 2008) che nella validazione italiana (Schweiger et al., 2017) riguardante la correlazione negativa tra l'AFQ-Y8 e la CAMM: maggiori livelli di Inflexibilità Psicologica si associano con minori abilità di mindfulness. La correlazione è inoltre forte. Questo risultato è coerente con il modello di Flessibilità/Inflexibilità Psicologica nel quale si ipotizza che le difficoltà nei processi di mindfulness possano ostacolare la messa in atto di pattern di comportamento in linea con i propri valori (Hayes et al., 2013). In altre parole, coloro che sono capaci di descrivere le proprie esperienze interne (ad esempio, sensazioni, emozioni, pensieri) a parole, di accettarle senza giudicarle e di focalizzare l'attenzione sul momento presente saranno in grado di far fronte meglio agli eventi interni spiacevoli che una vita vissuta in funzione dei propri valori inevitabilmente comporta. Al contrario, coloro che non dispongono delle abilità di mindfulness, andranno incontro a maggiori difficoltà nel persistere in comportamenti in accordo con i propri valori, ricorrendo quindi più frequentemente a *fusione cognitiva ed evitamento esperienziale*.

In secondo luogo, sempre per quanto riguarda la validità di costruito del questionario, i risultati del presente studio indicano che più alti livelli di Inflexibilità Psicologica dei bambini si associano a più alti livelli di Inflexibilità Psicologica nei genitori, anche se le correlazioni sono statisticamente significative soltanto per i padri. Tale dato è parzialmente confrontabile con gli studi in letteratura poiché questi non hanno differenziato specificatamente tra l'Inflexibilità Psicologica delle madri e dei padri (Williams et al., 2012; Brown et al., 2015; Leeming & Hayes, 2016). Gli studi finora condotti mostrano comunque che a più alti livelli di Inflexibilità Psicologica nei genitori corrisponda un maggior grado di Inflexibilità Psicologica riportata dai figli (e viceversa) (Williams et al., 2012; Brown et al., 2015; Leeming & Hayes, 2016). Genitori più aperti verso le proprie esperienze interne, più accettanti e attivi nei confronti della propria vita emotiva, soprattutto verso le emozioni negative, sembrano essere maggiormente capaci di promuovere un ambiente familiare funzionale allo sviluppo di una maggior flessibilità psicologica da parte del figlio (Leeming & Hayes, 2016). In particolare, l'*evitamento esperienziale* dei genitori sembra giocare un ruolo importante nello

spiegare tale relazione. Alcuni studi hanno infatti messo in evidenza che tale processo, centrale nel favorire l'Inflessibilità Psicologica, è connesso con uno stile genitoriale autoritario e punitivo caratterizzato da un basso livello di calore relazionale e volto maggiormente al controllo psicologico e comportamentale del figlio (Tiwari et al., 2008; Shea & Coyne, 2011; Williams et al., 2012). In altri termini, di fronte alle emozioni negative mostrate dal proprio figlio (ad esempio, ansia), i genitori con una tendenza marcata a ricorrere all'*evitamento esperienziale*, adottano un comportamento maggiormente intrusivo e ipercontrollante per far fronte ai disagi del figlio, minando la sua capacità di autoregolazione emotiva e di adattamento, incrementando le difficoltà psicologiche, sociali e comportamentali e dunque, in ultima analisi, promuovendo lo sviluppo di un certo grado di Inflessibilità Psicologica (Tiwari et al., 2008; Cheron et al., 2009; Shea & Coyne, 2011; Bariola et al., 2012; Williams et al., 2012; Brown et al., 2015).

Un altro contributo del presente studio riguarda l'indagine circa la validità incrementale dell'AFQ-Y7 che, secondo le nostre conoscenze, non è stata finora esplorata. I risultati ottenuti supportano l'utilità dell'AFQ-Y7 per predire ansia e depressione in studenti con età inferiore a 11 anni al di sopra del contributo del distress genitoriale, con incrementi della varianza spiegata del 6% e del 19% rispettivamente per ansia e depressione.

Considerando la ridotta numerosità del campione di questo studio, i risultati riportati sono da ritenersi di natura esplorativa e pertanto dovrebbero essere verificati successivamente su campioni più rappresentativi del contesto italiano. Inoltre, i criteri usati nel presente studio per indagare la validità di costruito del questionario sono stati misurati soltanto attraverso questionari self-report. Ricerche future potrebbero includere altre fonti di informazione (ad esempio, genitori, insegnanti, educatori) e/o l'uso di strumenti di misurazione diretta di tali variabili. Un'ulteriore limitazione del presente studio è la metodologia di tipo trasversale, che limita la possibilità di testare le ipotetiche relazioni causa effetto tra l'Inflessibilità Psicologica e le variabili di *outcome* misurate in questo studio. Sarebbe anche auspicabile che la ricerca futura indagasse altre proprietà psicometriche dell'AFQ-Y quali la validità predittiva mediante metodologie di ricerca longitudinali. Infine, gli studi con campioni clinici sono scarsi e nessuno di essi è condotto su un campione italiano. Per questo motivo, attraverso studi futuri, potrebbe essere interessante incrementare le conoscenze circa le proprietà psicometriche dell'AFQ-Y anche in campioni clinici.

Concludendo quindi, i risultati di questo studio sono, in generale, coerenti sia con i risultati riportati fino ad oggi dagli altri studi di validazione del questionario su campioni di soggetti con età superiore che con il modello teorico alla base. Nonostante la necessità di revisionare l'item 5 oppure di eliminarlo, la versione italiana breve dell'AFQ-Y presenta adeguate proprietà psicometriche anche su un campione di età compresa tra i 6 e gli 11 anni, il che assieme alla sua brevità

e facilità di utilizzo gli consentono di essere somministrata in svariate tipologie di setting al fine di misurare il costrutto dell'Inflessibilità Psicologica. Questo studio dunque, ampliando la fascia d'età nella quale è possibile somministrare il questionario, offre la possibilità di incrementare la ricerca circa l'Inflessibilità Psicologica in età evolutiva nello specifico del contesto italiano.

Bibliografia

- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*, 30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Bariola, E., Hughes, E. K., & Gullone, E. (2012). Relationships between parent and child emotion regulation strategy use: A brief report. *Journal of Child and Family Studies*, *21*, 443-448. <https://doi.org/10.1007/s10826-011-9497-5>
- Bartocchini, A., Sergi, M., Macchia, A., Romanelli, R., Tommasi, M., Rotondo, S., & Saggino, A. (2017). Studio delle proprietà psicometriche della versione italiana della Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, *23*, 11-26.
- Bayer, J. K., Sanson, A. V., & Hemphill, S. A. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *27*, 542-559. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2006.08.002>
- Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science*, *9*, 139-152. <https://doi.org/10.1007/s11121-008-0099-4>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, *42*, 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brown, F. L., Whittingham, K., & Sofronoff, K. (2015). Parental experiential avoidance as a potential mechanism of change in a parenting intervention for parents of children with pediatric acquired brain injury. *Journal of Pediatric Psychology*, *40*, 464-474. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu109>
- Cederberg, J. T., Weineland, S., Dahl, J., & Ljungman, G. (2018). A preliminary validation of the Swedish short version of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y8) for children and adolescents with cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *10*, 103-107. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.09.004>
- Cheron, D. M., Ehrenreich, J. T., & Pincus, D. B. (2009). Assessment of parental experiential avoidance in a clinical sample of children with anxiety disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, *40*, 383-403. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0135-z>
- Chiorri, C. (2011). *Teoria e tecnica psicometrica*. Milano: McGraw-Hill.
- Christodoulou, A., Michaelides, M. P., & Karekla, M. (2018). Greek version of the avoidance and fusion questionnaire for youth: Psychometric evaluation and gender multigroup invariance in adolescents. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *36*, 844-849. <https://doi.org/10.1177/0734282917713500>
- Costantini, M., Musso, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Garrone, O., Venturini, M., & Morasso, G. (1999). Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Supportive Care in Cancer*, *7*, 121-127. <https://doi.org/10.1007/s005200050241>

- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*, 14, 546-553. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 315-336. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>
- Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20, 93-102. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.2.93>
- Greco, L. A., Baer, R. A., & Smith, G. T. (2011). Assessing mindfulness in children and adolescents: Development and validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychological Assessment*, 23, 606-614. <https://doi.org/10.1037/a0022819>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2013). *ACT. Teoria e pratica dell'Acceptance and Commitment Therapy*. Milano: Raffaello Cortina.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? In *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 3-29). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_1
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., & Terwogt, M. M. (2007). The Somatic Complaint List: Validation of a self-report questionnaire assessing somatic complaints in children. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 399-401. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.01.017>
- Jobe-Shields, L., Alderfer, M. A., Barrera, M., Vannatta, K., Currier, J. M., & Phipps, S. (2009). Parental depression and family environment predict distress in children before stem cell transplantation. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30, 140-146. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181976a59>
- Leeming, E., & Hayes, S. C. (2016). Parents are people too: The importance of parental psychological flexibility. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23, 158-160. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12147>
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43, 741-756. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.003>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Livheim, F., Tengström, A., Bond, F. W., Andersson, G., Dahl, J., & Rosendahl, I. (2016). Psychometric properties of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth: A psychological measure of psychological inflexibility in youth. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5, 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.04.001>
- Newcomer, P. L., Barenbaum, E. M., & Bryant, B. R. (1995). *TAD. Test dell'ansia e depressione nell'infanzia e adolescenza* (Vol. 14). Trento: Erickson.
- Öst, L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 61, 105-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Pennato, T., Berrocal, C., Bernini, O., & Rivas Moya, T. (2013). Italian version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): Dimen-

- sionality, reliability, convergent and criterion validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 552-563. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9355-4>
- Renshaw, T. L. (2017). Screening for Psychological Inflexibility: Initial validation of the avoidance and fusion questionnaire for youth as a school mental health screener. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 35, 482-493. <https://doi.org/10.1177/0734282916644096>
- Ruiz, F. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Ruiz, F. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 333-358.
- Saggino, A., Bartocchini, A., Sergi, M. R., Romanelli, R., Macchia, A., & Tommasi, M. (2017). Assessing mindfulness on samples of Italian children and adolescents: the validation of the Italian version of the child and adolescent mindfulness measure. *Mindfulness*, 8, 1364-1372. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0712-3>
- Schweiger, M., Ristallo, A., Oppo, A., Pergolizzi, F., Presti, G., & Moderato, P. (2017). Ragazzi in lotta con emozioni e pensieri: la validazione della versione italiana dell'Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (I-AFQ-Y). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 23, 141-162.
- Shea, S. E., & Coyne, L. W. (2011). Maternal dysphoric mood, stress, and parenting practices in mothers of head start preschoolers: the role of experiential avoidance. *Child & Family Behavior Therapy*, 33, 231-247. <https://doi.org/10.1080/07317107.2011.596004>
- Tiwari, S., Podell, J. C., Martin, E. D., Mychailyszyn, M. P., Furr, J. M., & Kendall, P. C. (2008). Experiential avoidance in the parenting of anxious youth: Theory, research, and future directions. *Cognition & Emotion*, 22, 480-496. <https://doi.org/10.1080/02699930801886599>
- Waters, A. M., Zimmer-Gembeck, M. J., & Farrell, L. J. (2012). The relationships of child and parent factors with children's anxiety symptoms: Parental anxious rearing as a mediator. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 737-745. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.06.002>
- Williams, K. E., Ciarrochi, J., & Heaven, P. C. L. (2012). Inflexible parents, inflexible kids: a 6-year longitudinal study of parenting style and the development of psychological flexibility in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 1053-1066. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9744-0>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Presentato il 13/05/2020, accettato per la pubblicazione il 30/07/2020

L'efficacia della Matrice ACT in un caso di sindrome ansioso-depressiva

Raffaella Marchio¹, Francesco Vincelli² e Giovanni Capoderose³

Sommario

In questo studio di caso si propone la concettualizzazione e il trattamento cognitivo-comportamentale, secondo il modello dell'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), in una paziente di 21 anni con sindrome ansioso-depressiva, con una storia familiare caratterizzata da trascuratezza. Il trattamento ha previsto l'utilizzo della Matrice ACT (Polk et al., 2016), quale strumento per la concettualizzazione del caso e la terapia con l'obiettivo di sostenere la paziente nell'incremento della flessibilità psicologica, al fine di vivere una vita improntata verso i suoi valori. Contemporaneamente è stata avviato un training base di Mindfulness (Preziosi, 2016; Kabat-Zinn et al., 2010) per aumentare la disponibilità della paziente ad accogliere le sensazioni somatiche e i pensieri disturbanti. Poiché la paziente presentava vissuti autosvalutanti è stato ampiamente utilizzato un approccio cognitivo-comportamentale orientato alla Terapia Focalizzata sulla Compassione (Gilbert, 2012). Al termine del trattamento la paziente ha riportato una notevole remissione della sintomatologia ansiosa e depressiva, con importanti ripercussioni sul tono dell'umore, sul benessere fisico e sulle relazioni con i familiari. I risultati sono stati mantenuti a distanza di tre mesi così come si evince dal follow-up, evidenziando come la terapia cognitivo-comportamentale di terza onda, in particolare l'ACT, si riveli molto efficace nel trattamento dei sintomi ansiosi e depressivi.

Parole chiave

Ansia, Depressione, Terapia basata sull'accettazione e l'impegno, Matrice ACT, Mindfulness.

¹ ASCoC, Accademia di Scienze Cognitive-Comportamentali di Calabria, Lamezia Terme.

² Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Psicologia, Milano – Università E-Campus, Facoltà di Psicologia.

³ ASCoC, Accademia di Scienze Cognitive-Comportamentali di Calabria, Lamezia Terme.

The effectiveness of the ACT Matrix in a case of anxiety-depressive syndrome

Raffaella Marchio¹, Francesco Vincelli² and Giovanni Capoderose³

Abstract

This case study describes the conceptualization and the cognitive-behavioral treatment planning within the model of the *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) for a 21-year-old patient affected by depression and anxiety, with a family story made by parents neglect. The treatment proposed the use of the ACT Matrix (Polk, Schoendorff, Webster, & Olaz 2016), as an instrument for the conceptualization and the therapy to help the patient in increasing the psychological flexibility, and live a life toward her values. At the same time we start an initial training of Mindfulness (Preziosi, 2016; Kabat-Zinn, Segal, Teasdale, & Williams, 2010) to increase the willingness of the patient in accepting the physical sensations and the disturbing thoughts. Since the patient felt feelings of worthlessness I widely used a cognitive-behavioral approach based on the Compassion Focused Therapy (Gilbert, 2012). At the end of the treatment the patient reported a significant reduction of the depression and anxiety symptoms, with important repercussions in terms of mood, of the physical well-being and of the family relationships. The results were kept three months apart as can be seen from the follow up, showing that the cognitive-behavioral therapy of third wave, in particular ACT, it is widely effective in the treatment of depressive and anxious symptoms.

Keywords

Anxiety, Depression, Acceptance and Commitment Therapy, ACT Matrix, Mindfulness.

¹ ASCoC, Accademia di Scienze Cognitivo-Comportamentali di Calabria, Lamezia Terme.

² Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Psicologia, Milano – Università E-Campus, Facoltà di Psicologia.

³ ASCoC, Accademia di Scienze Cognitivo-Comportamentali di Calabria, Lamezia Terme.

Introduzione

Il caso clinico esposto è quello di G., una paziente di 21 anni che presenta sintomi ansiosi e depressivi accompagnati da iperfagia, disturbi del sonno, irri- tabilità e difficoltà relazionali.

Nonostante la giovane età G. presenta molteplici problemi di salute quali anemia, insufficienza venosa, gonfiore alle gambe e obesità che richiedono un costante monitoraggio e accertamenti medici. A tutto ciò si aggiunge la notevole sofferenza generata dalla situazione familiare conflittuale che va ormai avanti da anni tra i suoi genitori.

In effetti G. ha da sempre assistito alle violente liti tra i coniugi che hanno costantemente utilizzato la figlia come mediatore per cercare di mantenere un apparente equilibrio. Questo ambiente familiare caratterizzato da trascuratezza e violenza psicologica non ha fatto altro che suscitare rabbia e la convinzione nella paziente di essere una «figlia invisibile», non amabile e indegna.

La Matrice ACT (Polk et al., 2016) ha costituito lo strumento d'elezione per la concettualizzazione del caso e per la terapia.

L'intervento è proseguito con la definizione del piano di trattamento secondo il modello dell'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) (Hayes, 2004; Harris, 2011) con l'obiettivo di potenziare la flessibilità psicologica. I sei processi chiave (Defusione cognitiva-Accettazione- Contatto con il momento presente-Azione impegnata-Valori-Sé come contesto) sono ben concettualiz- zati dall'Hexaflex, utile per il terapeuta ma talvolta difficilmente condivisibile con il paziente.

Al contrario la Matrice ACT è uno strumento facilmente fruibile ed effica- ce per presentare l'ACT: facilmente visualizzabile e applicabile, unifica i sei processi ACT e consente di condividerli con il paziente in modo semplice e potente. Attraverso la Matrice la visione contestualista e l'analisi funzionale del comportamento entrano efficacemente nella pratica terapeutica, senza ricorrere a tecnicismi.

Allenando la capacità di notare le proprie esperienze attraverso la Matrice, la persona ha la possibilità di fortificare la capacità di compiere scelte signifi- cative anche in presenza di ostacoli (cosiddetti «ami»).

La Matrice rappresenta uno stimolo visivo capace di attivare una prospettiva contestualistico-funzionale sulle esperienze e i comportamenti umani. L'uso della Matrice permette di allenare tutte le abilità di notare e discriminare la propria esperienza esterna e interna e la funzione di questa sul proprio com- portamento.

La Matrice è un diagramma che implica la capacità di notare. Il diagramma è composto da due linee perpendicolari. La linea verticale è la linea dell'esperienza e definisce la differenza tra gli aspetti della nostra esperienza che avvengono

tramite i nostri cinque sensi — vista, udito, olfatto, gusto e tatto — e la parte della nostra esperienza che emerge dalla nostra attività mentale o dalle abilità introspettive.

La linea orizzontale è la linea del comportamento e definisce la differenza tra azioni che hanno la funzione di allontanarci da esperienze interne indesiderate (movimenti «via da») e azioni che hanno la funzione di avvicinarci a chi o cosa è importante per noi (movimenti «verso»). In questa prospettiva la chiave della flessibilità psicologica risiede nella capacità di accorgersi della differenza tra l'esperienza dei cinque sensi e l'esperienza mentale e accorgersi della differenza tra l'andare verso chi o cosa è importante e l'andare lontano da esperienze interiori indesiderate.

La Matrice ci invita a collocare le nostre esperienze, i nostri comportamenti e le nostre storie all'interno dei quattro quadranti formati dalle due linee perpendicolari.

Questo studio di caso sostiene l'efficacia del modello ACT, e in particolare della Matrice ACT, nel trattamento di sintomi ansiosi e depressivi, così come individua nella pratica della Mindfulness (Kabat-Zinn et al., 2010) e nella Terapia basata sulla compassione (Gilbert, 2012) approcci utili a sostenere lo sviluppo dei sei processi e a mantenere i risultati raggiunti nel post-trattamento e nel follow-up.

Presentazione del caso

G. è una ragazza di 21 anni che decide di intraprendere un percorso di psicoterapia su indicazione del medico di base a causa dei problemi di sovrappeso acuitisi nei sei mesi precedenti, coincidenti con il termine della scuola secondaria di secondo grado e l'inizio del suo lavoro presso l'officina del padre. Negli ultimi sei mesi il tono dell'umore si è deflesso, determinando tristezza, irritabilità, iperfagia, difficoltà nel relazionarsi con le persone e ansia. Durante il primo colloquio G. esordisce descrivendomi tutti i disturbi fisici sopraggiunti da circa un anno. Si sofferma poi sul racconto della situazione familiare conflittuale che va ormai avanti da anni tra i suoi genitori.

Intorno ai sedici anni G. compie atti di autolesionismo praticando tagli superficiali sulle braccia con un rasoio, tagli che a suo dire passano inosservati agli occhi dei genitori, confermando in lei il pensiero di essere «la figlia invisibile».

Il tutto è peggiorato dopo la nascita della sorellina di cui si è presa cura prevalentemente lei, visto che la madre intanto aveva lasciato il lavoro di contabile presso l'officina del marito e aveva iniziato a lavorare come donna delle pulizie. Così subito dopo aver conseguito la Maturità, G. si trova a dover sostituire la

madre in officina e a doversi accollare tutte le responsabilità legate alla gestione della casa e della sorellina di otto anni di cui si sente una vice-mamma.

Nella fase di assessment, oltre al colloquio clinico, sono stati utilizzati degli strumenti psicodiagnostici:

- *Beck Depression Inventory-II* (Beck, Steer, & Brown, 2006)
- *STAI-Y* (Spielberger, Gorssuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983)
- *Acceptance and Action Questionnaire- versione 2 (AAQ-II)* (Bond et al., 2005)
- *Valued Living Questionnaire (VLQ)* (Wilson & Groom, 2002).

La Matrice ACT ha costituito lo strumento fondamentale sia per la concettualizzazione del caso che per impostare il trattamento della paziente (Tabella 1).

Tabella 1

Risultati ottenuti da G. ai test in fase di assessment

| TEST | PUNTEGGIO | INTERPRETAZIONE |
|-----------------|--------------------------------|-----------------------------------------------|
| BDI-II | 24 | Tono dell'umore tendente al polo negativo. |
| STAI-Y (FORM 1) | 66 (Media = 39,6; DS = 10,64) | Stato di ansia molto elevato. |
| STAI-Y (FORM 2) | 70 (Media = 42,06; DS = 9,67) | Tratto ansioso molto accentuato. |
| AAQ-II | 15 (Media = 50,1; DS = 8,24) | Marcata inflessibilità psicologica. |
| VLQ tot. | 65 (Media = 55,07; DS = 14,07) | Buona coerenza tra valori e azioni impegnate. |

Concettualizzazione del caso

Dalla concettualizzazione del caso si evince che G. presenta inflessibilità psicologica risultando eccessivamente protesa all'evitamento esperienziale e al controllo derivato dalla fusione con i suoi pensieri autosvalutanti, ruminante sul passato, con azioni disfunzionanti e nonostante sia presente un buon sistema di valori, non sempre si impegna nel mettere in atto azioni coerenti con essi. Si evidenzia un forte attaccamento al Sé concettualizzato in quanto G. si descrive come la «figlia invisibile», «non amata e mai sostenuta dai genitori», «una ragazza grassa e brutta che non ha speranze di migliorare la propria vita» (si veda la Figura 1).

Nonostante la presenza di sintomi ansiosi e depressivi la loro entità non è tale da permettere di porre una diagnosi in Asse I o in Asse II, così come indicato dai criteri diagnostici del DSM-5 (APA, 2013).

Figura 1



Prima somministrazione Matrice ACT-Baseline.

Trattamento

Nel mio lavoro con la Matrice ho presentato a G. tutti i sei passi previsti. (Schoendorff, B. *La Matrice ACT. Sei passi verso la flessibilità psicologica. Workshop*. Bressanone, 29-30 giugno e 1 luglio 2017).

- *Passo 1.* Impostare il punto di vista (notare i movimenti «via da» e i movimenti «verso»).
- *Passo 2.* Comprendere l'efficacia dei movimenti via da (*Metafora dell'uomo nella buca* – circoli bloccati).
- *Passo 3.* Gli ami e il problema con i tentativi di controllo (*Metafora macchina della verità* – metafora degli ami).
- *Passo 4.* *Aikido verbale* (Scheda di lavoro).
- *Passo 5.* Allenare la compassione verso se stessi (esercizio di *Mamma gatta*).
- *Passo 6.* Sfruttare la forza dell'assumere diverse prospettive (esercizio del teletrasporto).

Passo 1. Già in prima seduta, dopo aver raccolto la storia del problema, le introduco la Matrice ACT quale punto di vista diverso attraverso cui guardare le cose. È il quadrante degli ami che rappresentano i pensieri e le emozioni dolo-

rosi da cui spesso si lascia catturare, quello sul quale si dilunga di più. In questa prima fase spiego a G. la differenza tra i *movimenti via da* e i *movimenti verso*. I *movimenti via da* sono costituiti dai comportamenti che mette in atto in risposta ai contenuti dolorosi (ad esempio, stare a letto a piangere, scagliare oggetti a terra, abbuffarsi) mentre i *movimenti verso* sono tutte quelle azioni che compie in direzione dei suoi valori (portare in giro la sorellina, scegliere i mobili per la casa, cucinare per i fratelli).

Passo 2. Successivamente chiedo a G. di valutare quanto siano efficaci i movimenti via da, a breve e a lungo termine, nell'avvicinarla a ciò che per lei è importante. G. si rende conto che tutto ciò che fa sebbene le dia sollievo nell'immediato, a lungo andare non è utile e anzi, non fa altro che allontanarla ulteriormente dai suoi valori. È a questo punto che introduco la *Metafora dell'uomo della buca* (Polk et al., 2016) e G. diventa consapevole che l'illusione di poter controllare i propri pensieri ed emozioni, mettendo in atto azioni controfattuali, l'hanno portata a vivere una vita priva di soddisfazioni e povera di significati. Nel tentativo di sfuggire ai pensieri dolorosi G. ha messo in atto una serie di evitamenti e di azioni disfunzionanti (movimenti via da) che l'hanno allontanata da quello che per lei è importante, facendole perdere il contatto con i suoi valori e amplificando ulteriormente la sua sofferenza.

Passo 3. La fusione cognitiva viene introdotta utilizzando la *Metafora degli ami* (Polk et al., 2016). A G. spiego che i nostri pensieri possono essere paragonati a degli ami da pesca e quando vi abbochiamo ci facciamo trascinare in un'altra direzione rispetto a quella che avevamo intrapreso. Quando abbochiamo agli ami spesso ci agitiamo, cerchiamo di divincolarci con tutte le nostre forze ma così non facciamo altro che peggiorare le cose poiché l'amo va ancora di più in profondità e diventa impossibile liberarci. G. si rende conto che quando «abbocca all'amo» mette in atto comportamenti altamente disfunzionanti che non fanno altro che allontanarla da ciò a cui tiene veramente. Al contrario il processo di defusione può essere paragonato alla tecnica di «cattura e rilascio», utilizzata nella pesca sportiva: alcuni pescatori che praticano la pesca sportiva usano degli ami ricurvi che consentono di liberare il pesce e ributtarlo in acqua dopo che hanno abboccato. I pesci sono talmente abituati a essere ributtati in acqua che ormai sanno che è inutile dimenarsi, al contrario più stanno fermi ad aspettare e più velocemente saranno liberati. Questa alternativa si traduce nel fare spazio ai pensieri ed emozioni sgradevoli e restare ben saldi nel qui ed ora: solo così i contenuti angoscianti si ridurranno di intensità, permettendo di compiere azioni in direzione dei propri valori, piuttosto che reagire impulsivamente.

G. si definisce una «figlia invisibile» e ciò denota un forte attaccamento al Sé concettualizzato. Per favorire il Sé come contesto le introduco la *Metafora del*

cielo e del tempo (Harris, 2011) che paragona il sé che osserva al cielo mentre i pensieri e i sentimenti al tempo meteorologico. Inoltre utilizzo l'esercizio della Scacchiera (Harris, 2011): chiedo a G. di scrivere su dei post-it adesivi i pensieri positivi e quelli negativi che ha su di sé. Successivamente le faccio attaccare i post-it positivi sulle pedine bianche e quelli negativi sulle pedine nere. Le faccio notare come le pedine si scontrano continuamente, talvolta vincono quelle bianche, talvolta quelle nere.

Lo stesso vale per i pensieri e i giudizi che abbiamo su di noi. Alla fine, chiedo: «Questa scacchiera è sempre qui che assiste a questa lotta continua, ma non cambia è sempre uguale. Questa scacchiera che cosa potrebbe rappresentare?». G. risponde: «La nostra mente, noi stessi».

Passo 4. In questa fase introduco l'*Aikido verbale* quale strumento altamente efficace per sbloccarsi. L'*Aikido verbale* aiuta le persone a imparare come si sentono a impegnarsi in movimenti «verso», e come ciò sia diverso dalle sensazioni provate quando ci si impegna in movimenti «via da». Tale tecnica enfatizza l'essere presenti nel momento, evitando la lotta con i propri contenuti cognitivi ed emotivi sgradevoli, ma prendendo la resistenza come un dono.

Per praticare l'*Aikido verbale* si usa una scheda di lavoro che riporta delle domande a cui rispondere costantemente mentre viviamo una situazione che genera pensieri ed emozioni che rischiano di agganciarci. La pratica dell'*Aikido verbale* nelle situazioni più angoscianti ha permesso a G. di imparare a notare la lotta, piuttosto che essere da questa risucchiata, mettendo in atto i movimenti verso l'altra persona.

Passo 5. Questo passo prevede l'esercizio di *Mamma gatta* (Tirch et al., 2014): si tratta di un esercizio di self-compassion, sotto forma di metafora interattiva, che aiuta le persone a entrare in contatto con le parti di sé più dolorose e di cui ci si vergogna così da fare loro spazio e vederle sotto una luce più benevola.

Poiché i vissuti auto svalutanti sono molto forti in G., così come feroce è la sua autocritica, decido in questa fase di continuare a lavorare sulla self-compassion, introducendola ai principi sui cui poggia la Terapia focalizzata sulla compassione (Gilbert, 2012). Ho utilizzato tecniche tipiche della TFC come le immaginazioni guidate, le meditazioni mindfulness (Gilbert, 2013), il respiro calmante, la scrittura di lettere compassionevoli e il ragionamento compassionevole. Quelle più significative per G. sono state l'esercizio di *Mamma gatta* (Tirch et al., 2014) e il *Self compassion break* (Neff, 2012., Trad. a cura di G. Zucchi).

Soprattutto durante l'esercizio in meditazione di *Self compassion break* G. per la prima volta ha cercato di usare gentilezza verso se stessa ed è stato molto emozionante vederla scegliere come gesto calmante l'abbraccio a se stessa, quell'abbraccio che probabilmente non ha mai ricevuto dai suoi genitori.

Passo 6. L'esercizio del teletrasporto permette ai pazienti di assumere prospettiva, così da sviluppare l'abilità di scegliere di impegnarsi in azioni congruenti con i valori, nonostante la presenza di ostacoli interni. Si chiede al paziente di scegliere una situazione futura nella quale si prevede di rimanere bloccati. Successivamente il terapeuta «teletrasporta» la persona in modo che possa incontrare se stessa in quella situazione e il paziente si impegna in un dialogo tra la prospettiva qui-adesso e là-allora.

L'esercizio del teletrasporto ha permesso a G. di immaginarsi in situazioni sgradevoli future, a notare le sensazioni e le reazioni che queste comportavano, così da scegliere di mettere in atto azioni diverse, in linea con la persona che vuole essere e con i propri valori.

Questo esercizio le ha permesso di ampliare l'abilità di perspective taking, favorendo l'espansione del repertorio comportamentale che è stata strettamente collegata ad azioni basate sui valori e all'impegno nell'azione.

Il mio lavoro con G. non si è però limitato a seguire i 6 passi della Matrice.

Poiché G. ha un rapporto molto conflittuale con il proprio corpo decido di introdurla a un training di Mindfulness che le permetta di entrare in contatto con le emozioni e le sensazioni fisiche di disagio, così da riuscire a fare loro spazio. Iniziamo con l'esercizio di base del respiro come àncora che ci riporta costantemente nel qui ed ora (Preziosi, 2016). Successivamente introduco l'esercizio del «Body scan» (Kabat-Zinn et al., 2010) soffermandoci sugli arti inferiori che le causano sofferenza e imbarazzo. All'inizio quando propongo a G. di stare in contatto con quelle sensazioni l'espressione del suo volto è alquanto corruciata. Nel momento in cui G. inizia a respirare dentro quelle sensazioni, il volto si distende e alla fine della meditazione la ragazza sostiene di sentire le gambe più leggere, quasi sollevate. Le faccio notare che le gambe sono sempre le stesse ma è il suo atteggiamento verso di esse che ha ridotto le sensazioni di disagio che attribuiva loro.

Il trattamento della fame «emotiva» di G., che le ha provocato un notevole aumento di peso in poco tempo, si è ispirato al protocollo MB-EAT (Training per la Consapevolezza Alimentare Basato sulla Mindfulness) (Kristeller & Wolever, 2011). Tale training è strutturato in modo da introdurre gradualmente (parallelamente agli esercizi di alimentazione consapevole), elementi della pratica meditativa, con una particolare enfasi ai temi della consapevolezza di sé, dell'auto-accettazione, della compassione non giudicante e della disattivazione del «pilota automatico».

L'esperienza della «Mindful eating», ad esempio attraverso l'esercizio dell'uva passa (Chozen Bays, 2018; Kabat-Zinn et al., 2010), permette a G. di connettersi pienamente e consapevolmente con il cibo attraverso i 5 sensi (vista, tatto, udito, olfatto, gusto), rimanendo nel momento presente. G. ha recuperato la capacità di

scegliere e gustare in modo consapevole il cibo interrompendo quell'automatismo che la portava ad abusare del cibo in risposta ai pensieri e alle emozioni dolorosi, riducendo così le abbuffate emotive. G. inizia a espandere questa consapevolezza a tutte le routine quotidiane traendone così maggiore soddisfazione e senso di benessere.

Relazione terapeutica

Al buon esito della terapia ha contribuito indubbiamente una relazione terapeutica fondata sulla fiducia reciproca, sull'empatia e l'accettazione incondizionata. Fin da subito G. si è sentita a proprio agio, «a posto» e si è impegnata costantemente nello svolgere gli homeworks assegnati tra una seduta e la successiva. Ogni passo avanti ha contribuito ad aumentare la percezione dell'autoefficacia e della fiducia nelle proprie capacità.

Risultati e follow-up

La terapia di G. è durata 4 mesi circa (da settembre a dicembre 2018), si articolava in una seduta a cadenza settimanale, per un totale di 16 sedute, più una seduta di follow-up (marzo 2019). La risomministrazione del *BDI-II* e dello *STAI-Y* ha registrato un significativo decremento rispettivamente dei sintomi depressivi e ansiosi. L'esito del *VLQ* a fine terapia evidenzia come l'importanza attribuita ai valori si mantiene abbastanza stabile, ma soprattutto G. ha iniziato a fare ciò che serve per vivere secondo i propri valori.

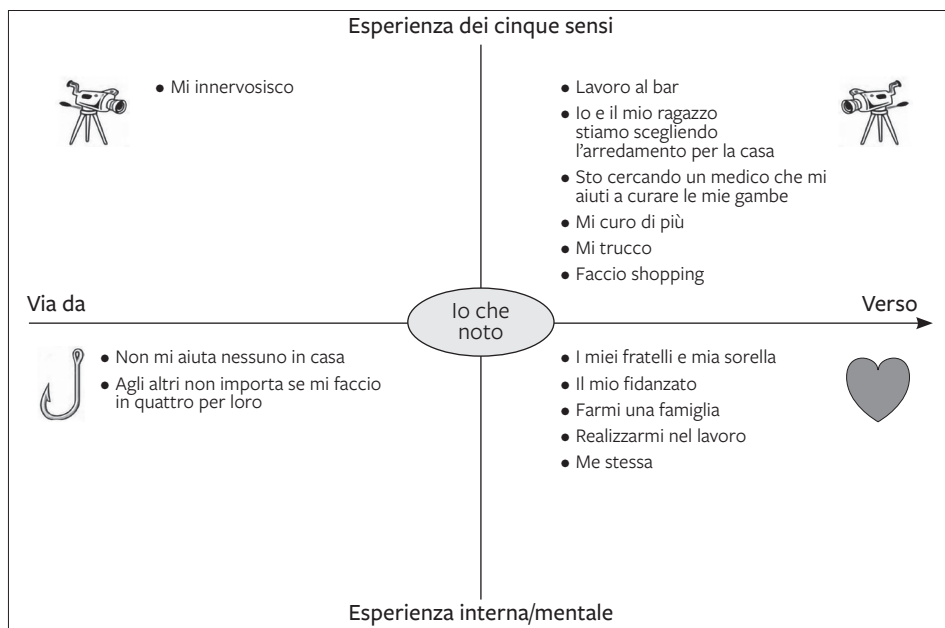
La risomministrazione all'*AAQ-II* evidenzia un incremento della flessibilità psicologica passando da un punteggio di 15 a un punteggio pari a 44 (cut-off = 50,1; *DS* = 9,14).

Durante l'ultima seduta risomministro la Matrice ACT per rendere più visibili alla paziente i cambiamenti ottenuti: G. non è più fusa con i pensieri auto svalutanti e non mette più in atto gli evitamenti e i comportamenti protettivi che la avevano portata a bloccarsi (Figura 2).

Il primo follow-up è avvenuto a distanza di 3 mesi. G. riferisce di stare molto bene, riesce ad affrontare le difficoltà della vita quotidiana con più leggerezza e serenità.

Il rapporto con i genitori e con il fidanzato è migliorato tantissimo. Anche il rapporto con il proprio corpo è migliorato, dedica più tempo a se stessa e ha perso molto peso seguendo una dieta e aumentando l'esercizio fisico. Nel frattempo, ha iniziato a lavorare in un bar e a frequentare un corso di ricostruzione unghie, con sua grande soddisfazione.

Figura 2



Seconda somministrazione Matrice ACT Post-trattamento.

In tale occasione ricompila l'AAQ-II per poter confrontare i risultati ottenuti nel tempo. La flessibilità psicologica risulta ulteriormente migliorata tanto da ottenere un punteggio pari a 54 (cut off = 50,1; DS = 9,14).

L'ultima somministrazione del BDI-II registra la totale assenza di sintomi depressivi. Anche la risomministrazione dello STAI-Y ha confermato un'ulteriore riduzione dei sintomi ansiosi (STAI-Y Form 1 = 30; Media = 39,62; DS = 10,64; STAI-Y Form 2 = 37; Media = 42,06; DS = 9,67).

I risultati ottenuti al VLQ denotano un significativo incremento della congruenza delle azioni con i valori, soprattutto è aumentato l'impegno della paziente nel mettere in atto azioni quotidiane congruenti con i propri valori (VLQtot = 90; cut-off = 55,07, DS = 14,07).

In conclusione, i risultati ottenuti confermano l'ipotesi iniziale che l'ACT, e in particolare l'utilizzo della Matrice ACT, costituisca un valido approccio nel trattamento dei disturbi ansiosi e depressivi, mantenendo i risultati anche nella fase post-trattamento e in follow-up.

La pratica strutturata della Mindfulness ha rafforzato la capacità della paziente di affrontare i pensieri e le emozioni dolorosi, così come le ha permesso di accettare le sensazioni fisiche di disagio.

Infine, l'uso di meditazioni ed esercizi ispirati ai principi della Terapia Focalizzata sulla Compassione si è rivelato fondamentale nel ridurre i vissuti

autosvalutanti della paziente, consolidati da un ambiente familiare invalidante e non supportivo.

Limiti dello studio

Contemporaneamente alla fine della terapia di G. (inizio 2019) è stato pubblicato un interessante articolo sulla presente rivista che propone la validazione del CFQ-6 di Gillanders e colleghi nel panorama italiano. Tale strumento è il I-CFQ (Oppo et al., 2019) particolarmente utile nella misurazione del livello di fusione cognitiva del paziente. Tale test è stato da noi somministrato nel trattamento di casi successivi e si è rivelato particolarmente affidabile ed efficace nel valutare il livello di fusione cognitiva pre e post-trattamento.

Ci sentiamo quindi di affermare che un limite di tale studio è consistito nell'impossibilità di ottenere misure di fusione cognitiva poiché all'epoca in cui la terapia si svolgeva (settembre-dicembre 2018), la versione italiana del CFQ-6 non era ancora stata pubblicata. Riteniamo dunque che sia indispensabile negli studi futuri di matrice ACT, l'utilizzo di tale test nel monitorare l'evoluzione del livello di fusione cognitiva nel corso della terapia.

Bibliografia

- APA (2013). *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fifth Edition, American Psychiatric Publishing, Washington, DC. Trad. it., *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore. Traduzione italiana della Quinta edizione di Francesco Saverio Bersani, Ester di Giacomo, Chiarina Maria Inganni, Nidia Morra, Massimo Simone, Martina Valentini.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006). *Beck Depression Inventory-II*. Curatori edizione italiana: Ghisi, M., Flebus, G. B., Montano, A., Sanavio, E., Sica, C..
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2005). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Versione italiana a cura di G. Miselli, G., Presti, E., Rabitti, & P., Moderato (2009). *Measuring Psychological Flexibility: the Italian validation of AAQ-II*. *Psychology & Health*, 24(1), 274;
- Chozen Bays, J., (2018). *Mindful eating. Per riscoprire una sana e gioiosa relazione con il cibo*. Brescia: Enrico Damiani.
- Gilbert, P. (2012). *La Terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distintive*. Milano: FrancoAngeli.
- Gilbert, P. (2013). *Mindful compassion*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Harris, R. (2011). *Fare ACT. Una guida pratica per professionisti all' Acceptance and Commitment Therapy*. Milano: FrancoAngeli.
- Harris, R. (2013). *Getting unstuck in ACT: A clinician's guide to overcoming common obstacles in acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger. Trad. it. *Acceptance and commitment therapy: Le chiavi*

- per superare insidie e problemi nella pratica dell'ACT*. Milano: FrancoAngeli, 2016.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Kabat-Zinn, J., Segal, Z., Teasdale, J., & Williams, M. (2010). *Ritrovare la serenità. Come superare la depressione attraverso la consapevolezza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-Based eating awareness training for treating binge eating disorder. *The Conceptual Foundation, Eating Disorders*, 19(1), 49-61.
- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. In C. Germer & R. Siegel. (a cura di), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy*, 79-92. New York: Guilford Press.
- Oppo, A., Prevedini, A. B., Dell'Orco, F., Dordoni, P., Presti, G., Gillanders, D. T., & Moderato, P. (2019). Fusione e Defusione. Adattamento e proprietà psicometriche della versione italiana del Cognitive Fusion Questionnaire (I-CFQ). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 25(1).
- Polk, K., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. O. (2016). *La Matrice ACT. Guida all'utilizzo nella pratica clinica*. Milano: FrancoAngeli.
- Preziosi, E. (2014, seconda ed. 2016). *Corso di meditazione di Mindfulness: Conosco, conduco, calmo il mio pensare*. Milano: FrancoAngeli ;
- Schoendorff, B. (2017). *La Matrice ACT. Sei passi verso la flessibilità psicologica*. Workshop. Bressanone (29-30 giugno e 1 luglio).
- Spielberger, C. D. (1989). *S.T.A.I. (State-Trait-Anxiety Inventory). Inventario per l'ansia di stato e di tratto. Forma Y*. Organizzazioni Speciali: Firenze.
- Tigani, M. S., Vincelli, F., & Capoderose, G. (2019). Trattamento cognitivo-comportamentale di «seconda generazione» integrato con la Terapia Focalizzata sulla Compassione in un caso di Disturbo di Panico. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 25(1).
- Tirch, D., Schoendorff, B., & Silberstein, L. R. (2014). *The ACT practitioner's guide to the science of compassion: Tools for fostering psychological flexibility*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Wilson, K. G., & Dufrene, T. (2012). *Quando tutto sembra andare di male in peggio. Come vivere liberi dall'ansia*. Milano: FrancoAngeli.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J. & Roberts, M. (2010), *Valued Living Questionnaire (VLQ)*. Versione Italiana a cura di G., Miselli, G., Presti, E., Rabitti, & P., Moderato (2008). IESUM, IULM University. Con la collaborazione di ACT-Italia, capitolo Italiano dell'ACBS.

Presentato il 14/05/2020, accettato per la pubblicazione il 30/07/2020

Trattamento Cognitivo-Comportamentale di un caso di Sindrome dell'Intestino Irritabile

Martina Valdemarca¹ e Sonya Sabbatino²

Sommario

L'articolo descrive la concettualizzazione e il trattamento di un caso di Sindrome dell'Intestino Irritabile (SII), secondo il modello bio-psico-sociale di Hauser, Pletikovic e Tkalcic (2014) e quello cognitivo di Hunt e Beck (2016). L'intervento si è avvalso di una fase di psico-educazione, tecniche di ristrutturazione cognitiva, esposizioni comportamentali, in vivo e in immaginazione, desensibilizzazione sistematica, tecniche di rilassamento e training di assertività. Al termine del trattamento, il paziente ha riportato: remissione della sintomatologia, importanti miglioramenti sul piano personale e lavorativo, e sviluppo di adeguate abilità di gestione delle ricadute, molto comuni in situazione di stress elevato nei pazienti con Sindrome dell'Intestino Irritabile. I risultati a lungo termine sono mantenuti a due e quattro mesi dalla conclusione dell'intervento, come evidenziato dai follow-up. Infine, vengono sottolineati gli aspetti peculiari della relazione terapeutica e della motivazione del paziente al trattamento.

Parole chiave

Sindrome dell'intestino irritabile, Esposizione, Ristrutturazione cognitiva, Terapia cognitiva-comportamentale.

¹ Torino.

² Torino.

Cognitive-Behavioural Therapy for Irritable Bowel Syndrome: a case treatment

Martina Valdemarca¹ and Sonya Sabbatino²

Abstract

This article describes the case conceptualization and treatment of a patient with Irritable Bowel Syndrome (IBS). The case study is described according to Hauser, Pletikoscic e Tkalcic's bio-psycho-social model (2014) and Hunt e Beck's cognitive model (2016). The treatment protocol involved a combination of CBT techniques such as: psychoeducation, cognitive restructuring, exposure techniques (interoceptive, in vivo and in imagination), systematic desensitization, relaxation strategies and assertiveness training. The patient achieved positive response to treatment characterized by remission of symptoms, marked improvements in personal and professional life, development of appropriate relapse management skills (since setbacks are frequently observed in patient while encountering stressful life events). Gains were maintained at the 2 and 4-month follow up examinations. Furthermore, the role of peculiar aspects of the treatment such as therapeutic alliance and patient's motivation are pointed out.

Keywords

Irritable bowel syndrome (IBS), Exposure therapy, Cognitive restructuring, Cognitive-behavioural therapy.

¹ Torino.

² Torino.

Introduzione

La Sindrome dell'Intestino Irritabile è un disordine gastrointestinale cronico di natura funzionale che interessa circa il 10-15% della popolazione (Canavan et al., 2014; Drossman, 2006), con prevalenza maggiore nelle donne rispetto agli uomini (3:1,5; Canavan et al., 2014) e nei soggetti al di sotto dei 50 anni (Grundmann & Yoon, 2014).

Il disturbo è caratterizzato da una combinazione variabile di sintomi di natura gastrointestinale, come dolore addominale, flatulenza, sensazione di gonfiore, cambiamento della forma e della frequenza delle feci, non spiegati da anomalie strutturali o biochimiche dell'apparato gastrointestinale, e da alterazioni delle abitudini intestinali (Canavan et al., 2014). Questi aspetti compromettono in modo significativo la qualità della vita delle persone che ne soffrono, interferendo con il funzionamento lavorativo, familiare e sociale. Inoltre, la Sindrome dell'Intestino Irritabile rappresenta un onere economico importante per il paziente e per la società a causa delle numerose visite mediche intraprese, l'ingente quantità di farmaci assunti e le numerose assenze dall'ambiente lavorativo (El-Salhy et al., 2014).

Data la natura funzionale del disturbo non esistono esami clinici specifici per eseguire una diagnosi. Essa viene effettuata secondo un sistema di classificazione basato sui sintomi, stabilito dai Criteri Roma IV¹ (Rome Foundation, 2016; Drossman, 2006), e l'esclusione di altre patologie croniche intestinali, come il morbo di Crohn e la rettilocolite ulcerosa.

La natura della Sindrome dell'Intestino Irritabile può essere meglio compresa facendo riferimento al modello bio-psico-sociale di Hauser e colleghi (2014),² che delinea l'importanza dell'interazione tra fattori psicologici, sociali e biologici ugualmente importanti per determinarne l'eziologia e l'entità della sindrome. Questi aspetti contribuiscono in modo differente alla definizione del disturbo e alla sua sintomatologia, secondo un legame bidirezionale e circolare in cui è spesso difficile differenziare tra fattori precipitanti e/o perpetuanti. I fattori predisponenti, come ad esempio tratti di personalità, esperienze precoci e aspetti genetici, costituiscono una linea di base sulla quale i fattori precipitanti e perpetuanti si innescano generando un circolo vizioso che favorisce il mantenimento della sintomatologia. Stressor ambientali e alterazioni fisiologiche possono influenzare negativamente lo sviluppo di strategie di coping funzionali, promuovendo invece modalità fondate sulla catastrofizzazione e sulla focalizzazione selettiva dell'attenzione, ridurre il livello di tolleranza allo stress in

¹ Il Questionario Roma IV per i disturbi gastrointestinali funzionali nell'adulto è stato tratto dal libro *La sindrome del Colon Irritabile. Affrontare la colite con la terapia cognitive-comportamentale* (Montanaro & Vitale, 2016).

² Per un approfondimento del modello bio-psico-sociale si veda Hauser et al., 2014.

concomitanza a eventi di vita stressanti, favorire lo sviluppo di stati ansiosi e depressivi come anche la messa in atto di comportamenti tesi alla rassicurazione e alla riduzione del disagio.

In un'ottica di trattamento, per meglio comprendere l'interazione tra i diversi fattori nel circolo vizioso del disturbo, si è fatto riferimento al modello cognitivo di Hunt & Beck (2016). Il modello offre un approfondimento della relazione tra le modalità di pensiero disfunzionali, ovvero specifiche distorsioni cognitive, l'attivazione fisiologica, le sensazioni gastrointestinali e le reazioni emotive tipiche dei pazienti con Sindrome dell'Intestino Irritabile. Entrambi i modelli hanno costituito il riferimento teorico per la concettualizzazione necessaria al trattamento attraverso l'uso di tecniche cognitive e comportamentali.

Presentazione del caso clinico

Storia personale e familiare

Dario ha 31 anni e lavora come impiegato in un'azienda. Negli ultimi mesi ha ottenuto una promozione arrivando a svolgere mansioni di maggiore rilievo che lo porteranno, entro fine anno, a viaggiare molto, anche all'estero. Tale condizione è motivo di soddisfazione ma anche di timore e preoccupazione, per la gestione della sintomatologia intestinale in contesti nuovi o di stress elevato.

Ha frequentato l'università di Economia e Commercio, laureandosi con il massimo dei voti. Ricorda questi anni come estremamente difficili a causa della sensazione di non essere mai abbastanza preparato che lo ha portato a dedicare gran parte del tempo allo studio, lasciando poco spazio alle relazioni sociali/sentimentali o alle attività piacevoli.

Al momento della presa in carico, convive con la compagna Gaia da circa 7 anni. La relazione viene descritta come «stabile e profonda», ma il progetto di avere un figlio, lo preoccupa molto.

Il paziente racconta di aver avuto un'infanzia abbastanza felice con qualche difficoltà relazionale durante la scuola primaria a causa del suo aspetto: da bambino è sempre stato in sovrappeso e veniva spesso preso in giro dai compagni. Riferisce di aver mantenuto un rapporto problematico con l'alimentazione fino alla prima adolescenza, momento in cui, grazie allo sport e all'aiuto di una nutrizionista, è riuscito a sviluppare un rapporto sano con il cibo.

Dario ha una sorella minore con la quale ha un rapporto conflittuale e che frequenta solo nelle occasioni speciali e nelle feste comandate.

Il rapporto con i genitori al contrario è molto positivo, soprattutto con la madre che viene descritta come una donna «molto comprensiva e affettuosa, sempre presente nei momenti di necessità»; il padre invece viene presentato

come una persona più fredda e distaccata. Il rapporto tra i genitori è sempre stato molto conflittuale, incidendo negativamente sul clima familiare che spesso «era molto pesante».

Primo colloquio³

Dario soffre di Sindrome dell'Intestino Irritabile da circa 8 anni e questo lo ha portato a modificare radicalmente il suo stile di vita e a subire enormi limitazioni in ambito socio-relazionale, lavorativo e delle autonomie personali. Nonostante ciò, non ha mai sentito la necessità di affrontare il problema; solo negli ultimi mesi, la prospettiva di avere un figlio e la proposta di una promozione lavorativa, lo hanno posto di fronte ai limiti concreti che il suo disturbo comporta facendolo sentire «prigioniero del suo intestino».

Il paziente mostra molta consapevolezza rispetto alla sua problematica e alle difficoltà quotidiane che essa comporta, riferendo più volte la necessità di voler e dover affrontare il problema con adeguati strumenti. Mentre racconta i dettagli relativi al disagio esperito, è possibile osservare un certo imbarazzo, caratterizzato da un aumento della gesticolazione e del rossore in volto, e alcuni evitamenti nell'uso di termini specifici come le parole «cacca» o «defecare». Gli esami medici effettuati negli anni, escludono la presenza di patologie organiche intestinali e, pertanto, «attestano la presenza di una malattia fantasma» di cui Dario fatica a comprendere e accettare le cause, come ripete più volte nel corso del colloquio.

Assessment del problema

L'esordio della patologia è successivo a una forte influenza intestinale, la cui convalescenza è stata interrotta anticipatamente a causa di un esame universitario. Dario racconta di aver avuto un attacco di dissenteria molto forte mentre era sul tram per andare all'università, di essere dovuto scendere di corsa per dirigersi in bagno, facendosi strada con forza tra la folla. L'intera giornata è stata caratterizzata da numerosi «attacchi di dissenteria» che lo hanno portato a uscire più volte dall'aula durante le lezioni, con enorme imbarazzo e preoccupazione, impedendogli di sostenere l'esame.

In seguito, ha iniziato a mettere in atto alcuni comportamenti protettivi quali: non prendere il tram in orari di punta o se molto affollato, sedersi in aula vicino alle porte d'ingresso così da avere più facile accesso alla toilette, controllare quantità e tipologie di cibo ingerito, e rimanere a digiuno prima di sostenere gli

³ Il caso viene narrato in prima persona dalla psicoterapeuta che ha condotto l'intervista e trattato il caso, che è anche la prima autrice dell'articolo.

esami. Riferisce di aver incrementato gli accessi al bagno, soprattutto la mattina prima di uscire di casa per andare in università, così da assicurarsi di non rischiare di star male e doversi recare in bagno mentre si trovava sul tram. Inoltre, riporta di aver iniziato a prestare molta attenzione alla sua pancia, ai rumori e ai dolori che venivano da quella zona del corpo, e a essere preoccupato quando non era presente un bagno nelle vicinanze.

Sette anni prima del nostro incontro, nell'arco di pochi mesi, si sono verificati svariati eventi significativi nella vita del paziente: il divorzio dei genitori che ha determinato l'insorgere di alcune importanti difficoltà economiche, la diagnosi di Sclerosi Multipla della mamma e la morte, a causa di un incidente, del suo cane. Questa serie di eventi ha inciso negativamente sulla sua problematica, acutizzandola e determinando un incremento del disagio in ambito quotidiano.

Dario racconta di aver iniziato a sperimentare in modo costante i sintomi che ancora oggi lo accompagnano, ovvero, dissenteria, sensazione di evacuazione incompleta, dolore addominale, gonfiore, sensazione di urgenza di defecare e flatulenza. Questi sintomi lo hanno portato a modificare drasticamente il suo stile di vita. Ha iniziato a passare più di 50 minuti in bagno la mattina prima di andare al lavoro, anche senza una reale necessità, allo scopo di evitare eventuali «attacchi di dissenteria» durante il tragitto casa-lavoro e l'utilizzo del bagno dell'ufficio durante la giornata. Le uscite serali sono state ridotte a pochi locali conosciuti, solitamente non affollati, che vengono evitati negli orari di punta o in occasioni particolari. Non utilizza bagni pubblici (bar, cinema, ufficio o anche a casa di amici), anche in caso di necessità, rientrando di corsa a casa quando possibile o dovendo tollerare «un dolore fortissimo e alienante». Evita viaggi e uscite fuori porta, ristoranti, cinema, concerti, treni, aerei, bus, visite ai musei o passeggiate nei parchi. Evita di prendere la tangenziale e le autostrade per andare al lavoro, impiegando il doppio del tempo per il tragitto. Esclude molti cibi/bevande dalla sua alimentazione, limita le porzioni e porta sempre con sé i fermenti lattici. Quando invitato a casa di amici per cena, è solito farsi comunicare anticipatamente il menù prima di accettare/rifutare l'invito. Infine, attua numerosi comportamenti di body checking quali toccarsi la pancia, slacciare la cintura, stringere i glutei e immobilizzarsi quando non può accedere al bagno.

Riferisce, inoltre, di aver iniziato una «ricerca sfrenata delle cause del suo disturbo» rivolgendosi a diversi gastroenterologi in tutta Italia. La mancanza di alterazioni anatomo-patologiche che permettessero la diagnosi di una patologia organica ha determinato l'insorgere di un «senso di impotenza e disperazione» e di conseguenza un abbassamento del tono dell'umore e l'incapacità di accettare la propria condizione.

In fase di assessment, oltre ai colloqui, è stata svolta una valutazione psicodiagnostica mediante la somministrazione del *CBA 2.0 scale primarie* (Sanavio et al., 1997) e del *Questionario Roma IV per i disturbi gastrointestinali funzionali*

nell'adulto (Rome Foundation, 2016; Drossman, 2006). Nelle Tabelle 8 e 9 della sezione «Esiti della terapia» è possibile consultare i risultati dei test. Inoltre, si è ritenuto utile, sin da questa fase, chiedere a Dario di compilare le tabelle dell'*analisi funzionale* per implementare la descrizione generale e quantificare i sintomi riferiti, nonché aumentare la consapevolezza del legame esistente tra i diversi aspetti della sua esperienza. Il paziente ha mostrato difficoltà nell'individuazione dei pensieri automatici connessi alle diverse situazioni e ai sintomi sperimentati. Ciò avrebbe reso difficile la concettualizzazione del caso, l'individuazione del circolo vizioso alla base della Sindrome dell'Intestino Irritabile e quindi il successivo intervento terapeutico. Si è quindi ritenuto necessario utilizzare l'esposizione in immaginazione per indurre alcuni dei sintomi che era solito sperimentare in diversi momenti della giornata e aiutarlo a indagare gli aspetti cognitivi inerenti al disturbo. In questa fase, data la scarsa consapevolezza rispetto ai propri processi cognitivi, non vi è stata alcuna messa in discussione delle convinzioni disfunzionali ma solo una registrazione di quanto riportato. Alcuni esempi di quanto svolto in questa fase sono riportati nelle Tabelle 1 e 2.

Tabella 1

Analisi funzionale comportamentale svolta da Dario in fase di assessment

| ANTECEDENTE (A) | COMPORAMENTO (B) | CONSEGUENZA (C) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Sto per uscire con Gaia per andare a fare commissioni in un centro commerciale vicino a casa. | Vado in bagno, mi sforzo di evacuare per liberarmi totalmente. Non mangio prima di uscire. | Abbassamento dell'ansia. Esco con Gaia. |

Tabella 2

Analisi funzionale cognitiva svolta da Dario in fase di assessment

| ANTECEDENTE (A) | PENSIERO AUTOMATICO (B) | CONSEGUENZE (C) |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sono in macchina nel tragitto ufficio casa, sento un movimento nell'intestino. | «Me la farò addosso». «Non sono in grado di controllare una cosa che anche un bambino di 3 anni sa fare». | Brividi. Aumento del senso di gonfiore addominale. Sudorazione delle mani. Tachicardia. |

Concettualizzazione del caso e modelli teorici

Le informazioni raccolte hanno permesso di individuare i fattori predisponenti, precipitanti e perpetuanti relativi al problema. Inoltre, è stato possibile

comprendere su quali risorse (fattori protettivi) Dario potesse fare affidamento per affrontare e superare il suo disagio. La concettualizzazione del caso è stata svolta in riferimento al modello bio-psico-sociale di Hauser, Pletikotic e Tkalcic (2014), come riportato nella Tabella 3.

Tabella 3

Concettualizzazione del caso di Dario in riferimento al modello bio-psico-sociale di Hauser, Pletikotic & Tkalcic (2014)

| | |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FATTORI PREDISPONENTI | <ul style="list-style-type: none"> - Vulnerabilità all'ansia (STAI-X2 elevata); - Stile educativo materno iperprotettivo e ansioso; - Atteggiamento perfezionistico. |
| FATTORI PRECIPITANTI | <ul style="list-style-type: none"> - Influenza intestinale non adeguatamente curata; - Diagnosi di SLA della mamma; - Divorzio dei genitori; - Laurea imminente. |
| FATTORI PERPETUANTI | <ul style="list-style-type: none"> - Comportamenti protettivi e di evitamento; - Vulnerabilità all'ansia; - Credenze di base e stile di coping disfunzionali; - Vantaggi secondari (ad esempio, ricevere attenzioni dalla compagna e veicolare le scelte di coppia rispetto al tempo libero); - Costi della sintomatologia valutati da Dario come «sopportabili e sostenibili» soprattutto in ambito lavorativo. |
| FATTORI PROTETTIVI | <ul style="list-style-type: none"> - Vicinanza della compagna Gaia e matrimonio; - Il lavoro percepito come molto appagante con possibilità di promozione; progetto di avere un figlio nel prossimo anno. |

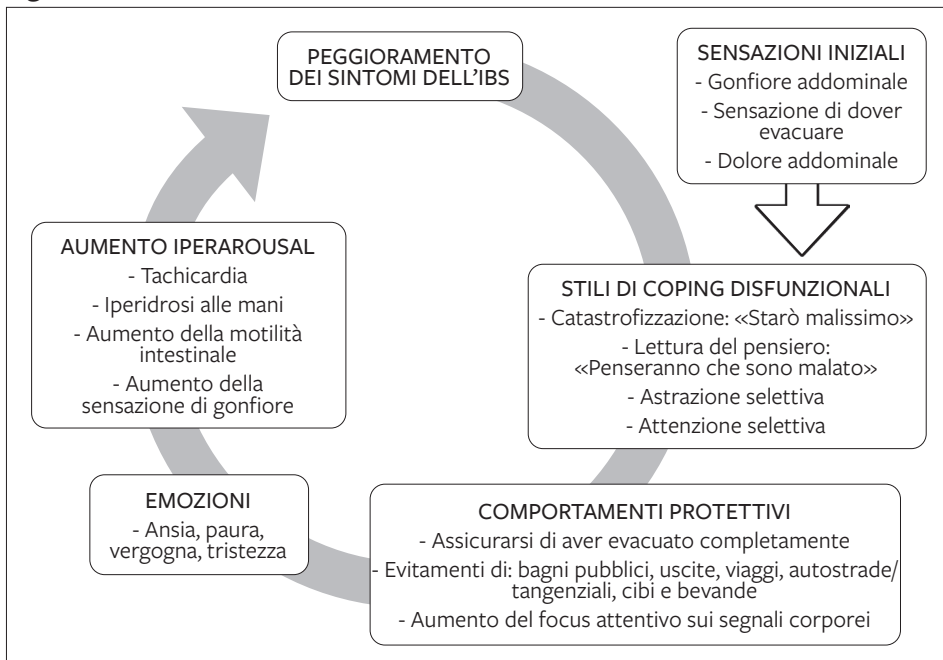
È stato utile integrare questo modello con quello cognitivo di Hunt & Beck (2016) al fine di approfondire la relazione tra modalità di pensiero disfunzionali e sintomi della Sindrome dell'Intestino Irritabile.

Il modello riprende le teorie di Beck relative all'importanza dei pensieri nel determinare il comportamento e la reazione emotiva di una persona in una specifica situazione, come anche alla presenza di specifiche distorsioni cognitive alla base del disturbo.

Beck individua diverse distorsioni cognitive tra cui la catastrofizzazione, l'attenzione selettiva e la lettura del pensiero, che vengono identificate come modalità tipiche nei pazienti con Sindrome dell'Intestino Irritabile (Hunt & Beck, 2016).

Il funzionamento psicologico di Dario in relazione al modello Hunt e Beck (2016) è rappresentato nella Figura 1.

Figura 1



Il circolo vizioso di Dario secondo il modello cognitivo di Hunt & Beck (2016).

Ipotesi diagnostica secondo il DSM-5

La sintomatologia riportata da Dario è riconducibile a un *Disturbo da Sintomi Somatici* (F45.1 del DSM-5),⁴ in linea con i criteri diagnostici riportati nel DSM-5.

È stata effettuata una diagnosi differenziale in modo da poter escludere altre patologie psichiatriche potenzialmente responsabili dei sintomi riportati da Dario. In particolare, è stato verificato che non venissero soddisfatti i criteri diagnostici per *Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche generali* (F54). Il criterio A non viene soddisfatto poiché la definizione stessa della *Sindrome dell'Intestino Irritabile* ne determina l'esclusione. La *Sindrome dell'Intestino Irritabile* è, infatti, un disturbo gastrointestinale di natura funzionale, ovvero,

⁴ Per un maggiore approfondimento rispetto ai criteri diagnostici del «Disturbo da Sintomi Somatici» (F45.1) e per «Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche generali» (F54) si rimanda al manuale diagnostico DSM-5.

non determinato da alcuna alterazione anatomo-patologica della parete del colon (Enck et al., 2016). L'assenza di una condizione medica definita è supportata dalla mancanza di un riscontro nei referti degli approfondimenti diagnostici effettuati negli anni. Per la medesima ragione, anche il criterio B non può essere totalmente soddisfatto, sebbene i fattori psicologici e comportamentali manifestati dal paziente influenzino negativamente la sua condizione.

Obiettivi terapeutici

Sulla base degli elementi raccolti nelle fasi precedenti del percorso, abbiamo definito i seguenti obiettivi a breve, medio e lungo termine.

Obiettivi a breve termine.

- Utilizzare, quando necessario, i bagni pubblici (bar, ristoranti, ufficio, ecc.), sperimentando un livello di disagio valutato 0/10 sulla scala SUD.
- Prendere la tangenziale per andare/tornare dal lavoro almeno tre volte alla settimana, sperimentando un livello di disagio valutato 0/10 sulla scala SUD.
- Praticare esercizi di rilassamento muscolare di Jacobson, almeno una volta al giorno, per allenarsi a ridurre la tensione determinata dall'ansia nelle situazioni di disagio.

Obiettivi a medio termine.

- Utilizzare i bagni di casa di conoscenti e amici, sperimentando un livello di disagio valutato 0/10 sulla scala SUD.
- Andare a cena al ristorante/pub, almeno una volta alla settimana, sperimentando un livello di disagio valutato 0/10 sulla scala SUD.
- Andare al concerto dei Foo Fighter a Firenze, sperimentando un livello di disagio valutato 0/10 sulla scala SUD.

Obiettivi a lungo termine.

- Diminuire il tempo passato in bagno la mattina da 50 a 20 minuti.
- Prendere l'aereo per andare in Thailandia nell'autunno seguente.

Modalità di trattamento

Per raggiungere gli obiettivi sopra illustrati sono occorsi 24 incontri a cadenza settimanale e successivamente quindicinale della durata di 60 minuti ciascuno. Al termine del trattamento sono stati svolti follow-up a 2 e a 4 mesi.

Il percorso terapeutico è stato strutturato come segue:

1. motivazione al trattamento;
2. psicoeducazione;

3. tecniche di fronteggiamento dell'ansia;
4. ristrutturazione cognitiva;
5. interrompere i circoli viziosi dell'ansia: esposizione e desensibilizzazione sistematica;
6. training di comunicazione assertiva;
7. prevenzione delle ricadute.

Motivazione al trattamento

Dario mostra sin dal primo colloquio una buona compliance terapeutica. Da subito è apparso motivato a intraprendere un percorso di cambiamento finalizzato a raggiungere l'obiettivo di «non sentirsi più prigioniero del suo intestino». Si è ritenuto comunque utile fargli individuare i vantaggi e gli svantaggi che, a breve e lungo termine, avrebbe incontrato affrontando il problema.

Ciò ha permesso di rinforzare ulteriormente l'aspetto motivazionale e di avere un prospetto scritto per eventuali momenti di difficoltà che avrebbero potuto presentarsi durante il percorso terapeutico. Quanto emerso è riportato di seguito nella Tabella 4.

Tabella 4

Elenco dei vantaggi e degli svantaggi nel superare la Sindrome dell'Intestino Irritabile individuati da Dario

| VANTAGGI E SVANTAGGI DI DARIO | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| VANTAGGI NEL SUPERARE SII | SVANTAGGI NEL SUPERARE SII |
| Maggior tempo per me la mattina, per esempio potrò alzarmi 20 minuti dopo o fare colazione con calma | Non avrò più scuse quando non vorrò andare da qualche parte che non mi piace |
| Essere più libero e indipendente | Provare disagio fisico per l'intera giornata |
| Riprendere a fare le attività che mi piacciono (cinema, musei, teatro) | |
| Miglioramento delle relazioni sociali | |
| Miglioramento della carriera lavorativa | |
| Mi sentirei più felice, soprattutto nel week-end | |

Psicoeducazione

In questa fase è stato importante focalizzare l'attenzione su alcune tematiche quali (1) il circolo vizioso della Sindrome dell'Intestino Irritabile e le sue carat-

teristiche eziologiche; (2) i meccanismi alla base dell'ansia e (3); l'importanza dell'attenzione nel mantenimento dei sintomi.

Sono stati presentati alcuni aspetti del modello bio-psico-sociale della Sindrome dell'Intestino Irritabile sopra citato, così da fornire una cornice teorica all'interno della quale meglio comprendere l'eziologia e la sintomatologia riferita.

Ciò ha permesso di conferire dignità al disagio sperimentato quotidianamente da Dario che si è sempre etichettato come un «malato immaginario» data l'assenza di cause organiche in grado di «dare credito alla sua sofferenza», e di iniziare un lavoro finalizzato all'accettazione delle sue difficoltà.

Inoltre, insieme al paziente è stato ricostruito il circolo vizioso alla base della sintomatologia (Figura 1) così da incrementare la consapevolezza rispetto al proprio funzionamento e al ruolo attivo da lui svolto nel suo mantenimento.

Infine, abbiamo approfondito il ruolo dell'attenzione selettiva nel mantenere i sintomi della Sindrome dell'Intestino Irritabile attraverso un esercizio di focalizzazione sensoriale. È stata data l'istruzione di chiudere gli occhi e di prestare attenzione al proprio piede, in particolare ad alcuni dettagli quali la forma, il peso delle varie parti (dita, tallone, unghia, ecc.), la lunghezza delle singole dita e dell'intero piede, la sensazione al tatto di pelle e unghia, la temperatura corporea, i colori dei vari componenti e la sensazione della pelle a contatto ad esempio con le calze o con un soffio di vento.

Dario riferisce di non aver mai dedicato del tempo al proprio piede e alle sue caratteristiche, e di essersi accorto di alcuni aspetti solo nel momento in cui vi ha prestato attenzione. Gli è stato fatto notare che questo meccanismo è quello che nei pazienti con Sindrome dell'Intestino Irritabile tende ad aumentare la percezione soggettiva delle sensazioni gastrointestinali incrementando il circolo vizioso precedentemente esposto.

Tecniche di fronteggiamento dell'ansia

Respirazione diaframmatica e rilassamento muscolare

L'obiettivo di questa fase è stato quello di fornire al paziente delle strategie utili ad abbassare i livelli di stress sperimentati in diversi contesti di vita quotidiana. La respirazione diaframmatica e il rilassamento muscolare di Jacobson hanno occupato i primi venti minuti di 3 sedute. Tra una sessione e l'altra Dario è stato invitato a esercitarsi quotidianamente al fine di acquisire padronanza nell'uso della strategia.

All'inizio di ogni esercizio è stato chiesto al paziente di quantificare il livello di tensione su una scala da 0 (minima tensione/stress) a 100 (massima tensione/stress) e, una volta ultimate le diverse contrazioni muscolari, un'ulteriore valutazione per monitorare eventuali cambiamenti muscolo-tensivi.

Esercizi di immaginazione guidata

Nel corso del trattamento sono stati impiegati alcuni esercizi di immaginazione guidata allo scopo di insegnare a Dario che è possibile distaccarsi dai propri pensieri, lasciandoli fluire. Tra i diversi esercizi proposti si è mostrato particolarmente entusiasta dello script del «palloncino» in cui al paziente viene chiesto di rappresentarsi con un palloncino tra le mani, all'interno del quale porre tutti i pensieri ansiogeni, le preoccupazioni e le angosce e, successivamente, lasciarlo volare lontano da sé. L'esercizio è stato registrato in modo che il paziente potesse allenarsi e diventare autonomo nella sua esecuzione per trarne beneficio ogni qual volta lo ritenesse necessario.

Ristrutturazione cognitiva

È stata richiesta la compilazione quotidiana un diario (Tabella ABC ampliata) allo scopo di: (1) identificare i pensieri emersi in concomitanza a determinate situazioni e/o specifici movimenti/rumori gastrointestinali e (2) aumentare la sua consapevolezza a riguardo. Nella Tabella 5 riportiamo alcuni esempi.

Tabella 5

Analisi funzionale compilata da Dario nel corso del trattamento

| SITUAZIONE | PENSIERO | EMOZIONE | GRADO DISAGIO DA 0 A 10 | SINTOMI | CONSE- GUENZE/ COMPOR- TAMENTO |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sono a casa di amici, abbiamo appena finito di cenare e mi sento gonfio | «Ecco sto di nuovo male»; «Se vado in bagno mi sentiranno tutti»; «Penseranno che sono malato»; «Me la faccio addosso» | Ansia, vergogna e paura | 8 | Palpitazioni, brividi e sudorazione forte | Slaccio la cintura dei pantaloni, mi stringo il fianco e cerco di rimanere immobile. Non parlo fino a fine serata |
| Sto parlando con un cliente importante e sento dei movimenti intestinali | «Adesso dovrò correre in bagno»; «Il cliente pensa che sono malato»; «Pensa che sono maleducato che lascia le cose a metà» | Ansia, imbarazzo e vergogna | 8 | Palpitazioni, movimenti intestinali e brividi | Mi immobilizzo, stringo le natiche e cerco di concludere velocemente l'incontro |

Partendo da quanto emerso, abbiamo affrontato insieme il tema degli errori di ragionamento⁵ tipici, generati dai segnali provenienti dal corpo, incoraggiando l'individuazione dei pensieri negativi automatici (NAT) rispetto alla Sindrome dell'Intestino Irritabile e un'analisi critica che tenesse conto dei dati di realtà, secondo le teorie di Beck (1963, 1967) sull'argomento. Le distorsioni cognitive emerse sono le seguenti.

1. *Catastrofizzazione*: «Non ce la farò a trattenermi e dovrò correre in bagno»; «... me la farò addosso... lì c'è sempre coda per il bagno», oppure «Non mi so trattenere».
2. *Lettura del pensiero*: «I colleghi si sono accorti che sto male»; «Gli altri pensano che non sono in grado di fare una cosa che anche un bambino di 3 anni è in grado di fare», oppure «Gli altri si disgustano in mia presenza».
3. *Ragionamento emotivo*: «Lo sapevo che sarei stato male nel week-end, ero già preoccupato dalla sera precedente» oppure «Me lo sentivo che mi sarebbero venuti i crampi allo stomaco e non avrei mangiato nulla».
4. *Astrazione selettiva delle informazioni*: «Mi sono alzato più volte, penseranno che sono svogliato» oppure «Penseranno che sono malato».

Utilizzando la tecnica del dialogo socratico si è cercato di smentire le idee contraddittorie e promuovere lo sviluppo di ipotesi alternative, maggiormente funzionali e inerenti alla realtà. Questo lavoro ha permesso a Dario di vedere in modo differente le situazioni temute e correggere gli errori di pensiero. Sono stati creati dei promemoria che potesse portare sempre con sé e utilizzare ogni volta che ne avesse avuto bisogno. Questo ausilio è stato pensato per andare incontro all'iniziale difficoltà di attivare da solo un pensiero competitivo in alcune specifiche circostanze (per esempio in ufficio).

Alcuni esempi di quanto emerso in seduta sono riportati in Tabella 6.

Tabella 6

Un pensiero automatico di Dario e il successivo pensiero alternativo emerso nel corso del trattamento grazie al dialogo socratico

| PENSIERO NEGATIVO AUTOMATICO | PENSIERO COMPETITIVO/ALTERNATIVO |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| «Nel week-end starò sicuramente male» | «In altre occasioni non è stato così, ma se dovessi stare male vuol dire che cercherò un bagno e farò quello che devo fare» |
| «Non mi sono svuotato completamente e dovrò tornare in bagno appena uscito» | «Al 99% è solo una mia sensazione ma se dovessi avere nuovamente necessità chiederò di poter usare un bagno!» |

⁵ I pensieri automatici negativi o bias cognitivi, sono delle distorsioni nell'elaborazione delle informazioni relative agli eventi, alle persone e a sé, che si attivano automaticamente in specifiche circostanze e sono legati a determinate risposte comportamentali e affettive (Wells, 1997).

Contemporaneamente si è proceduto con l'individuazione delle credenze alla base delle distorsioni cognitive che, essendo rigide ed estreme, rendevano faticoso lo sviluppo di una modalità di pensiero competitiva influenzando negativamente la sua autostima. Si è deciso di utilizzare la tecnica della freccia discendente (Beck, 1995) per meglio comprendere tali aspetti, partendo dai pensieri automatici precedentemente emersi. Di seguito, un esempio di quanto avvenuto in seduta:

Terapeuta: «Cosa significherebbe per lei correre in bagno mentre è con altre persone o in ufficio?».

Dario: «Farei una figuraccia... i colleghi penserebbero che non so fare una cosa che anche un bimbo di 3 anni sa fare».

Terapeuta: «Cosa rappresenta per lei fare una figuraccia?».

Dario: «Mi vergognerei tantissimo e mi sentirei umiliato».

Terapeuta: «Cosa significherebbe questo per lei?».

Dario: «Che non vado bene... che sono meno degli altri».

Terapeuta: «Se non riuscisse a evitare di andare in bagno con urgenza un giorno, cosa significherebbe per lei?».

Dario: «Che non sono stato abbastanza attento, non sono stato bravo».

Sono emerse alcune credenze di base legate al senso di inadeguatezza quali «se non riesco a controllare il mio intestino, non valgo nulla», «questa malattia mi fa sentire inadatto», come anche al controllo: «se sto attento ai segnali dell'intestino posso controllarlo», «è meglio preoccuparsi al peggio, così sarò preparato». Successivamente abbiamo provveduto alla loro ristrutturazione attraverso l'individuazione di prove a favore e contro, come riportato in seguito rispetto alla credenza sul controllo.

CREDENZA: «Se sto attento ai movimenti intestinali posso controllare il mio corpo evitando di avere un attacco di dissenteria».

PROVE A FAVORE: controllando continuamente evito di farmela addosso.

PROVE A SFAVORE: l'attenzione sul corpo aumenta la percezione delle mie sensazioni intestinali, anche quelle fisiologicamente normali, mandandomi in allerta.

Con il passare del tempo Dario è diventato sempre più abile a individuare spiegazioni alternative e ciò gli ha permesso di affrontare le situazioni problematiche con minore disagio.

Interrompere i circoli viziosi dell'ansia: esposizione e desensibilizzazione sistematica

Esposizione alla parola «cacca»

Una delle prime esposizioni in cui Dario è stato coinvolto, ha riguardato la parola «cacca». Il paziente sin dal primo colloquio tende a evitare questa parola,

o eventuali sinonimi, sostituendoli con «accesso al bagno», «quella roba lì», «bisogni». Questi evitamenti sono determinati da un senso di imbarazzo e vergogna nei confronti del proprio disturbo.

È stata quindi dedicata una seduta a questo aspetto: Dario è stato coinvolto in conversazioni, role-playing e nella visione di video in merito all'argomento. All'inizio della seduta, prima dell'esposizione, il disagio provato è stato valutato 80 su 100 scala SUD. Al termine della seduta il livello di disagio percepito è di 10 su 100 SUD.

Esposizione ai pensieri intrusivi

Quando abbiamo iniziato a lavorare sui pensieri automatici, Dario ha mostrato una forte attivazione emotiva che ha reso inizialmente molto difficoltoso intervenire su tale aspetto. Al fine di ridurre la componente emotiva connessa a determinati aspetti cognitivi e favorirne il distacco, si è deciso di indurre la saturazione dei pensieri intrusivi legati alla Sindrome dell'Intestino Irritabile.

Abbiamo quindi registrato sul suo cellulare i pensieri ricavati dall'analisi funzionale così che potesse ascoltarli più volte durante la giornata. Insieme abbiamo stabilito che avrebbe dovuto ascoltare la registrazione due volte al giorno, annotare sul diario il livello di disagio esperito durante l'ascolto su una scala SUD con valori da 0 a 100 ed eventuali pensieri precedenti e successivi all'esposizione. La registrazione è stata ascoltata in loop così da permettere all'ansia di decadere spontaneamente, stabilendo che l'ascolto sarebbe stato interrotto solo quando l'ansia registrata alla scala SUD fosse scesa a livello 20-30. L'esposizione è stata svolta tutti i giorni per circa 15 giorni.

In seguito a queste due settimane di esposizione Dario ha acquisito un adeguato distacco emotivo dai propri pensieri disfunzionali; questo ci ha permesso di lavorare sul versante cognitivo del problema attraverso la ristrutturazione cognitiva.

Gestione dei comportamenti

In questa fase ci siamo concentrati sulla riduzione dei comportamenti che nel corso degli anni hanno contribuito a rafforzare e mantenere la sintomatologia della Sindrome dell'Intestino Irritabile. In particolare, Dario era solito slacciarsi la cintura dei pantaloni, schiacciarsi e/o tenersi la pancia, stringere i glutei e immobilizzarsi quando non gli era possibile accedere al bagno e portare con sé i fermenti lattici. Inoltre, tendeva a prestare perennemente attenzione ai movimenti intestinali e ai rumori provenienti da questa parte del corpo incrementando ulteriormente il livello di attivazione ansiogena. Abbiamo lavorato su tre fronti.

1. *Ridurre l'attenzione prestata ai segnali corporei.* Dario è sempre stato ipervigile rispetto a eventuali movimenti o rumori provenienti dalla pancia. Il minimo cambiamento percepito, soprattutto dopo i pasti, aumentavano l'ansia e la preoccupazione in merito alla possibilità di stare male o farsela addosso. Abbiamo quindi deciso di provare a definire un «finestra della preoccupazione» ovvero un momento fisso della giornata in cui avrebbe potuto dedicarsi alla preoccupazione e ai sintomi. Al di fuori di questo gamma il paziente si sarebbe impegnato nell'utilizzo di tecniche distrattive e di un pensiero competitivo.
2. *Eliminare i comportamenti protettivi.* Dario metteva in atto una serie di comportamenti tesi a controllare il «corretto funzionamento dell'intestino» o a prevenire eventuali disagi, ad esempio, recarsi in bagno non appena percepiva qualche movimento intestinale qualora si trovasse a casa o portare con sé i fermenti lattici. Per modificare questo meccanismo gli ho chiesto di provare a rimandare l'esecuzione dei comportamenti sopracitati di alcuni minuti. Abbiamo creato un programma graduale che prevedeva un ritardo nell'attuazione dei vari comportamenti di 2 minuti nella prima settimana, di 4 minuti nella seconda, di 8 minuti nella terza, 16 minuti per la quarta settimana, 20 nella quinta e 30 minuti nella sesta settimana. Per eliminare il comportamento di stringere i glutei abbiamo deciso che provasse a mettere in atto un comportamento alternativo/opposto ovvero muoversi o muovere gli arti inferiori. All'inizio della prima settimana il livello di disagio esperito e riportato nei diversi report settimanali risultava molto alto (80/100), per poi attenuarsi nel corso dei giorni successivi (40/100). Quando abbiamo iniziato la settimana di dilazione della risposta a 30 minuti, Dario era molto motivato per i successi raggiunti e il livello di ansia sperimentato alla prima esposizione era di 5/10. Abbiamo inoltre concordato che non portasse con sé i fermenti lattici quando avrebbe mangiato fuori casa e che evitasse di farsi comunicare il menù quando invitato a casa di amici o parenti.
3. *Diminuire il tempo passato in bagno la mattina.* Dario era solito passare 50 minuti in bagno la mattina, prima di uscire di casa, anche in assenza di una reale esigenza di defecare ma «solo per uscire sicuro di aver svuotato tutto e riuscire ad arrivare al lavoro senza farsela addosso o rischiare di dover andare in bagno fuori casa». Questo comportamento provocava enormi disagi sia al paziente sia alla compagna, diventando spesso motivo di scontri mattutini. Insieme a Dario abbiamo stilato un programma di riduzione graduale del tempo in bagno, abolito l'uso del telefonino o di qualsiasi altro intrattenimento in quella situazione, eliminando quindi qualsiasi rinforzo positivo. Data la difficoltà di gestione del tempo abbiamo deciso di utilizzare un timer che gli comunicasse quando interrompere l'attività. Nella prima settimana di training è stata rilevata una notevole difficoltà a interrompere l'attività di «apparente defecazione» che lo ha portato a non rispettare le tempistiche concordate.

A Dario è stata consegnata una tabella di automonitoraggio in cui annotare i minuti passati in bagno, il livello di disagio percepito, i pensieri e l'uso del feedback esterno (sveglia). Il tempo passato in bagno è stato diminuito gradualmente di 5 minuti ogni settimana/dieci giorni fino ad arrivare a 15 minuti giornalieri. Il passaggio da uno step all'altro è stato effettuato in relazione all'automonitoraggio di Dario sul livello di ansia percepito ($< 30/100$) e sull'utilizzo o meno della sveglia. Nonostante le prime difficoltà è riuscito a scalare di 5 minuti a settimana e a eliminare completamente l'utilizzo della sveglia.

Esposizione alle situazioni temute

Dario evitava o affrontava con enorme disagio molte situazioni sociali o luoghi pubblici. Evitava di fare viaggi, per vacanza e/o lavoro, di usare i bagni esterni alla propria abitazione e di frequentare qualsiasi luogo in cui l'accesso ai bagni fosse impossibile o difficoltoso. Si è quindi deciso di procedere con l'esposizione in vivo e in immaginazione ad alcune situazioni e stimoli ansiogeni. È stato necessario creare varie gerarchie essendo le situazioni temute molto diverse tra loro.

Con alcune situazioni, come ad esempio usare i bagni dell'ufficio, abbiamo eseguito sia l'esposizione in immaginazione sia in vivo, per altre, quali per esempio mangiare cibo spazzatura (Mc Donald, si veda la Tabella 7), bere bevande gassate, ecc., abbiamo pianificato direttamente l'esposizione in vivo. Dopo i primi successi, Dario ha iniziato a essere estremamente motivato, la sua autostima e il senso di autoefficacia sono aumentati parallelamente alle esposizioni. Questo lo ha reso molto più sicuro di sé, della sua capacità di trattenerci e di fronteggiare le situazioni.

Tabella 7

Esempio di scala SUD costruita con Dario durante il trattamento

| SITUAZIONE | SUD |
|---------------------------------------------------------------------|-----|
| Andare al Mc Donald per accompagnare un amico senza mangiare | 10 |
| Mangiare un'insalata mista | 20 |
| Mangiare un panino | 30 |
| Mangiare una porzione di patatine fritte piccole | 40 |
| Mangiare una porzione di patatine piccole e le salse (senza bibite) | 50 |
| Mangiare un panino e bere una coca cola piccola | 60 |

| SITUAZIONE | SUD |
|---------------------------------------|-----|
| Mangiare un intero Happy Meal | 70 |
| Mangiare un Mc Menù grande | 80 |
| Mangiare un Mc Menù grande con salse | 90 |
| Mangiare un Mc Menù grande con gelato | 100 |

Desensibilizzazione sistematica

Infine, si è deciso di utilizzare la desensibilizzazione sistematica (DS, Wolpe, 1958) per favorire la gestione di quelle situazioni considerate dal paziente particolarmente ostiche, come il concerto dei Foo Fighter e la vacanza in Thailandia.

Poco dopo la conclusione del training in studio, Dario è andato al concerto a Firenze. Al ritorno mi confida «sono riuscito a gestire la situazione con serenità, ho mangiato e bevuto senza torturarmi troppo la testa e mi sono goduto il concerto! Ho avuto qualche fastidio, ma ho usato le tecniche distrattive e l'ansia leggera che mi è venuta è scomparsa».

Training di comunicazione assertiva

Nel corso delle sedute è emerso che Dario manifesta un comportamento passivo. Nello specifico riferisce difficoltà a prendere decisioni autonome, soprattutto in ambito lavorativo, a esporre i propri bisogni, a dire di «no» e a sostenere il confronto.

Sulla base di tali considerazioni ho deciso di svolgere un training sulla comunicazione assertiva attraverso l'uso di role-palyng. Dopo qualche seduta di allenamento in studio, ha iniziato a sperimentarsi nella quotidianità dapprima con persone familiari e successivamente in ambito lavorativo.

Prevenzione delle ricadute

A questa fase sono state dedicate due sedute nel corso delle quali abbiamo messo a confronto la situazione all'inizio del percorso con quella attuale e cercato di normalizzare la possibilità che i sintomi della Sindrome dell'Intestino Irritabile potessero ripresentarsi in situazioni future. È stato importante sfatare alcune credenze errate del paziente rispetto al processo di guarigione. Dario, come molti altri pazienti, credeva che il processo di guarigione fosse lineare, ovvero che una volta acquisite le strategie per contrastare la sintomatologia questa non

potesse ripresentarsi nuovamente. Sottolineargli che, al contrario, l'andamento della sintomatologia è un percorso caratterizzato da fasi di miglioramento e di ricomparsa dei sintomi, è stato per lui molto utile.

Dario infatti ha iniziato a pensare a possibili momenti di difficoltà legati alla Sindrome dell'Intestino Irritabile non come fallimenti personali o recidive ma come fasi normali di un processo di «guarigione», in cui avrebbe avuto la possibilità di fare ricorso alla sua «cassetta degli attrezzi». Infine, abbiamo stilato una lista di potenziali stressors e concordato sull'importanza di svolgere quotidianamente «esercizi di mantenimento», in particolare esposizioni alle situazioni ansiogene, applicando le strategie apprese.

Esiti della terapia

Al termine della terapia Dario ha acquisito le strategie di gestione della Sindrome dell'Intestino Irritabile, una maggiore fiducia in se stesso e nelle proprie abilità e maggiore autonomia in vari contesti: lavorativo, sociale e personale. Ha incrementato le occasioni sociali con amici, colleghi e parenti, ridotto il tempo passato in bagno la mattina prima di uscire di casa e ripreso a utilizzare i bagni extradomestici. Dario è riuscito a raggiungere gli obiettivi, a breve, medio e lungo termine che si era prefissato all'inizio del percorso terapeutico. Per monitorare e confermare i risultati raggiunti ho somministrato nuovamente il «CBA 2.0 scale primarie» (Sanavio et al., 1997) e il «Questionario Roma IV per i disturbi gastrointestinali funzionali nell'adulto» della Fondazione Roma (Rome Foundation, 2016; Drossman, 2006), così da avere una valutazione oggettiva al termine del lavoro svolto. I risultati della valutazione psicodiagnostica pre e post-trattamento, sono riportati nelle Tabelle 8 e 9.

Tabella 8

Confronto qualitativo delle risposte fornite da Dario nel «Questionario Roma IV per i disturbi gastrointestinali funzionali nell'adulto» della Fondazione Roma (Rome Foundation, 2016; Drossman, 2006) pre e post-trattamento

| Questionario Roma IV per i disturbi gastrointestinali funzionali nell'adulto (Rome Foundation, 2016; Drossman, 2006) | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRETRATTAMENTO | POST-TRATTAMENTO |
| Dall'analisi qualitativa delle risposte date si evidenzia una sintomatologia che compare tutti i giorni, con una probabilità di dolore addominale dell'80% | Dall'analisi qualitativa delle risposte date si evidenzia una riduzione significativa della sintomatologia che compare una volta al mese e con una probabilità di dolore addominale ridotta al 10% |

Tabella 9

Risultati di quanto emerso dalla somministrazione del «CBA 2.0 scale primarie» (Sanavio et al., 1997) pre e post-trattamento

| Cognitive Behavioural Assessment Batteria CBA 2.0 Scale Primarie (Sanavio et al., 1997) | PRETRATTAMENTO | | POST-TRATTAMENTO | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| | SCHEDA RISULTATI DELLE SCALE PRIMARIE | punteggio grezzo | rango percentile | punteggio grezzo |
| ANSIA DI STATO (STAI X1) | 38 | 50° | 34 | 35° |
| ANSIA DI TRATTO (STAI X2) | 36 | 40 | 32 | 25° |
| INTROVERSIONE/ESTROVERSIONE (EPQ/R-E) | 10 | 75-80° | 10 | 75-80° |
| STABILITÀ EMOZIONALE (EPQ/R-N) | 1 | 10-15° | 1 | 10-15° |
| DISADATTAMENTO/ANTISOCIALITÀ (EPQ/R-P) | 4 | 90-95° | 5 | 90-95° |
| DESIDERABILITÀ SOCIALE (EPQ/R-L) | 3 | 10° | 2 | 3-5° |
| DISTURBI PSICOFISIOLOGICI (QPF/R) | 44 | 60° | 35 | 15° |
| PAURE (IP-F) | 26 | 10° | 16 | 3° |
| PAURE (IP-PH) | 1 | 40° | 0 | 12,5° |
| (IP 1) | 1 | 1° | 1 | 1° |
| (IP 2) | 19 | 70° | 11 | 30° |
| (IP 3) | 2 | 25-30° | 2 | 25-30° |
| (IP 4) | 4 | 70° | 0 | 1-20° |
| (IP 5) | 1 | 15° | 1 | 15° |
| DEPRESSIONE (QD) | 0 | 1-10° | 0 | 1-10° |
| OSSESSIONI E COMPULSIONI (MOCQ/R) | 0 | 1-3° | 0 | 1-3° |
| (MOCQ/R-1) | 0 | 1-5° | 0 | 1-5° |
| (MOCQ/R-2) | 0 | 1-10° | 0 | 1-10° |
| (MOCQ/R-3) | 0 | 1-35° | 0 | 1-35° |
| ANSIA DI STATO (STAI X3) | 15 | 25-30° | 15 | 25-30° |
| (STAI-DIFF) | -4 | 10° | 1 | 55-60° |
| Indice STAI-ACC | 0 | Nella norma | 0 | Nella norma |
| Indice IR | 6 | Protocollo valido | 6 | Protocollo valido |

Follow-up

Sono stati eseguiti due follow-up a distanza di 2 e 4 mesi dall'ultima seduta. Nel corso del primo follow-up Dario riferisce di essere riuscito ad andare in Thailandia per 3 settimane e di aver ampliato la sua cerchia di attività: ha iniziato a frequentare un gruppo di ragazzi che ogni settimana si ritrova in un locale diverso di Torino per fare giochi di ruolo e ad andare in palestra. Nell'ultimo follow-up, mi racconta di aver acquisito, da circa un mese, la nuova mansione lavorativa e di aver cominciato a viaggiare spesso, in Italia e in Europa. Racconta di essere riuscito a gestire con efficacia una ricaduta conseguente a un'influenza intestinale, di aver iniziato i preparativi per il matrimonio andando a mangiare in vari ristoranti, e di aver mantenuto il tempo passato in bagno la mattina a 15 minuti.

La relazione terapeutica

La relazione terapeutica è stata molto positiva e collaborativa sin dall'inizio. Da subito il paziente si è mostrato motivato e partecipe.

L'aspetto che credo abbia svolto un ruolo importante nella creazione della relazione di fiducia è stato il riconoscimento e la validazione della sintomatologia. Dario si è sempre sentito un «malato immaginario» e questo lo ha portato a minimizzare i propri problemi, vivendoli con estremo imbarazzo. L'esperienza di validazione, insieme all'ascolto empatico, hanno permesso di creare un clima in cui riuscisse a riportare stati cognitivi ed emotivi che generalmente tendevano a rimanere inespressi perché fonte di imbarazzo e vergogna. Tutto ciò ha favorito la collaborazione di Dario anche davanti a situazioni difficili, portandolo ad affidarsi a quanto suggerito dal terapeuta. Nonostante ciò, si sono presentati momenti critici che, si sono rivelati un'occasione per incrementare la motivazione a continuare il percorso. Attraverso l'uso dei rinforzi positivi, delle tecniche motivazionali e dell'ascolto empatico è stato possibile risolvere questi momenti e continuare il percorso nella direzione prestabilita.

Conclusioni

Dario ha iniziato la terapia con molta motivazione ma scarsa consapevolezza rispetto al suo funzionamento e al ruolo attivo da lui svolto nel mantenimento della sintomatologia. Ciò nonostante, il trattamento ha avuto un esito positivo con il raggiungimento di tutti gli obiettivi prefissati. A distanza di sei mesi dalla fine del trattamento il paziente ha incrementato le occasioni sociali, ridotto il tempo passato in bagno la mattina, ripreso a utilizzare i bagni extradomestici e a viaggiare per lavoro. Ha inoltre acquisito maggiore conoscenza del suo disturbo

riuscendo a gestire le occasionali ricadute e appreso nuove modalità di gestione di sé nelle relazioni sociali, con effetti positivi sull'autostima personale.

Il presente caso fornisce un'evidenza dell'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale in soggetti che soffrono di Sindrome dell'Intestino Irritabile, ponendosi come valida alternativa alla terapia farmacologica non sempre efficace su questi pazienti a causa delle scarse conoscenze relative all'eziologia del disturbo.

Bibliografia

- Afzal, M., Potokar, J. P., Probert, C. S., & Munafò, M. R. (2006). Selective processing of gastrointestinal symptom-related stimuli in irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, *68*, 758-761.
- APA (2013). *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fifth Edition, American Psychiatric Publishing, Washington, DC. Trad. it., *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore. Traduzione italiana della Quinta edizione di Francesco Saverio Bersani, Ester di Giacomo, Chiarina Maria Inganni, Nidia Morra, Massimo Simone, Martina Valentini.
- Basnayake, C. (2018). Treatment of irritable bowel syndrome. *Australian Prescriber*, *41*, 145-149.
- Biondi, M. (2000). *Terapie di Rilassamento. Enciclopedia Medica Italiana, Aggiornamenti II, Tomo III*, Firenze: USES.
- Biondi, M., & Pancheri, P. (1992). *Dallo stress ai disturbi d'ansia: patologie del sistema psico-comportamentale. Clinica dei Disturbi d'Ansia*. Roma: Il pensiero Scientifico.
- Bradford, K., Shih, W., Videlock, E. J., Presson, A. P., Naliboff, B. D., Mayer, E. A., & Chang, L. (2012). Association between early adverse life events and irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology Hepatology*, *10*, 385-90. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22178460>.
- Bray, B. D., Nicol, F., Penman, I. D., & Ford, M. J. (2006). Symptom interpretation and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *British Journal of General Practice*, *56*, 122-126. <https://europepmc.org/article/med/16464326>.
- Beck, J. S. (2013). *La Terapia cognitivo-comportamentale*. Roma: Astrolabio.
- Canavan, C., West, J., & Card, T. (2014). The epidemiology of irritable bowel syndrome. Review. *Clinical Epidemiology*, *6*, 71-80.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(1), 7-18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9489259>.
- Chang, F. Y. (2014). Irritable bowel syndrome: The evolution of multi-dimensional looking and multidisciplinary treatments. *World Journal Gastroenterology*, *20*, 2499-2514. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24627587>.
- Drossman, D. A. (2006). The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*, *130*, 1377-1390. [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(06\)00503-8](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(06)00503-8).
- Dunlap, L. J., Mackner, J. M., Jaccard, J., Radziwon, C., Brenner, D. M., Firth, R. S., Gudleski, G. D., Katz, L., Keefer, L., Krasner, S. S., Ma, C. X., Sitrin, M. D., Tahiliani, V., & Hamilton, F. A. (2018). Clinical and cost effectiveness of minimal-contact versus standard cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome: Results of the IBS Outcome Study (IBSOS). *Gastroenterology*, *154*, S497-S498.
- El-Salhy, M., Gundersen, D., Helge-Gilja, O., Hatlebakk, J. G., & Hausken, T. (2014). Is irritable bowel syndrome an organic disorder? *World Journal Gastroenterology*, *20*, 384-400. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3923014>.

- Eriksson, E. M., Andrén, K. I., Kurlberg, G. K., & Eriksson, H. T. (2015). Aspects of the non-pharmacological treatment of irritable bowel syndrome. *World Journal Gastroenterology*, 21, 11439-11449. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4616219>.
- Flik, C. E. A., Van Rood, Y. R., & De Wit, N. J. (2015). Systematic review: Knowledge and educational needs of patients with irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 27, p. 4.
- Grundmann, O., & Yoon, S. L. (2014). Complementary and alternative medicines in irritable bowel syndrome: An integrative view. *World Journal of Gastroenterology*, 20, 346-362. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24574705/>.
- Halpert, A. (2018). Irritable bowel syndrome: Patient-provider interaction and patient education. *Journal of Clinical Medicine Review*, 7, 3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5791011>.
- Hauser, G., Pletikosic, S., & Tkalcic, M. (2014). Cognitive behavioral approach to understanding irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, 20, 6744-6758. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4051915>.
- Hunt, M., & Beck, A. T. (2016). *Reclaim Your Life from IBS. A scientifically proven plan for relief without restrictive diets*. Sterling.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation: A physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice*. Chicago: University of Chicago Press.
- Maichnebaum, D. (1991). *Al termine dello stress*. Trento: Erickson.
- Kenwright, M., McDonald, J., & Janjua, K. (2017). Does symptoms of irritable bowel syndrome improve when patients receive cognitive behavioural therapy for co-morbid anxiety disorders in a primary care psychological therapy (IAPT) service? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45, 433-447. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28478779>.
- Lackner, J. M., Jaccard, J., Keefer, L., Brenner, M. D., Firth, R. S., Gudleski, G. D., Hamilton, F. A., Katz, L. A., Krasner, S. S., Ma, C. X., Radziwon, C. D., & Sitrin, M. D. (2018). Improvement in gastrointestinal symptoms after cognitive behavior therapy for refractory irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 155, 47-57.
- Lackner, J. M., Jaccard, J., Keefer, L., Firth, R. S., Radziwon, C. D., Hamilton, F. A., Katz, L. A., Keefer, L., Krasner, S. S., Ma, C. X., Sitrin, M. D., & Brenner M. D (2019). Durability and decay of treatment benefit of cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome: 12-month follow-up. *American Journal of Gastroenterology*, 114, 330-338.
- Lee, C., Doo, E., Min Choi, J., Jang, S., Ryu, H. S., Yup Lee, J., Hwan Oh, J., Ho Park, J., & Sung, K. (2017). The increased level of depression and anxiety in irritable bowel syndrome patients compared with healthy controls: Systematic review and meta-analysis. *Journal Neurogastroenterology and Motility*, 23, 349-362. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28672433>.
- Martin, G., & Pear, J. (2000). *Strategie e tecniche per il cambiamento. La via comportamentale*. Ed. Italiana a cura di Moderato P. e Rovetto F. Milano: McGraw-Hill.
- Mahvi-Shirazi, M., Fathi-Ashtiani, A., Rasoolzade-Tabatabaei, S. K., & Amici, M. (2012). Irritable bowel syndrome treatment: cognitive behavioral therapy versus Medical treatment. *Archives of Medical Science*, 8, 123-129. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3309448>.
- Meazzini, P. (A.a.1975/1976). *La tecnologia del comportamento. Applicazioni cliniche e scolastiche delle teorie del comportamento*. S. Daniele del Friuli: Grafiche Buttazzoni.
- Montano, A., & Vitale, S. (2016). *La sindrome del Colon Irritabile. Affrontare la colite con la terapia cognitive-comportamentale*. Firenze: Eclipsi Editore.
- Nicholl, B. I., Halder, S. L., Macfarlane, G. J., Thompson, D. G., O'Brien, S., Musleh, M., & McBeth, J. (2008). Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome-results of a large prospective population-based study.

- Pain*, 137, 147-155. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17928145>.
- Oudenhove, L. V., Crowell, M. D., Levy, R. L., & Drossman, D. A. (2016). Biopsychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders: How central and environmental processes contribute to the development and expression of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 150, 1355-1367. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27144624>.
- Pope, A., McHale, S., & Craighead E. (2002). *Migliorare l'autostima*. Trento: Erickson.
- Rolla, E. (1989). *Rilassamento e Autocontrollo*. Torino: Centro Mayer.
- Rovetto, F. (2003). *Panico. Origini, dinamiche, terapie*. Milano: MacGraw-Hill Education.
- Sánchez, B. S., Roales-Nieto, J. G., Ferreira, N. B., Gil, L. B., & Domingo, J. J. S. (2017). New psychological therapies for irritable bowel syndrome: mindfulness, acceptance and commitment therapy (ACT). *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*, 109, 648-657. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28724306>.
- Sanavio, E., Bertolotti, G., Michielin, P., Vidotto, G., & Zotti, A. M. (1997). *CBA-2.0 Cognitive Behavioural Assessment 2.0, Scale Primarie. Manuale. Una batteria ad ampio spettro per l'assessment psicologico (2/ed)*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Schmulson, M. J., & Drossman, D. (2017). What is new in Rome IV. *Journal of Neurogastroenterology and motility*, 23 (2), 151-163.
- Surdea-Blaga, T., Băban, A., & Dumitrascu, D. L. (2012). Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, 18, 616-626. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3281218>.
- Surdea-Blaga, T., Băban, A., & Dumitrascu, D. L. (2016). Psychological interventions for irritable bowel syndrome. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases*, 25, 359-366. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27689201>.
- Wells, A. (1997). *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. Milano: McGraw-Hill.

Presentato il 12/05/2020, accettato per la pubblicazione il 14/09/2020

Mettiamo più moralità nella mindfulness

Mario Di Pietro¹

Sommario

Nel presente intervento vengono evidenziati alcuni aspetti critici concernenti l'inserimento della mindfulness nella prassi psicoterapeutica. Innanzitutto si vuol far notare che l'utilizzo in psicoterapia della mindfulness non è qualcosa di innovativo. Già da diversi decenni infatti la mindfulness è un elemento importante di vari approcci psicoterapeutici inclusa la terapia del comportamento ritenuta di «prima generazione». Inoltre è da considerare che la mindfulness è solo una delle otto componenti che costituiscono il percorso offerto dalla disciplina buddhista per superare la sofferenza. Quindi, malgrado il proliferare di scritti sulle applicazioni della mindfulness in ambito clinico, il concetto di mindfulness che viene solitamente presentato è piuttosto limitato e non riflette la complessità che tale pratica ha nel buddhismo e il suo collegamento con la moralità. Questo potrebbe anche aver ostacolato l'uso del suo pieno potenziale nella pratica clinica. Infine si vuol far notare quanto la commercializzazione cui è andata incontro la mindfulness sia qualcosa di estraneo allo spirito stesso della mindfulness. Tale deriva commerciale è stata facilitata dal fatto che in occidente non si è dato alla moralità quella centralità che essa ha nella disciplina buddhista da cui la mindfulness è stata estrapolata.

Parole chiave

Mindfulness, Presenza mentale, Moralità, Etica, Buddhismo, Meditazione, Dharma, Psicoterapia.

¹ Istituto di Terapia Cognitiva e Comportamentale - Padova.

Let's put more morality into mindfulness

Mario Di Pietro¹

Abstract

This intervention aims to highlight some aspects concerning the inclusion of mindfulness in psychotherapeutic practice. First of all, it is pointed out that the use of mindfulness in psychotherapy is not something so innovative. For several decades, mindfulness has been an important element of various psychotherapeutic approaches, including behavior therapy, deemed to be «first generation». Furthermore, mindfulness is only one of the eight components that make up the path offered by the Buddhist discipline to overcome suffering. So, despite the proliferation of writings on the applications of mindfulness in the clinical setting, the concept of mindfulness that is presented is rather limited and does not reflect the complexity that this practice has in Buddhism and its connection with morality. This may also have hindered the use of its full potential in clinical practice. Finally, we want to point out how the commercialization to which mindfulness has gone is something extraneous to the spirit of mindfulness itself. This commercial drift has been facilitated by the fact that in the West morality has not been given that centrality it has in the Buddhist discipline from which the practice of mindfulness has been extrapolated.

Keywords

Mindfulness, Morality, Ethics, Buddhism, Meditation, Dharma, Psychotherapy.

¹ Istituto di Terapia Cognitiva e Comportamentale - Padova.

Introduzione

Spesso accade che quando una procedura viene inserita nella pratica della psicoterapia, rapidamente il suo utilizzo viene arbitrariamente esteso a problematiche che non hanno niente in comune con quella su cui tale procedura era stata originariamente sperimentata. In breve essa viene trasformata in una panacea per curare tutti i possibili mali. Questo è accaduto anche con la mindfulness, che in questi ultimi anni è diventata talmente diffusa tra gli addetti alla salute mentale da poter essere considerata una sorta di aspirina della psicoterapia.

Il numero di articoli concernenti le applicazioni della mindfulness nell'ambito della salute mentale è vertiginosamente aumentato nel corso di questi ultimi due decenni. Chiunque provi a digitare la parola mindfulness in un qualsiasi database di articoli scientifici per una ricerca riguardante gli anni dal 2001 al 2020 ne ricaverà una curva esponenziale. Ma se esaminiamo la metodologia di ricerca applicata, molti di questi articoli sono lontani da fornire dati certi sull'efficacia in ambito clinico degli interventi basati sulla mindfulness.

La mindfulness nella terapia cognitivo comportamentale, innovazione o riscoperta?

I corsi sulla mindfulness sono ormai diventati così diffusi da essere tra gli eventi formativi che vengono più frequentemente proposti. Chi ha la sventura di essere incluso in qualche particolare mailing-list sarà sommerso settimanalmente da proposte di corsi sulla mindfulness. Perfino uno dei più noti siti commerciali, Groupon, propone corsi in sconto per conseguire il patentino di istruttore di mindfulness. In realtà ben pochi di questi corsi sono direttamente collegati ai protocolli *Mindfulness-based cognitive therapy* o *Mindfulness-based stress reduction*, ma seguono una logica del profitto sfruttando la moda del momento. Ormai il termine mindfulness è diventato quasi un marchio commerciale e se nessuno ha ancora messo il simbolo ® alla mindfulness è solo perché sarebbe difficile espropriarla a Gautama il Buddha dopo 2500 anni.

Un fatto che viene spesso ignorato è che in realtà la mindfulness ha fatto la sua comparsa in ambito psicoterapeutico più di mezzo secolo fa, anche se non veniva chiamata mindfulness, ma semplicemente meditazione, oppure, tra alcuni studiosi, veniva indicata usando l'espressione «presenza mentale», che è semplicemente la traduzione italiana del termine inglese mindfulness.

È discutibile il fatto di considerare l'introduzione della mindfulness in psicoterapia un'innovazione apportata dalla terapia cognitivo comportamentale di terza generazione, dal momento che questa pratica la trovavamo già adottata anche da terapeuti di impostazione comportamentale che dovrebbero essere

considerati di prima generazione, quali Padmal De Silva (1984, 1985, 1990), David Fontana (1991), Maurits Kwee (1990) tanto per citarne alcuni dei più noti. Risale probabilmente al 1990 la prima raccolta di studi sulla meditazione dal punto di vista della prospettiva cognitivo comportamentale (Kwee, 1990). In tale volume venivano presentati studi sulle applicazioni di pratiche meditative in vari ambiti: l'autocontrollo, la gestione dello stress, la psicologia della salute, la crescita personale.

All'interno della psicoterapia umanistica la pratica della mindfulness era ancora più diffusa fin dagli anni Settanta del secolo scorso (Assagioli, 1973; Carrington, 1977; West, 1987). In quel periodo in Giappone lo psichiatra Tomio Hirai (1978) pubblicava un volume sulle applicazioni della pratica dello Zen in vari ambiti della salute fisica e mentale passando in rassegna vari studi sull'argomento. Quindi non c'è niente di così innovativo nella terapia cognitiva basata sulla mindfulness, anzi sarebbe da chiedersi come mai certi terapeuti cognitivisti sono arrivati così tardi a scoprire la mindfulness.

Possibili limiti dell'applicabilità della mindfulness

Un altro aspetto da considerare, per quanto riguarda l'inserimento della mindfulness nella prassi psicoterapeutica, è che a volte la parte più strettamente meditativa di questa procedura può essere perfino controindicata per alcuni pazienti. Purtroppo non esistono ancora studi controllati che indichino quando e perché un paziente non trae giovamento dalla mindfulness, né tantomeno che indichino quando essa può essere inapplicabile o addirittura nociva.

Tuttavia i maestri che insegnano la pratica della mindfulness secondo la tradizione buddhista suggeriscono che se una persona presenta gravi disturbi psichici è bene che si sottoponga a una terapia psicologica prima di intraprendere questo cammino, in quanto se ci accosta a tale pratica con una mente disturbata ne può risultare un maggiore scompenso psichico (Dhammananda, 1996). Patricia Carrington (1977) riportava casi di pazienti con personalità disturbate che peggioravano notevolmente in seguito ad avventate pratiche di meditazione intensiva.

Diversi anni fa una psicoterapeuta comportamentale, Raffaella Arrobbio, tra i primi a usare in Italia la meditazione all'interno della psicoterapia comportamentale, scriveva:

L'atteggiamento «meditazione = psicoterapia» non soltanto favorisce l'insorgere eventuale di psicopatologie o l'aggravarsi di problemi emotivi preesistenti, ma è inoltre un esempio di quell'atteggiamento arcaico secondo cui la cura del corpo e quella dell'anima sono divaricate (Arrobbio, 1989, p. 43).

Il Dalai Lama e Paul Ekman (2010) in un loro testo riguardante il rapporto tra meditazione e gestione delle emozioni citavano le conclusioni a cui era giunto Clifford Saron, il quale, dopo aver effettuato varie ricerche sulla pratica della mindfulness in ambito clinico, riportava che la meditazione non può sostituire un adeguato trattamento psicologico o psichiatrico, sebbene possa rappresentare un elemento accessorio importante.

Anche Albert Ellis, che molto aveva attinto dal buddhismo nello stabilire le basi del suo metodo di psicoterapia, aveva espresso alcune riserve verso una pratica troppo intensiva della mindfulness in ambito clinico (Ellis, 2003):

Le procedure di meditazione possono risultare molto utili perché riescono temporaneamente a tagliar fuori preoccupazioni e catastrofismo. Esse, però, rischiano facilmente di venir condotte sino a estremi non produttivi e portare ad atteggiamenti di malsana passività [...] Ho visto numerosi pazienti che avevano meditato un'ora o due al giorno per parecchi anni ed erano ancora molto ansiosi. La REBT non usa quindi sistematicamente le tecniche buddhiste di meditazione e rilassamento. Io le uso talvolta in modo selettivo e non le spingo sino ai limiti estremi (p. 88).

Le origini della mindfulness

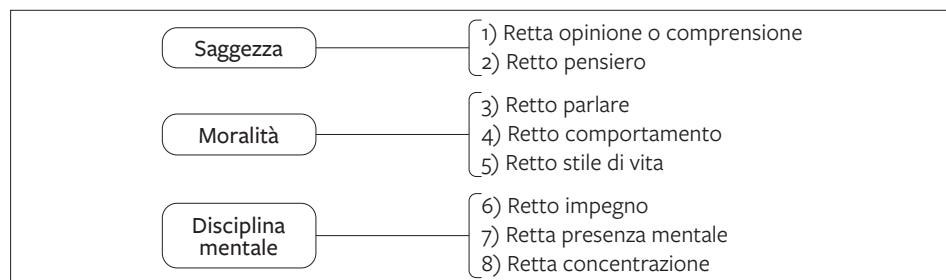
Nel buddhismo il percorso per raggiungere la fine dell'inquietudine e della sofferenza viene suddiviso in otto elementi che costituiscono il cosiddetto «ottuplice sentiero», detto anche «sentiero di mezzo» in quanto evita i due opposti estremi, da una parte la ricerca della felicità attraverso il soddisfacimento dei piaceri e dall'altra la ricerca della pace interiore attraverso l'auto-mortificazione ascetica.

L'ottuplice sentiero viene così denominato in quanto si suddivide in otto componenti che possono essere raggruppate in tre sezioni: saggezza, moralità e sviluppo mentale.

Questi elementi costitutivi della disciplina buddhista non vanno però intesi come separati e praticati in successione secondo l'ordine indicato nella figura 1. In realtà le componenti dell'ottuplice sentiero vanno sviluppate in modo il più possibile simultaneo.

Pertanto praticare la retta presenza mentale e la retta concentrazione implica praticare anche il retto comportamento e il retto stile di vita, in quanto questi elementi della disciplina sono tutti strettamente collegati e ognuno di essi aiuta l'altro a svilupparsi.

Esamineremo adesso le componenti dell'ottuplice sentiero al fine di inquadrare dove si colloca la mindfulness e il rapporto che questa ha con gli altri elementi della disciplina buddhista.

Figura 1

Suddivisione dell'ottuplice sentiero della disciplina buddhista.

La prima sezione, quella concernente la saggezza, riguarda la *retta comprensione* dei fenomeni che governano la vita quotidiana. Questo significa comprendere che l'esistenza umana è strettamente legata a sofferenza e frustrazioni e che vi è una relazione casuale tra la nostra sofferenza e la bramosia (*thana*, in lingua pali), ciò che, con un termine riferito a moderni schemi cognitivi, potrebbe essere indicato come pretesa assoluta o doverizzazione. La tradizione buddhista distingue la comprensione che deriva dalla conoscenza accumulata da quella che scaturisce da un profondo insight. La prima viene considerata «conoscenza conseguente» in quanto deriva dai dati accumulati nella mente e non viene considerata molto profonda. La vera comprensione è quella denominata «penetrazione» consistente nel vedere le cose nella loro natura in modo non giudicante, senza denominazioni o etichette (Walpolá, 2018).

Questa penetrazione diventa possibile solo quando la mente si libera dai condizionamenti e acquisisce una maggiore profondità di insight attraverso l'allenamento costante. Il *retto pensiero*, altra componente della saggezza, concerne soprattutto il superamento di cognizioni alimentate dalla bramosia. Il retto pensiero consente di superare varie forme di attaccamento (nel senso di dipendenza) e di raggiungere un certo distacco ed equanimità, mantenendo la mente libera da quei pensieri disfunzionali che alimentano sentimenti di paura, ostilità, depressione.

La moralità è il fulcro di tutto il percorso indicato dall'ottuplice sentiero ed è indispensabile per poter praticare in modo proficuo la retta consapevolezza e la retta presenza mentale (o mindfulness). Purtroppo questo è un aspetto trascurato dalla maggior parte di coloro che propongono corsi più o meno accelerati di mindfulness, omettendo questa componente indispensabile della disciplina buddhista. La moralità si basa sull'empatia e la compassione e comprende tre elementi dell'ottuplice sentiero: la retta parola, il retto comportamento e il retto stile di vita.

Retta parola sta a indicare l'astenersi da: ricorrere alla menzogna, essere falsi e manipolatori; usare la maldicenza, la calunnia e tutti quei contenuti verbali

attraverso i quali si comunica ostilità (che è diverso dal comunicare una sana indignazione); ricorrere a un linguaggio duro, brutale, offensivo e svalutante della persona; praticare il pettegolezzo, il chiacchierio futile o molesto.

Tutto questo implica essere pienamente consapevoli di ciò che si comunica, stando bene attenti a quanto viene detto e alle parole che si utilizzano, cercando di ricorrere a un linguaggio onesto anche se talvolta deciso, in breve si tratta di mettere in atto una sorta di ecologia comunicativa.

Pertanto, quando non si ha nulla di utile da dire è molto meglio mantenere un «nobile silenzio». Il Buddha afferma con estrema chiarezza ciò che potrebbe essere considerato un invito all'assertività: «Coloro che sanno usare la parola giusta non offendono nessuno, eppure dicono la verità; le loro espressioni sono chiare, mai violente, non si lasciano mai umiliare e non umiliano mai nessuno» (Martinelli, 1990).

Retto comportamento implica condurre una vita pacifica e onesta, e attivarsi per il bene di altre persone, evitando di arrecare in alcun modo danno ad altri. Saranno evitati pertanto comportamenti ingannevoli, prevaricanti, violenti, anche se è ammesso tutelare la propria incolumità fisica davanti a una minaccia. Assumendo un retto comportamento si eviterà di distruggere altre forme di vita, di rubare, di coinvolgersi in affari illegali, di avere rapporti sessuali illeciti, abusanti o innaturali. È da notare che violare il principio del retto comportamento non significa commettere peccato e attirarsi le sanzioni di qualche divinità. Le conseguenze di azioni immorali saranno a medio e lungo termine e si ripercuoteranno negativamente sul proprio benessere interiore.

Retto stile di vita significa soprattutto astenersi dal guadagnarsi da vivere attraverso attività che possono nuocere ad altri, come la vendita di droghe nocive, il traffico di uomini, la vendita di armi, l'usura, frodi commerciali e speculazioni finanziarie che impoveriscono altre persone. Chi si attiene a un retto stile di vita si guadagnerà da vivere attraverso attività oneste e cercherà di attivarsi per il bene delle persone senza danneggiare alcuno.

Questi tre elementi dell'ottuplice sentiero, retta parola, retto comportamento, retto stile di vita, costituiscono la moralità. Va inteso che la condotta etica insegnata dal buddhismo mira a promuovere una vita armoniosa e felice per l'individuo e per la società. La disciplina buddhista considera la moralità l'indispensabile fondamento per le realizzazioni più elevate conseguibili attraverso l'ottuplice sentiero (Walpola, 2018).

La sezione finale dell'ottuplice sentiero concerne la disciplina mentale ed è qua che troviamo la mindfulness, o retta presenza mentale, insieme al retto impegno e la retta concentrazione.

Il *retto impegno* precede la pratica della presenza mentale e implica l'energica determinazione a prevenire e superare stati mentali negativi quali avidità, ostilità, depressione, oltre che a facilitare lo sviluppo e il mantenimento di stati

mentali salutari. Naturalmente tutto ciò richiede un certo sforzo, ma questo è da intendere come forte determinazione, perseveranza e tenacia, piuttosto che una lotta snervante contro i propri impulsi e tendenze.

La *retta presenza mentale* (mindfulness) è una forma di attenzione vigile e consapevole, che viene spesso indicata, nella tradizione buddhista, come «pura attenzione». Bhikkhu Bodhi (1991), un maestro di meditazione della tradizione Therevada,¹ definisce così la pratica della presenza mentale:

La mente viene educata a rimanere nel momento presente, aperta, calma e sollecitata, tutta tesa all'esperienza dell'evento attuale. Giudizi e interpretazioni sono sospesi o, se si presentano, vengono registrati e subito abbandonati. La consegna è la pura osservazione di tutto ciò che si produce nel momento stesso in cui si produce... (p. 76).

La maggior parte degli esercizi di mindfulness che vengono utilizzati da psicoterapeuti all'interno della terapia cognitivo comportamentale derivano da quella pratica di meditazione buddhista nota come Vipassana.² Per allenare la mente alla presenza mentale si dirige l'attenzione all'attività del corpo, alle sensazioni, alle emozioni e alle attività della mente.

Un oggetto frequentemente utilizzato, ad esempio, è la sensazione associata all'inspirazione e all'espiazione nel corso del naturale processo respiratorio. Sedersi in silenzio prestando attenzione al respiro porta, con il tempo, allo sviluppo di chiarezza e calma.

In questo stato mentale è possibile discernere più obiettivamente tensioni, aspettative e umori abituali, e scioglierli con l'esercizio di un'investigazione delicata e al tempo stesso penetrante. Altro oggetto della presenza mentale possono essere le sensazioni e le emozioni. In questo caso si tratta di essere pienamente consapevoli di ogni stato d'animo nel momento in cui viene esperito, sia che si tratti di qualcosa di piacevole che di spiacevole, osservando con mente attenta ogni sensazione, nel momento in cui compare e nel momento in cui scompare. La presenza mentale può riguardare anche determinati contenuti mentali come idee, pensieri, ricordi, concetti.

Nella pratica buddhista della presenza mentale, l'attenzione focalizzata ha anche lo scopo di approfondire la comprensione della natura della mente. La funzione dell'oggetto di meditazione è quella di favorire la «pura attenzione» fornendo un punto di riferimento stabile che faciliti il riaffiorare di inclinazioni altrimenti celate dal flusso continuo di pensieri alimentati da automatismi mentali. Nella tradizione buddhista la pura attenzione viene intesa come la chiara

¹ Il sistema Therevada o scuola degli «Anziani». È considerato la forma originale e ortodossa del Buddhismo, accettato e seguito principalmente a Sri Lanka, Birmania, Thailandia, Laos.

² Vipassana è un termine in lingua Pali, la lingua originaria degli insegnamenti buddhisti. Potrebbe essere tradotto come «meditazione di visione profonda».

e semplice consapevolezza di ciò che sta realmente accadendo a noi e in noi, durante il susseguirsi dei momenti di percezione (Nyanaponika Thera, 1978).

La pratica della presenza mentale può essere esercitata in qualsiasi momento e mentre si svolgono varie attività. La meditazione che viene praticata stando seduti immobili per un certo periodo di tempo è solo un momento di allenamento intensivo che non può prescindere da una pratica estesa, trasferita nella vita di ogni giorno.

Il Buddha ha insegnato che è possibile sostenere la meditazione nel corso dell'attività quotidiana, e non solo quando si siede immobili in un certo luogo. Si può portare l'attenzione sul movimento del corpo, sulle sensazioni fisiche o sul flusso di pensieri e sentimenti che si avvicendano nella mente. È questa attenzione dinamica che costituisce la presenza mentale, o piena consapevolezza. Il Buddha ha spiegato che la presenza mentale si esprime in un'attenzione serena ed equanime. Benché centrata sul corpo e sulla mente, è un'attenzione spassionata, non vincolata ad alcuna specifica esperienza fisica o mentale. Così come un sogno si dilegua spontaneamente al risveglio, allo stesso modo la mente che si rischiarizza per effetto della consapevolezza non è più offuscata da pensieri ossessivi, paure e preoccupazioni.

Il terzo e ultimo elemento della disciplina mentale è la *retta concentrazione*. Tale termine nel contesto dell'ottuplice sentiero assume un significato molto diverso da quello che ha sia nel linguaggio comune, sia nell'ambito della psicologia. Del resto il termine originario in lingua Pali, *Samadhi*, è difficilmente traducibile nella maggior parte delle lingue occidentali. Il tipo di concentrazione a cui ci si riferisce nella tradizione buddhista è una sorta di totale assorbimento mentale che conduce a un'espansione della coscienza. Vengono indicati quattro livelli (*jhana*) di retta concentrazione o Samadhi che consentono di raggiungere una condizione in cui piacere e sofferenza spariscono, rimane solo uno stato di pura equanimità e pura consapevolezza (Walpola, 2018).

Il conseguimento di questa condizione va ben oltre gli intenti di una pratica della presenza mentale inserita in un contesto psicoterapeutico. Tuttavia, sebbene la consapevolezza sia lo strumento principale di un uso terapeutico della presenza mentale, è necessario essere adeguatamente formati su come applicare un approccio obbiettivo all'osservazione di se stessi e su come gestire ciò che la consapevolezza rivela.

Apprendimento e pratica della mindfulness

A questo punto si pone il problema di come apprendere la pratica della presenza mentale al fine di farne un uso terapeutico. Al riguardo è da notare che i più noti clinici che hanno introdotto per primi la presenza mentale, o mindfulness,

in psicoterapia avevano avuto un lungo training sotto la guida di un maestro di meditazione.

Marsha Linehan, ad esempio, prima di inserire la mindfulness all'interno della *Dialectical Behavior Therapy* aveva praticato per diversi anni la meditazione zen sotto la guida di un Roshi (maestro). Anche Steve Hayes, aveva avuto una lunga esperienza di pratiche meditative prima di mettere a punto il suo sistema di psicoterapia, *Acceptance and Commitment Therapy*, dove la mindfulness ha un ruolo determinante. Non è certo pensabile diventare esperti di mindfulness dopo un workshop della durata di un fine settimana.

Ma neanche un master di due anni può garantire una sufficiente preparazione se non ci si dedica regolarmente per molto tempo a una pratica personale. Il modo migliore per apprendere la pratica della presenza mentale non è iscriversi a un corso organizzato da chi ha acquisito una conoscenza di seconda o terza mano (se va bene) della mindfulness, ma frequentare alcuni ritiri intensivi di meditazione Vipassana in modo da poter ricevere un insegnamento da parte di un maestro qualificato della tradizione buddhista. Solo dopo aver avuto un'esperienza diretta e approfondita della mindfulness si può pensare di estenderla alla pratica clinica.³

Pertanto, inserire nelle scuole di specializzazione la mindfulness, rendendola istituzionale, quindi obbligatoria, non avrebbe molto senso, visto che probabilmente la maggior parte degli allievi non ne farà mai un uso continuativo né a livello personale né a livello di procedura terapeutica. Malgrado alcuni studi sembrino confermare che la pratica della mindfulness sia di aiuto nel rendere più efficace la relazione terapeutica e nel creare una maggior sintonia tra terapeuta e cliente (Esposito et al., 2020), non si può escludere che gli stessi risultati siano conseguibili in modo altrettanto efficace anche da chi non si è mai addentrato in tale pratica.

Del resto, la maggior parte degli studi che riguardano gli esiti della formazione del terapeuta in mindfulness mancano di gruppo di controllo e verificano esclusivamente i risultati immediati e non quelli a medio e lungo termine. È bene quindi cercare di evitare di cadere in una sorta di «fondamentalismo centrato sulla mindfulness».

Cercare di praticare e diffondere la mindfulness senza considerare tutti i passaggi che costituiscono l'ottuplice sentiero buddhista è come costruire un palazzo senza fondamenta, è evidente che non sarà in grado di sostenersi a lungo. Così come lo yoga da seria disciplina del corpo e della mente è stato banalizzato e ridotto a una mera ginnastica per ridurre la cellulite, così anche la mindfulness

³ Presso la Naropa University, in Colorado viene organizzata una specifica formazione per terapeuti e counselor che prevede lo studio e la pratica degli insegnamenti buddhisti. Ciò avviene all'interno di una struttura educativa fondata dal lama tibetano Chògyam Trungpa e orientata a indagare la rilevanza e l'incidenza della teoria e delle pratiche buddhiste sul sapere e in genere sui modi di vita occidentali.

viene svilita del suo vero significato e ridotta a mera tecnica quando si ignorano gli altri elementi che costituiscono l'ottuplice sentiero della disciplina buddhista. Rabindranath Tagore, il premio Nobel indiano per la letteratura, dimostrò lungimiranza nel prevedere che qualora la meditazione avesse raggiunto l'Occidente, sarebbe stata fraintesa e interpretata come un addestramento meccanico della mente (Fleishman, 2020).

L'assenza della pratica della moralità rischia di far diventare la mindfulness un mero prodotto commerciale nel grande ipermercato delle psicoterapie. Ma fare commercio con la mindfulness, che è un dono gratuito del Buddha, è come rubare una pianta meravigliosa da un giardino pubblico per poi metterla in bella mostra nella propria bottega di fiori, pronta ad essere venduta.

Bibliografia

- Arobbio, R. (1989). Possono collaborare meditazione e psicoterapia?, *Paramita*, VIII, 32, 42-45.
- Assagioli, R. (1973). *Principi e metodi della psicosintesi terapeutica*. Roma: Astrolabio.
- Bodhi, B. (1991). *Il nobile ottuplice sentiero*. Torino: Promolibri.
- Carrington, P. (1977). *Freedom in meditation*. New York, NY: Doubleday.
- Dalai Lama, & Ekman, P. (2010). *Felicità Emotiva*. Milano: Sperling & Kupfer.
- De Silva, P. (1984). Buddhism and behaviour modification. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 661-678.
- De Silva, P. (1985). Early Buddhist and modern behavioral strategies for the control of unwanted intrusive cognitions. *The Psychological Record*, 35, 437-443.
- De Silva, P. (1990). Buddhist psychology: A review of theory and practice, *Current Psychology*, 9, 236-255.
- Dhammananda, K. (1996). *Meditation the only way*. Kuala Lumpur: Buddhist Missionary Society Malaysia.
- Ellis, A. (2003). *Ask Albert Ellis*. Atascadero, CA: Impact Publishers.
- Esposito, R., Gallizio, F., & Prevete, S. (2020). La Mindfulness nella formazione degli allievi delle scuole di specializzazione in psicoterapia: un'analisi della letteratura, *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 26, 58-78.
- Fleishman, P. (2020). *Karma and Chaos: New and Collected Essays on Vipassana Meditation*. Onalaska, WA: Paryatti.
- Fontana, D. (1991). *The elements of meditation*, Washington D.C.: Element Books, Trad. ital. 1992, *Gli elementi della meditazione*. Roma: Ubaldini.
- Fontana, D., & Slick, I. (1997). *Teaching meditation to children*. Washington D.C.: Element Books, Trad. ital. 1999, *La meditazione per i bambini*, Roma: Ubaldini.
- Goldstein, J. (1984). *L'esperienza della meditazione*, Roma-Bari: Laterza.
- Goldstein, J. (2016). *Mindfulness*. Roma: Ubaldini.
- Hagen, S. (2003). *Buddhism is not what you think*. San Francisco, CA: Harper Publishers.
- Hirai, T. (1990). *Zen and the mind: Scientific approach to Zen practice*. New York: Japan Publication.
- Kwee, M. G. T. (a cura di). *Psychotherapy, meditation and health: A cognitive-behavioural perspective*. London: East-West.
- Korzybski, A. (1991). *Science and Sanity*. Concord, CA: International Society for General Semantics.
- Mahasi, S. (1989). *La pratica dell'insight*, Roma: Ubaldini.
- Martinelli, L. (a cura di) (1990). *Dhammapada, Traduzione diretta dal Pali con note di commento su etica buddhista ed etica Cristiana*. Milano: Mondadori.

- Nyanaponika, T. (1978). *Il cuore della meditazione buddhista*. Roma: Ubaldini.
- Nyanaponika, T. (1988). *La visione del Dhamma*. Roma: Ubaldini
- Sujva (2004). *Elementi essenziali della pratica di meditazione di visione profonda*, Edizione Italiana a cura dell'Associazione culturale Pian dei Ciliegi, Ponte dell'Olio, Piacenza.
- Tich Nhat Han (1987). *Vita di Siddhartha il Buddha*. Roma: Ubaldini.
- Walpola, R. (2018). *L'insegnamento del Buddha*. Milano: Luni Editrice
- West, M. A. (1987). *The Psychology of Meditation*. New York: Oxford Press.

Presentato il 09/06/2020, accettato per la pubblicazione il 30/07/2020

CONGRESSI

International Conference in Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) practices

Evento online
13-14 Febbraio & 20-21 Febbraio 2021

Per informazioni:
E-mail: invivo.edu@gmail.com

EABCT 2021 Congress – CBT: Back to the Future

Belfast, Irlanda del Nord
8-11 Settembre 2021

Per informazioni
Website: <https://eabct2021.org>

European Conference on Digital Psychology

Evento online
19 e 20 Febbraio 2021

Per informazioni:
Website: <https://digitalpsychology.eu>

XX Congresso Nazionale SITCC – Bilanci e sfide del cognitivismo clinico nel terzo millennio

Bologna, Italia
16-19 Settembre 2021

Per informazioni:
Website: <https://www.fullday.com/sitcc-2020>

X International Congress of Cognitive Psychotherapy

Evento online
13-15 Maggio 2021

Per informazioni
Website: <https://www.iccp2021.com>

10th World Congress of Behavior and Cognitive Therapy (WCBCT)

Jeju, Corea del Sud
2-5 Giugno 2022

Per informazioni
Website: www.wcbct2022.org

32nd International Congress of Psychology (ICP) – Psychology in the 21st Century: open minds, society and world

Praga, Repubblica Ceca
18-23 Luglio 2021

Per informazioni
Website: <http://www.icp2020.com>

17th European Congress of Psychology

Ljubljana, Slovenia
5-8 Luglio 2022

Per informazioni
Website: <https://www.ecp2022.eu>

Stephen W. Touyz, Daniel Le Grange e J. Hubert Lacey

Gestione dell'anoressia nervosa grave e di lunga durata. Guida clinica

Positive Press (2020)

pp. 331 – € 46.00

Il testo *Gestione dell'anoressia nervosa grave e di lunga durata* proposto nel 2016, ma disponibile nella traduzione italiana dal 2019 rappresenta un contributo innovativo e un update della più recente letteratura scientifica nel campo della gestione e del trattamento dei pazienti affetti da Anoressia nervosa grave e di lunga durata (*severe enduring anorexia nervosa*). Tale proposta editoriale è il risultato dello sforzo di autorevoli ricercatori e clinici nel campo dei disturbi alimentari. Il testo ha l'intento di fornire una panoramica aggiornata e basata sull'evidenza della ricerca sulla condizione di anoressia nervosa persistente che coinvolge circa il 20-25% delle persone affette da anoressia e che comporta una compromissione a lungo termine della salute fisica, psicologica, sociale e che spesso si presenta in combinazione con altri disturbi mentali cronici e gravi.

Gli autori forniscono un aiuto nella costruzione di un consenso in merito alla definizione di tale condizione grave e a lungo termine, ma anche si interrogano e interrogano la letteratura scientifica su quali potrebbero essere le vie per il trattamento e la gestione clinica di pazienti con tali livelli di complessità medica nutrizionale e internistica nonché psicoterapica e psichiatrica.

Il testo spazia e approfondisce differenti aspetti del fenomeno. Da aspetti più squisitamente descrittivi e categoriali, all'indagine dei fattori di mantenimento del disturbo sia biologici che psichiatrici legati alla storia traumatica, disturbi in comorbidità e problemi interpersonali. Vengono forniti contributi relativi alle due principali modalità di trattamento riconducibili alla *gestione clinica specialistica di supporto per l'anoressia nervosa grave e di lunga durata (SSCM)* (cap. 7) e della *terapia cognitiva-comportamentale per l'anoressia grave e di lunga durata (CBT-AN)* (cap. 8). Il libro tenta anche di fornire un supporto a domande che hanno un'implicazione deontologica articolata ovvero le condizioni per interrompere i ricoveri, per attivare un trattamento sanitario obbligatorio e il ruolo delle terapie palliative per chi soffre di questi disturbi. Viene inoltre fornito un contributo relativo all'utilità della farmacoterapia e i nuovi approcci biologici.

Il libro nell'insieme può essere fruito sia dai clinici in formazione sia dai professionisti che si occupano di tali patologie afferenti alle differenti discipline del team multidisciplinare e specialistico (medici specialisti in scienza dell'alimentazione, psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, dietisti, medici internisti) poiché approfondisce tutti i tasselli che sono fondamentali appunto per l'integrazione multidisciplinare dei percorsi per le persone con anoressia nervosa grave e di lunga durata. Tra i nuclei fondamentali e metodologici

proposti dal libro vengono ribaditi la necessità che sia un team multidisciplinare a prendere in carico queste pazienti, che gli obiettivi del trattamento siano stabiliti in modo collaborativo e che possano essere realizzabili e realistici e che sia fondamentale la costruzione di un'alleanza terapeutica caratterizzata da rispetto e autonomia. Altrettanta enfasi viene inoltre posta all'inevitabile e fondamentale contributo riservato nel trattamento di queste condizioni alla sicurezza e alla stabilizzazione medica.

Tuttavia è bene sollecitare una riflessione tutt'altro che ingenua riguardante i contributi psicoterapici. Risulta evidente che le terapie proposte, manualizzate e di matrice anglossassone, non possano essere considerate esaustive su un piano clinico. La necessità di promuovere l'alleanza terapeutica e di gestire le comobilità psichiatriche non può essere garantita unicamente di protocolli standard ma risulta necessaria una gestione psicoterapica personalizzata e basata sull'integrazione e l'aggiunta di interventi specifici per le problematiche cliniche presentate dai pazienti (come ad esempio interventi di traumatoterapia). E questo non solo per l'efficacia dei percorsi psicoterapici ma anche per il necessario dialogo con i professionisti di area medica che potrebbero giovare dei contributi di sostegno al cambiamento e di dialogo cooperativo fondamentale per la personalizzazione e l'aderenza alle cure proposte.

Nell'insieme non si può che essere grati per lo sforzo descrittivo e integrativo proposto dal testo. Tale contributo infatti, per le sue caratteristiche di aderenza alla recente letteratura scien-

tifica e per la sua esaustività tematica, rappresenta un sostegno trasversale per tutti coloro che si occupano di queste patologie non solo sul piano clinico ma anche amministrativo specialmente per la sostanziale esigenza di garantire dignità e cure a elevato livello specialistico in tutte le fasi del disturbo sia esso in acuto che di lunga durata. Un successivo sviluppo di studi (anche qualitativi) maggiormente orientati all'integrazione sia degli interventi psicoterapici che del lavoro del team multidisciplinare non può infatti che muovere da una conoscenza trasparente, aggiornata ed esaustiva dei contributi attualmente in essere nel campo dell'anoressia grave e di lunga durata.

*Donatella Ballardini
e Romana Schumann*

Sheri L. Turrel e Mary Bell
**ACT per adolescenti: trattare
teenager e adolescenti in terapia
individuale e di gruppo**

Giovanni Fioriti (2019)
pp. 292 – € 30,00

Mi occupo di lavoro con gli adolescenti da molti anni, in particolare di comportamenti che consideriamo estremi come l'autolesionismo e il comportamento suicidario attraverso quella che potremmo chiamare «ordinaria amministrazione della fase evolutiva adolescenziale», quale l'esplorazione dell'identità, il confronto con i limiti, la stabilizzazione dei valori,

fino al trattamento di disturbi specifici come i disturbi d'ansia e di personalità.

Nel confronto con clinici esperti e *trainee* emerge sempre una forte perplessità nell'affrontare ciò che avviene in questa finestra evolutiva più «liquida» di tutte le altre perché gli esiti del trattamento sono sempre incerti ed è impossibile stabilire un vero e proprio protocollo per adolescenti. Sono stata molto contenta di leggere un'opera scritta da una psicologa clinica e da un'assistente sociale perché si percepisce immediatamente un contatto con la pratica reale, benché le stesse autrici ammettano che i pazienti narrati siano fittizi per scelta e resi prototipici dei pazienti incontrati nella realtà.

Le autrici ribadiscono che il manuale è scritto come sarebbe servito loro all'inizio del lavoro con gli adolescenti, rendendolo, in effetti, flessibile alla lettura e al suo utilizzo e con una scrittura che si rivolge direttamente al lettore come parte attiva di essa; dedicano la prima parte alla disamina dei costrutti fondamentali dell'ACT partendo dalla *relational frame theory*.

La teoria del frame relazionale sostiene che l'elemento costitutivo del linguaggio umano e della cognizione superiore è la relazione, cioè la capacità umana di creare collegamenti bidirezionali tra le cose. La RFT si distingue dal lavoro di Skinner identificando e definendo un particolare tipo di condizionamento operante noto come *risposta relazionale derivata arbitrariamente applicabile* (AADRR). In sostanza, la teoria sostiene che il linguaggio non è associativo ma è appreso e relazionale.

Indubbiamente una teoria che necessita tempo e riflessioni per essere acquisita ma che permette l'emersione dei processi centrali dell'ACT espressi nell'*hesaflex*: defusione, accettazione, mindfulness, sé come contesto, valori, azioni impegnate, con al centro dell'esagono la flessibilità cognitiva.

Più corposa è la seconda parte dell'opera strutturata in dieci sessioni/capitoli che fungono da guida per lavorare in terapia individuale ed estendere l'intervento a un gruppo, il tutto attraverso l'espedito letterario del paziente prototipico e i suoi dialoghi con il terapeuta, riportati all'interno del capitolo stesso. Le autrici suggeriscono di utilizzare per l'assessment, il proprio modello di riferimento in modo libero e di fare confluire le informazioni in una matrice ACT, una modalità strutturata per «lavorare» le informazioni portate dal paziente. La seconda sessione riguarda la «disperazione creativa», cioè il lavoro sull'emersione nel paziente della consapevolezza che le strategie che sta utilizzando per evitare i suoi pensieri e sentimenti non stanno funzionando, fino ad arrivare all'illusione del controllo. Le sessioni tre e quattro si focalizzano sui valori e l'azione impegnata. La sessione cinque si occupa della disponibilità e autorizzazione dei sentimenti: indubbiamente lavorare sullo smantellamento dell'autoinvalidazione è centrale per promuovere le azioni verso il cambiamento. Infatti, ogni azione tende a collidere con un sistema interno che non vuole cambiare, con una visione e lettura di sé e del mondo che, malgrado generino sofferenza, sono potenti e generalizzate. Dalle emozioni arriviamo

al mondo dei pensieri nelle sessioni sei e sette e otto: prima vengono insegnate e implementate le necessarie operazioni metacognitive di differenziazione degli stati interni e poi l'intera storia di sé, appunto il sé come contesto, è oggetto di osservazione come possibile trappola irrimovibile e prigioniera ciclicamente autoripetuta del dolore interiore. Le ultime due sessioni sono l'una riguardante l'autocompassione sia del terapeuta per sé sia per il paziente e il mettere tutto insieme: l'ultimo atto è l'integrazione di tutte le nuove consapevolezze, azioni e atteggiamenti verso il sé in modo nuovo e consapevole. Un bel viaggio questo manuale: apparentemente semplice ma che necessita di tempo per essere digerito e inserito nella pratica professionale. Strumenti fluidi per un mondo fluido... quello dei ragazzi. Mi è piaciuto e lo consiglio.

Pinuccia Canevisio

Davide Dèttore, Nicoletta Giaquinta e
 Andrea Pozza

I disturbi da comportamenti finalizzati sul corpo: caratteristiche cliniche e strategie di intervento nella terapia cognitivo-comportamentale

Giunti (2019)

pp. 179 – € 18,00

Quando tratto un paziente che si escoria o che si torce o strappa i peli fino a lasciare nuda la pelle o si rosicchia le unghie, mi colpisce la

commistione tra spinta irrefrenabile, desiderio focalizzato, inconsapevolezza-dissociativa e disgusto di sé.

Comportamenti che raramente cessano, semmai impallidiscono e ritornano come ondate in periodi di sofferenza o stress.

I pazienti che si presentano al terapeuta sono prigionieri di comportamenti che non controllano o che emettono in modo compulsivo, con costi emotivi e anche economici elevati. Il segreto è centrale e chiesto a gran voce dal sentimento di vergogna che li domina quando è cessata la spinta all'atto. Molto simili al comportamento autolesivo, anche se profondamente differente nell'intento, e come esso altamente sottostimata la sua pericolosità finanche per la salute fisica, non solo psicologica o sociale.

Disturbo da escoriazione della pelle, tricotillomania sono i comportamenti protagonisti dell'opera che termina i suoi capitoli con uno spazio per l'onico-fagia e il morsicamento delle labbra e delle guance.

Come sempre in psicologia è impossibile identificare un unico modello esplicativo dei fenomeni, cosa che fa impazzire, o divertire, i teorici e crea confusione nei clinici che, per inerzia, rimangono ancorati al loro alveo teorico di formazione. Scegliere di non guardare dal buco della serratura ma di aprire la porta a un respiro transdiagnostico e terapeutico integrato è ciò che gli autori si ripropongono in questo manuale.

Opera snella e focalizzata come nello stile che ben conosciamo di Da-

vide Dèttore e dei suoi collaboratori, con un saldo e approfondito excursus teorico da modelli comportamentali stretti, cognitivo-comportamentali di «prima» e «seconda generazione», modelli psicobiologici ed evolucionistici e finanche quelli psicodinamici.

Il lettore viene condotto pragmaticamente dai primi capitoli teorici a quello dedicato alle linee guida per la valutazione dei disturbi da comportamento focalizzati sul corpo: una disanima esaustiva degli approfondimenti testistici e un'eccellente sequenza di suggerimenti per l'osservazione clinica, elemento centrale sia nella parte valutativa del percorso terapeutico sia nella parte fattiva dell'intervento psicologico.

Prima di arrivare al cuore tecnico del lavoro di Dèttore e collaboratori, vengono esplorati i principali modelli di intervento in modo preciso ma non approfondito, essendo molti di essi interi corpus strutturati, come l'*habit reversal training* e il controllo dello stimolo, la terapia comportamentale dialettica, l'*acceptance and commitment therapy*, l'*ipnoterapia* e molti altri, e la loro efficacia basata sulle evidenze.

Gli autori propongono nel quinto capitolo il loro manuale di psicoterapia cognitivo-comportamentale transdiagnostica per i due disturbi principali trattati, dotato di esercizi, metafore e tecniche di terapia standard integrati con ingredienti terapeutici propri della cosiddetta «terapia cognitivo-comportamentale di terza generazione».

Il manuale è sorretto da due appendici che propongono in modo chiaro e

dettagliato strumenti di valutazione e automonitoraggio, come schede che riassumono i modelli di funzionamento dei disturbi, schede motivazionali con accanto metafore motivazionali, schede di habit reversal e controllo dello stimolo, di intervento cognitivo e metacognitivo e materiali ACT.

Un manuale che mancava all'appello, interessante da leggere e utile per i clinici perché porta con sé sia un impianto teorico di respiro sia materiali confezionati ad hoc per i pazienti.

Pinuccia Canevisio

Eli Lebowitz e Haim Omer

Parent training per i disturbi d'ansia di bambini e adolescenti
Il Programma SPACE: Guida per il clinico e materiale per il genitore

Erickson (2020)

pp. 132 – € 21,50

È immediato notare quanto questo manuale sia molto chiaro a livello visivo e scritto in modo efficace, il suo essere pragmatico lo rende adatto a un pubblico più o meno esperto. Fin dalle prime pagine gli autori trattano l'inquadramento teorico dei Disturbi d'Ansia (Disturbo Ossessivo Compulsivo compreso, nonostante gli Autori sottolineino che nel DSM-5 non è più incluso tra i Disturbi d'Ansia) a livello sistemico, dichiarando apertamente che i genitori non dovrebbero adattarsi ai comportamenti patologici dei

figli al fine di limitarne l'impatto sulla famiglia e sul bambino.

Molto spesso infatti sono proprio gli atteggiamenti familiari che portano all'incremento dei sintomi di tipo ansioso nei bambini, creando una spirale di evitamenti che tende ad essere deleteria per tutta la famiglia.

La Terapia Cognitivo Comportamentale per i Disturbi d'Ansia, in generale, punta all'eliminazione dei timori sproporzionati e dei comportamenti controllanti e di evitamento che mantengono attivi i Disturbi, i quali, con bambini e adolescenti, sono di difficile eliminazione, proprio perché l'individuo è incluso in un sistema di relazioni che, invece di inibire lo stato ansioso lo accrescono.

Il nucleo centrale del manuale è il Programma SPACE (*Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions*), un trattamento rivolto ai genitori di bambini e adolescenti con Disturbi d'Ansia, la cui struttura viene descritta nel capitolo 2.

Questo manuale offre una visione nuova alla Terapia Cognitivo Comportamentale, ovvero quella del bambino o adolescente come immerso in un contesto relazionale. Il pensiero alla base del Programma SPACE è proprio quello di cambiare i meccanismi nocivi nel contesto familiare al fine di ridurre l'attivazione del bambino o adolescente.

L'obiettivo del Programma SPACE è quello di utilizzare i principi della NVR (*Non Violent Resistance*) al fine di ridurre i comportamenti di adattamento dei genitori all'ansia dei bambini, seppur

mantenendo un atteggiamento di supporto e cura nei confronti dei figli.

L'efficacia del Programma è stata testata dando buoni risultati rispetto alla sintomatologia e alla qualità della vita del nucleo familiare. Il Programma SPACE si differenzia dalla TCC tipica, perché non è indirizzato al diretto interessato, ma indirettamente va a modificarne i comportamenti attraverso un lavoro specifico con i genitori.

Nella parte seconda del manuale vi è una guida di intervento per il clinico, pratica e molto strutturata (10-15 incontri, circa 1 sessione da 60 minuti a settimana per 8 o più settimane e 5 moduli supplementari), allo scopo di assistere i genitori nella gestione quotidiana delle difficoltà dei figli con Disturbi d'Ansia, per mitigare i sintomi dei figli ed evitare gli adattamenti genitoriali all'ansia.

Per ogni step di trattamento con i genitori sono presenti alcune tracce dalle quali si può prendere spunto durante le comunicazioni ai genitori, il libro è inoltre ricco di esempi pratici.

Il lavoro con i genitori è strutturato sessione dopo sessione, inizialmente è necessario stabilire le basi dell'intervento, comprendere come i genitori reagiscono e si adattano al Disturbo del figlio, successivamente si chiede loro di identificare un «problema bersaglio» e di informare il figlio su ciò che si intende fare. Con il Terapeuta si definisce un piano di intervento, volta per volta si rivede ciò che è accaduto durante la settimana precedente la seduta e si rinforzano i progressi cercando di individuare le difficoltà.

I genitori a questo punto assumono il ruolo di guida affiancati dai sostenitori. Prima del termine del Programma viene fatto un riassunto con i genitori nel quale si valutano i cambiamenti della sintomatologia e dei comportamenti del figlio, è fondamentale anche valutare i cambiamenti nell'atteggiamento dei genitori nei confronti del figlio e insegnare loro come gestire eventuali ricadute.

Gli interventi si preoccupano di fare leva sui genitori al fine di eliminare i Disturbi d'Ansia dei figli. Con i genitori, questi interventi sono per lo più di Psicoeducazione, dovranno, inoltre, utilizzare con i figli la tecnica dell'esposizione diretta e graduale allo stimolo ansiogeno e la tecnica dell'eliminazione dei comportamenti di controllo, le quali permettono di avere risultati efficaci.

Quello che sembra mancare all'interno del programma è una parte di

lavoro maggiormente introspettivo e metacognitivo dei genitori, i quali, durante il trattamento non sono chiamati a rivedere i loro tratti d'ansia e le loro dinamiche interne, anche in relazione ai figli.

La parte terza contiene i moduli supplementari, citati in precedenza all'interno del Programma, ovvero le strategie ritenute utili al fine di affrontare quelle problematiche che è possibile incontrare man mano che si procede con il Programma. Questi moduli sono fondamentali perché, essendo il Programma SPACE una guida pratica manualizzata per il Clinico di un intervento rivolto ai genitori, questi ultimi devono essere dotati degli strumenti necessari per far sì che il percorso venga portato a termine nonostante le difficoltà che possono presentarsi lungo la strada.

Nicole Adami

ERICKSON.IT

TANTI VANTAGGI A PORTATA DI CLIC

RICERCA PER ARGOMENTO E AREA TEMATICA

PER TROVARE SUBITO UNA RISPOSTA ALLE TUE ESIGENZE

APPROFONDIMENTI, INFOGRAFICHE E ESEMPI DI ATTIVITÀ

PER OGNI PRODOTTO SFOGLIA IL LIBRO, LEGGI GLI APPROFONDIMENTI, GUARDA LE INTERVISTE AGLI AUTORI E SCARICA ALCUNE ATTIVITÀ DI PROVA

MONDO ERICKSON

UNO SPAZIO DEDICATO AD ARTICOLI E INTERVISTE

SCOPRI TUTTE LE NOVITÀ

OGNI MESE TI ASPETTIAMO CON LE ULTIME USCITE

TANTI VANTAGGI

PAGAMENTI SICURI,
SCONTO DEL 5% SU TUTTI I LIBRI E SPEDIZIONE GRATUITA PER GLI ORDINI SUPERIORI A 50 €

PROGRAMMA FEDELTÀ

PIÙ ACQUISTI,
PIÙ PUNTI ACCUMULI,
PIÙ RISPARMI!

PER OGNI ARTICOLO ACQUISTATO GUADAGNI PUNTI CHE PUOI TRASFORMARE IN BUONI ACQUISTO

**Diventa
nostro autore!**

La linea editoriale che dà visibilità a ricerche scientifiche, atti di convegno, tesi di dottorato e manuali universitari

A CHI SI RIVOLGE?

Docenti, ricercatori, Università e Istituti di ricerca.

COME FUNZIONA LA VALUTAZIONE?

Le proposte verranno valutate da un Comitato scientifico composto da esperti nazionali e internazionali nell'ambito di riferimento dell'opera. Su richiesta dell'autore l'opera potrà essere sottoposta a **validazione scientifica** tramite procedimento di **peer review a doppio cieco**.

QUALI TEMI?

Educazione, Didattica e Psicologia

(Area 11; **Dir. Scientifica Dario Ianes**,
Libera Università di Bolzano)

Sociologia e Lavoro sociale

(Area 14; **Dir. Scientifica Fabio Folgheraiter**,
Università Cattolica di Milano)

Scienze dell'antichità, filologico-letterarie
e storico-artistiche

(Area 10; **Dir. Scientifica Michele Daloiso**,
Università di Parma)

Scienze mediche

(Area 6; **Dir. Scientifica Stefano Vicari**,
Rep. Neuropsichiatria infantile Bambino Gesù, Roma)

QUALI SERVIZI?

Viene garantita grande attenzione all'editing e alla cura redazionale dell'opera, fino alla promozione attraverso i canali privilegiati Erickson per darne la massima diffusione.

DAI VOCE ALLA TUA RICERCA

Per maggiori informazioni, conoscere tutti i servizi offerti o per richiedere un preventivo scrivere a universityresearch@erickson.it



WWW.UNIVERSITYRESEARCH.ERICKSON.IT





www.erickson.it