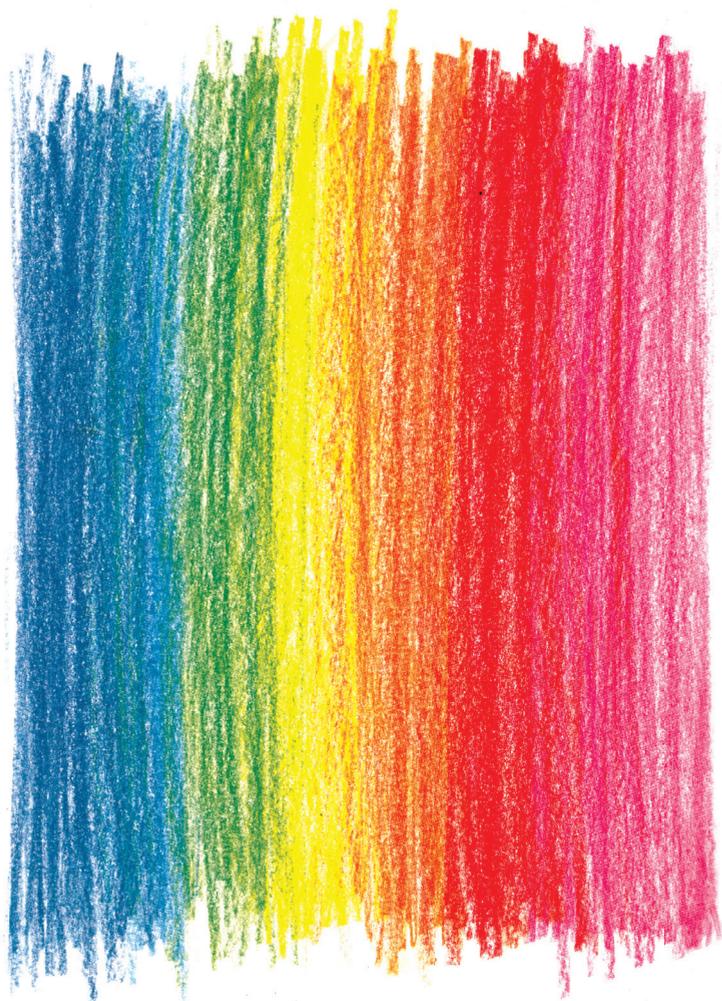


Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A. - Quadrimestrale - Poste Italiane S.p.A. - Sped. in A.P. - DL 353/03 (conv. in L. 27/02/04 n. 46) art. 1, c. 1, DCB Trento.  
In caso di mancato recapito inviare all'Ufficio di Trento CPO, detentore del conto per restituzione al mittente, previo pagamento resi. Contiene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



ISSN 1126-1072

# PSICOTERAPIA COGNITIVA E COMPORIMENTALE

Rivista quadrimestrale

Direzione: Paolo Michielin



Q19-1

**n.1** Volume 30  
2024

Erickson

# PSICOTERAPIA COGNITIVA E COMPORAMENTALE

Italian Journal of Cognitive  
and Behavioural Psychotherapy

2024 — Volume 30, n. 1

*Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* is covered by  
the following abstracting and indexing services: Scopus, EBSCO,  
EMBASE, Psychological abstracts, PsycSCAN: Behavior Analysis &  
Therapy, PsycINFO, PsycLIT, ClinPSYC.

[www.psicc.net](http://www.psicc.net)  
[www.erickson.it](http://www.erickson.it)

The Erickson logo consists of a dark grey square background. Inside the square, the word "Erickson" is written in a white serif font. A small white square is positioned above the letter "i" in "Erickson".

Erickson

**PSICOTERAPIA COGNITIVA  
E COMPORTAMENTALE**  
**Italian Journal of Cognitive  
and Behavioural Psychotherapy**  
*Rivista fondata da Ezio Sanavio.*

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/it/psicoterapia-cognitiva-e-compportamentale>;
- contattando il servizio clienti al numero 0461 951500.

L'impegno di abbonamento è continuativo, salvo regolare disdetta da effettuarsi entro il 31 ottobre compilando online il modulo disponibile all'indirizzo <https://www.erickson.it/it/domande-frequenti/disdetta-abbonamento-riviste.aspx/>. La repulsa dei numeri non equivale a disdetta.

**Ufficio abbonamenti**

Tel. 0461 950690  
Fax 0461 950698  
[ufficioabbonamenti@erickson.it](mailto:ufficioabbonamenti@erickson.it)

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

ISSN: 1126-1072  
Dir. Resp. Sandra Sassaroli

© 2024 Edizioni  
Centro Studi Erickson S.p.A.  
Via del Pioppeto 24  
38121 TRENTO

**DIRETTORE**

**Paolo Michielin**  
Università di Padova

**COMITATO DI DIREZIONE**

**Giorgio Bertolotti**  
Arona (NO)  
**Davide Dèttore**  
Università di Firenze  
**Francesco Mancini**  
APC/SPC, Roma  
**Gabriele Melli**  
IPSICO, Firenze  
**Paolo Moderato**  
Università IULM, Milano e IESUM  
**Sandra Sassaroli**  
Studi Cognitivi, Milano

**COMITATO DI REDAZIONE**

**Ornella Bettinardi** (Piacenza)  
**Roberta Borzi** (Roma)  
**Alessandro Calderoni** (Milano)  
**Pinuccia Canevisio** (Milano)  
**Gabriele Caselli** (Modena)  
**Silvana Cilia** (Padova)  
**Nicola Lo Savio** (Palermo)  
**Stefano Marchi** (Milano)  
**Valentina Massignani** (Padova)  
**Annalisa Oppo** (Milano)  
**Susanna Pizzo** (Genova)  
**Francesco Vincelli** (Milano)

**COMITATO EDITORIALE**

**Roberto Anchisi** (Torino)  
**Bruno Bara** (Torino)  
**Massimo Biondi** (Roma)  
**Lucio Bizzini** (Ginevra)  
**Gioia Bottesi** (Padova)  
**Antonino Carcione** (Roma)  
**Gabriele Chiari** (Roma)  
**Lorenzo Cionini** (Firenze)  
**Riccardo Dalle Grave** (Verona)  
**Giovanni De Girolamo** (Brescia)  
**Santo Di Nuovo** (Catania)  
**Mario Di Pietro** (Padova)  
**Francesca D'Olimpio** (Caserta)  
**Barbara Forresi** (Milano)  
**Andrea Fossati** (Milano)  
**Giovanni Fava** (Bologna)  
**Isabel Fernandez** (Milano)  
**Amelia Gangemi** (Messina)  
**Ines Giorgi** (Pavia)  
**Gianfranco Graus** (Milano)

**Anna Meneghelli** (Milano)  
**Antonella Montano** (Roma)  
**Roberto Mosticconi** (Roma)  
**Caterina Novara** (Padova)  
**Daniela Palomba** (Padova)  
**Luigi Pedrabissi** (Padova)  
**Andrea Pozza** (Siena)  
**Anna Bianca Prevedini** (Milano)  
**Carlo Pruneti** (Parma)  
**Chiara Rafanelli** (Bologna)  
**Mario Reda** (Siena)  
**Giorgio Rezzonico** (Milano)  
**Carlo Ricci** (Roma)  
**Francesco Rovetto** (Pavia)  
**Giovanni M. Ruggiero** (Milano)  
**Giuseppe Sacco** (Roma)  
**Aristide Saggino** (Chieti)  
**Simona Scaini** (Milano)  
**Antonio Semerari** (Roma)  
**Claudio Sica** (Firenze)  
**Andrea Spoto** (Padova)  
**Giulio Vidotto** (Padova)  
**Cristiano Violani** (Roma)  
**Anna Maria Zotti** (Veruno, NO)

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

**ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA**

**Maria Angelica Correrà**

**COORDINAMENTO EDITORIALE**

**Silvia Moretti**

**REDAZIONE**

**Laura Vangi**  
**Elisabetta Bortolotti | Medialab**

**IMPAGINAZIONE**

**Giuseppe Rossello | Medialab**

**STAMPA**

Finito di stampare nel mese di gennaio 2024  
**da Esperia S.r.l. – Lavis (TN)**



# PSICOTERAPIA COGNITIVA E 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.*

9	<b>EDITORIAL</b>
13	<b>IN COMMEMORATION OF RESEARCHES</b>
17	<b>CBA 2.0 Primary Scales Battery. New Data and Interpretive Criteria for Depressive Disorders</b> Paolo Michielin, Susanna Pizzo, Silvana Cilia, Chiara Contino, Ornella Bettinardi, Giorgio Bertolotti, Anna Panzeri, Ezio Sanavio, Giulio Vidotto, Andrea Visentin and Anna Maria Zotti
41	<b>Application of a Group Cognitive Behaviour Therapy Protocol for Anxiety Management</b> Arianna Di Natale, Giulia Demo, Denise Farlati Pinton and Rossana De Beni
67	<b>An Online Group Intervention for the Psychological Well-Being of Family Members of People With Dravet Syndrome. An Exploratory Study</b> Carlo Amos Aldo Cavallini, Laura Smeraldi, Giulia Trentini, Antonino Ganci, Simona Borroni and Vania Zaghi
	<b>THEORY</b>
91	<b>Mindfulness in a Digital society. A Contribution for Adolescents With Problematic Internet Use</b> Davide Viola
117	<b>REVIEWS</b>
119	<b>MEETINGS</b>

9	<b>EDITORIALE</b>
13	<b>IN RICORDO DI</b>
	<b>RICERCHE</b>
17	<b>CBA 2.0 Scale Primarie. Nuovi dati e criteri interpretativi per le problematiche depressive</b> Paolo Michielin, Susanna Pizzo, Silvana Cilia, Chiara Contino, Ornella Bettinardi, Giorgio Bertolotti, Anna Panzeri, Ezio Sanavio, Giulio Vidotto, Andrea Visentin e Anna Maria Zotti
41	<b>Applicazione di un protocollo cognitivo comportamentale di gruppo per la gestione dell'ansia</b> Arianna Di Natale, Giulia Demo, Denise Farlati Pinton e Rossana De Beni
67	<b>Intervento online di gruppo per il benessere psicologico dei familiari di persone con Sindrome di Dravet. Uno studio esplorativo</b> Carlo Amos Aldo Cavallini, Laura Smeraldi, Giulia Trentini, Antonino Ganci, Simona Borroni e Vania Zaghi
	<b>TEORIA</b>
91	<b>La mindfulness nella società digitale. Contributo per adolescenti con uso problematico di Internet</b> Davide Viola
117	<b>RECENSIONI</b>
119	<b>CONGRESSI</b>

# AUTHOR GUIDELINES

Manuscripts submitted for publication should be sent as Word documents to [direzione-pcc@erickson.it](mailto: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. Tables and figures should be sent in editable format (Word or Excel) and not inserted as an image (JPEG or PDF) in the text. 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 [direzionepcc@erickson.it](mailto:direzionepcc@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/BF008444898>.

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. Tabelle e figure devono essere inviate in formato editabile (Word o Excel) e non inserite come immagine (JPEG o PDF) nel testo. 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.



Con questo numero comincia il mio mandato di Direttore della rivista, un incarico che mi onora e stimola; voglio ringraziare il fondatore Ezio Sanavio, i precedenti direttori, il Comitato Direttivo e quello di Redazione per la fiducia che mi hanno manifestato in modo unanime.

Il numero ospita alcuni lavori che seguono un filo comune, e cioè quello degli interventi psicologici brevi e strutturati, che potremmo qualificare «a bassa intensità», svolti spesso in gruppo e in alcuni casi attraverso la rete. Sono temi che mi stanno particolarmente a cuore, in quanto decisivi per il futuro della nostra professione.

La prima ricerca, curata da me, Pizzo, Cilia, Contino, Bettinardi, Bertolotti, Panzeri, Sanavio, Vidotto, Visentin e Zotti, illustra un passo avanti nell'interpretazione della batteria CBA 2.0 Scale primarie, piuttosto diffusa tra i clinici di orientamento cognitivo-comportamentale, e in particolare del Questionario di Depressione che la compone. Lo studio è stato svolto su un campione clinico molto ampio di pazienti con varie diagnosi dell'area dei disturbi emotivi comuni, e su un campione di soggetti normali. Il QD ha mostrato ottime capacità di discriminare tra pazienti depressi e pazienti con altre diagnosi ed è stato possibile calcolare un valore soglia (cut-off) utile per diagnosticare la depressione. Uno sviluppo innovativo è l'utilizzo dell'intelligenza artificiale per capire quali indici delle Scale primarie abbiano maggior peso nella diagnosi formale.

Il secondo articolo di Di Natale, Demo, Farlati Pinton e De Beni presenta un trattamento di gruppo, strutturato in sette sedute a cadenza settimanale, per la gestione dell'ansia da esame in studenti universitari. Gli esiti, valutati sul campione di 100 studenti attraverso la somministrazione di test d'ansia prima e dopo e analizzati separatamente in base alla gravità del disturbo, sono positivi e testimoniano come interventi di questo tipo possano rivelarsi non solo i più costo-efficaci, ma anche del tutto appropriati.

L'articolo successivo di Cavallini, Smeraldi, Trentini, Ganci, Borroni e Zaghi, presenta un intervento psico-educativo di gruppo, svolto online con i fratelli e le sorelle di persone affette da una malattia rara (Sindrome

di Dravet). La modalità online risulta particolarmente indicata nelle malattie rare, considerato che le persone interessate sono territorialmente sparse. Dalle misurazioni prima e dopo l'intervento, basato sui principi dell'ACT, sembra utile per promuovere il benessere psicologico dei familiari, anche se l'alto numero di fratelli che hanno rifiutato di partecipare (4 su 9) non permette di trarre conclusioni.

Nella sezione «Teoria», ospitiamo un contributo di Viola sulle potenzialità che ha la Mindfulness con gli adolescenti che fanno un uso problematico di Internet. L'articolo approfondisce il problema, certamente di grande attualità, della dipendenza da Internet ed esplora, sulla base di un'ampia rassegna della letteratura, l'applicazione delle tecniche di meditazione e il loro ruolo nel promuovere la regolazione emotiva.

Antonio Scarinci ricorda Roberto Lorenzini, il fondamentale contributo che ha dato al cognitivismo clinico e il proficuo sodalizio con Sandra Sassaroli prima, e con lui stesso poi. Quelli che hanno avuto la fortuna di conoscere Roberto ne ricordano anche il particolare tratto umano e l'umorismo disincantato e a volte feroce. Credo che il suo contributo sia andato anche al di là del cognitivismo e abbia riscosso un interesse più generale nei clinici; mi riferisco, in particolare, all'approfondimento, di cui è stato l'antesignano, sul tema del paziente «difficile», che manifesta una sensibilità esasperata, ed è spesso irritabile e aggressivo, o all'attenzione per il modo che ha il paziente di spiegare e di concettualizzare il suo disturbo, per le teorie, spesso naïf e talvolta bizzarre, che elabora e dalle quali si deve necessariamente partire.

Al momento della chiusura di questo numero è giunta la notizia della morte di Paolo Meazzini; anche di lui ospitiamo un breve ricordo.

Con questo numero fa il suo esordio un cambiamento relativo alla rubrica delle recensioni, cambiamento che è stata voluto e sollecitato dal Comitato di Redazione. Nella rivista in formato cartaceo troverete una sola recensione completa e l'elenco di tutte le altre, con il QR code che permette a chi lo desidera di scaricarle per esteso dal Web. Questo consente di aumentare il numero

di recensioni disponibili (ne pubblichiamo, infatti, una quindicina) e di essere tempestivi: è poco utile, infatti, una recensione che esce a distanza di molti mesi o di anni dal libro.

L'editore, inoltre, ha accettato di rendere disponibile online e a titolo gratuito (Open access) uno o due articoli all'anno, selezionati tra quelli già pubblicati sulla rivista perché più importanti o di ampio interesse. Questo farà certamente piacere agli autori, e aumenterà la visibilità della nostra rivista e l'impatto che può avere sul mondo della clinica psicologica.

*Paolo Michielin*



## *Il contributo di Roberto Lorenzini al cognitivismo clinico*

Roberto Lorenzini entrò alla fine degli anni Ottanta del secolo scorso a far parte di un gruppo di psichiatri romani — Francesco Mancini, Sandra Sassaroli, Antonio Semerari — che costituiva la scuola romana cognitivista, tra i cui esponenti di spicco vi erano Vittorio Guidano e Gianni Liotti di una decina di anni più anziani degli altri. Nacque così la stretta collaborazione con Sandra Sassaroli che produsse il primo contributo rilevante, tradotto in più lingue, *La paura della paura* (Lorenzini e Sassaroli, 1987). Nel libro si mettevano in evidenza i circoli viziosi del panico in una prospettiva di costruttivismo realista. Nell'impostazione vi erano i germi di un approccio processualista che si svilupperà nel mondo cognitivo-comportamentale molti anni dopo. Infatti, i due parlavano di stili di conoscenza piuttosto che di credenze sul sé, e questi concetti saranno sviluppati più tardi, soprattutto nel lavoro del 1995 su *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Come sostiene Giovanni Maria Ruggiero in *La parola, il corpo e la macchina nella letteratura psicoterapeutica*: «Preferendo la nozione funzionalista di stili di conoscenza a quella contenutistica di credenze sul sé, prefiguravano la svolta processuale» (Ruggiero, 2022, p. 189).

Il punto più alto della collaborazione tra Lorenzini e Sassaroli fu raggiunto proprio con il volume *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità* del 1995, nel quale i due autori misero in relazione lo stile di conoscenza personale, la relazione d'attaccamento e le diverse caratteristiche stabili di personalità.

I due concettualizzarono anche la genesi e il mantenimento dei disturbi del pensiero: il delirio paranoico, la schizofrenia, le ossessioni, nel volume *Cattivi Pensieri* (Lorenzini e Sassaroli, 1992) con la premessa di Mario Rossi Monti. Il contributo sulla patologia grave Lorenzini lo completerà anni più tardi, nel 2008, con la pubblicazione, in collaborazione con la sua compagna di vita Brunella Coratti, di *La dimensione delirante* (Coratti e Lorenzini, 2008). Il delirio per il nostro è psicologicamente comprensibile e radicato nella storia evolutiva del paziente, causato da un'invalidazione concernente gli schemi centrali dell'identità. La dimensione

delirante attraversa tutta la psicopatologia ed è presente anche nel pensiero comune.

Le strade della Sassaroli e di Lorenzini iniziarono a divergere nel 2006, l'una imboccò decisamente il percorso del processualismo e dei modelli clinici formalizzati in protocolli, mentre l'altro, pur apprezzando gli interventi supportati empiricamente, rifuggì una modalità rigida di applicazione di procedure e tecniche e seguì linee guida flessibili e un modello di terapia modulare. Molti altri contributi sono stati elaborati da Lorenzini che lavorò nel servizio pubblico con passione e dedizione verso quelli che chiamava «i matti veri», arrivando anche a dirigere il Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Viterbo.

Si è occupato di sessuologia, pubblicando con Antonio Fenelli *Clinica delle disfunzioni sessuali* (Lorenzini e Fenelli, 1991), di errore nella pratica psicoterapeutica (*Errare umanum est* di Lorenzini e Scarinci, 2010), di cinema e letteratura da utilizzare in terapia e nella formazione (*Territori dell'incontro. Strumenti di psicoterapia*, di Coratti et al., 2012), di benessere (*Dal malessere al benessere. Attraverso e oltre la psicoterapia* di Lorenzini e Scarinci, 2013), e ha operato una prima importante sistematizzazione del *Disturbo di dismorfismo corporeo* (Scarinci e Lorenzini, 2015); ha inoltre concettualizzato il tema dell'offesa nelle relazioni significative (*Pestare i piedi all'anima*, di Accardo e Lorenzini, 2020).

Non possiamo dimenticare l'impegno nella formazione di centinaia di psicoterapeuti, con il prezioso contributo alla definizione di Linee guida didattiche per le scuole di specializzazione in psicoterapia di Francesco Mancini e Sandra Sassaroli.

Gli ultimi contributi sono stati raccolti in un volume su *Orientamenti in psicoterapia cognitivo-comportamentale* (Scarinci, Lorenzini e Mezzaluna, 2020) in cui ha affrontato i temi più controversi su cui si sta dibattendo non solo in ambito cognitivista.

Non si esagera nel considerare la scomparsa di Lorenzini, insieme con quella quasi contemporanea di Gianni Liotti, con il quale negli ultimi tempi aveva stretto un rapporto confidenziale e quasi intimo, una grande perdita umana e culturale per tutto il cognitivismo.

La speranza è che il suo lascito morale e culturale possa essere conservato e ancora sviluppato negli anni a venire dal movimento cognitivista.

*Antonio Scarinci*

## *In ricordo di Paolo Meazzini*

Il 14 novembre 2023 è morto nel giorno del suo compleanno Paolo Meazzini, nato a Venezia nel 1942. Egli ha dato un contributo fondamentale alla conoscenza prima, e allo sviluppo poi, del comportamentismo e della terapia cognitivo-comportamentale nel nostro Paese. Come il santo di cui portava il nome, ha viaggiato e operato in molte sedi, italiane e straniere, proponendo una versione attraente, utile e convincente del nostro approccio, che faceva breccia anche sugli interlocutori più riluttanti, e ha scritto molti libri (37, se abbiamo contato giusto) e 250 articoli, che ancora oggi costituiscono un importante riferimento. Ha fatto parte del Comitato di redazione di numerose riviste italiane e straniere e ha curato collane editoriali, sia specialistiche che di divulgazione (come «Cambiare in positivo»).

Ha insegnato Psicologia clinica nelle Università di Trieste, Padova, Roma, Udine e, infine, Venezia ed è stato visiting professor presso le Università delle Hawaii, dello stato del Minnesota e dell'Oregon; ha fondato e diretto numerose Scuole di specializzazione in Psicoterapia.

Nei primi anni '70 del secolo scorso, insieme a Ezio Sanavio e a Salvatore Soresi cominciò a interessarsi di quella che all'epoca era l'Analisi e Modificazione del Comportamento; nel 1975 questo gruppo, che faceva riferimento all'Università di Padova, iniziò a organizzare stage formativi residenziali in cui venivano presentate e discusse le applicazioni della *Behavior modification*.

Alla fine del 1977 venne fondata a Verona l'Associazione di Analisi e Modificazione del Comportamento (AIAMC); come primo presidente fu eletto Roberto Anchisi a cui successe proprio Paolo Meazzini.

Per i suoi meriti, è citato nel «Who's Who in Italy» dell'*Encyclopedia of Psychology* e nell'*Enciclopedia Pedagogica*,

ed è stato insignito del Premio della Cultura (1977) e del titolo di commendatore (1999).

Il contributo pionieristico di Meazzini ha spaziato dalla psicologia clinica, dove ha prestato particolare attenzione alle origini della psicoterapia cognitivo comportamentale e alle sue direttrici di evoluzione (si veda *La terapia del comportamento: una storia* del 1999 e *Mente e comportamento. Trattato di Psicoterapia cognitivo comportamentale* del 2004), a quella del lavoro e delle organizzazioni.

L'ambito, però, in cui ha avuto il maggiore impatto è stato quello della psicologia scolastica. Nel 1978 ha pubblicato *La conduzione della classe. Tecniche comportamentali*, manuale fondamentale, costantemente rieditato, per la diffusione del nostro approccio nella scuola, ed è stato per 30 anni direttore delle riviste «Psicologia e scuola» e «HD – Giornale italiano di psicologia e pedagogia dell'handicap e delle disabilità di apprendimento».

I molti che lo hanno conosciuto sono stati colpiti prima ancora che dalla sua intelligenza e dalle straordinarie capacità espositive, dai tratti personali e dal modo di relazionarsi.

Noi abbiamo imparato molto da Paolo ma non ci siamo sentiti «solo» suoi allievi, nonostante l'indubbio carisma che possedeva; ci siamo sentiti suoi colleghi più giovani, perché ci ha sempre trattati alla pari, con attenzione, simpatia e considerazione; non chiedeva appartenenze o schieramenti e mai ha alimentato conflitti con altre parti dell'ambiente cognitivo comportamentale. Di fronte alle difficoltà, ci colpivano l'ottimismo, l'umorismo e la determinazione che sempre mostrava; non a caso è stato un fautore della Psicologia positiva. Ha saputo trasmettere a chi lo incontrava il suo amore per la conoscenza e la passione per la psicologia, sempre disponibile ad ascoltare, a consigliare e a incoraggiare chi si rivolgeva a lui. È stato sempre rispettoso di ogni opinione e di ogni punto di vista e ha stimolato il dialogo e il confronto. Ha lasciato un segno importante nella vita professionale, e non solo, di tanti di noi.

Per usare un termine di altri tempi, è stato prima di tutto un gentiluomo e per questo Paolo ci mancherà molto.

Che la terra gli sia lieve.

*Silvana Cilia, Enrico Di Giorgi, Paolo Michielin*

---

# CBA 2.0 Scale Primarie

## *Nuovi dati e criteri interpretativi per le problematiche depressive*

---

Paolo Michielin<sup>1</sup>, Susanna Pizzo<sup>2</sup>, Silvana Cilia<sup>3</sup>, Chiara Contino<sup>2</sup>,  
Ornella Bettinardi<sup>4</sup>, Giorgio Bertolotti<sup>5</sup>, Anna Panzeri<sup>1</sup>, Ezio Sanavio<sup>1</sup>,  
Giulio Vidotto<sup>1</sup>, Andrea Visentin<sup>6</sup> e Anna Maria Zotti<sup>7</sup>

### Sommario

Obiettivo principale dello studio è perfezionare i criteri decisionali per l'interpretazione della Batteria CBA 2.0 Scale Primarie e, in particolare, elaborare procedure e mettere a punto algoritmi per identificare le problematiche depressive. Altro obiettivo è verificare se esistano differenze significative tra i punteggi ai diversi indici della Batteria CBA-2.0 Scale Primarie del campione normativo e di gruppi clinici omogenei per classificazione diagnostica, tutti appartenenti all'ampia gamma dei disturbi emotivi comuni.

A questo scopo sono stati reclutati 53 soggetti affetti da Disturbo Depressivo Maggiore (F32.0), 30 sofferenti di Disturbo Depressivo Persistente (F34.1), 268 pazienti con altri disturbi non depressivi (disturbi d'ansia, ossessivo-compulsivi, da trauma), e 90 soggetti senza alcuna diagnosi di psicopatologia. Dalle analisi statistiche è emerso che la media dei punteggi dei gruppi clinici, considerati insieme, è significativamente maggiore rispetto al campione normativo per gli indici STAI-X1, STAI-X2, EPQ/R-N, QPF/R, IP-2, QD, MOCQ/R-3 e STAI-X1-R e che i pazienti con depressione mostrano, rispetto agli altri gruppi clinici, valori più alti al QD e valori significativamente inferiori all'EPQ/R-E, QPF/R e IP-4. È confermata, quindi, la capacità del QD-Questionario Depressione di discriminare non solo tra pazienti affetti da disturbi depressivi e soggetti normali ma anche tra pazienti con depressione e pazienti con altre forme di psicopatologia. L'analisi di sensibilità e specificità suggerisce di abbassare i cut-off di allarme: per i maschi, punteggio totale grezzo 10, per le femmine punteggio grezzo 13.

### Parole chiave

Questionari, CBA Scale Primarie, Depressione, Algoritmo diagnostico, Valori soglia.

---

<sup>1</sup> Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova.

<sup>2</sup> Istituto Miller, Genova.

<sup>3</sup> Istituto di Terapia Cognitiva e Comportamentale, Padova.

<sup>4</sup> Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche, AUSL di Piacenza.

<sup>5</sup> Psicologia di Cure Primarie, Arona.

<sup>6</sup> School of Computer Science & IT, University college Cork, Ireland.

<sup>7</sup> Borgomanero (NO).

---

# CBA 2.0 Primary Scales Battery

## *New Data and Interpretive Criteria for Depressive Disorders*

---

Paolo Michielin<sup>1</sup>, Susanna Pizzo<sup>2</sup>, Silvana Cilia<sup>3</sup>, Chiara Contino<sup>2</sup>,  
Ornella Bettinardi<sup>4</sup>, Giorgio Bertolotti<sup>5</sup>, Anna Panzeri<sup>1</sup>, Ezio Sanavio<sup>1</sup>,  
Giulio Vidotto<sup>1</sup>, Andrea Visentin<sup>6</sup> and Anna Maria Zotti<sup>7</sup>

### Abstract

The main objective of the study is to refine the decision criteria for the interpretation of the CBA 2.0 Primary Scales Battery and to develop algorithms for the identification of depressive problems. Another objective of the study is to verify whether there are significant differences between the scores on the different primary indexes of the CBA-2.0 Battery Scales of the normative sample and clinical samples that are homogeneous for diagnostic classification. For this purpose, 53 subjects with major depressive disorder (F32.0), 30 with persistent depressive disorder (F34.1), 268 patients with other disorders (anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and trauma) and 90 healthy subjects were recruited. The statistical analyses showed that the average of the scores of the clinical groups, considered together, is significantly higher than the normative sample for the STAI-X1, STAI-X2, EPQ / RN, QPF / R, IP-2, QD, MOCQ / R-3 and STAI-X1-R indices and that depressed patients show, compared to other clinical groups, higher QD values and significantly lower EPQ / RE, QPF / R and IP-4 values. Therefore, the ability of the QD-Depression Questionnaire to discriminate not only between patients with depressive disorders and normal subjects but also between depressed patients and those with other forms of psychopathology is confirmed. The sensitivity and specificity analysis suggests lowering the alarm cut-offs: a raw total score of 10 for males and a raw total score of 13 for females.

### Keywords

Questionnaires, CBA Primary Scales, Depression, Diagnostic algorithms, Cut-off.

---

<sup>1</sup> Department of General Psychology, University of Padua.

<sup>2</sup> Miller Institute, Genoa.

<sup>3</sup> Cognitive Behavioural Therapy Institute, Padua.

<sup>4</sup> Department of Mental Health and Pathological Addiction, Piacenza Local Health Unit.

<sup>5</sup> Primary Care Psychology, Arona.

<sup>6</sup> School of Computer Science & IT, University college Cork, Ireland.

<sup>7</sup> Borgomanero (NO).

## Introduzione

La Batteria Cognitive Behavioural Assessment, CBA 2.0 Scale Primarie (Sanavio et al., 1986, 1997 2<sup>a</sup> ed.; Bertolotti e al., 1990; Sanavio et al., 2013) è impiegata nell'assessment psicologico clinico, inteso quale «ampia valutazione del caso che il terapeuta effettua in rapporto alla possibile presa in carico di un paziente per psicoterapia... che ha lo scopo di ottenere una precisa descrizione dei problemi lamentati dal soggetto, fornendo sia ipotesi sia misurazioni» (Sanavio, 1991, p. 7). La Batteria non immagina di poter esaurire l'assessment, che ha per sua natura carattere multidimensionale. Si caratterizza per alcuni aspetti originali, tra cui l'impianto idiografico: compito precipuo dell'approfondimento psicodiagnostico è sviluppare una conoscenza più approfondita della persona in esame più di quanto possa fare un'etichetta diagnostica o una diagnosi psichiatrica. Nella logica idiografica si pone il cosiddetto «principio di integrazione verticale delle informazioni»: il clinico esperto, durante l'assessment psicodiagnostico, procede con una successione sistematica e intelligentemente organizzata di approfondimenti successivi (Sanavio, 2002). Anche la Batteria CBA-2.0 prevede un approfondimento clinico gerarchicamente strutturato: a seconda delle risposte fornite nelle Scale Primarie, che vengono somministrate a tutti i pazienti, algoritmi e pattern interpretativi suggeriscono approfondimenti specifici, che possono aver luogo tramite interviste con familiari, procedure di osservazione sistematica, colloqui clinici, come pure suggeriscono la somministrazione di ulteriori test di approfondimento psicologico denominati Scale Secondarie della CBA 2.0 (Sanavio, 2002).

### *Norme per l'utilizzo della CBA-2.0*

Per la Batteria è stato raccolto un primo campione negli anni Ottanta del secolo scorso e ampliato con un secondo agli inizi degli anni Novanta, che congiuntamente costituiscono un campione normativo di 2.304 soggetti, di cui 1.786 maschi e 518 femmine. Le norme sono state calcolate separatamente per genere e fascia d'età (16-25 anni; 26-40 anni; 41-60 anni) (Sanavio et al., 1986); per i soggetti con più di 60 anni sono disponibili ulteriori norme (Zotti et al., 1996) ricavate da studi epidemiologici (Bertolotti, 1994, Della Sala & Zotti, 1994) su anziani senza deterioramento cognitivo. Le scale primarie della batteria CBA 2.0 sono la traduzione e l'adattamento al contesto italiano di questionari già sviluppati e validati all'estero. Le procedure di validazione hanno previsto la somministrazione di ogni scala della batteria a un gruppo omogeneo di soggetti (16-80 anni) appartenenti alla popolazione urbana del Centro e del Nord-est Italia.

Per ogni scala è stata calcolata: la struttura fattoriale (attraverso la quale sono state ricavate le eventuali sottoscale), la consistenza interna e la stabilità

temporale della misurazione attraverso l'analisi delle correlazioni test-retest. I risultati sono stati soddisfacenti e hanno condotto alla versione attuale dello strumento (Sanavio et al., 1997). Tuttavia, essendo norme sviluppate circa 40 anni fa si è ritenuto necessario procedere a un loro aggiornamento. Infatti, a livello internazionale si è concordi sul fatto che le tarature dei test vadano aggiornate periodicamente (APA, 2013) poiché i cambiamenti che avvengono a livello della popolazione di riferimento potrebbero non essere rispecchiati dalla taratura e di conseguenza potrebbe essere compromessa la precisione dei punteggi normativi. Inoltre, strumenti testistici che si propongono di rimanere validi nel tempo dovrebbero essere sottoposti a controlli periodici per verificare la bontà e l'accuratezza delle scale di misura (APA, 2013). Pertanto, si ritiene opportuno una revisione degli attuali cut-off, realizzati molti anni fa.

Come noto, quando si interpreta un test psicodiagnostico, si confronta il punteggio ottenuto dal paziente con la distribuzione dei punteggi di campioni normativi tratti dalla popolazione generale e/o di campioni clinici. È comune considerare «normali» i punteggi compresi tra -2 e +2 deviazioni standard dalla media dei soggetti normali e soffermarsi sulle parti estreme della distribuzione, giacché è più probabile che lì si collochino soggetti affetti dal disturbo psicologico in esame. Avviene spesso che le distribuzioni siano lontane dalla distribuzione normale (gaussiana) e non sia, quindi, lecita l'assunzione di normalità, né la trasformazione in punti zeta. Nella diagnostica attinente ai disturbi emozionali e ai cosiddetti «disturbi mentali comuni» (ansia e depressione) è preferibile utilizzare un livello di misurazione più basso (ordinale) e fare riferimento al percentile a cui si colloca il punteggio riportato dalla persona esaminata. Nei manuali dei più diffusi test psicodiagnostici è riportato un punteggio soglia (cut-off) che stabilisce il valore oltre il quale il punteggio del paziente va considerato clinicamente significativo; naturalmente tale cut-off deve differire a seconda delle finalità delle valutazioni psicodiagnostiche in corso (nelle attività di screening, ad esempio, è di solito più basso per minimizzare i falsi negativi). Nel caso della Batteria CBA-2.0 i manuali di riferimento e i programmi di interpretazione suggeriscono il 99° percentile del campione normale come soglia di invalidità del protocollo per eccessivo livello di ansia di stato al momento della somministrazione (STAI-X1). Per tutte le altre scale della Batteria si suggerisce di fare riferimento al 95° percentile come soglia di allarme, in altre parole, si suggerisce di considerare i punteggi superiori come indicativi della possibile presenza di problematicità da esplorare approfonditamente (Cilia & Sica, 1996, pp. 17-48).

Non sempre, tuttavia, è sufficiente e risolutivo il riferimento alla popolazione generale. Nei test impiegati in ambito clinico si hanno spesso norme ricavate da popolazioni di pazienti a cui è stato diagnosticato uno specifico disturbo; in questo caso si parla di «Campione clinico» o «Campione patologico». La superiorità di questa tipologia di campioni, rispetto a quelli che riflettono la popolazione

generale, sta nel fatto che il campione patologico, riferendosi proprio a una parte estrema della popolazione generale, offre la possibilità di una maggiore differenziazione dei punteggi e permette di meglio evidenziare le eventuali sovrapposizioni e/o differenze tra la popolazione generale e quella della patologia considerata. Tutto ciò assume poi rilievo nelle decisioni diagnostiche e di trattamento (NICE-National Institute for Health and Care Excellence, 2011); si pensi, ad esempio, alla logica di individuare livelli di intensità differenziata e crescente dell'intervento (*stepped care*), che impronta sempre più le Linee guida e i Percorsi diagnostico- terapeutici. Logica che mira a definire per ciascun paziente l'opzione e la durata di trattamento appropriate e, in caso di lista d'attesa per la presa in carico, quali siano i pazienti che devono avere la priorità.

Sul tema del confronto della distribuzione dei punteggi dei soggetti con psicopatologia e di soggetti senza disturbi psicologici, in letteratura sono presenti contributi. Tuttavia, pochi degli strumenti diagnostici nascono direttamente con riferimento al campione patologico, si pensi al *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*, i cui punteggi *base rate* (BR) sono stati ricavati da una popolazione clinica (Millon, 1994), altri vengono revisionati in seguito e producono nuove norme che contemplano le popolazioni cliniche cui principalmente si riferiscono. Tra questi ultimi, è possibile citare gli adattamenti italiani del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (Ghisi et al., 2006; Pancheri & Sirigatti, 2004), del *Personality Assessment Inventory* (Pignolo et al., 2018) e della *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale -II* (Melli et al., 2015). Poiché il Millon viene utilizzato elettivamente nei disturbi della personalità e il MMPI-2 nella psicopatologia più grave, è sembrato opportuno fare questa operazione con la Batteria CBA 2.0, che trova la sua applicazione privilegiata nei disturbi mentali comuni.

L'obiettivo specifico del lavoro illustrato in questo articolo è di confrontare la distribuzione dei punteggi alle Scale Primarie della batteria CBA 2.0 ottenuti da due gruppi di soggetti affetti da disturbi depressivi con i punteggi di gruppi di pazienti con altri disturbi mentali comuni e con un gruppo di soggetti senza disturbi psicologici. Un secondo obiettivo è quello di perfezionare l'albero decisionale per l'interpretazione di elevati punteggi nella Scheda 8 (Questionario di Depressione, QD) e proporre un nuovo cut-off di allarme per attivare uno screening basato su evidenze (Kroenke et al., 2002; Blackstone et al., 2022; Mojtabai, 2017).

## Metodo

Ogni anno le scuole di specializzazione in psicoterapia Cognitivo-Comportamentale affiliate all'AIAMC (*Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e Terapia Comportamentale e Cognitiva*) collezionano una grande e completa casistica clinica, poiché gli specializzandi, alla fine del loro percorso

formativo, sono tenuti a scrivere un elaborato contenente la discussione di 6-8 casi personalmente seguiti e supervisionati da uno psicoterapeuta «supervisore AIAMC».

Nella maggioranza di questi casi, in fase di assessment, viene utilizzata la Batteria CBA 2.0, sono esposti analiticamente i punteggi ottenuti e, di solito, vi è anche la ripetizione della somministrazione al termine del trattamento per la valutazione di esito; sono, inoltre, specificati la diagnosi DSM-5, il piano di trattamento e la sua applicazione. Da ciò è nata la possibilità di costruire un grande data set e di usare i dati anonimizzati per ricavare norme specifiche per i più comuni raggruppamenti diagnostici trattati dagli specializzandi.

### *Partecipanti*

Come detto, si tratta di un campionamento di convenienza: i dati qui esaminati provengono da pazienti valutati e trattati da specializzandi in supervisione durante il corso di specializzazione in psicoterapia cognitivo comportamentale di due scuole affiliate all'AIAMC (ITC, Istituto di psicoterapia Cognitiva e Comportamentale di Padova e Istituto Miller di Genova); alla raccolta dei casi hanno collaborato anche psicologi psicoterapeuti operanti in vari Dipartimenti di Salute Mentale. I criteri di inclusione erano: buona capacità di comprensione dell'Italiano, maggiorenni, essere in possesso di tutti i punteggi alle Scale Primarie CBA attendibili (criterio incluso anche nel software utilizzato per lo scoring dei punteggi). I criteri di esclusione erano: avere una diagnosi di disturbo psicotico o di disturbo raro, essere minorenni.

Partendo da un campione totale di 405 pazienti (18-68 anni,  $M = 35,73$ ;  $DS = 12,1$ ; femmine 65,93%) sono stati esclusi i disturbi del comportamento alimentare ( $n = 24$ , di cui femmine 95,8 %) e i disturbi di personalità ( $n = 30$ , di cui femmine 63,33 %), poiché erano di numerosità esigua e aumentavano l'eterogeneità del campione. Così, si è giunti a un campione patologico di 351 soggetti (età media 36,4,  $DS = 12,2$ , femmine 64,1%); i pazienti sono stati successivamente suddivisi nelle 11 categorie diagnostiche secondo il *Diagnostic of Mental Disorders and Statistical Manual 5* (DSM-5; APA, 2013), assegnate a loro e specificate nel testo della tesi di specializzazione. I casi clinici sono stati selezionati a partire dall'anno 2015 fino ad arrivare al 2020.

Come campione normativo (90 soggetti, età media 33,9,  $DS = 9,10$  femmine 50%) si è utilizzato un sottoinsieme rappresentativo del campione normativo utilizzato nel 2019 per verificare che le norme ottenute 25-30 anni prima (Sanavio, 1997) fossero ancora valide, così da ottenere un gruppo meglio comparabile per età a quello clinico. Poiché nella pratica clinica sono spesso presenti più disturbi contemporaneamente, uno in comorbilità all'altro, si è scelto di considerare, ai fini di questo studio, i soli disturbi depressivi classificati come diagnosi primaria.

L'analisi si è focalizzata sui dati dei soggetti con diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore e di Disturbo Depressivo Persistente (o Distimia). Si tratta di 53 pazienti affetti da Disturbo Depressivo Maggiore (codifica DSM-5: 296.2), nel 64,15% femmine, con età media di 43,08 anni, e 30 affetti da Disturbo Depressivo Persistente (300.4), di cui il 73,33% femmine, con età media pari a 41,27 anni.

La suddivisione dei casi dell'intero data set nelle diverse diagnosi DSM-5, la numerosità e le caratteristiche demografiche di ciascun gruppo sono riportate nella Tabella 1. Come si può osservare, la diversa numerosità dei gruppi e le caratteristiche demografiche sono coerenti con le osservazioni epidemiologiche e con l'effettivo accesso ai trattamenti psicologici.

Relativamente agli altri gruppi clinici e, considerata la bassa numerosità di alcuni di essi, sono stati ugualmente ricavati raggruppamenti più ampi, ma sufficientemente omogenei nelle manifestazioni e nel significato clinico. In particolare, i raggruppamenti sono:

- disturbo d'ansia situazionale, che include fobie specifiche, fobia sociale e disturbo d'ansia generalizzata ( $n = 95$ );
- disturbi d'ansia somatizzata, che raggruppa il disturbo di panico e quello d'ansia per la malattia ( $n = 90$ );
- disturbo ossessivo-compulsivo ( $n = 45$ );
- disturbi da trauma ( $n = 38$ ).

Come si può osservare, la diversa numerosità dei gruppi e le caratteristiche demografiche sono coerenti con le osservazioni epidemiologiche e con l'effettivo accesso ai trattamenti psicologici.

### Tabella 1

Statistiche descrittive delle variabili demografiche dei campioni del presente studio

Caratteristiche demografiche	Campione/ Gruppo diagnostico
	CAMPIONE NORMALE
Numero maschi (%)	45 (50%)
Numero femmine (%)	45 (50%)
Età media (DS)	34,7 (9,6)
	INTERO campione clinico (tot 313)
Numero maschi (%)	114 (36,42%)
Numero femmine (%)	199 (63,58%)
Età media (DS)	36,46 (11,75)

	<b>DEPRESSIONE - Disturbo depressivo maggiore (tot 53)</b>
Numero maschi (%)	19 (35,85%)
Numero femmine (%)	34 (64,15%)
Età media (DS)	43,08 (13,57)
	<b>DEPRESSIONE - Disturbo depressivo persistente (tot 30)</b>
Numero maschi (%)	8 (26,67%)
Numero femmine (%)	22 (73,33%)
Età media (DS)	41,27 (14,29)
	<b>ANSIA SITUAZIONALE - Fobia specifica (tot 21)</b>
Numero maschi (%)	6 (28,57%)
Numero femmine (%)	15 (71,43%)
Età media (DS)	34,95 (12,1)
	<b>ANSIA SITUAZIONALE - Disturbo d'ansia sociale (tot 42)</b>
Numero maschi (%)	22 (52,38%)
Numero femmine (%)	20 (47,62%)
Età media (DS)	31,74 (10,32)
	<b>ANSIA SITUAZIONALE - Disturbo d'ansia generalizzata (tot 32)</b>
Numero maschi (%)	11 (34,38%)
Numero femmine (%)	21 (65,62%)
Età media (DS)	35,45 (11,22)
	<b>ANSIA SOMATIZZATA - Disturbo di panico (tot 56)</b>
Numero maschi (%)	13 (23,21%)
Numero femmine (%)	43 (76,79%)
Età media (DS)	33,02 (10,13)
	<b>ANSIA SOMATIZZATA - Disturbo d'ansia da malattia (tot 34)</b>
Numero maschi (%)	14 (41,18%)
Numero femmine (%)	20 (58,82%)
Età media (DS)	37,12 (11,3)
	<b>DISTURBI dello spettro ossessivo-compulsivo (tot 45)</b>
Numero maschi (%)	21 (46,67%)
Numero femmine (%)	24 (53,33%)
Età media (DS)	33,13 (10,78)

	DISTURBI da trauma (tot 38)
Numero maschi (%)	12 (31,58)
Numero femmine (%)	26 (68,42)
Età media (DS)	38,34 (12,01)

Nota. Numerosità, età e composizione per genere del campione normativo e dei diversi gruppi clinici, a cui è stata somministrata la Batteria CBA 2.0 Scale Primarie, divisi secondo la diagnosi DSM-5 e raggruppati in campioni più ampi.

### *Procedura e strumenti di valutazione*

Nel data set sono stati inseriti i punteggi grezzi delle scale e degli indici del CBA 2.0. I dati raccolti hanno incluso le informazioni relative alla durata del disturbo e del trattamento, la situazione di convivenza, la tipologia di setting in cui è avvenuto il trattamento (servizio pubblico/ privato), la presenza o meno di sedute di follow-up, eventuali altri test somministrati oltre al CBA 2.0, e la qualità dell'alleanza terapeutica. Quest'ultima è stata quantificata dai ricercatori su una scala da 1 a 4, sulla base delle informazioni contenute nello specifico paragrafo della tesi. Lo specializzando, nella fase dell'assessment iniziale, provvedeva alla consegna della Batteria accompagnata da istruzioni con la richiesta di compilare autonomamente (Sanavio et al., 1997, pp. 149-151). Alla consegna veniva effettuata una esplorazione visiva per verificare la completezza della compilazione a tutte le domande.

### *Questionario Depressione (QD)*

Il Questionario Depressione è stato specificamente sviluppato dagli autori della Batteria CBA 2.0 per misurare le manifestazioni depressive di rilievo clinico e subclinico, è composto da 24 item con un formato di risposta di tipo dicotomico (SÌ/NO), ha quindi un punteggio che va da 0 a 24, e si avvale di riferimenti normativi e di applicazioni cliniche (Michielin & Bustaffa, 1987; Sanavio et al., 1997; Vedana et al., 2002; Zotti et al., 1996; Zotti et al., 2011;). Bassi punteggi indicano la probabile assenza di sintomi depressivi e di manifestazioni disforiche, mentre punteggi elevati suggeriscono di verificare la probabile esistenza di una condizione depressiva, non necessariamente correlata alla specifica diagnosi.

### *Analisi statistiche*

Per il gruppo normativo, per i campioni clinici e per i raggruppamenti esposti nella Tabella 1 sono state svolte le analisi descrittive: media, deviazione standard, mediana, valore massimo e minimo e la distribuzione dei punteggi percentili. Le

analisi statistiche successive hanno riguardato il confronto tra i punteggi medi dei diversi gruppi e raggruppamenti mediante il *t* test per campioni indipendenti e il calcolo dell'indice *d* di Cohen per valutare la dimensione dell'effetto (*ES*, *Effect Size*). Quest'ultimo serve, appunto, a stimare quanto è grande una differenza, che sia già risultata significativa, e viene calcolato come differenza tra le medie di due gruppi divisa per la deviazione standard interpolata. L'interpretazione di *d* è semplice: se, ad esempio,  $d = 0,50$ , allora il punteggio medio del primo gruppo è superiore di mezza DS a quello del secondo. In questo ambito, un valore di *d* attorno all'unità è indicativo di una buona capacità della misura di discriminare tra i gruppi.

È stata inoltre valutata la sensibilità e specificità della scala QD attraverso l'analisi delle distribuzioni delle frequenze e il calcolo dei ranghi percentili, distinti per genere, al fine di individuare nuovi cut-off per l'ipotesi di presenza di un disturbo depressivo e per l'approfondimento, con ulteriori indagini e test, delle relative problematiche.

Il *Random Forest* (Foresta casuale) è stato utilizzato per l'identificazione di algoritmi che, mediante il confronto tra i punteggi del campione normativo e quelli dei diversi campioni psicopatologici, possono essere utilizzati per la classificazione, e dunque per indicare la probabile appartenenza di uno specifico soggetto alla popolazione normale o, piuttosto, a un gruppo diagnostico. Si tratta di modelli non parametrici di apprendimento automatico (*Machine learning*) (Kleinberg, 1996) che vengono addestrati su data set diversi, ciascuno ottenuto dal data set iniziale tramite campionamento casuale, e considerano vari modelli d'insieme, vari alberi decisionali, per migliorare le prestazioni di ognuno di loro singolarmente. Le foreste casuali sono, dunque, un'aggregazione di alberi decisionali che, anche se singolarmente deboli (se, cioè, ottengono risultati solo leggermente migliori di un modello casuale), messi insieme diventano più forti e precisi.

Tutte le analisi psicometriche sono state compiute utilizzando il software *Jamovi* (The Jamovi project, 2020).

## Risultati

### *Campione clinico con Disturbo Depressivo Maggiore (n = 53)*

Dall'analisi del *t* test per campioni indipendenti sono emerse differenze statisticamente significative tra la media dei punteggi alle scale CBA 2.0 del campione di pazienti con Depressione Maggiore e quelle del campione normativo. Inoltre, anche gli indici di effect size indicano differenze di entità (moderata/grande) per la maggior parte delle scale CBA 2.0. Tali differenze sono espresse nella Tabella 2.

**Tabella 2**

Differenze tra i punteggi ottenuti dal gruppo di soggetti normali e dal gruppo di pazienti con Disturbo Depressivo Maggiore agli indici CBA 2.0 Scale Primarie  
T test per campioni indipendenti

Indice	Campione normativo	Pazienti con DDM	t test	Gradi di libertà	p	d di Cohen
STAI-X1	37,3 (5,64)	53,3 (9,11)	11,576 <sup>a</sup>	75,9	<0,001	2,117
STAI-X2	39,9 (6,62)	55,4 (7,93)	12,617	141	<0,001	2,185
EPQ/R-E	7,33 (2,38)	5,70 (3,52)	-3,003 <sup>a</sup>	80,5	0,004	-0,544
EPQ/R-N	5,46 (2,60)	8,36 (2,66)	6,397	141	<0,001	1,108
EPQ/R-P	2,30 (0,99)	2,36 (1,61)	0,239 <sup>a</sup>	76,1	0,812	0,044
EPQ/R-L	7,93 (1,68)	6,98 (2,78)	-2,259 <sup>a</sup>	74,7	0,027	-0,414
QPF/R	43,3 (5,98)	49,1 (10,8)	3,592 <sup>a</sup>	71,2	<0,001	0,663
IP-F	68,6 (23,2)	70,8 (30,3)	0,463 <sup>a</sup>	88,0	0,645	0,083
IP-PH	3,73 (3,04)	5,72 (7,25)	1,896 <sup>a</sup>	62,9	0,063	0,357
IP-1	18,6 (5,52)	15,3 (7,51)	-2,853 <sup>a</sup>	85,3	0,005	-0,513
IP-2	21,3 (7,24)	26,6 (11,2)	3,137 <sup>a</sup>	78,1	0,002	0,571
IP-3	9,11 (5,61)	8,02 (6,68)	-1,047	141	0,297	-0,181
IP-4	4,44 (2,41)	4,89 (4,38)	0,678 <sup>a</sup>	71,0	0,500	0,125
IP-5	8,01 (3,54)	7,38 (4,43)	-0,940	141	0,349	-0,163
QD	3,79 (2,59)	15,7 (3,68)	20,719 <sup>a</sup>	82,6	<0,001	3,741
MOCQ/R	5,69 (2,70)	5,60 (3,27)	-0,160 <sup>a</sup>	93,3	0,873	-0,028
MOCQ/R-1	2,71 (1,31)	2,58 (2,13)	-0,391 <sup>a</sup>	75,6	0,697	-0,072
MOCQ/R-2	2,12 (0,93)	1,36 (1,35)	-3,646 <sup>a</sup>	81,8	<0,001	0,659
MOCQ/R-3	0,89 (0,66)	1,87 (1,33)	5,005 <sup>a</sup>	67,4	<0,001	0,932
STAI-X1-R	16,2 (2,44)	21,2 (2,44)	5,634 <sup>a</sup>	61,7	<0,001	1,064

*Legenda:* DDM: gruppo di pazienti con Disturbo Depressivo Maggiore. STAI-X.: ansia di stato; STAI-X2: ansia di tratto; STAI-X1-R: ansia di stato; EPQ/R - E: estroversione; N: nevroticismo; P: psicoticismo; L: simulazione/ingenuità sociale; QPF/R: disturbi psicofisiologici; IP-F: totale paure; PH: fobie; IP 1: paure calamità; IP-2: paure rifiuto sociale; IP-3: paure animali repellenti; IP-4: paure allontanamento; IP-5: paure sangue e procedure medico chirurgiche; QD: depressione; MOCQ/R: ossessioni e compulsioni; MOCQ/R 1: checking; MOCQ/R 2: doubting e ruminating; MOCQ/R 3: cleaning; STAI X1-R: ansia di stato termine compilazione.

<sup>a</sup> Il test di Levene è significativo ( $p < 0,05$ ) suggerendo una violazione dell'assunzione dell'uguaglianza delle varianze, pertanto è stato utilizzato il t test di Welch e sono stati indicati i relativi gradi di libertà p value e d di Cohen.

Quantitativamente, e come valore del  $d$  di Cohen, la differenza di gran lunga maggiore fra campione di pazienti con Disturbo Depressivo Maggiore e campione normativo senza disturbi psichici si rileva, come atteso, nel punteggio del QD ( $d = 3,918$ ), ma anche altri indici risultano più alti a indicare che la depressione maggiore si caratterizza spesso per la presenza anche di manifestazioni ansiose, di instabilità emozionale, di sintomi psicofisiologici, di paure sociali e di ruminazioni.

*Campione clinico con Disturbo Depressivo Persistente ( $n = 30$ )*

Dall'analisi del  $t$  test per campioni indipendenti sono emerse, anche in questo caso, differenze statisticamente significative tra la media dei punteggi alle scale CBA 2.0 dei pazienti con Disturbo Depressivo Persistente e quelle del campione normativo. Inoltre, anche gli indici di effect size indicano differenze di entità (moderata/grande) per la maggior parte delle scale CBA 2.0.

Tali differenze sono espone nella Tabella 3.

**Tabella 3**

Differenze tra i punteggi agli indici del CBA 2.0 Scale Primarie ottenuti dal gruppo di soggetti normali ( $n = 90$ ) e dal gruppo di pazienti con Disturbo Depressivo Persistente ( $n = 30$ )

$T$  test per campioni indipendenti

Indice	Campione normativo	Pazienti con DDP	$t$ test	Gradi di libertà	$p$	$d$ di Cohen
STAI-X1	37,3 (5,64)	51,83 (12,71)	6,081 <sup>a</sup>	32,9	<0,001	1,481
STAI-X2	39,9 (6,62)	59,17 (7,80)	13,225	118	<0,001	2,788
EPQ/R-E	7,33 (2,38)	4,90 (3,18)	-4,437	118	<0,001	-0,935
EPQ/R-N	5,46 (2,60)	8,77 (3,21)	5,688	118	<0,001	1,199
EPQ/R-P	2,30 (0,99)	2,73 (1,44)	1,533 <sup>a</sup>	38,8	0,133	0,350
EPQ/R-L	7,93 (1,68)	6,70 (2,72)	-2,340 <sup>a</sup>	36,7	0,025	-0,546
QPF/R	43,3 (5,98)	50,40 (11,42)	3,245 <sup>a</sup>	34,5	0,003	0,780
IP-F	68,6 (23,2)	75,27 (30,68)	1,098 <sup>a</sup>	40,7	0,279	0,245
IP-PH	3,73 (3,04)	5,10 (5,94)	1,209 <sup>a</sup>	34,2	0,235	0,290
IP-1	18,6 (5,52)	15,30 (7,83)	-2,167 <sup>a</sup>	39,1	0,036	-0,494
IP-2	21,3 (7,24)	28,37 (8,72)	4,416	118	<0,001	0,931

IP-3	9,11 (5,61)	9,70 (6,82)	0,471	118	0,638	0,099
IP-4	4,44 (2,41)	6,63 (5,56)	2,091 <sup>a</sup>	32,7	0,044	0,511
IP-5	8,01 (3,54)	7,43 (4,90)	-0,699	118	0,486	-0,147
QD	3,79 (2,59)	15,40 (3,69)	15,967 <sup>a</sup>	39,0	<0,001	3,641
MOCQ/R	5,69 (2,70)	5,77 (3,62)	0,108 <sup>a</sup>	40,3	0,914	0,024
MOCQ/R-1	2,71 (1,31)	3,00 (2,38)	0,634 <sup>a</sup>	35,0	0,530	0,151
MOCQ/R-2	2,12 (0,93)	1,53 (1,20)	-2,459 <sup>a</sup>	41,4	0,018	-0,549
MOCQ/R-3	0,89 (0,66)	2,10 (1,40)	4,577 <sup>a</sup>	33,4	<0,001	1,107
STAI-X1-R	16,2 (2,44)	21,90 (7,25)	4,243 <sup>a</sup>	31,2	<0,001	1,058

Note. DDP: gruppo di pazienti con Disturbo Depressivo Persistente; per il significato degli indici, si veda la Tabella 2.

<sup>a</sup> Il test di Levene è significativo ( $p < 0,05$ ), suggerendo una violazione dell'assunzione dell'uguaglianza delle varianze, pertanto è stato utilizzato il  $t$  test di Welch e sono stati indicati i relativi gradi di libertà,  $p$  value e  $d$  di Cohen.

Come valore del  $d$  di Cohen ( $d = 3,641$ ), la differenza di gran lunga maggiore si rileva nel punteggio del Questionario D, ma anche altri indici risultano più alti, a indicare che il disturbo depressivo persistente si caratterizza anche per la presenza di manifestazioni ansiose, di instabilità emozionale, di sintomi psicofisiologici, di paure sociali e di ruminazioni. Questi pazienti, inoltre, tendono ad essere più introversi dei soggetti normali e meno inclini alla paura per calamità naturali.

I confronti risultati significativi e l'entità delle differenze sono molto simili a quelli riscontrati per il gruppo con Depressione Maggiore, giustificando la scelta di riunire i due gruppi nel confronto con altri campioni clinici.

*Confronto del campione dei Disturbi Depressivi ( $n = 83$ ) con altri raggruppamenti clinici ( $n$  totale = 268)*

Le analisi descrittive, illustrate nella Tabella 4, mostrano che il punteggio al questionario QD del raggruppamento dei Disturbi depressivi è nettamente più alto di quello ottenuto dagli altri raggruppamenti clinici, mentre il punteggio allo STAI-X2 (ansia di stato) è simile in tutti i raggruppamenti. Il punteggio IP-F del raggruppamento depressivo è vicino a quello dei soggetti normali e inferiore a quello degli altri raggruppamenti clinici. Questo sembra confermare il fatto, già evidenziato prima, che nei soggetti depressi sono frequentemente presenti manifestazioni ansiose, ma che gli stessi riferiscono meno paure rispetto agli altri pazienti.

**Tabella 4**

Medie e deviazioni standard dei punteggi negli indici del CBA Scale Primarie ottenuti dal gruppo di soggetti normali e dai principali raggruppamenti clinici

Indice	Femmine					Maschi				
	Normali (n = 45)	D. Depressivi (n = 56)	Ansia situazionale (n = 55)	Ansia somatizzata (n = 63)	Spettro ossessivo-c (n = 24)	Normali (n = 45)	D. Depressivi (n = 27)	Ansia situazionale (n = 39)	Ansia somatizzata (n = 27)	Spettro ossessivo (n = 21)
	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)
STAI-X1	38,5 (6,42)	53,7 (10,73)	49,3 (11,14)	50,2 (10,75)	47,9 (10,83)	36,0 (4,49)	50,9 (10,0)	46,2 (11,83)	47,0 (9,15)	44,3 (10,84)
STAI-X2	42,3 (7,59)	57,9 (8,01)	56,5 (10,16)	57,2 (7,89)	53,3 (12,27)	37,4 (4,37)	54,4 (7,73)	50,3 (10,55)	52,3 (8,60)	51,4 (7,89)
EPQ/R-E	6,87 (2,71)	5,43 (3,42)	6,29 (4,11)	7,33 (3,45)	6,46 (3,06)	7,80 (1,93)	5,37 (3,43)	4,97 (3,84)	6,07 (3,28)	7,43 (4,18)
EPQ/R-N	6,89 (2,55)	8,71 (2,89)	7,91 (3,15)	8,24 (2,39)	8,83 (3,06)	4,02 (1,71)	8,07 (2,80)	7,51 (2,77)	7,81 (3,05)	6,67 (3,57)
EPQ/R-P	2,16 (1,17)	2,52 (1,43)	1,66 (1,31)	1,81 (1,65)	2,50 (1,69)	2,44 (0,78)	2,44 (1,80)	1,85 (1,42)	2,22 (1,37)	2,24 (1,58)
EPQ/R-L	8,40 (1,67)	7,36 (2,39)	7,41 (2,38)	7,84 (2,36)	6,71 (2,99)	7,47 (1,58)	5,89 (3,20)	7,03 (2,44)	6,93 (2,66)	6,48 (2,69)
QPF/R	44,7 (7,13)	50,9 (11,35)	55,2 (12,15)	58,3 (11,42)	52,7 (12,04)	41,9 (4,18)	46,8 (9,94)	45,7 (9,06)	59,2 (12,94)	43,1 (8,56)
IP-F	79,8 (24,1)	79,6 (31,6)	91,0 (33,52)	85,5 (30,07)	94,0 (42,55)	57,3 (15,94)	57,4 (21,26)	68,9 (25,93)	73,3 (30,65)	61,6 (23,38)
IP-PH	5,33 (3,28)	6,95 (7,55)	9,13 (6,69)	7,43 (7,12)	9,92 (9,20)	2,13 (1,63)	2,48 (3,17)	4,49 (4,47)	5,15 (4,03)	2,38 (3,07)
IP-1	20,5 (5,76)	16,9 (7,68)	18,8 (8,32)	20,2 (7,15)	19,3 (10,62)	16,8 (4,60)	11,9 (6,23)	13,5 (7,62)	16,6 (7,99)	12,5 (7,17)
IP-2	23,3 (8,48)	27,7 (10,77)	32,7 (13,84)	27,2 (10,34)	31,2 (13,76)	19,2 (5,06)	26,3 (9,57)	29,2 (10,36)	25,1 (9,75)	24,4 (8,99)
IP-3	12,4 (5,64)	10,4 (7,64)	11,5 (7,88)	9,86 (7,41)	13,6 (8,68)	5,80 (3,06)	5,04 (4,24)	5,44 (4,24)	6,96 (6,24)	6,90 (4,66)
IP-4	5,42 (2,54)	6,59 (5,05)	8,57 (7,13)	12,5 (8,49)	10,9 (6,82)	3,47 (1,83)	3,30 (3,67)	6,44 (5,17)	9,93 (7,07)	4,86 (4,79)
IP-5	9,11 (4,17)	7,82 (4,94)	9,54 (5,07)	9,49 (5,17)	10,0 (6,62)	6,91 (2,34)	6,52 (3,65)	7,38 (5,09)	9,41 (4,99)	8,38 (4,40)
QD	4,76 (2,99)	16,6 (3,49)	8,18 (5,33)	9,43 (4,89)	9,29 (5,26)	2,82 (1,64)	13,5 (3,17)	6,67 (4,48)	8,89 (4,55)	6,14 (4,15)
MOCQ/R	6,16 (3,23)	5,96 (3,65)	5,18 (3,21)	5,79 (3,56)	10,9 (5,02)	5,22 (1,95)	5,04 (2,68)	5,18 (3,34)	6,52 (3,94)	9,14 (3,82)
MOCQ/R-1	2,93 (1,68)	2,86 (2,24)	2,39 (2,05)	2,57 (2,14)	5,42 (2,65)	2,49 (0,72)	2,48 (2,17)	2,87 (2,07)	2,81 (2,53)	5,14 (2,99)
MOCQ/R-2	2,33 (1,09)	1,54 (1,37)	1,34 (1,58)	1,78 (1,42)	3,29 (2,42)	1,91 (0,70)	1,19 (1,08)	1,38 (1,39)	2,04 (1,32)	1,86 (1,85)

MOCQ/R-3	0,95 (0,63)	2,00 (1,40)	1,77 (1,54)	1,97 (1,24)	2,79 (1,38)	0,82 (0,68)	1,85 (1,26)	1,44 (1,27)	1,74 (1,32)	2,57 (1,25)
STAI-X1-R	16,8 (2,74)	21,6 (6,71)	21,2 (5,47)	21,3 (6,44)	22,2 (7,31)	15,6 (1,95)	21,0 (6,30)	18,5 (5,36)	19,6 (3,83)	18,9 (6,32)

Legenda: per il significato degli indici, si veda la Tabella 2.

Per meglio mettere alla prova l'utilità degli indici CBA 2.0 ai fini della diagnosi differenziale, è stata condotta l'analisi del *t* test per campioni indipendenti tra il raggruppamento dei depressi e l'insieme di tutti gli altri raggruppamenti diagnostici ( $n = 268$ ). Come si può vedere nella Tabella 5, la media dei punteggi del campione di pazienti con depressione è significativamente minore rispetto al campione di pazienti con altre diagnosi. Alla luce di tali risultati emerge che i pazienti depressi, rispetto all'insieme degli altri gruppi psicopatologici, presentano livelli più elevati non solo per quanto riguarda le manifestazioni disforiche, ma anche relativamente a sintomi d'ansia (di stato e di tratto), al disadattamento sociale e alle paure relative al giudizio degli altri. Risultano inoltre più introversi, con minori sintomi psicofisiologici e minori paure di calamità naturali, di allontanamento da casa e di procedure medico-chirurgiche e con minori preoccupazioni relative all'igiene e alla pulizia.

### Tabella 5

Differenze tra i punteggi medi agli indici CBA 2.0 Scale Primarie ottenuti dal raggruppamento dei pazienti con almeno un Disturbo Depressivo ( $n = 83$ ) e quelli con Disturbi non Depressivi ( $n = 268$ ).

*T* test per campioni indipendenti

Indice	Disturbi depressivi	Disturbi non depressivi	Differenza tra le medie	<i>t</i> test	Gradi di libertà	<i>p</i>	<i>d</i> di Cohen
STAI-X1	52,8 (10,5)	48,5 (10,6)	4,28	3,21884	349	0,001	0,404
STAI-X2	56,8 (8,04)	54,2 (9,62)	2,61	2,24154 <sup>a</sup>	161	0,015	0,295
EPQ/R-E	5,41 (3,40)	6,65 (3,76)	-1,24	-2,68781	349	0,008	-0,338
EPQ/R-N	8,51 (2,86)	7,94 (2,95)	0,56	1,52672	349	0,128	0,192
EPQ/R-P	2,49 (1,55)	2,00 (1,53)	0,49	2,58209	349	0,010	0,324
EPQ/R-L	6,88 (2,75)	7,12 (2,62)	-0,23	-0,70864	349	0,479	-0,089
QPF/R	49,6 (11,0)	53,5 (12,2)	-3,87	-2,59123	349	0,010	-0,325
IP-F	72,4 (30,3)	80,5 (32,0)	-8,04	-2,02390	349	0,044	-0,254
IP-PH	5,49 (6,77)	6,55 (6,46)	-1,05	-1,28869	349	0,198	-0,162

Indice	Disturbi depressivi	Disturbi non depressivi	Differenza tra le medie	t test	Gradi di libertà	p	d di Cohen
IP-1	15,3 (7,58)	17,4 (8,30)	-2,07	-2,03217	349	0,043	-0,255
IP-2	27,3 (10,3)	28,4 (11,5)	-1,10	-0,78034	349	0,436	-0,098
IP-3	8,63 (6,74)	9,12 (7,21)	-0,49	-0,55647	349	0,578	-0,070
IP-4	5,52 (4,88)	8,79 (7,19)	-3,27	-4,73102 <sup>a</sup>	202	<0,001	-0,533
IP-5	7,40 (4,58)	9,07 (5,29)	-1,67	-2,79355 <sup>a</sup>	156	0,006	-0,337
QD	15,6 (3,67)	8,53 (5,00)	7,06	13,97929 <sup>a</sup>	185	<0,001	1,611
MOCQ/R	5,66 (3,38)	6,34 (4,04)	-0,68	-1,39238	349	0,165	-0,175
MOCQ/R-1	2,73 (2,21)	3,07 (2,46)	-0,33	-1,09851	349	0,273	-0,138
MOCQ/R-2	1,42 (1,29)	1,79 (1,70)	-0,34	-2,11961 <sup>a</sup>	179	0,035	-0,211
MOCQ/R-3	1,95 (1,35)	1,95 (1,40)	-0,003	0,00181	349	0,999	2,27e <sup>-4</sup>
STAI-X1-R	21,4 (6,55)	20,7 (6,05)	0,69	0,90101	349	0,368	0,113

Legenda: per il significato degli indici, si veda la Tabella 2.

<sup>a</sup> Il test di Levene è significativo ( $p < 0,05$ ), suggerendo una violazione dell'assunzione dell'uguaglianza delle varianze, pertanto è stato utilizzato il t test di Welch e sono stati indicati i relativi gradi di libertà, p value e d di Cohen.

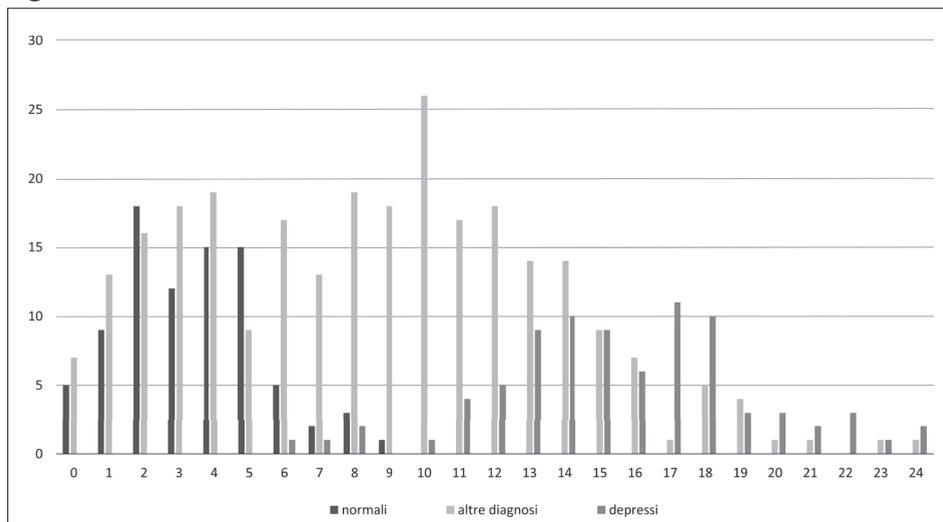
### Definizione di nuovi cut-off di allarme

Nel presente studio l'attenzione è principalmente sul Questionario Depressione che è la Scheda 8 del CBA. Bassi punteggi indicano la probabile assenza di sintomi depressivi e di manifestazioni disforiche, mentre punteggi elevati suggeriscono di verificare la probabile esistenza di una condizione depressiva, non necessariamente correlata alla specifica diagnosi. Per questo motivo è importante indagare se la disforia manifestata dal paziente derivi da fattori situazionali, da patologie mediche o, piuttosto, sia effettivamente manifestazione di un disturbo dell'umore. Nel campione normativo originario la distribuzione dei punteggi mostrava una forte asimmetria positiva, con un punteggio totale medio di 4,76 e il 24% dei soggetti che otteneva un punteggio di 0 oppure di 1; utilizzando il criterio del 95° percentile per ipotizzare la presenza di un disturbo depressivo e per indicare la necessità di approfondimento con specifici strumenti, come il BDI-II, il cut-off di allarme risultava un punteggio superiore a 10 per i maschi e superiore a 14 per le femmine. In uno studio di confronto, svolto nel 1983 (Sa-

navio et al., 1986), tra un gruppo di 56 pazienti con diagnosi di depressione e un gruppo di pazienti con altri disturbi questi cut-off avevano mostrato di ridurre al 2% i falsi negativi e al 6% i falsi positivi.

Gli eccellenti risultati derivavano però dalle specificità dei due campioni, il primo composto solo da pazienti con depressione maggiore, una parte dei quali con manifestazioni psicotiche, il secondo da pazienti in cui era stata attivamente esclusa, attraverso il colloquio clinico e l'uso di altri test, la presenza di sintomi depressivi apprezzabili. Si è quindi sentita la necessità di mettere alla prova le capacità discriminative del QD, ed eventualmente di definire nuovi cut-off, in campioni clinici più ampi e maggiormente rappresentativi della pratica diagnostica reale, includendo anche soggetti con depressione persistente e soggetti con altre diagnosi, ma che potevano presentare manifestazioni disforiche e sintomi depressivi in comorbidità. La disponibilità di un gruppo di pazienti depressi e di un insieme di pazienti con altri disturbi emotivi, oltre che del gruppo normativo, consente di indagare approfonditamente la capacità del QD di discriminare non solo tra depressi e soggetti normali ma anche tra depressi e pazienti con altre diagnosi, evidenziando l'utilità dello strumento nella diagnosi differenziale e ridefinendo i cut-off di allarme originariamente proposti. Nella Figura 1 è illustrata la distribuzione dei punteggi al QD di questi tre gruppi.

**Figura 1**



Questionario D - Distribuzione dei punteggi al questionario di 90 soggetti normali, 83 pazienti depressi e 268 pazienti con altre diagnosi.

Sulla base dell'analisi delle distribuzioni delle frequenze e del calcolo dei ranghi percentili, distinto in questo caso per genere, è stato possibile individuare

nuovi cut-off per l'ipotesi di presenza di un disturbo depressivo e per l'approfondimento, con ulteriori indagini e test, delle relative problematiche.

In generale, risulta che il cut-off, senza distinzione di genere, definito da un punteggio QD uguale o maggiore di 11 discrimina bene tra pazienti con diagnosi di depressione (falsi negativi = 6%) e soggetti normali (falsi positivi = 4,4%); mentre il precedente cut-off (QD maggiore o uguale di 13) determinava un numero troppo elevato di falsi negativi (= 16,8%). La sensibilità del Questionario di depressione risulta così uguale a 0,939 e la specificità a 0,956. Rispetto alla distribuzione dei punteggi dei pazienti con altre diagnosi, il nuovo cut-off determina un numero elevato di falsi positivi (= 34%), principalmente per la frequente presenza di manifestazioni disforiche e di sintomi depressivi anche in questi pazienti.

Differenziando i pazienti per genere e andando, quindi, a esaminare i ranghi percentili calcolati separatamente per femmine e maschi, si osserva che i valori corrispondenti al 5° percentile sono rispettivamente di 12 e di 9, mentre i vecchi valori, stabiliti sulla base del superamento del 95° percentile del campione normativo, erano 15 e 11.

Per ridurre il numero cospicuo di falsi negativi determinato dai vecchi criteri conviene, quindi, adottare come cut-off di allarme per l'ipotesi di presenza di un disturbo depressivo e per l'approfondimento delle manifestazioni correlate:

- nelle femmine un punteggio QD uguale o maggiore di 13
- nei maschi un punteggio QD uguale o maggiore di 10.

Disporre dei ranghi percentili dello specifico campione con depressione permette, inoltre, di stimare la gravità del disturbo utilizzando, ad esempio, il primo quartile per ipotizzare la presenza di sintomi lievi, l'ultimo per ipotizzare sintomi gravi e i due quartili centrali per le forme moderate.

Adottando questa modalità, si ottengono le seguenti indicazioni:

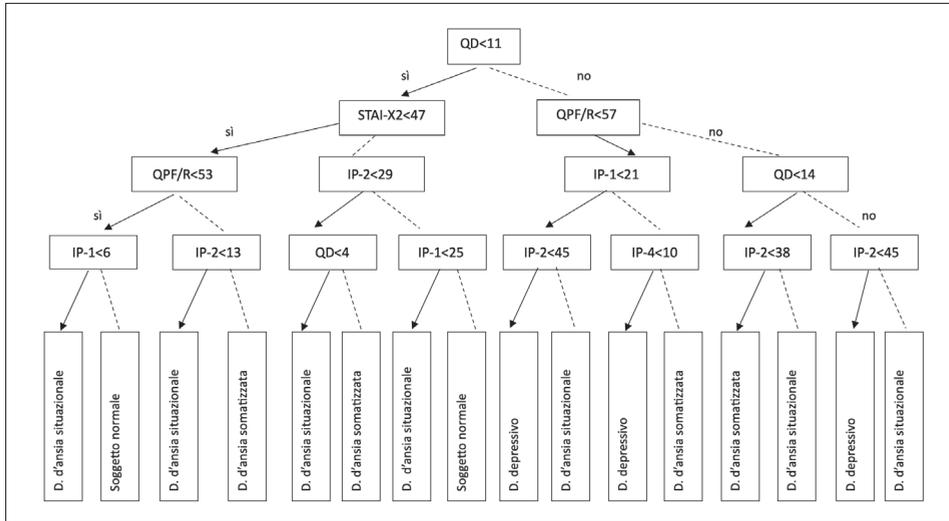
- per le femmine, disturbo lieve con punteggi da 13 a 14, moderato da 15 a 18, grave da 19 in su;
- per i maschi, disturbo lieve con punteggi da 10 a 12, moderato da 13 a 14, grave da 15 in su.

### *Criteri e algoritmo decisionale*

Il CBA Team sta sviluppando algoritmi di *Random Forest* (Foresta casuale). Si presentano alcuni risultati preliminari perché collimano con quanto sopra illustrato relativamente al cut-off del Questionario D (punteggio grezzo > 10, se non si differenziano i generi). La Figura 2 mostra un esempio di albero decisionale diagnostico ottenuto con gli algoritmi di *Random Forest*; occorre precisare che,

considerata la scarsa numerosità dei campioni, non è stato possibile ottenere alberi con criteri distinti per genere.

**Figura 2**



Albero decisionale per l'attribuzione alla categoria diagnostica generale basato sui punteggi grezzi ottenuti dal soggetto ad alcuni indici della batteria CBA2.0 Scale primarie. L'albero si percorre dall'alto in basso, verificando se il criterio specificato nel nodo è soddisfatto (si – freccia continua) o non è soddisfatto (no – linea tratteggiata). Il raggruppamento Disturbi da ansia situazionale comprende D. d'ansia generalizzata, D. d'ansia sociale, Fobia specifica; quello dei Disturbi da ansia somatizzata comprende D. di panico e D. d'ansia da malattia. I Disturbi depressivi comprendono D. depressivo maggiore, D. depressivo persistente.

## Discussione

Questo studio si proponeva di confrontare la distribuzione dei punteggi alle Scale Primarie della batteria CBA 2.0 ottenuti da due gruppi di soggetti affetti da disturbi depressivi con i punteggi di gruppi di pazienti con altri disturbi mentali comuni e con un gruppo di soggetti senza disturbi psicologici. Ulteriore obiettivo era quello di perfezionare l'albero decisionale per l'interpretazione di elevati punteggi nella Scheda 8 (Questionario di Depressione, QD) e proporre un nuovo cut-off di allarme per attivare uno screening basato su evidenze (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2002; Blackstone et al., 2022; Mojtabei, 2017).

Le analisi effettuate hanno mostrato risultati coerenti con tali obiettivi. In particolare, è emerso che i soggetti affetti da *Disturbo Depressivo Maggiore e Disturbo Depressivo Persistente* ottengono punteggi nettamente superiori rispetto al campione normativo, specialmente nell'indice QD (il *d* di Cohen risulta rispettivamente di 3,741 e di 3,641). Il fatto che la differenza tra i campioni

clinici di depressi e quello normativo sia così alta conferma la buona capacità del QD di cogliere le manifestazioni disforiche e di discriminare efficacemente tra un soggetto con diagnosi di Depressione Maggiore o con Disturbo Depressivo Persistente e i soggetti normali. Il punteggio QD non è, invece, utile per discriminare tra le due diagnosi di depressione. Le differenze significative tra i due campioni clinici di depressi e quello normativo rilevate nelle scale relative all'ansia e al lamento somatico sembrano giustificabili in quanto sintomi d'ansia e lamenti somatici sono frequentemente in comorbilità con i disturbi depressivi. Per quanto riguarda la sotto scala *Doubting ruminating* (MOCQ/R-3), l'elevazione del punteggio nei pazienti con depressione è coerente con le caratteristiche del disturbo, nel quale frequentemente si riscontra la cosiddetta «ruminazione depressiva».

Passando al confronto tra i diversi campioni clinici, i risultati emersi indicano che, rispetto al gruppo di pazienti con altre psicopatologie, i pazienti con disturbo depressivo manifestano livelli più elevati non solo per quanto riguarda le manifestazioni disforiche, ma anche relativamente a sintomi d'ansia (di stato e di tratto), disadattamento sociale e paure relative al giudizio degli altri. Risultano inoltre più introversi, con minori sintomi psicofisiologici, minori paure di calamità naturali, di allontanamento da casa e di procedure medico-chirurgiche e minori preoccupazioni relative all'igiene e alla pulizia.

Nell'indice QD la differenza tra depressi e altri pazienti corrisponde a un *d* di Cohen di 1,611, mostrando di conseguenza una buona capacità dello strumento di discriminare tra pazienti depressi e pazienti con altre diagnosi.

Attraverso le analisi statistiche sopra descritte, è stato possibile individuare nuovi cut-off di allarme per l'approfondimento dei sintomi depressivi. Questi nuovi cut-off migliorano le caratteristiche di sensibilità e specificità del QD, riducendo in particolare i falsi negativi. Hanno, inoltre, permesso di definire criteri più precisi per una stima della gravità del disturbo depressivo, e nello specifico:

- per le femmine, disturbo lieve con punteggi da 13 a 14, moderato da 15 a 18, grave da 19 in su;
- per i maschi, disturbo lieve con punteggi da 10 a 12, moderato da 13 a 14, grave da 15 in su.

L'algoritmo di Random Forest, portato ad esempio, permette di capire quali scale all'interno della Batteria CBA 2.0 abbiano un peso maggiore nel predire una diagnosi corretta. In particolare, si osserva che il punteggio QD è il primo nodo dell'albero decisionale e che il 75% dei casi che hanno ottenuto un elevato punteggio, hanno successivamente ricevuto la diagnosi di un Disturbo Depressivo.

Gli altri indici che hanno un peso rilevante nella decisione sono lo STAI X2, il QPF/R e i fattori 1, 2 e 4 dell'Inventario delle paure; i restanti punteggi non sembrano dare un contributo apprezzabile. Ad esempio, la sotto-scala *Doubting*

*and ruminating* del MOCQ/R-3 non sembra specifica per il disturbo ossessivo-compulsivo e non aiuta a discriminare tra gruppi di pazienti con diversa diagnosi. Probabilmente questo è dovuto al fatto che gli aspetti relativi al dubbio e alla ruminazione possono presentarsi in differenti patologie, specialmente in quelle considerate all'interno delle classificazioni diagnostiche di questo studio.

## Conclusioni

Occorre evidenziare alcune limitazioni del presente studio, in primo luogo, seppure abbia raccolto un'ampia e ben selezionata casistica, la numerosità dei soggetti non è robusta. Tuttavia, lo studio è parte di un più ampio progetto di creazione di norme di più gruppi clinici e di revisione della Batteria CBA 2.o, pertanto tale limitazione potrebbe venir meno con i futuri sviluppi di questo progetto. Di conseguenza, alcune implicazioni per la futura ricerca potrebbero riguardare l'apporto di ulteriori miglioramenti in un'ottica di aggiornamento continuo e di replicabilità dei risultati.

Un primo punto di forza di tale studio risiede nel fatto di aver considerato svariati campioni patologici al fine di creare nuove norme di interpretazione dei punteggi sulla base delle quali possa essere meglio rappresentata la sintomatologia dei pazienti che si rivolgono all'aiuto psicoterapeutico. Inoltre è stato possibile aggiornare i vecchi cut-off di allarme per l'individuazione e l'approfondimento della sintomatologia depressiva, così come richiesto dalla letteratura.

I risultati di questo studio possono avere importanti implicazioni nella pratica clinica, in primis, aiutando i clinici nella formulazione diagnostica e permettendo loro di ottenere diagnosi più precise. Inoltre, grazie alla presenza di un campione patologico di riferimento, è possibile stimare la gravità del disturbo in questione e impostare correttamente trattamenti psicoterapeutici adeguati a relativamente all'intensità e alla durata.

## Bibliografia

American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education, & Joint Committee on Standards for Educational and Psychological Testing. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. AERA Publications Sales <https://www.apa.org/science/programs/testing/standards>

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.

- Bertolotti, G. (1994). Anziani e depressione. In: S. Della Sala, & A.M. Zotti. (A cura di): *Psicologia dell'invecchiamento ed epidemiologia della demenza: uno studio di popolazione*. Quaderni di Medicina del Lavoro e Medicina Riabilitativa. (pp. 147-156). Pavia: P.I.M.E.
- Bertolotti, G., Michielin, P., Sanavio, E., Vidotto, G., & Zotti, A. M. (1990). A computerized approach to cognitive behavioral assessment: An introduction to CBA-2.0 Battery primary scales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 21, 21-27. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(90\)90045-M](https://doi.org/10.1016/0005-7916(90)90045-M)
- Blackstone, S.R., Sebring, A.N., Allen, C., Tan, J.S., & Compton, R. (2022). Improving Depression Screening in Primary Care: A Quality Improvement Initiative. *J Community Health*. 47(3):400-407. doi: 10.1007/s10900-022-01068-6. Epub 2022 Jan 25. PMID: 35076803; PMCID: PMC8787741.
- Cilia, S., & Sica, C. (1996). *CBA 2.0- Utilizzo puntuale e applicazioni cliniche*. Torino: UPSEL.
- De Mauro, A. (2019). *Big Data Analytics. Analizzare e interpretare dati con il machine learning*. Milano: Apogeo.
- Della Sala, S., & Zotti, A.M. (1994), *Psicologia dell'invecchiamento ed epidemiologia della demenza: uno studio di popolazione*. Pavia: P.I.M.E.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1993). *Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ- R)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t05461-000>
- Ghisi, M., Flebus, G. B., Montano, A., Sanavio, E., & Sica, C. (2006). *Beck Depression Inventory-2. Adattamento italiano*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali.
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). «Obsessional-compulsive complaints». *Behaviour Research and Therapy*, 15, pp. 389-395. doi:10.1016/0005-7967(77)90042-0
- Kleinberg, E. (1996). An Overtraining-Resistant Stochastic Modeling Method for Pattern Recognition. *Annals of Statistics*, 24 (6), 2319-2349.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*, 64(2), 258-266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Istituto Superiore di Sanità, (2018). *Passi- EpiCentro: Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica*. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione>
- Melli, G., Avallone, E., Moulding, R., Pinto, A., Micheli, E., & Carraresi, C. (2015). Validation of the Italian version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Second Edition (Y-BOCS-II) in a clinical sample. *Comprehensive psychiatry*, 60, 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.03.005>
- Michielin, P., & Bustaffa, M. (1987). Uso della Batteria CBA-2.0, scale primarie nell'assessment dei pazienti psichiatrici. Studio preliminare. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 182-183, 75-83.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory—III*, National Computer Systems, Minneapolis, MN.
- Mojtabai R. (2017). Universal Depression Screening to Improve Depression Outcomes in Primary Care: Sounds Good, but Where Is the Evidence? *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 68(7), 724-726. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600320>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2011). *Common mental health problems: identification and pathways to care. Clinical Guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>
- Pancheri, P., Chiari, G., & Michielin, P. (1986). *Questionario Psicofisiologico forma ridotta*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Pancheri P, Sirigatti S. (2004) *MMPI-2. Manuale di istruzione*. Firenze: Giunti Psychometrics.
- Pignolo, C., Di Nuovo, S., Fulcheri, M., Lis, A., Mazzeschi, C., & Zennaro, A. (2018). Psychometric properties of the Italian version of the Personality Assessment Inventory (PAI). *Psychological assessment*, 30(9), 1226.
- Sanavio, E. (1991). Teoria del primo colloquio. *Terapia del comportamento*, 30/31, 7-34.
- Sanavio, E. (2002). I fondamenti teorici. In E. Sanavio (a cura di) *Le Scale CBA. Cognitive Behavioural Assessment: un modello di indagine psicologica multidimensionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Sanavio, E., & Vidotto, G. (1985). The components of the Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 659-662. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90061-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90061-0)
- Sanavio, E., Bertolotti, G., Michielin, P., Vidotto, G., & Zotti, A. M. (1986, 1997 II° Edizione). *CBA-2.0 Scale Primarie: Manuale*. Firenze: Giunti Psychometrics.
- Sanavio, E., Bertolotti, G., Bettinardi, O., Michielin, P., Vidotto, G., & Zotti, A. M. (2013). The Cognitive Behavioral Assessment (CBA) Project: Presentation and Proposal for International Collaboration. *PsychOpen*, 362-380. doi:<http://dx.doi.org/10.5964/pch.v2i3.61>
- Spielberger C.D., Gorsuch R.L. & Lushene R.E. (1980). S.T.A.I. (State-Trait-Anxiety Inventory). Questionario di autovalutazione per l'ansia di stato e di tratto. Forma X. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- The jamovi project (2020). *jamovi*. (Version 1.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- Vedana, L., Baiardi, P., Sommaruga, M., Galli, M., Neri, M., Pedretti, R. F., Tramarin, R., & Bertolotti, G. (2002). Clinical validation of an anxiety and depression screening test for intensive in-hospital rehabilitation. *Monaldi archives for chest disease*, 58(2), 101-106.
- Wolpe, J., & Lang, P. J. (1969). *Manual for the Fear Survey Schedule*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- Zotti, A. M., Balestroni, G., Bertolotti, G., Bettinardi, O., Cerutti, P., Michielin, P., Sanavio, E., Simonetti, G., & Vidotto, G. (1996). Norme CBA 2.0 per la popolazione ultrasessantenne. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 218, 35-43.
- Zotti, A. M., Rossi Ferrario, S., Balestroni, G., & Cerutti P. (2011). Quali pazienti traggono effettivo vantaggio dall'intervento psicologico effettuato durante un ciclo di riabilitazione cardiologica? *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 17(3), 293-306.

---

Presentato il 14 aprile 2022, accettato per la pubblicazione il 6 marzo 2023  
Responsabile della procedura di referaggio Davide Dèttore



---

# Applicazione di un protocollo cognitivo comportamentale di gruppo per la gestione dell'ansia

---

Arianna Di Natale<sup>1</sup>, Giulia Demo<sup>1</sup>, Denise Farlati Pinton<sup>1</sup> e Rossana De Beni<sup>2</sup>

## Sommario

L'ansia da esame è definita come ansia di stato generata dall'esposizione a una situazione specifica che può avere un impatto rilevante sui risultati accademici degli studenti. Lo scopo del presente studio è valutare l'efficacia di un trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo per la gestione dell'ansia in studenti universitari andando a indagare: la sintomatologia ansiosa riferita in una popolazione specifica; l'efficacia del trattamento citato in un contesto clinico non sperimentale; i predittori dell'esito di tale trattamento. Il gruppo è composto da 100 studenti universitari di età compresa tra i 19 e i 48 anni ( $M = 23,82$ ;  $DS = 4,99$ ). Gli interventi di gruppo proposti consistono in sette incontri a cadenza settimanale, della durata di un'ora e mezza. Tutti i pazienti hanno compilato al pre e al post-trattamento: *Beck Anxiety Inventory* e *State-Trait Anxiety Inventory*. In base ai punteggi al pre trattamento il gruppo è stato diviso in studenti con sintomatologia a «Gravità bassa» e «Gravità alta». I dati confermano un miglioramento dei punteggi ai questionari tra pre e post-trattamento soprattutto nei pazienti con una sintomatologia ad alta gravità. Dal modello di regressione si evince che l'esito del trattamento è predetto dal genere femminile e dai punteggi dei questionari al pre-trattamento.

## Parole chiave

Ansia da esame, Studenti universitari, Psicoterapia cognitivo-comportamentale, Psicoterapia di gruppo, Efficacia trattamento.

---

<sup>1</sup> Servizio di Assistenza Psicologica – Consultazione Psicologica (SAP-CP), Centro Ateneo dei Servizi Clinici Universitari Psicologici, Università degli Studi di Padova.

<sup>2</sup> Dipartimento Psicologia Generale, Università degli Studi di Padova.

---

# Application of a Group Cognitive Behaviour Therapy Protocol for Anxiety Management

---

Arianna Di Natale<sup>1</sup>, Giulia Demo<sup>1</sup>, Denise Farlati Pinton<sup>1</sup> and Rossana De Beni<sup>2</sup>

## Abstract

Test anxiety is defined as state anxiety generated by exposure to a specific situation, which can have a significant impact on students' academic results. The purpose of this study is to evaluate the effectiveness of a group cognitive-behavioural treatment for the management of anxiety in university students by investigating: the anxiety symptoms reported in a specific population; the clinical effectiveness in non-experimental settings and the predictors of the outcome of this treatment. The sample is made up of 100 university students aged between 19 and 48 ( $M = 23.82$ ;  $SD = 4.99$ ). The proposed group interventions consist of seven weekly meetings, lasting an hour and a half. All patients completed pre- and post-treatment: the Beck Anxiety Inventory and the State - Trait Anxiety Inventory. On the basis of the pre-treatment scores, the group was divided into students with «low severity» and «high severity» symptoms. The data confirm an improvement in the scores on the questionnaires between pre- and post-treatment especially in those patients with «high severity» symptoms. The regression model shows that the outcome of the treatment is predicted by the female gender and by the scores of the questionnaires at pre-treatment.

## Keywords

Test anxiety, University students, Cognitive-behavioural psychotherapy, Group psychotherapy, Clinical effectiveness.

---

<sup>1</sup> Psychological Counselling Service – Psychological Consultation (SAP-CP), University Clinical Psychological Services Centre, University of Padua.

<sup>2</sup> Department of General Psychology, University of Padua.

## Introduzione

Intraprendere un percorso universitario significa affacciarsi a nuove responsabilità e a nuove autonomie e tale situazione diviene ancora più complessa quando è necessario spostarsi in una nuova città, lontano dalla propria famiglia di origine. Questa separazione richiede di sapersi adattare e inserire in un nuovo contesto. La condizione studentesca giovanile diviene dunque una sorta di trigger per la manifestazione di problematiche psicologiche, venendo così a spiegarsi l'alta prevalenza di disagio psicologico in questa specifica popolazione (Monti et al., 2013). I problemi psicologici presentati dagli studenti universitari possono riflettere la complessità e la difficoltà di un passaggio evolutivo critico, da una fase tardo-adolescenziale a quella di giovani adulti, che ha luogo tra i 19 e i 30 anni, e ciò implica una vera e propria «ristrutturazione» del senso di sé (Valerio & Minutillo, 1997; Filippi et al., 2001).

I servizi di assistenza psicologica agli studenti universitari, che manifestano una qualche forma di disagio psicologico o di difficoltà di adattamento in un nuovo contesto, sono diventati ormai una solida realtà in diversi Atenei del territorio nazionale. Da uno studio condotto presso il Servizio di Aiuto Psicologico dell'Università di Bologna (Monti et al., 2013) emerge che depressione e ansia siano rispettivamente la prima e la terza problematica psicologica più frequente.

L'ansia da esame è stata tradizionalmente studiata come un tipo di ansia di stato, in quanto condizione emotiva transitoria generata dall'esposizione a una situazione specifica (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1983). Si tratta di un problema complesso e altamente rilevante nell'ambito accademico perché può determinare tutta una serie di altre problematiche e ostacolare il successo universitario dello studente (Neuderth et al., 2009). L'ansia da esame è caratterizzata da tre componenti: cognitiva, fisiologico-emotiva e comportamentale. La componente cognitiva si riferisce ai pensieri negativi che incrementano nel corso della prestazione e della valutazione; la componente fisiologico-emotiva si riferisce alla percezione che la persona ha del proprio stato fisiologico e include, ad esempio, tensione, tremori o sentirsi deboli; e, infine, la componente comportamentale si riferisce ai comportamenti inadeguati di studio e di blocco-disattenzione durante la prova (Fernandez Castillo & Caurcel, 2015).

Recentemente il modello sull'ansia da esame ha incorporato anche aspetti biopsicosociali (Segool et al., 2014): essa potrebbe essere influenzata dall'interazione di fattori biologici, sociali e ambientali.

Gli studenti che hanno alti livelli di ansia presentano difficoltà di concentrazione durante l'esame, faticano a leggere, a comprendere le domande e a rievocare i contenuti del materiale studiato (Fernandez Castillo & Caurcel, 2015). A volte l'ansia risulta avere, quindi, conseguenze negative nella performance cognitiva (Eysenck et al., 2007) e un impatto rilevante sui risultati accademici degli studen-

ti. Tra le funzioni cognitive studiate, quelle che maggiormente risentono l'impatto dell'ansia sono la memoria di lavoro, specie in relazione a compiti matematici, e l'attenzione, in particolare in relazione alla concentrazione e all'attenzione sostenuta (Gass & Curiel, 2011).

Nello studente universitario l'ansia da esame è spesso associata ad altre difficoltà, quali l'organizzazione dello studio e dell'apprendimento, il time management, le strategie di studio e il recupero delle informazioni necessarie alla preparazione della materia (Neuderth et al., 2009).

Mentre le abilità di studio costituiscono un fattore protettivo nel ridurre l'ansia da esame e i suoi effetti sulla prestazione (Trifoni & Shahini, 2011), quando l'ansia da esame prevale può condurre lo studente a mettere in atto comportamenti di procrastinazione e di evitamento, che fungono da rinforzi negativi mantenendo l'ansia nel lungo termine. Si è osservato che le persone con comportamenti di procrastinazione indecisione ed evitamento cognitivo sperimentano livelli più alti di ansia da esame, e sensazioni quali paura di essere umiliati, irritazione, pensieri negativi e maggior tensione (Hosseinzadeh Firouzabad et al., 2018). Tutto ciò se sommato alla carenza di una buona organizzazione, di strategie di problem-solving e di specifici obiettivi, incrementa l'ansia generando un circolo vizioso e inficiando motivazione, abilità di studio e prestazione d'esame. Nello specifico Kirk e colleghi (1992) osservarono in studenti con ansia da esame scarse capacità di risolvere problemi accademici. Sviluppare delle strategie per la risoluzione dei problemi permette agli studenti di affrontare in modo più funzionale condizioni di difficoltà ma anche stati di ansia.

Secondo Trifoni e Shahini (2011) vi sono tre categorie di studenti ansiosi: studenti che non hanno delle buone abilità e strategie di studio, sono consapevoli della loro scarsa preparazione e sono sopraffatti dall'ansia; studenti che hanno delle buone strategie, ma sono sopraffatti dall'ansia durante l'esame; e infine quelli che, poco consapevoli, credono di avere delle buone abilità di studio ma poi falliscono alla prova e ansiosamente si interrogano sul perché. Il livello di attivazione (*arousal*) durante l'esame è in relazione sia alla percezione soggettiva di pericolo che prova l'individuo e alla sua abituale sensibilità all'attivazione che all'autoefficacia percepita rispetto al controllo della minaccia e delle sensazioni provate (Andrews, 2003). Infatti, a seguito del meccanismo di allerta, avviene una valutazione secondaria rispetto all'evento attivante e all'attivazione stessa, per cui, o si valuta con razionalità e in modo costruttivo il reale pericolo della minaccia e le proprie abilità per affrontarla, oppure si innesca un ciclo di pensieri legati alla percepita mancanza di risorse e a preoccupazioni che non fanno altro che aumentare lo stato ansioso. La componente cognitiva è centrale nell'ansia da esame (Sarason & Sarason, 1990) e al suo interno sono identificabili fenomeni di rimuginio (*worry*), self-preoccupation, pensieri negativi autoreferenziali e interferenze cognitive. Il rimuginio si rife-

risce a preoccupazioni intrusive e angosianti su eventi valutativi imminenti o previsti (Flett & Blankstein, 1994). La self-preoccupation nei soggetti con alta ansia da test riguarda i pensieri negativi autoreferenziali; nella mente dei soggetti con ansia da test si affollerebbero, quindi, pensieri autodenigratori e credenze maladattive o pessimistiche su di loro e su quello che li circonda (Meichenbaum & Butler, 1980).

Dato l'importante impatto delle problematiche d'ansia sullo studio, il Servizio di Assistenza Psicologica-Counseling e Psicoterapia (SAP-CP) dell'Università di Padova organizza da anni interventi di gruppo per gli studenti universitari dell'Ateneo, al fine di promuovere una maggiore consapevolezza delle manifestazioni ansiose e una migliore gestione dell'ansia. L'approccio teorico di riferimento è quello cognitivo comportamentale (*Cognitive-Behavioural Therapy*, CBT) basato sul protocollo sviluppato da Gavin Andrews e collaboratori presso l'Unità Clinica di Ricerca sull'Ansia e la Depressione dell'Università del New South Wales a Sydney (CRUFAD). Si è scelto tale approccio in quanto si fonda su paradigmi empirici e perché è uno degli approcci psicoterapici maggiormente utilizzati e studiati (Norcross et al., 2002).

La CBT è infatti inserita nelle linee guida internazionali come NICE (*National Institute for Health And Care Excellence*) e NCCMH (*National Collaborating Centre Mental Health*) ed è considerata uno degli approcci psicoterapeutici gold-standard per i disturbi d'ansia e dell'umore.

Dalla letteratura (Beck, 1997; Chambless & Hollon, 1998; Hollon et al., 2002; Nathan & Gorman, 1998; Roth & Fonagy, 1996; Western & Morrison, 2001) si evince che la CBT ha un'efficacia per un'ampia gamma di disturbi e problemi (ad esempio, ansia, depressione, disturbi alimentari, disfunzioni sessuali).

Diverse metanalisi su trials clinici controllati supportano l'efficacia della CBT per il disturbo di panico, per disturbo d'ansia sociale, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo d'ansia generalizzato e disturbo da stress post-traumatico (Deacon & Abramowitz, 2004). Norton & Price (2007) hanno esaminato l'efficacia della CBT per tutti i disturbi d'ansia. I risultati suggeriscono che i trattamenti CBT hanno un effect size maggiore delle condizioni «nessun trattamento» e «placebo», indipendentemente dal disturbo d'ansia. I risultati di una revisione di 87 studi dal 2000 al 2014 sulla TCC per i disturbi d'ansia negli adulti (Loerinc et al., 2015) mostrano che questa ha ottenuto una riduzione dei sintomi tale da far rientrare dopo il trattamento entro i livelli normati una percentuale di pazienti del 52,7% per la fobia specifica, del 45,3 % per il disturbo d'ansia sociale, del 53,2% per il disturbo di panico o agorafobia del 47,0% per il disturbo d'ansia generalizzato. Nell'ambito degli interventi con studenti universitari i risultati di una meta-analisi di ventiquattro studi, che hanno coinvolto 1.431 studenti di vari Paesi, suggeriscono che gli interventi cognitivi comportamentali e basati sulla consapevolezza centrati sulla gestione dello

stress riducono significativamente i sintomi dell'ansia. Inoltre, nonostante le variazioni negli approcci in termini di durata dell'intervento e componenti specifici dell'intervento (compresi aspetti come la ristrutturazione cognitiva, il rilassamento e la meditazione) questi risultati risultano omogenei. Benchè sia dimostrata l'efficacia della CBT nei disturbi d'ansia, pochi sono ancora gli studi che hanno valutato l'efficacia delle terapie cognitive comportamentali in ambito clinico non sperimentale (setting ecologico).

Rispetto alle psicoterapie individuali, gli interventi di gruppo presentano alcuni vantaggi, tra cui la maggior accessibilità e un miglior rapporto costo-efficacia. Da un punto di vista pratico, gli interventi di gruppo possono consentire il lavoro simultaneo con un numero maggiore di pazienti, ridurre le liste di attesa e sono più efficienti rispetto agli interventi individuali (Norton & Price, 2007). Forniscono inoltre altri vantaggi, come la normalizzazione dei sintomi, l'incoraggiamento e il modellamento comportamentale dei membri del gruppo, l'apprendimento sociale e il supporto reciproco.

Per quanto riguarda i disturbi d'ansia, alcuni studi dimostrarono l'efficacia della terapia nei disturbi di panico (Prats et al., 2014; Mastrocinque et al., 2013). I trattamenti proposti furono di 12 incontri e affrontarono le seguenti tematiche: psicoeducazione, esposizioni enterocettive, esposizioni alle situazioni temute e ristrutturazione cognitiva. Questi studi dimostrarono un'effettiva e significativa riduzione dei sintomi dal 54% all'80% dei casi.

Nonostante l'efficacia dimostrata dai trattamenti descritti in ambito sperimentale, sembra esservi ancora uno scetticismo sull'applicabilità e l'efficacia dei training in setting ecologico. Nello specifico la pratica clinica in ambito non sperimentale si differenzia da quella sperimentale per i seguenti 3 aspetti (Mastrocinque et al., 2013): i pazienti nei setting clinici non sperimentali sono più gravi e/o presentano maggiori comorbidità, mentre nell'ambito sperimentale potrebbero presentare maggiori aspettative e aderenza al trattamento; in ambito clinico non sperimentale, a causa della minore specializzazione dei clinici e la vasta gamma di problematiche affrontate dai servizi, i trattamenti potrebbero essere meno rigorosi in termini di contenuto e qualità; i trattamenti usati nei setting di ricerca sono solitamente controllati e randomizzati con un'attenzione particolare all'integrità del trattamento e alla validità interna dello studio, dall'altra parte gli studi sull'efficacia clinica vanno a valutare la trasportabilità dei risultati ottenuti in ambito di ricerca andando a massimizzare la validità esterna, ma correndo il rischio di ridurre la validità interna.

Alla luce della letteratura scientifica è evidente l'efficacia dell'approccio cognitivo-comportamentale per il trattamento dei disturbi d'ansia. Un recente studio pilota su 41 studenti universitari con una sintomatologia moderata di ansia e depressione ha confrontato l'efficacia clinica tra la TCC individuale e di gruppo, senza rilevare differenze significative tra i risultati (Fawcett et al., 2019).

Lo scopo principale del presente studio fu valutare, a livello preliminare, l'efficacia di un trattamento cognitivo comportamentale di gruppo per la gestione dell'ansia in studenti universitari. Nello specifico è stato indagato: il miglioramento della sintomatologia ansiosa riferita tra il pre e il post-trattamento; l'efficacia di un trattamento cognitivo comportamentale di gruppo per la gestione dell'ansia in ambito clinico non sperimentale e in una popolazione specifica come quella degli studenti universitari; i predittori dell'esito del trattamento.

Si è ipotizzato che questo trattamento potesse portare a un miglioramento dell'ansia riportata dagli studenti universitari al post-trattamento e che vi fosse un miglioramento dei punteggi tra il pre e post-trattamento anche in riferimento alla sintomatologia clinicamente significativa.

Sulla base del modello biopsicosociale dell'ansia da esame di Segool e colleghi (2014) si è voluto indagare come alcune variabili socio-demografiche (il genere, l'età, l'essere fuori sede, l'essere in regola con gli esami, la media accademica e l'area disciplinare, BAI pre, STAI-X1 pre e STAI-X2 pre) e la gravità dei sintomi iniziale potessero correlare con i livelli di ansia al pre-trattamento e influenzare l'esito del trattamento. Per quanto riguarda la correlazione tra le variabili sociodemografiche e il livello di ansia ci si aspettava che: l'appartenenza al genere femminile correlasse positivamente con i livelli di ansia al pre-trattamento e predicesse positivamente l'esito del trattamento; l'essere in regola con gli esami e la media accademica correlasse negativamente con i livelli di ansia al pre-trattamento ma non predicesse significativamente l'esito del trattamento; l'età, l'essere fuori sede e l'area disciplinare non correlassero con i livelli di ansia al pre-trattamento e non predicessero significativamente l'esito del trattamento. Infine, sulla base della letteratura scientifica (Prats et al., 2014) ci si aspettava che la gravità iniziale dei sintomi potesse predire l'esito del trattamento.

## **Metodo**

### *Partecipanti*

Il gruppo si compose di 100 studenti universitari (72% femmine e 28% maschi), tra i 19 e i 48 anni ( $M = 23,82$ ;  $DS = 4,99$ ); la fascia più numerosa fu quella tra i 21 e i 25 anni. Dei 185 pazienti che inizialmente furono valutati, 115 aderirono al gruppo per la gestione dell'ansia; di questi ultimi 100 conclusero l'intervento. I criteri d'inclusione allo studio furono: essere studente dell'Università di Padova, conoscenza e comprensione della lingua italiana, presenza di ansia per gli esami al momento della valutazione, l'assenza di disturbi di personalità; l'assenza di DSA o disturbi dello spettro psicotico; nessuna terapia farmacologica o psicologica in corso (Figura 1).

Tra i fattori di drop-out vi furono: difficoltà legate agli orari delle lezioni, gestione dell'organizzazione dei diversi impegni universitari (frequenzazioni obbligatorie delle lezioni e o studio per gli esami), vacanze, ecc.

Furono successivamente analizzate alcune variabili qualitative del gruppo come: la tipologia del corso di Laurea, la media accademica, l'essere in regola con gli esami e la provenienza.

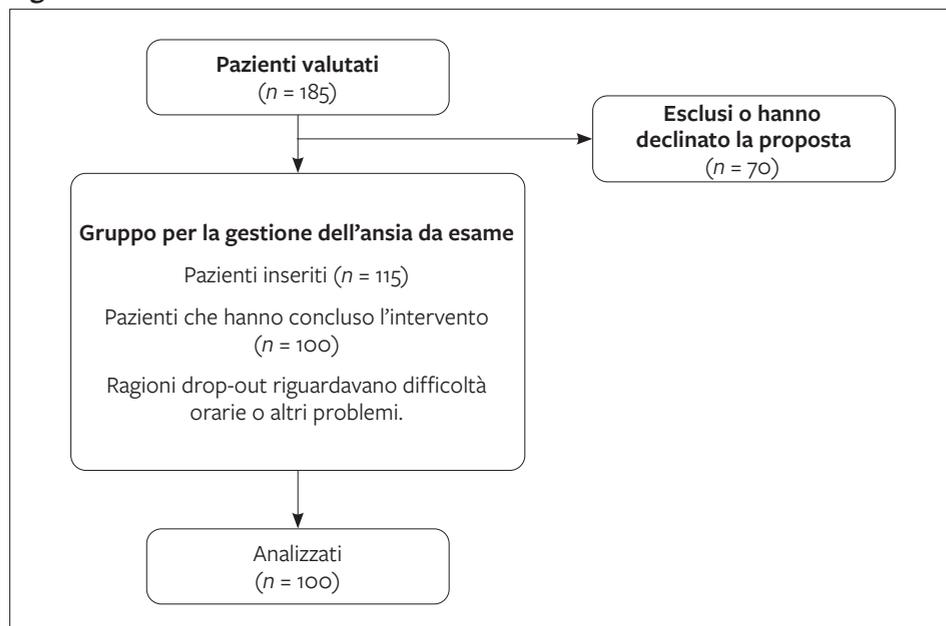
Per quanto riguarda il Corso di studio, i partecipanti appartenevano: il 47% a un Corso di Laurea Triennale, il 32% a un Corso Magistrale e il 20% a un Corso a Ciclo Unico; un soggetto non riportò questo dato.

Per quanto riguarda l'Area delle facoltà di appartenenza, i partecipanti dichiararono di essere iscritti: il 55% a una Facoltà Umanistico-Sociale, il 31% a una Facoltà Scientifico-Tecnologica e il 12% a una Facoltà Sanitaria-Medica; tale dato venne riportato da 98 studenti su 100.

L'89% dei partecipanti riportarono la propria media universitaria e da tale informazione emerse una media del gruppo di 25,93. Utilizzando la scala European Credit Transfer System (ECTS) si osservò che una media bassa (< 26,5) nel 49% degli studenti e una media alta (> 26,5) nel 51% degli studenti. L'81% degli studenti dichiarò di essere in regola con gli esami.

Per quanto riguarda la provenienza il 66% dei partecipanti dichiarò di essere residente in una città del Nord-Est Italia.

**Figura 1**



Nota. Flow chart sui pazienti valutati e inseriti nel gruppo per la gestione dell'ansia da esame.

## Procedura

Per ogni studente fu condotto un colloquio preliminare individuale per valutare la richiesta e il livello d'ansia attraverso la somministrazione degli strumenti per la valutazione dell'ansia. Gli studenti, accedendo al Servizio, sottoscrissero un modulo di consenso informato per il trattamento dei loro dati sia a fini clinici sia a fini di ricerca. La struttura del training prevede sette incontri in presenza a cadenza settimanale, per la durata complessiva di circa un mese e mezzo; il numero dei partecipanti variò da un minimo di cinque a un massimo di dieci. Nell'ultimo incontro vennero somministrati gli stessi questionari d'ingresso.

I dati del seguente lavoro si riferiscono a 17 edizioni pre Covid, tra il 2013 e il 2018. I gruppi furono condotti da uno psicoterapeuta e da uno psicologo, in una modalità di co-conduzione.

## Strumenti

Per la valutazione dell'ansia si utilizzarono i seguenti questionari.

- Scheda d'ingresso del Servizio SAP: la scheda sviluppata dall'équipe del Servizio SAP-CP per uso interno viene somministrato a tutti gli studenti che richiedono una consultazione al Servizio. Il Questionario è composto da diverse sezioni volte a indagare informazioni socio-demografiche (nome, cognome, data nascita, ecc.), informazioni connesse al percorso universitario (Facoltà, anno, numero esami, media voto, tipologia diploma, voto maturità, ecc.), modalità di accesso (accesso diretto con ragione della richiesta, invio da parte di altri specialisti), la tipologia della richiesta (disturbi emozionali e dell'umore, difficoltà relazionali, difficoltà associate allo studio, stress/ansia conseguenze somatiche, difficoltà rapporto di coppia/ambito familiare, altro) precedenti contatti con il servizio, come ha avuto notizia del Servizio.
- *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck et al., 1988; adattamento italiano a cura di Coradeschi et al., 2007): è uno strumento self-report sviluppato da Beck per valutare la gravità della sintomatologia ansiosa. L'inventario propone 21 item finalizzati a testare l'intensità dei sintomi fisiologici e cognitivi più comuni degli stati d'ansia. Il questionario chiede di valutare l'intensità del disagio arrecato da questi sintomi su una scala a quattro punti (0 = per niente a 3 = molto). L'inventario fornisce un punteggio totale e ha buone caratteristiche psicometriche anche nella popolazione italiana (Coradeschi et al., 2007; Sica & Ghisi, 2007).
- *State – Trait Anxiety Inventory* (STAI-X<sub>1</sub>; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, ed. riveduta, 1983; adattamento italiano a cura di Lazzari & Pancheri, 1980): la forma X<sub>1</sub> misura l'ansia di stato chiedendo al soggetto di fare riferimento nelle risposte a «come si sente adesso, cioè in questo momento» ed è relativa a un

particolare contesto spazio-temporale. È un questionario self-report composto da 20 item che vengono valutati su una scala Likert a quattro punti (1 = per nulla; 4 = moltissimo). L'attendibilità test-retest varia da 0,16 a 0,54 ( $r$  di Pearson), mentre l'indice di consistenza interna varia nella gamma compresa tra 0,83 e 0,92 (alpha di Cronbach). La forma STAI-X<sub>2</sub> valuta invece l'ansia come tratto chiedendo al soggetto di fare riferimento nelle risposte a «come si sente abitualmente» ed è relativa a una caratteristica stabile della persona. Il questionario comprende 20 item che vengono valutati su una scala Likert a quattro punti (1 = quasi mai; 4 = quasi sempre). La scala presenta una correlazione test-retest con una gamma da 0,73 a 0,86, mentre l'indice di consistenza interna varia nella gamma compresa tra 0,86 e 0,92 (alpha di Cronbach).

### *Descrizioni incontri*

I gruppi si svilupparono in sette incontri a cadenza settimanale, per la durata complessiva di circa un'ora e mezza. Ogni incontro fu caratterizzato da tre fasi: teorica, pratica e confronto. Alla fine di ogni incontro si assegnarono degli homework in base alla tematica affrontata.

*1° incontro.* Psicoeducazione sulla natura dell'ansia: con un approccio psicoeducativo il conduttore illustrò le principali caratteristiche dell'ansia. Gli studenti poterono approfondire durante quest'incontro la loro conoscenza sulla natura dell'ansia, sulle manifestazioni normali e patologiche e sui processi cognitivi sottostanti e sulla possibilità per migliorarne la gestione. Venne sottolineato il concetto dell'utilità dell'ansia, ben noto nella letteratura psicologica: sia livelli d'ansia troppo alti che troppo bassi possono inficiare le prestazioni; livelli moderati d'ansia sono invece utili per migliorare le prestazioni.

*2° incontro.* La tecnica della respirazione lenta: la respirazione lenta è una tecnica somatica per la riduzione dei sintomi neurovegetativi causati dall'ansia collegati all'iperventilazione. L'iperventilazione, innescata durante la risposta di attacco-fuga, peggiora a sua volta i sintomi, instaurando un circuito che si autoalimenta (Andrews et al., 2003). Durante l'incontro gli studenti impararono a valutare la velocità della loro respirazione e misero in pratica la tecnica della respirazione lenta diaframmatica.

*3°-5° incontro.* Modello cognitivo di Beck e ristrutturazione cognitiva: in questo incontro fu presentato il modello cognitivo. La premessa alla base delle teorie cognitive inerenti ai disturbi emozionali è che una disfunzione deriva dall'interpretazione personale dei singoli eventi. I comportamenti connessi a tali interpretazioni personali inoltre contribuiscono al mantenimento del problema emozionale stesso (Beck, 1984). In quest'incontro si descrissero le caratteristiche dei pensieri automatici, delle credenze di base (inadeguatezza

e non amabilità) e del modello ABC per identificare i pensieri automatici. Ogni partecipante imparò a compilare il scheda ABC, per descrivere le situazioni ansiogene soggettive, le proprie reazioni emotive e comportamentali e soprattutto i propri pensieri disfunzionali. Nel quinto incontro ai partecipanti venne proposta l'attività di ristrutturazione cognitiva e di messa in discussione dei pensieri disfunzionali, secondo i seguenti passi: l'identificazione dei pensieri degli eventi che provocano ansia; la valutazione delle interpretazioni utilizzate con l'obiettivo di comprenderne la presenza di eventuali pensieri distorti e irrazionali non utili e di trovare dei pensieri più funzionali (tabella ABCDE) per adottare dei comportamenti coerenti con essi grazie al confronto e feedback con il terapeuta e il gruppo.

*4° incontro.* Rilassamento muscolare progressivo: venne presentato un'ulteriore componente somatica dell'ansia. Durante questo incontro, dopo aver illustrato la relazione tra ansia e l'aumento della tensione muscolare, venne proposta la tecnica del Rilassamento Muscolare di Jacobson. Con lo scopo di favorire l'acquisizione e la generalizzazione della strategia i terapeuti forniscono le istruzioni per supportare l'allenamento tra gli incontri.

*6° incontro.* Problem solving: venne presentato il metodo strutturato di risoluzione dei problemi, grazie al quale si impara a formulare soluzioni alternative al problema, a identificare la migliore tra queste e a metterla in pratica. Il problem solving è una strategia funzionale per contrastare il rimuginio, che è un processo che coinvolge diversi disturbi. Sviluppare delle strategie per la risoluzione dei problemi permette agli studenti di affrontare in modo funzionale e flessibile condizioni di difficoltà ma anche stati di ansia. Kirk e colleghi (1992) hanno osservato che studenti con ansia da esame riportavano scarse capacità di risolvere problemi accademici. Gli studenti ebbero la possibilità di mettere in pratica il metodo attraverso la sua applicazione a ipotetiche situazioni problema personali. I passaggi del metodo sono: identificare il problema, elencare tutte le possibili soluzioni (brainstorming), valutare ciascuna soluzione (pro e contro), stabilire qual è la migliore scelta, pianificare e organizzare la soluzione individuata e rivedere i risultati.

*7° incontro.* Bilancio: l'ultimo incontro fu dedicato a riassumere le tematiche affrontate nell'ottica di una prevenzione delle ricadute, si diede ulteriore spazio al confronto e alle esercitazioni. Infine venne somministrato il questionario SAP uscita, i questionari BAI, STAI-X<sub>1</sub>, STAI-X<sub>2</sub> e la scheda di gradimento.

### *Analisi statistiche*

Inizialmente è stato calcolato il coefficiente alpha di Cronbach nel presente gruppo di partecipanti per valutare la consistenza interna delle scale utilizzate (BAI, STAI-X<sub>1</sub>, STAI-X<sub>2</sub>). Dalle analisi emerge che tutte le scale utilizzate hanno

una buona consistenza interna sia nel pre-trattamento ( $\alpha > 0,86$ ) che nel post-trattamento ( $\alpha > 0,85$ ).

Per valutare l'efficacia del trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo per la gestione dell'ansia si confrontarono i punteggi ottenuti ai questionari (BAI, STAI-X<sub>1</sub>, STAI-X<sub>2</sub>) prima (*t*<sub>0</sub>) e dopo (*t*<sub>1</sub>) il trattamento tramite *t*-test a campioni accoppiati.

Per valutare la forza dell'impatto del trattamento nella riduzione della sintomatologia ansiosa (*effectsize*) è stata utilizzata la *d* di Cohen. I criteri standard più utilizzati per interpretare l'entità dell'efficacia considerano un *effectsize* basso se pari a  $d = 0,3$ ; moderato se pari a  $d = 0,5$ ; ampio se pari a  $d = 0,8$  o superiore.

Successivamente si è voluto indagare se vi fosse un'interazione tra il tempo del trattamento e la gravità dell'ansia iniziale. A tale scopo si divisero i punteggi pre-trattamento in base alla gravità: i punteggi inferiori al 90° percentile (< 90° percentile) furono classificati come punteggi a «Gravità bassa»; i punteggi superiori al 90° percentile (> 90° percentile) sono stati classificati a «Gravità alta».

Tramite il test non parametrico di *McNemar* fu analizzata l'efficacia clinica dell'intervento indagando la stabilità e il cambiamento dei punteggi rispetto al cut-off clinico. A tale scopo fu utilizzato il punteggio grezzo di 16 al BAI come cut-off clinico per i sintomi clinicamente significativi secondo le linee guida fornite da Steer e al. (1993), punteggio che corrisponde a un punteggio > 90° percentile; per lo STAI X<sub>1,2</sub> fu utilizzato un punteggio > 95° percentile come cut-off clinico come suggerito dal protocollo del CBA 2.0 (Sanavio, 2002).

Al fine di indagare la relazione tra i livelli di ansia al pre-trattamento (*t*<sub>0</sub>) e alcune variabili socio-demografiche (genere, essere studente fuori sede, essere in regola con gli esami, media accademica) si svolsero delle correlazioni.

Successivamente, per indagare i predittori dell'esito del trattamento, si svolsero tre modelli di regressione lineare. Il primo modello di regressione lineare ebbe come variabile dipendente il differenziale dei punteggi pre e post-trattamento al BAI e come variabili indipendenti alcune variabili sociodemografiche (il genere, l'età, l'essere fuori sede, l'essere in regola con gli esami, la media accademica e l'area disciplinare) e i punteggi dei questionari valutati al pre trattamento (BAI pre, STAI-X<sub>1</sub> pre e STAI-X<sub>2</sub> pre).

Il secondo modello di regressione lineare ebbe come variabile dipendente il differenziale dei punteggi pre e post-trattamento al questionario STAI-X<sub>1</sub> ( $\Delta$  STAI-X<sub>1</sub>) e come variabili indipendenti alcune variabili sociodemografiche (il genere, l'età, l'essere fuori sede, l'essere in regola con gli esami, la media accademica e l'area disciplinare) e i punteggi dei questionari valutati al pre trattamento (BAI pre, STAI-X<sub>1</sub> pre e STAI-X<sub>2</sub> pre).

Il terzo modello di regressione lineare ebbe come variabile dipendente il differenziale dei punteggi pre e post-trattamento al questionario STAI-X<sub>2</sub> ( $\Delta$  STAI-X<sub>2</sub>) e come variabili indipendenti alcune variabili sociodemografiche (il genere, l'età,

l'essere fuori sede, l'essere in regola con gli esami, la media accademica e l'area disciplinare) e i punteggi dei questionari valutati al pre trattamento (BAI pre, STAI-X<sub>1</sub> pre e STAI-X<sub>2</sub> pre).

Tutte le analisi statistiche sono state effettuate tramite software SPSS 25.

## Risultati

Confrontando i punteggi per l'ansia al pre-trattamento ( $t_0$ ) e quelli al post-trattamento ( $t_1$ ) emersero delle differenze statisticamente significative per tutti i questionari. Come evidenziato dalla  $d$  di Cohen l'effetto è ampio per il BAI, lo STAI-X<sub>1</sub> e lo STAI-X<sub>2</sub> (Tabella 1).

**Tabella 1**

Differenza tra ansia al pre e post-trattamento

Questionari	Pre-Trattamento ( $t_0$ ) N = 100		Post-Trattamento ( $t_1$ ) N = 100		$d$ di Cohen	$p$ -value
	M	DS	M	DS		
BAI	18,76	9,89	13,59	7,76	0,78	< 0,01
STAI-X <sub>1</sub>	68,55	27,69	50,26	29,61	0,82	< 0,01
STAI-X <sub>2</sub>	79,18	22,23	63,64	27,52	1,03	< 0,01

Indagando l'interazione tra tempo del trattamento e gravità dell'ansia al BAI emerse un'interazione significativa ( $F = 24,21$ ;  $gl = 1,98$ ): le differenze tra pre e post sono significativamente maggiori nel gruppo a «Gravità alta». L'effetto è infatti ampio per quanto riguarda il gruppo a «Gravità alta» ( $d = 1,24$ ) mentre vi è un effetto moderato per il gruppo a «Gravità bassa» ( $d = 0,57$ ).

Per quanto riguarda l'ansia di stato (STAI-X<sub>1</sub>) emerse un'interazione significativa ( $F = 14,45$ ;  $gl = 1,98$ ) tra tempo del trattamento e gravità iniziale dei sintomi: le differenze tra pre e post sono significativamente maggiori nel gruppo a «Gravità alta». L'effetto è infatti ampio per quanto riguarda il gruppo a «Gravità alta» ( $d = 2,23$ ) mentre vi è un effetto moderato per il gruppo a «Gravità bassa» ( $d = 0,57$ ).

Non emerse, invece, un'interazione significativa ( $F = 0,003$ ;  $gl = 1,98$ ) tra tempo del trattamento e gravità iniziale dei sintomi per quanto riguarda l'ansia di tratto (STAI-X<sub>2</sub>). Da questo si evinse che non vi fossero differenze statisticamente significative nei valori pre e post tra i due gruppi. Vi è un effetto ampio sia per il gruppo a «Gravità alta» ( $d = 0,88$ ) sia per il gruppo a «Gravità bassa» ( $d = 1,55$ ) (Tabella 2).

**Tabella 2**

Interazione tempo gravità

Questionario	Gravità	N	Pre-Trattamento		Post-Trattamento		d di Cohen	p-value
			M	DS	M	DS		
BAI	Bassa	41	10,07	4,48	9,89	7,62	0,57	< 0,01
	Alta	59	24,80	7,92	16,10	6,86	1,24	
STAI-X <sub>1</sub>	Bassa	73	58,82	26,38	47,35	28,41	0,57	< 0,01
	Alta	27	95,00	2,93	58,13	31,86	2,23	
STAI-X <sub>2</sub>	Bassa	54	65,20	21,98	49,55	26,48	0,88	0,095
	Alta	46	95,58	3,02	80,18	17,96	1,55	

Per analizzare l'efficacia clinica dell'intervento si è indagato quanti studenti al post-trattamento presentassero un punteggio inferiore al cut-off clinico al BAI, allo STAI-X<sub>1</sub> e allo STAI-X<sub>2</sub>.

Il cut-off clinico per il BAI corrisponde a un punteggio grezzo > 16 (Steer, 1993), che corrisponde a un punteggio > 90° percentile mentre per lo STAI X<sub>1,2</sub> sono stati considerati come critici i punteggi > 95° percentile, come suggerito dal protocollo del CBA 2.0 (Sanavio, 2002).

Confrontando i punteggi ottenuti in fase di pre e post-trattamento con i cut-off clinici dei tre questionari utilizzati si è osservato un cambiamento statisticamente significativo tra pre e post-trattamento per i questionari BAI e STAI-X<sub>2</sub>: il 35% degli studenti riportò infatti un miglioramento della sintomatologia ansiosa al BAI e il 19% riportò un miglioramento dell'ansia di tratto (STAI-X<sub>2</sub>) (Tabella 3).

**Tabella 3**

Test McNemar: confronto tra punteggi pre e post-trattamento e cut-off clinici

Questionari	Sotto cut-off pre Sotto cut-off post	Sopra cut-off pre Sopra cut-off post	Sopra cut-off pre Sotto cut-off post	Sotto cut-off pre Sopra cut-off post	p-value
BAI	36%	26%	35%	3%	<0,01
STAI-X <sub>1</sub>	81%	3%	11%	5%	0,21
STAI-X <sub>2</sub>	69%	8%	19%	4%	<0,01

Dalle analisi di correlazione è emerso che il genere femminile è correlato negativamente al punteggio STAI-X<sub>2</sub> al pre-trattamento (ansia di tratto); l'età

correla positivamente con la media accademica, negativamente con l'essere in regola con gli esami e al punteggio BAI pre-trattamento. L'essere studente fuori sede correla positivamente con la media accademica e con la frequentazione di un corso di studi nell'area disciplinare Umanistico-sociale. La media accademica correla positivamente con l'area disciplinare Umanistico-sociale. Emerse infine una correlazione tra i punteggi al BAI al pre-trattamento e i punteggi allo STAI X<sub>1</sub> al pre-trattamento e i punteggi dello STAI-X<sub>1</sub> e STAI-X<sub>2</sub> al pre-trattamento. Non emersero altre correlazioni statisticamente significative tra ansia pre-trattamento e le altre variabili (Tabella 4).

**Tabella 4**

Correlazioni tra ansia al pre-trattamento e variabili descrittive

	Stai-x <sub>2</sub> (to)	Stai-x <sub>1</sub> (to)	Bai (to)	Area disciplinare Umanistico-sociale	Media Accademica	Regola	Fuori sede	Età	Genere Femminile	
Genere femminile									1	n = 100
Età								1	0,18	n = 100
Fuori sede							1	-0,02	0,12	n = 99
Regola						1	0,06	-0,38**	-0,17	n = 99
Media Accademica					1	0,15	0,27*	0,21*	0,09	n = 89
Area disciplinare Umanistico-sociale				1	0,47**	0,11	0,366**	-0,073	0,19	n = 98
BAI (to)			1	0,10	-0,19	0,02	0,03	-0,25*	0,12	n = 100
STAI-X <sub>1</sub> (to)		1	0,47**	-0,01	-0,06	0,07	0,02	-0,17	-0,10	n = 100
STAI-X <sub>2</sub> (to)		0,47**	0,20	-0,18	-0,20	-0,16	-0,09	-0,23	-0,20*	n = 100

Nota. \* < 0,05; \*\* < 0,01. Tendenze alla significatività.

Con delle regressioni si valutarono i predittori dell'esito del trattamento, il cui scopo fu stimare un'eventuale relazione tra variabili dipendenti ( $\Delta$  BAI,  $\Delta$  STAI-X<sub>1</sub> e  $\Delta$  STAI-X<sub>2</sub>) e le variabili indipendenti (genere, età, l'essere fuori sede, l'essere in regola con gli esami, la media accademica e l'area disciplinare, BAI pre, STAI-X<sub>1</sub> pre e STAI-X<sub>2</sub> pre). Dalle analisi è emerso quanto segue: il genere predice  $\Delta$  STAI-X<sub>1</sub> e  $\Delta$  STAI-X<sub>2</sub>; il punteggio ottenuto al BAI al pre-trattamento predice il  $\Delta$  BAI; il punteggio ottenuto allo STAI-X<sub>1</sub> al pre-trattamento predice il  $\Delta$  STAI-X<sub>1</sub> e infine il punteggio ottenuto allo STAI-X<sub>2</sub> al pre-trattamento predice il  $\Delta$  BAI (Tabella 5).

**Tabella 5**

Regressione lineare

Predittori	Cambiamento punteggi tra pre e post					
	$\Delta$ BAI		$\Delta$ STAI-X <sub>1</sub>		$\Delta$ STAI-X <sub>2</sub>	
	Beta	t	Beta	t	Beta	t
Genere	0,007	0,082	0,221	2,272*	0,247	2,174*
Età	0,021	0,222	-0,046	-0,418	-0,038	-0,291
Fuori sede	0,086	1,029	0,028	0,281	0,088	0,764
Regola	-0,065	-0,708	-0,053	-0,492	0,008	0,065
Media accademica	-0,092	-0,980	0,027	0,243	-0,006	-0,045
Area Umanistico Sociale	-0,009	-0,096	0,016	0,146	-0,211	-1,638
BAI pre	0,716	7,646**	0,056	0,509	-0,067	-0,518
STAI-X1 pre	-0,011	-0,113	0,573	4,946**	-0,026	-0,192
STAI-X2 pre	-0,271	-2,872*	-0,178	-1,603	0,218	1,672
<b>R-quadro</b>	54%		40%		12%	

Nota. \* < 0,05; \*\* < 0,01; Tendenze alla significatività.

## Discussione e conclusioni

Lo studio si propose come obiettivo la valutazione dell'efficacia di un trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo per la gestione dell'ansia negli studenti universitari, popolazione a rischio per lo sviluppo di problematiche

psicologiche (Valerio & Minutillo, 1997; Filippi et al., 2001; Monti et al., 2013). Nello specifico lo studio indagò: il miglioramento della sintomatologia ansiosa riferita tra il pre e il post-trattamento; l'efficacia di un trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo per la gestione dell'ansia in ambito clinico non sperimentale e in una popolazione specifica come quella degli studenti universitari; i predittori dell'esito del trattamento.

Il presente contributo si inserisce, dunque, tra i diversi studi che hanno l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nella pratica clinica di routine.

Dai dati emersi si può concludere che tale studio va a incrementare le conferme sull'efficacia degli interventi CBT di gruppo nella gestione della sintomatologia ansiosa in ambito clinico di routine e non sperimentale. In linea con i dati su studi di efficacia della CBT nella pratica clinica non sperimentale e di routine (Mastrocinque et al., 2013) i dati emersi dal presente lavoro evidenziano un miglioramento significativo della sintomatologia ansiosa tra pre e post-trattamento.

Differenziando il gruppo in due sottogruppi, sulla base della gravità della sintomatologia ansiosa riferita al pre-trattamento, si è potuto osservare che l'effetto del trattamento è significativo in entrambi i gruppi. Nello specifico per quanto riguarda i punteggi ottenuti al BAI e allo STAI-X<sub>1</sub>, l'effetto del trattamento, misurato tramite l'effect size, risulta medio per i pazienti che riportavano una sintomatologia a «gravità bassa» ed elevato in quei pazienti che riportavano una sintomatologia a «gravità alta». Per quanto riguarda l'ansia di tratto (STAI-X<sub>2</sub>), invece, l'effetto del trattamento (effect size) è risultato alto per entrambi i sottogruppi.

Questi dati sono in linea con la letteratura che evidenzia come una maggiore gravità della sintomatologia ansiosa iniziale sia associata a un maggiore miglioramento della sintomatologia a fine trattamento (Baillie & Rapee, 2004; Dow et al., 2007; Prats et al., 2014).

Oltre a indagare se vi fossero delle differenze statisticamente significative, con il presente lavoro si è voluto indagare se i punteggi al pre e post-trattamento fossero superiori o inferiori ai cut-off clinici definiti negli articoli di validazione degli strumenti utilizzati e se vi fosse una differenza in questi punteggi tra il pre e post-trattamento.

Il presente lavoro ha voluto inoltre indagare l'efficacia dell'intervento valutando i cut-off clinici andando a considerare il miglioramento clinico dei punteggi ai tre questionari somministrati al pre e post-trattamento. A tale scopo è stato utilizzato il punteggio grezzo di 16 al BAI come cut-off clinico per i sintomi clinicamente significativi secondo le linee guida fornite da Steer et al. (1993), che corrisponde a un punteggio > 90° percentile; per lo STAI X<sub>1,2</sub> è stato utilizzato un punteggio > 95° percentile come cut-off clinico come suggerito dalle linee

guida indicate per il protocollo del CBA 2.0 (Sanavio, 2002). I punteggi di cut-off del BAI e dello STAI-X<sub>1,2</sub> si basano puramente sull'esperienza clinica.

I dati del seguente lavoro hanno evidenziato una riduzione significativa dei punteggi basati sui cut-off clinici tra il pre e post-trattamento per la sintomatologia somatica dell'ansia (BAI) nel 35% dei partecipanti. Per quanto riguarda i punteggi basati sui cut-off clinici dell'ansia di tratto (STAI-X<sub>2</sub>) si evidenzia un miglioramento tra il pre e post-trattamento nel 19% dei partecipanti. I risultati sono in linea con la letteratura, che riporta un tasso di remissione della sintomatologia ansiosa che varia dal 15% al 17% per i pazienti che ricevono un trattamento di gruppo (Oei & Boschen, 2009; Mastrocinque et al., 2013) e tra il 25% e il 30% per i pazienti che ricevono psicoterapia individuale (Westbrook & Kirk, 2005).

Andando a indagare le relazioni tra le variabili socio-demografiche e l'ansia al pre-trattamento è emersa una correlazione significativa di segno negativo tra il genere femminile e l'ansia di tratto.

Nel nostro gruppo di studenti è emerso che l'ansia di tratto è minore nel genere femminile. Tale dato è in contrasto con i dati della letteratura che evidenziano una maggior ansia nelle femmine (Khaledian et al., 2013). Questo può essere spiegato sia dal fatto che le femmine si rivolgono maggiormente ai servizi di salute mentale rispetto ai coetanei maschi (Haavik et al., 2019; Payne et al., 2008; Jorm et al., 2007) sia per la differenza di genere nell'utilizzo delle strategie di coping. Nello specifico i maschi si rivolgono di meno ai servizi di assistenza psicologica per i seguenti motivi: bassa alfabetizzazione sulla salute mentale (Rickwood et al., 2007), minore conoscenza dei servizi di aiuto psicologico (Gulliver et al., 2010) e maggiore influenza da parte del contesto culturale sul ruolo di genere (Haavik et al., 2019; Payne et al., 2008; Mansfield et al., 2005). Per quanto riguarda le strategie di coping, invece, le donne tendono a ruminare e a cercare maggior supporto sociale e professionale (Liddon, 2018); diversamente gli uomini utilizzano maggiormente la distrazione (Tamres et al., 2002) e preferiscono risolvere il problema da soli (Addis & Mahalik, 2003; Kung et al., 2003), senza chiedere sostegno sociale o professionale. Da ciò si può ipotizzare che il genere maschile acceda tardivamente ai servizi di supporto psicologico quando esperisce già una marcata sintomatologia ansiosa.

Dalle analisi di correlazione è emerso inoltre che l'età correla positivamente con la media accademica e negativamente con l'essere in regola con gli esami e al punteggio BAI pre-trattamento.

Dai dati della letteratura emerge che per quanto riguarda l'età anagrafica più è anagraficamente tardivo l'accesso all'università maggiori sono le probabilità che lo studente abbandoni il percorso o vada fuoricorso, per lo più per ragioni collegate a difficoltà finanziarie, impegni familiari o di lavoro (Cingano & Cipollone, 2007; Montmarquette et al., 2001). Dai dati ricavati dal nostro gruppo di

partecipanti si evince che l'età correla positivamente con la media universitaria, ma negativamente con l'essere in regola con gli esami.

Le modalità di studio poco funzionali e le scarse prestazioni accademiche si possono associare a vissuti emotivi negativi come senso di insoddisfazione o elevata ansia (Mega et al., 2007). Queste esemplificazioni contribuiscono a esplicitare che lo studio è un'attività complessa che coinvolge non solo aspetti strettamente cognitivi, come i tempi di concentrazione, la comprensione del materiale, la memorizzazione dei contenuti rilevanti, ma anche aspetti emotivi (gioia, noia, insoddisfazione, preoccupazione ecc. si manifestano durante lo studio o in seguito a una prestazione) e motivazionali (interesse, voglia di migliorare, conoscere a fondo una disciplina, raggiungere una competenza) (Meneghetti et al., 2020). In uno studio che mette a confronto un gruppo di potenziamento sullo studio e gruppo d'ansia si rileva quanto segue: entrambi i gruppi hanno ansia elevata, ma il gruppo di studio migliora su aspetti specifici dello studio e anche di ansia (Meneghetti et al., 2021). Entrambi i gruppi hanno difficoltà legate all'ansia, ma la partecipazione a un gruppo per il metodo di studio o un gruppo per la gestione dell'ansia dipende dalla richiesta e dal profilo dello studente.

L'essere studente fuori sede correla positivamente con la media accademica e con la frequentazione di un corso di studi nell'area disciplinare Umanistico-sociale. La media accademica correla positivamente l'area Umanistico-sociale.

Ting (2000) ha evidenziato che gli stress psicologici, inclusa la solitudine, l'isolamento e l'ansia sono correlati con la dispersione accademica. Più complesso è il rapporto con la performance. Mentre Kuh et al. (2008) hanno evidenziato una relazione positiva tra status abitativo dello studente e la performance al primo anno, un recente studio di Turley & Wodtke (2010) ha riscontrato che il tipo di soluzione abitativa non ha un effetto significativo sulla performance (intesa come voto medio agli esami sostenuti del primo anno) a eccezione che per alcuni sottogruppi di studenti come quelli di colore o quelli iscritti a discipline umanistiche.

Pur non avendo un'indicazione della tipologia di residenza utilizzata dai partecipanti alle diverse edizioni del gruppo per la gestione dell'ansia da esame i dati del presente lavoro sembrano evidenziare che l'essere fuori sede rispetto allo studente residente nel Comune dell'Ateneo sia fattore che correla positivamente con la media accademica. Anche fattori ambientali legati all'integrazione dello studente con l'ambiente accademico potrebbe spiegare i dati emersi dal presente lavoro. Secondo il modello di Tinto (1979) il drop-out universitario sarebbe un processo di mancata integrazione tra le caratteristiche del singolo studente e le sue esperienze pregresse, l'ambiente educativo e sociale offerto dalla specifica Università. Secondo tale modello favorire l'integrazione accademica come percezione soggettiva dello studente circa la positività della propria esperienza universitaria (derivata anche dalla performance accademica) e l'integrazione sociale come frutto del coinvolgimento in gruppi informali di pari, in gruppi di

apprendimento, della partecipazione ad attività extracurricolari informali sarebbero dei fattori protettivi rispetto al drop-out universitario.

Dai dati emersi sembra infatti che studenti fuori sede abbiano una migliore media accademica e probabilmente questo potrebbe essere spiegato anche dal fatto che gli studenti fuori sede hanno una maggiore probabilità di sviluppare esperienze universitarie positive e una migliore integrazione sociale.

Questo sottolinea l'importanza di aiutare lo studente a crearsi una rete sociale di supporto, all'interno del contesto universitario, per favorire lo scambio di informazioni e di esperienze per la creazione di un'identità di studente universitario. Degli interventi di gruppo potrebbero proprio facilitare la creazione di una rete di supporto e uno scambio che potrebbero mantenere anche a lungo termine i miglioramenti conseguenti al trattamento.

Recentemente il modello sull'ansia da esame ha incorporato anche aspetti biopsicosociali (Segool et al., 2014) secondo il quale l'ansia da esame potrebbe essere influenzata dall'interazione di fattori biologici, sociali e ambientali. Per tale ragione si è voluto indagare come alcune variabili socio-demografiche potessero influenzare l'esito del trattamento. Per quanto riguarda i predittori dell'esito dei trattamenti CBT per i diversi disturbi d'ansia i dati in letteratura sono contrastanti per quanto riguarda il genere e l'età, che non sembrano avere un effetto significativo sull'esito del trattamento; maggiori sono invece le evidenze rispetto all'impatto che la gravità iniziale dei sintomi può avere sull'esito del trattamento (Baillie & Rapee, 2004; Dow et al., 2007; Prats et al., 2014; Prasko et al., 2015; Haug et al., 2015; Hoyer et al., 2016).

Tra tutti i predittori valutati (genere, età, media accademica, punteggi ai questionari) è emerso che solo il genere femminile e i punteggi dei questionari somministrati prima dell'intervento risultano essere dei predittori significativi dell'esito del trattamento. Dai dati si evince, in linea con una parte della letteratura presente, che le donne migliorano maggiormente ai questionari che indagano l'ansia di stato e di tratto. Anche la gravità iniziale della sintomatologia ansiosa è risultata un predittore dei risultati del trattamento: maggiore è la severità della sintomatologia ansiosa iniziale, maggiore è il miglioramento della sintomatologia a fine trattamento (Baillie & Rapee, 2004; Dow et al., 2007; Prats et al., 2014).

Dai dati emersi dal presente lavoro si evidenzia esservi un'efficacia degli interventi cognitivi comportamentali di gruppo in una popolazione specifica come quella degli studenti universitari per quanto riguarda la sintomatologia ansiosa. I risultati di maggiore interesse emersi dello studio riguardano la buona applicabilità di questo protocollo e l'efficacia della pratica clinica in un Servizio pubblico.

A conferma di ciò i dati pubblicati dai servizi di assistenza psicologica agli studenti universitari (Monti et al., 2013) evidenziano che depressione e ansia sono rispettivamente la prima e la terza problematica psicologica più frequentemente presentata. Si deduce quindi l'importanza di implementare i training per

la gestione di queste problematiche. Ansia e depressione influenzano numerosi variabili cognitive e motivazionali (Boekaerts, 2003; Turner et al., 2002) connesse all'apprendimento spiegando il rendimento a livello accademico (Mega et al., 2007). Gli studenti con emozioni positive usano strategie flessibili e creative e utilizzano maggiormente un approccio autoregolato nello studio (Sommaggio et al., 2008). Alla luce dei dati emersi dal nostro studio e dalla letteratura, si evince l'importanza di incentivare i trattamenti CBT di gruppo volti a sostenere gli studenti nella gestione di stati emotivi negativi tramite l'acquisizione di strategie e abilità.

I risultati esposti in questa ricerca sono stati il frutto di anni di lavoro (2013-2018), all'interno di un Servizio caratterizzato da molteplici variabili strettamente connesse agli utenti. Si sottolinea, inoltre, che il seguente lavoro ha indagato l'efficacia della CBT di gruppo in una popolazione specifica (studenti universitari), in un ambiente clinico non sperimentale, con l'utilizzo di un protocollo standard.

L'assenza di un gruppo di controllo e la numerosità del gruppo sono i limiti principali. Sul piano metodologico si ravvisa la necessità di avere un gruppo più omogeneo per le seguenti variabili: genere ed età. Nonostante i limiti, i dati sono in linea con gli studi che dimostrano l'efficacia della CBT (Roth & Fonagy, 1996; Andrews et al., 2003) nel trattamento dell'ansia. Nonostante l'intervento analizzato dal presente lavoro sia stato sviluppato in un setting clinico non sperimentale, il trattamento si basava su un protocollo standard a orientamento cognitivo comportamentale rivolto a un gruppo di partecipanti molto specifico come quello degli «studenti universitari». Relativamente ai risultati forniti dalla ricerca sarebbe opportuno inoltre verificare, tramite un follow-up a 1, 3 e 6 mesi, se il miglioramento della sintomatologia ansiosa si mantenga nel tempo negli studenti che hanno partecipato ai gruppi sulla gestione dell'ansia. Una raccomandazione per ulteriori ricerche future potrebbe essere quello di inserire la misurazione di costrutti concorrenti quali depressione, autostima e ansia sociale su cui interviene il protocollo di gruppo.

## Bibliografia

- Addi Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American psychologist*, 58(1), 5-14.
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. & Page A. (2003) *The treatment of anxiety disorders*. Cambridge University Press. Trad. it. *Trattamento dei disturbi d'ansia. Guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Baillie, A. J., & Rapee, R. M. (2004). Predicting who benefits from psycho education and self help for panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 513-527.
- Beck, A. T. (1984). Cognition and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 41(11), 1112-1114.
- Beck A.T., Epstein N., Brown G., & Steer R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.

- Beck, A. T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6(4), 276-284.
- Boekaerts, M. (2003). Towards a model that integrates motivation, affect and learning. *British Journal of Educational Psychology*, 2(2), 173-189.
- Cingano, F., & Cipollone, P. (2007). *University drop-out: The case of Italy*. Temi di discussione. Bank of Italy, Economic Research Department.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- Coradeschi, D., Sica, C., Ghisi, M., Sanavio, E., Dorz, S., Novara, C., & Chiri, L. (2007). Studi preliminari sulle proprietà psicometriche del Beck Anxiety Inventory. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 253, 15-25.
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 429-441.
- Dow, M. G. T., Kenardy, J. A., Johnston, D. W., Newman, M. G., Taylor, C. B., & Thomson, A. (2007). Prognostic indices with brief and standard CBT for panic disorder: I. Predictors of outcome. *Psychological Medicine*, 37, 1493-1502.
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion*, 7(2), 336-353.
- Fawcett, E., Neary, M., Ginsburg, R., & Cornish, P. (2019). Comparing the effectiveness of individual and group therapy for students with symptoms of anxiety and depression: A randomized pilot study. *Journal of American College Health*.
- Fernández Castillo, A., & Caurcel, M. J. (2015). State test anxiety, selective attention and concentration in university students. *International Journal of Psychology*, 50(4), 265-271.
- Filippi, L.S., Valdarnini, D., & Burla, F. (2001). Una esperienza di sostegno psicologico per studenti universitari: una modalità di obiettivazione dei risultati. *Rivista di Psichiatria*, 36, 146-155.
- Flett, G. L., & Blankstein, K. R. (1994). Worry as a component of test anxiety: A multidimensional analysis. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*, pp. 135-181. New York: Wiley.
- Gass, C. S., & Curiel, R. E. (2011). Test anxiety in relation to measures of cognitive and intellectual functioning. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 26(5), 396-404.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 1-9.
- Haavik, L., Joa, I., Hatloy, K., Stain, H. J., & Langeveld, J. (2019). Help seeking for mental health problems in an adolescent population: the effect of gender. *Journal of Mental Health*, 28(5), 467-468.
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L.-G., Kvale, G., Tangen, T., Andersson, G., Carlbring, P., Einar R. Heiervang, E.R., & Havik, O.E. (2015). Stepped care versus face-to-face cognitive behavior therapy for panic disorder and social anxiety disorder: Predictors and moderators of outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 71, 76-89.
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 1-39.
- Hoyer, J., Wiltink, J., Hiller, W., Miller, R., Salzer, S., Sarnowsky, S., Stangier, U., Strauss, B., Willutzki, U., & Leibing, E. (2016). Baseline Patient Characteristics Predicting Outcome and Attrition in Cognitive Therapy for Social Phobia: Results from a Large Multicentre Trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 35-46.
- HosseinzadehFirouzabad, Y., BassakNejad, S., & Davoudi, I. (2018). Prediction of subscale test anxiety considering behavioral procrastination, decisional procrastination and cognitive avoidance in university students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 23(4), 424-437.
- Jorm, A. F., Wright, A., & Morgan, A. J. (2007). Where to seek help for a mental disorder?. *Medical Journal of Australia*, 187(10), 556-560.

- Khaledian, M., Amjadian, S., & Pardegi, K. (2013). The relationship between accounting students' emotional intelligence (EQ) and test anxiety and also their academic achievements. *European Journal of Experimental Biology*, 3(2), 585-591.
- Kirk, R. B., Flett, L. G., & Watson S. M. (1992). Coping and academic problem-solving ability in test anxiety. *Journal of clinical psychology*, 48, 37-46.
- Kuh, G. D., Cruce, T. M., Shoup, R., Kinzie, J., & Gonyea, R. M. (2008). Unmasking the effects of student engagement on first-year college grades and persistence. *Journal of Higher Education*, 79(5), 540-563.
- Kuh, G. D., Kinzie, J., Buckley, J., Bridges, B. K., & Hayek, J. C. (2006). What matters to student success: A review of the literature. Commission report for the National Symposium on Postsecondary Student Success: Spearheading a dialogue on student success. Washington, DC: National Postsecondary Education Cooperative. *Behaviour Research and Therapy*, 71, 76-89.
- Kung, H. C., Pearson, J. L., & Liu, X. (2003). Risk factors for male and female suicide decedents ages 15-64 in the United States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(8), 419-426.
- Lazzari, R., & Pancheri, P. (1980). *Questionario di Valutazione dell'Ansia di Stato e di Tratto (State-Trait Anxiety Inventory)*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Loerinc A.G., Meuret A.E., Twohig M.P., Rosenfield D., Bluett E.J., & Craske M.G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical Psychological Review*, 42, 72-82.
- Liddon, L., Kingerlee, R., & Barry, J. A. (2018). Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help seeking. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 42-58.
- Mansfield, A. K., Addis, M. E., & Courtenay, W. (2005). Measurement of men's help seeking: Development and evaluation of the Barriers to Help Seeking Scale. *Psychology of Men & Masculinity*, 6, 95--08.
- Mastrocinque, C., De Wet, D., & Fagiolini, A. (2013). Group cognitive-behavioral therapy for panic disorder with and without agoraphobia: an effectiveness study. *Rivista di psichiatria*, 48(3), 240-251.
- Mega, C., Moè, A., Pazzaglia, F., Rizzato, R., & De Beni, R. (2007). Emozioni nello studio e successo accademico. Presentazione di uno strumento. *Giornale italiano di psicologia*, 34(2), 451-464.
- Meichenbaum, D., & Butler, L. (1980). Toward a conceptual model for the treatment of test anxiety: Implications for research and treatment. In I. G. Sarason (Ed.), *Test Anxiety: Theory, research and applications*, 187-208. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Meneghetti, C., Casali, N., Fabris, M., Palamà, D., Rizzato, R., Zamperlin, C., Zavagnin, M., & De Beni, R. (2021). Students with academic difficulties: benefits of a study skills group compared to an emotional skills group. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 21(2), 101-116.
- Meneghetti, C., Palamà, D., Saponaro, C., Zamperlin, C., Fabris, M., & De Beni, R. (2020). Quando gli studenti universitari chiedono aiuto per lo studio. Esperienza di percorsi di potenziamento sulle abilità di studio in un servizio di counseling e psicoterapia per studenti universitari. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2.
- Monti, F., Tonetti, L., & Ricci Bitti, P. E. (2013). Il Servizio di Aiuto Psicologico (SAP) dell'Università di Bologna. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 17(1), 147-159.
- Montmarquette, C., Mahseredjian, S., & Houle, R. (2001). The determinants of university dropouts: A bivariate probability model with sample selection. *Economics of Education Review*, 20(5), 475-484.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. (1998). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Neudert, S., Jabs, B., & Schmidtke, A. (2009). Strategies for reducing test anxiety and optimizing exam preparation in German university students: a prevention-oriented pilot project of the University of Würzburg. *Journal of Neural Transmission*, 116(6), 785-790.

- Norcross, J. C., Hedges, M., & Castle, P. H. (2002). Psychologists conducting psychotherapy in 2001: A study of the Division 29 membership. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 97-102.
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 521-531.
- Oei, T. P., & Boschen, M. J. (2009). Clinical effectiveness of a cognitive behavioral group treatment program for anxiety disorders: A benchmarking study. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 950-957.
- Payne, S., Swami, V., & Stanistreet, D. L. (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: A review of the literature. *Journal of Men's Health*, 5, 23-35.
- Prasko, J., Kamaradova, D., Cakirpaloglu, S., Talova, B., Diveky, T., Grambal, A., Jelenova, D., Kovacsova, A., Latalova, K., Ociskova, M. and Sedlackova, Z., Sigmundova, Z., Silhan, P., Vrbova, K., & Zapletalova, J. (2015). Predicting the therapeutic response to intensive psychotherapeutic programs in patients with neurotic spectrum disorders. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 57(1-2), 30-39.
- Prats, E., Domínguez, E., Rosado, S., Pailhez, G., Bulbena, A., & Fullana, M. A. (2014). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in a specialized unit. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 42(4), 176-84.
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems?. *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S35-S39.
- Roth, A. D., & Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford.
- Sanavio, E. (a cura di) (2002). *Le scale CBA*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Sanderson, W. C., Raue, P. J., & Wetzler, S. (1998). The generalizability of cognitive behavior therapy for panic disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(4), 323-330.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1990). Test anxiety. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluative anxiety*, pp. 475-496. New York: Plenum Press.
- Segool, N. K., Von der Embse, N., Mata, A. D., & Gallant, J. (2014). Cognitive Behavioral Model of Test Anxiety in a High-Stakes Context: An Exploratory Study. *School Mental Health*, 6, 50-61.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Sica, C. & Ghisi, M. (2007). The Italian versions of the Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory-II: Psychometric properties and discriminant power. In M. A. Lange (Ed.), *Leading-Edge Psychological Tests and Testing Research* (pp. 27-50). Hauppauge, New York: NOVAPublishers.
- Sommaggio, S., Mega, C., Meneghetti, C., & De Beni, R. (2008). La promozione delle abilità di studio: l'intervento metacognitivo con gruppi di studenti universitari. In De Beni, R., Trentin, R. & Rizzato R. (2008). *Pensando Agli Studenti. Servizio di aiuto Psicologico*, 103-116. Padova: CLEUP.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1983). *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: self evaluation questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Pancheri, P. & Lazzari, R. (1980) *TAI: State-trait anxiety inventory : questionario di autovalutazione per l'ansia di stato e di tratto : manuale di istruzioni*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Steer, R.A., Ranieri, W.F., Beck, A.T., & Clark, D. (1993). Further evidence for the validity of the beck anxiety inventory with psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 7(3), 195-205.
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 2-30.

- Tinto, V. (1975). Dropout from higher education: A theoretical synthesis of recent research. *Review of Educational Research*, 45, 89-125.
- Ting, S.-M. R. (2000). Predicting Asian Americans' Academic Performance in the First Year of College: An Approach Combining SAT Scores and Noncognitive Variables. *Journal of College Student Development*, 41(4), 442-449.
- Ting, S.-M. R. (2009). Impact of Noncognitive Factors on First-Year Academic Performance and Persistence of NCAA Division I Student Athletes. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 48, 215-228.
- Trifoni, A., & Shahini, M. (2011). How does exam anxiety affect the performance of university students?. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 2(2), 93-93.
- Turley, R., & Wodtke, G. (2010). College residence and academic performance: Who benefits from living on campus? *Urban Education*, 45(4), 506-532.
- Turner, J. E., Husman, J., & Schallert, D. L. (2002). The importance of students' goals in their emotional experience of academic failure: Investigating the precursors and consequences of shame. *Educational Psychologist*, 37(2), 79-89.
- Valerio, P., & Minutillo, P. (1997). Indagine sui Centri di Consultazione Psicologica per studenti universitari. In R. De Beni, A. Lis, M. Sambin e R. Trentin (Eds). *Il disagio psicologico degli studenti universitari. Proposte, progetti, riflessioni* (pp. 21-34). Milano: Guerini.
- Westbrook, D., & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243-1261.
- Western, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875-899.

---

Presentato il 24 marzo 2022, accettato per la pubblicazione il 2 giugno 2023  
Responsabile della procedura di referaggio Davide Dèttore



---

# Intervento online di gruppo per il benessere psicologico dei familiari di persone con Sindrome di Dravet

## *Uno studio esplorativo*

---

Carlo Amos Aldo Cavallini<sup>1</sup>, Laura Smeraldi<sup>1</sup>, Giulia Trentini<sup>1</sup>, Antonino Ganci<sup>1</sup>,  
Simona Borroni<sup>2</sup> e Vania Zaghi<sup>2</sup>

### Sommario

Lo studio ha l'obiettivo di sviluppare un modello di intervento psico-educativo online di gruppo basato sui principi dell'ACT (*Acceptance Commitment Therapy*), ad alta accessibilità, possibilità di individualizzazione, basso costo e alta aderenza. I partecipanti sono stati 9 (2 M e 7 F), di età compresa tra i 19 e i 40 anni (M 27,4; DS 7,93), fratelli o sorelle di persone con diagnosi di Sindrome di Dravet. L'applicazione dell'intervento ha previsto 4 fasi: definizione degli obiettivi con l'associazione di famiglie che ha finanziato il progetto, fase di pre-test, in cui sono stati somministrati un questionario creato ad hoc e il test *Outcomes Questionnaire 45.2* (OQ45.2), 10 sedute da 1 ora e mezza a cadenza bisettimanale a conclusione delle quali i partecipanti hanno svolto il post-test. Dai risultati sembra emergere una buona efficacia del percorso nel promuovere benessere psicologico e mantenere aderenza al gruppo di fratelli e sorelle di persone con Sindrome di Dravet. Le analisi descrittive dei risultati suggeriscono come la modalità online possa avvicinarsi meglio alle caratteristiche dei gruppi di supporto di malattie rare, come la sindrome di Dravet.

### Parole chiave

Intervento psicoeducativo online di gruppo, ACT (*Acceptance Commitment Therapy*), Fratelli e sorelle, Sindrome di Dravet (DS).

---

<sup>1</sup> Cooperativa sociale Tice, Piacenza e Correggio.

<sup>2</sup> Gruppo Famiglie Dravet Associazione Onlus, Milano.

# An Online Group Intervention for the Psychological Well-Being of Family Members of People With Dravet Syndrome

## *An Exploratory Study*

---

Carlo Amos Aldo Cavallini<sup>1</sup>, Laura Smeraldi<sup>1</sup>, Giulia Trentini<sup>1</sup>, Antonino Ganci<sup>1</sup>,  
Simona Borroni<sup>2</sup> and Vania Zaghi<sup>2</sup>

### Abstract

The study aims to develop an online group psycho-educational intervention model based on the principles of ACT (acceptance commitment therapy) with high accessibility, individualization possibilities, low cost and high adhesion. The participants were 9 (2 M and 7 F), aged between 19 and 40 years (M 27.4; DS 7.93), and were brothers or sisters of people diagnosed with Dravet syndrome. The application of the intervention included 4 phases: the definition of outcomes with the families association that financed the project, a pre-test phase, in which a questionnaire created ad hoc and the test Outcomes Questionnaire 45.2 - (OQ45.2) were administered, and 10 sessions of 1 and a half hours every two weeks, at the conclusion of which the participants carried out the post test. From the results, good effectiveness of the programme in promoting psychological well-being and maintaining adherence to the group of siblings seems to emerge. The descriptive analysis of the results suggests that the online modality may fit closer with the characteristics of support groups for rare diseases, such as Dravet syndrome.

### Keywords

Web-based group psycho-educational intervention, ACT (Acceptance commitment therapy), Siblings, Dravet Syndrome (DS).

---

<sup>1</sup> Tice Social Cooperative, Piacenza and Correggio.

<sup>2</sup> Dravet Families Group Non-Profit Association, Milan.

## Introduzione

### *Sindrome di Dravet (DS): definizione e inquadramento*

La sindrome di Dravet (DS) è un'encefalopatia dello sviluppo rara; la maggioranza delle persone che ne sono affette è portatrice di una mutazione del gene SCN1A (Samanta, 2020; Scheffer et al., 2017). È caratterizzata da epilessia e associata a deficit motori, cognitivi, del linguaggio e disturbi comportamentali, come deficit di attenzione e iperattività (ADHD), tratti autistici, problemi di condotta o problemi di relazioni tra pari (Brunklau et al., 2011, Dravet, 2011; Gataullina & Dulac, 2017). La sindrome esordisce solitamente durante il primo anno di vita, presentando crisi epilettiche generalizzate. Poi, dopo il primo anno, permangono diversi tipi di crisi, frequentemente prolungate e resistenti al trattamento con farmaci antiepilettici (Shorvon et al., 2012). Durante l'infanzia, insieme all'epilessia, sempre presente, compaiono anche il rallentamento dello sviluppo cognitivo, i disturbi del comportamento e i problemi di mobilità, i quali resteranno poi per il resto della vita del paziente (Dravet, 2011 [suppl]; Scheffer, 2012). È presente, a tutte le età ma in prevalenza nell'infanzia, anche un'elevata incidenza di morte improvvisa da epilessia (SUDEP); una delle caratteristiche della patologia, che desta più preoccupazione tra le famiglie di pazienti affetti da questa sindrome (Cooper, 2016; Gataullina & Dulac, 2017).

### *Sindrome di Dravet (DS): qualità della vita e impatto sulla famiglia e sui suoi componenti*

La Sindrome di Dravet (DS) ha un impatto significativo su diversi e molteplici aspetti della vita di ogni paziente, per non parlare della qualità di vita più bassa nei soggetti di età superiore ai due anni, rispetto alla stessa variabile misurata nella popolazione generale; tuttavia, non bisogna dimenticare che può portare effetti anche molto negativi sulla qualità della vita dei caregiver e dell'intera famiglia del paziente (Lagae et al., 2018). Nabbout et al. (2018), conducendo interviste con caregiver di persone con DS, hanno riscontrato effetti dirompenti sulla vita familiare e sociale, sulle attività quotidiane e ricreative, sul sonno e sulla salute fisica. Per non parlare della sfera lavorativa e delle finanze familiari; altri elementi fondamentali, i quali subiscono cambiamenti radicali in un contesto di accudimento di un familiare con questa patologia. Anche un altro studio recente, basato su un'ampia coorte di sondaggi portati a termine prevalentemente in diversi Paesi europei (Lagae et al., 2019), ha descritto che i caregiver di persone con DS segnalano difficoltà nelle relazioni familiari (70%), nella vita sociale (80%) e nelle attività quotidiane (91%), con il 77 % che ha meno di un'ora al giorno per sé. Considerando il grande stress a cui sono sottoposti, risulta evidente come

la salute mentale dei caregiver e dei familiari sia a rischio. In modo particolare, come riporta lo studio di Jensen et al. (2017), i caregiver di individui con epilessie infantili gravi, tra cui anche la sindrome di Dravet, hanno riportato livelli significativamente più elevati di depressione e ansia e, di conseguenza, livelli ridotti di salute mentale generale. Inoltre, tra le preoccupazioni maggiori segnalate dalle famiglie con figli affetti da questa sindrome, il 74% riportava elevata apprensione rivolta all'impatto emotivo su altri figli presenti, i quali vivono anche loro questo contesto ed esperienze talvolta molto difficili (Villas, 2017).

Viene stimato, infatti, che il numero complessivo di fratelli e sorelle di bambini con una malattia cronica, includendo sia salute mentale che deficit fisici, sia tra il 7% e il 17% della popolazione (McKenzie Smith et al., 2018) e che molto spesso l'impatto delle complesse situazioni vissute venga trascurato, non considerando che anche loro possono presentare vulnerabilità e bisogni specifici (Rainbow Trust, 2018). Diversi ricercatori — come Alderfer et al. (2009); O'Brien et al. (2009); Rossiter & Sharpe, (2001); Sharpe & Rossiter, (2002); Vermaes et al. (2012) — hanno riscontrato che avere un fratello o sorella con un disturbo o una patologia cronica rappresenta spesso un rischio per la salute psicologica ed emotiva di bambini e giovani. In particolare, si parla di una più alta presenza di disagi quali ansia, depressione, sintomi di stress post-traumatico, peggiore qualità di vita, difficoltà comportamentali e/o problemi con i coetanei. Vermaes et al. (2012), i quali avevano svolto una revisione meta-analitica sul tema, hanno scoperto che i fratelli e le sorelle presentano molti più problemi internalizzati e di esternalizzazione rispetto ai soggetti partecipanti ai gruppi di controllo, con cui erano stati messi a confronto. Inoltre, attribuiscono a se stessi meno abilità positive, per cui risultano meno resilienti. I fratelli o sorelle non disabili possono incontrare minore considerazione da parte dei genitori, avere maggiori responsabilità di cura, minore probabilità di relazioni con i coetanei dovute all'isolamento delle famiglie e minore livello di partecipazione ad attività esterne (Wolf et al., 1998).

I fattori che possono spiegare il rischio di difficoltà emotive e psicologiche da parte dei fratelli e delle sorelle di persone con disabilità risultano essere diversi e sono stati ipotizzati e discussi all'interno di alcuni studi.

In primo luogo, queste difficoltà possono essere legate all'aver vissuto esperienze di malattia, come ad esempio: aver assistito a procedure mediche potenzialmente traumatizzanti (Alderfer et al., 2009; Vermaes et al., 2012) oppure anche all'essere venuti a stretto contatto con gravi cambiamenti nello stato di salute del fratello o sorella malati (Hartling et al., 2014). In secondo luogo, un grosso contributo viene dato anche da fattori genitoriali e familiari. Ad esempio, un trattamento differenziale dei figli, la necessità di cure extra da parte del fratello con disturbo cronico o disabilità, maggiori responsabilità domestiche affidate ai fratelli e alle sorelle a un'età precoce, insufficiente comunicazione genitore-figlio,

oppure ma non meno importante, essere influenzati e colpiti in modo secondario dal disagio, che a sua volta i genitori o i caregiver sperimentano in merito alla situazione di accudimento (Inclendon et al., 2015; Mulroy et. Al., 2008; Williams et al., 1997). Anche la mancanza di informazioni o conoscenze approfondite sulla malattia possono essere un fattore significativo nel generare stress e disagio emotivo tra i fratelli e le sorelle di persone con disabilità (Lobato & Kao, 2002); situazioni molto comuni, soprattutto per quanto riguarda le sindromi rare come la DS. Infine anche un minore supporto e relazione da parte dei coetanei (Carpenter & Levant, 1994) oppure una più alta difficoltà nell'esprimere le emozioni (Long et al., 2013) possono generare vulnerabilità tra fratelli o sorelle di bambini e giovani con patologie croniche o disabilità.

Ulteriori studi su gruppi di bambini con fratelli o sorelle disabili hanno posto l'attenzione sul fatto che essi stessi dichiarano grandi preoccupazioni verso i loro fratelli o sorelle, i loro genitori, se stessi, la scuola, l'età adulta e il futuro. Un altro studio, similmente, ha rilevato che il 58% dei *siblings* adolescenti aveva emozioni inesprese riguardo alla sorella o al fratello disabile (Opperman & Alant, 2009). Questi risultati richiamano l'attenzione sull'importanza di rendere disponibile un supporto psicologico ed emotivo, in merito alle loro paure ed emozioni (Powell & Ogle, 1985).

Come abbiamo potuto constatare precedentemente, in letteratura sono presenti indagini riguardo ai fratelli e le sorelle di persone con disabilità e la loro condizione, tuttavia, spesso, la ricerca si è concentrata maggiormente su situazioni in cui i fratelli e le sorelle presentavano diagnosi di patologie o disabilità più comuni, come ad esempio diabete o cancro (Alderfer et al., 2009; Ferrari, 1987; Gardner, 1998; Houtzager et al., 1999;). Inoltre, il target analizzato è quasi totalmente riferito a bambini, adolescenti o al massimo giovani adulti, senza analizzare la condizione di fratelli e sorelle adulti.

Considerando anche che la maggioranza delle indagini sulle difficoltà vissute in contesti di accudimento di un parente con una grave patologia si riferiscono a genitori o in generale a caregiver (Houtzager et al., 2005), emerge chiaramente come ci sia l'esigenza di approfondire e indagare le esperienze emotive dei fratelli e delle sorelle che hanno a che fare con fratelli o sorelle con una patologia rara (Haukeland et al., 2015).

### **Approcci cognitivo-comportamentali per la qualità della vita dei familiari di persone con disabilità**

Come esposto in precedenza, i problemi di salute mentale, derivanti dal vivere a contatto con persone affette da sindromi rare, possono avere un impatto negativo sulle pratiche genitoriali e sul funzionamento della famiglia (Witt &

DeLeire, 2009); i genitori di bambini affetti da patologie croniche potrebbero trarre beneficio da trattamenti che possano fornire loro strumenti di gestione delle difficili esperienze interiori vissute. Queste esperienze possono presentarsi proprio come conseguenza delle sfide e difficoltà legate alla genitorialità di un bambino affetto da una patologia cronica.

I trattamenti svolti utilizzando il web possono offrire percorsi psicologici, basati sull'evidenza scientifica, a questa popolazione, la quale spesso ha difficoltà a trovare il tempo per accedere ai servizi in presenza. Gli interventi basati sul web sono stati sviluppati e testati per un'ampia gamma di problemi di salute (Cuijpers, Van Straten, & Andersson, 2008), compreso il benessere dei genitori (Hall & Bierman, 2015). I vantaggi degli interventi basati sul web, e svolti in modo asincrono, sono il non essere vincolati da tempo e luogo, potendo così essere disponibili quando è più necessario, e consentono un'integrazione flessibile dell'intervento nella vita quotidiana. Proprio per questo motivo, tali modalità di erogazione possono essere un veicolo ideale per un trattamento di sostegno al benessere di genitori, i cui figli necessitano di cure e assistenza supplementari e quindi possono avere una capacità ridotta di accedere alle forme di supporto tradizionali (Hall & Bierman, 2015).

### **Supporto psicologico a fratelli e sorelle di persone con sindrome di Dravet (DS): interventi di gruppo online possono essere efficaci?**

In merito alle esigenze e difficoltà dei fratelli e sorelle di persone con disabilità, percorsi e progetti di supporto psicologico possono ridurre lo stress (Utting, 1995). Inoltre, l'importanza del supporto sociale come fattore protettivo del benessere e della salute mentale in contesti e situazioni diverse, suggerisce che interventi di supporto psicologico di gruppo possono portare diversi benefici. Ad esempio, nel percepire meno isolamento oppure nell'accettare/ fornire, aiuto da/a coloro che condividono le stesse difficoltà (Jetten et al., 2017; Naylor & Prescott, 2004).

Essau et al. (2012), Nardi et al., (2016) e Stallard et al. (2008) riassumono la definizione di intervento di gruppo come un approccio terapeutico conosciuto e diffuso, che può essere applicato a diversi disagi psicologici e si è dimostrato molto promettente nel migliorare il benessere sociale e psicologico di adulti e giovani, tanto quanto un percorso di terapia individuale (Haight & Gibson, 2005). Negli ultimi anni, diversi autori hanno posto grande attenzione anche agli interventi di supporto psicologico svolti via web in modo asincrono o sincrono, risultando un nuovo e promettente mezzo per aiutare le persone ad affrontare le avversità e migliorare il loro benessere psicologico e sociale (Lan, 2016). Ciò vale anche per gli interventi di gruppo svolti via web. Uno

dei vantaggi mostrati da questa tipologia di percorso è che dà ottimi risultati nel permettere agli utenti di superare il timore e lo stigma di accedere di persona a un servizio di salute mentale (Weisz et al., 2006). Aumenta la facilità di accesso dei clienti alle risorse ed è conveniente, poiché adatto a tutti coloro che vivono anche in aree remote oppure, per vari motivi, non sono in grado di intraprendere un percorso faccia a faccia (de la Varre et al., 2011; Dincyurek & Uygurer, 2012; Klein et al., 2010; Krist & Woolf, 2011; Menon & Rubin, 2011). Un numero crescente di indagini indica la tendenza all'efficacia degli interventi di gruppo online sincroni utilizzando la videoconferenza, per migliorare la salute mentale e l'autoefficacia. Sono risultate soddisfacenti anche la fattibilità e l'accessibilità a questo particolare percorso, proprio per la comodità del mezzo.

Diversi studi inoltre hanno suggerito che i gruppi online sono in grado di replicare quanto si ottiene dai gruppi in presenza, in particolare il legame e la coesione tra utenti (Banbury et al., 2018). Ad esempio, in gruppi di terapia online con pazienti che avevano subito un trattamento per il cancro, i risultati dell'intervento online sono stati più elevati rispetto al gruppo di terapia faccia a faccia. Potrebbero essersi verificati processi interpersonali, proprio come l'alleanza di lavoro tra partecipante e terapeuta e coesione di gruppo, sviluppati e coltivati attraverso la definizione dell'obiettivo del gruppo (McGill et al., 2017). Altre indagini sulla relazione terapeutica, soprattutto all'interno di interventi di supporto psicologico online basati su approccio cognitivo-comportamentale (cCBT), hanno dimostrato come, per la popolazione sia adulta che giovane, l'alleanza terapeutica fosse alta (Sucala et al., 2012). Cavanagh e Millings (2013) aggiungono, perfino, che l'alleanza terapeutica all'interno di questi progetti di supporto psicologico e psicoeducativi si equivale a quella in presenza. È utile, infine, osservare come interventi basati su protocolli di Terapia Cognitivo Comportamentale e svolti via web (cCBT) siano tra i più indagati e analizzati, riportando evidenze in merito alla loro efficacia e accessibilità (Payne et al., 2020). Interventi di supporto psicologico, rivolti a adulti strutturati tramite videoconferenza, presentano buoni risultati in merito al trattamento di depressione, ansia, disturbo da stress post-traumatico e disturbo dell'adattamento (Varker et al., 2019).

### **ACT (*Acceptance Commitment Therapy*) via web: un valido modello per potenziare il benessere psicologico?**

Nonostante la Terapia Cognitivo Comportamentale basata sul web (cCBT) presenti un numero di indagini più ampia e storia di ricerca più lunga, sta prendendo sempre più piede l'interesse ad analizzare e approfondire interventi e

progetti basati su modello ACT (*Acceptance & Commitment Therapy*), realizzati via web (Swain et al., 2013). Infatti, come già accennato, condizioni come disturbo post-traumatico da stress, (Knaevelsrud & Maercker, 2010), disturbo ossessivo-compulsivo (Mataix-Cols & Marks, 2006), depressione (Mohr et al., 2013), ansia (Proudfoot et al., 2003) e fobia sociale (Titov et al., 2009), trattate con percorsi d'intervento basati su Terapia Cognitivo Comportamentale via computer (cCBT) hanno esibito evidenti miglioramenti. Tuttavia, fattori come abbandono e aderenza al trattamento rimangono questioni chiave da approfondire meglio anche per l'approccio CBT erogata tramite Internet (cCBT) (Christensen et al., 2009; Melville et al. 2010); per questo, è necessario indagare potenzialità ed effetti anche di altri modelli per poterne ampliare l'applicazione. L'ACT (*Acceptance Commitment Therapy*) viene definita una Terapia Cognitivo Comportamentale di «terza generazione», fondata su modelli come il contestualismo funzionale e la *Relational Frame Theory* (RFT) (Hayes, 2001, 2004, 2006, 2011; Ruiz, 2012).

Più specificatamente, va ad agire ad esempio su elementi fondamentali di cambiamento, come: accettazione, contatto con il momento presente, defusione cognitiva, sé come contesto, valori e azione impegnata (Eifert & Forsyth, 2005.). Inoltre, uno degli obiettivi principali su cui ACT si concentra è quello di migliorare la «flessibilità psicologica», definita anche come la capacità di riconnettersi al momento presente in modo completo e cosciente e impegnarsi in azioni basate sui propri valori (Eifert & Forsyth, 2005; Hayes et al., 2013).

Alcuni studi infatti sono concordi a indicare la «flessibilità psicologica» come fattore protettivo allo sviluppo e riattivazione di vari problemi psicologici, tra cui depressione, ansia, abuso di sostanze, disturbi alimentari, stress, traumi, adattamento a condizioni mediche croniche, rendimento scolastico e lavorativo oppure burnout (Biglan et al., 2008). Altro elemento chiave, che influisce sulla flessibilità psicologica è l'evitamento esperienziale, cioè il rifiuto a provare emozioni, pensieri o sensazioni difficili o dolorose, anche quando evitare queste esperienze è dannoso.

L'ACT, dunque, attraverso l'accettazione di sé e gli interventi basati sulla consapevolezza e riconoscimento valoriale, ha come obiettivo ultimo quello di sviluppare e aumentare «flessibilità psicologica» e similmente, ridurre l'evitamento esperienziale (Hayes et al., 2011).

Rispetto a ciò, diversi studi recenti hanno rilevato valori da medi a grandi in merito all'impatto dell'ACT su depressione, ansia, abuso di sostanze, disturbi alimentari, tendenze suicide, autolesionismo, psicosi, fumo, stress e burnout, dimostrando che il miglioramento, riguardo a queste condizioni cliniche, viene dato dall'impatto principale dell'intervento su flessibilità psicologica ed evitamento esperienziale (Hayes et al., 2006; Powers et al., 2009; Öst, 2008, 2014; Ruiz, 2012).

L'erogazione di ACT risulta essere flessibile e non appare vincolata a un metodo o tecnologia specifici (Hayes et al., 2013) ed è interessante constatare che

recenti studi sperimentali hanno indicato che l'ACT basato su Internet (iACT) può ridurre specificatamente i sintomi di ansia e depressione (Brown et al., 2016). Recentemente è aumentato visibilmente l'interesse verso gli interventi basati sul Web, per poter affrontare la crescente necessità di fornire percorsi di supporto e interventi per la salute sempre più accessibili, fruibili e aderenti a chi ne ha più bisogno. Ciò ha portato a un aumento degli studi anche riguardo all'iACT, come dimostra la revisione sistematica di Öst (2014) sull'efficacia dell'approccio per differenti disturbi e in cui sono stati esaminati e inclusi nell'analisi finale anche interventi ACT basati esclusivamente sul web. Per ora risulta ancora necessario continuare a indagare e approfondire il modello ACT, soprattutto erogato attraverso nuove tecnologie e via web; ciononostante sono presenti validi presupposti che questo approccio sia efficace e possa potenzialmente ridurre l'insorgenza e l'aumento di problemi psicologici in popolazioni cliniche e non (Muto et al., 2011). Il progetto è stato approvato dal comitato etico di Tice- Cooperativa Sociale in data 24/05/2021 numero di protocollo 0000016.

## **Obiettivo dello studio**

L'obiettivo dello studio è stato quello di sviluppare e valutare un modello di intervento di supporto psico-educativo online di gruppo, basato sui principi di ACT (*Acceptance Commitment Therapy*). Lo studio è stato pensato e implementato su richiesta dell'Associazione «Gruppo Famiglie Dravet Associazione Onlus, Milano» e il modello è stato pensato per avere alta accessibilità, possibilità di individualizzazione, basso costo e alta aderenza. Più specificatamente, il percorso aveva la finalità di indagare le potenzialità e i limiti di un intervento online di supporto psicologico ai fratelli e sorelle di persone con sindrome di Dravet (DS).

## **Metodo**

### *Partecipanti*

I soggetti partecipanti al progetto sono stati 9, 2 maschi e 7 femmine, di età compresa tra i 19 e i 40 anni (M 27,4, DS 7,93). Il loro arruolamento è avvenuto proponendo l'intervento e lo studio tra i Soci dell'Associazione «Gruppo Famiglie Dravet Associazione Onlus, Milano».

I criteri di inclusione dei partecipanti all'interno di questa ricerca sono stati i seguenti: età maggiore di 18 anni e l'essere fratelli o sorelle di persona con diagnosi di Sindrome di Dravet. I fratelli e sorelle dei partecipanti erano accomunati, oltre che dal quadro sindromico tipico, cioè epilessia farmaco resistente, da un

importante deficit cognitivo e dalla presenza di disturbi del comportamento. Diversamente, non sono stati identificati criteri di esclusione. Inizialmente hanno mostrato interesse a partecipare allo studio e hanno portato a termine la compilazione del primo questionario 9 persone; 4 di queste hanno interrotto il trattamento prima che cominciasse e le restanti 5 hanno proseguito l'intervento fino al termine.

### *Procedura*

#### Descrizione dell'intervento

Il progetto ha previsto 4 fasi di realizzazione: una prima fase in cui, in accordo con l'associazione, sono stati raccolti i bisogni ed è stato proposto l'intervento, la seconda fase, in cui sono stati somministrati i pre test, la fase di trattamento e una quarta fase, nella quale sono stati compilati i post-test. Hanno strutturato e partecipato a questo progetto il Presidente della Cooperativa, uno psicologo-psicoterapeuta e un dottore in psicologia.

Per garantire la privacy dei partecipanti, secondo le regole dello statuto interno, tutti i contatti con i partecipanti sono stati mediati dal direttivo dell'Associazione «Gruppo Famiglie Dravet Associazione Onlus, Milano».

Il progetto è poi proseguito con l'invio di un'informativa e la somministrazione dei pre-test ai partecipanti, avvenuta attraverso un modulo Google Form e infine, con la partecipazione agli incontri attraverso la piattaforma Zoom. Il training ha avuto una durata di 10 incontri a cadenza bisettimanale. A conclusione del progetto, sono stati somministrati i post-test, sempre tramite Google Form, e in seguito, elaborati i punteggi per procedere alle analisi statistiche. Il progetto ha avuto una durata complessiva di 7 mesi: da agosto 2021 a febbraio 2022. Ispirandosi al lavoro di Eilenberg, Frostholm & Kronstrand (2014), sulla base di progetti simili attuati online e offline riguardanti popolazioni cliniche o familiari di popolazioni cliniche, si è deciso, durante i vari incontri, di trattare le seguenti tematiche:

- *incontro 1*: presentazione obiettivi e aspettative
- *incontro 2*: immagine di sé
- *incontro 3*: pensieri e ostacoli-famiglia e perspective taking
- *incontro 4*: problem solving e assertività
- *incontro 5*: gestione delle emozioni
- *incontro 6*: tecniche comportamentali
- *incontro 7*: autostima
- *incontro 8*: amore
- *incontro 9*: valori
- *incontro 10*: riepilogo.

Le indicazioni e il materiale per le diverse tematiche sono stati ripresi dai lavori di Räsänen et al. (2016), Graham et al. (2015), Kallesøe et al. (2016).

Ogni incontro ha avuto durata di 1 ora e 30 minuti, ed è stato suddiviso in 3 precise fasi: la prima, in cui veniva svolto un esercizio iniziale per rompere il ghiaccio, quella centrale, in cui si tenevano esercizi di esposizione per affrontare tematiche legate al trattamento ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*) e infine i saluti finali.

## **Descrizione approfondita del percorso e dei vari incontri**

*Incontro 1.* All’inizio della prima seduta è stata proposta ai partecipanti una semplice attività per presentarsi e «rompere il ghiaccio». Viene chiesto loro di dire nome, un aggettivo con cui si identificano e raccontare un’emozione che hanno provato durante la settimana.

Successivamente, viene chiesto loro di esprimere emozioni e aspettative riguardanti il partecipare al gruppo. Lo scopo della prima sessione è quello di introdurre la struttura e la forma del gruppo, nonché di far conoscere i terapeuti e i partecipanti. L’attenzione è rivolta soprattutto alla motivazione iniziale rispetto al lavoro insieme e alla disponibilità verso un approccio orientato all’esperienza. L’obiettivo è quello di introdurre la struttura del gruppo e di creare un’atmosfera sicura e accettante.

*Incontro 2.* Ai partecipanti viene chiesto di presentare le caratteristiche del personaggio di un film, con cui si identificano. Un altro esercizio, che viene proposto, richiede ai partecipanti di descrivere come vorrebbero essere e come sono davvero. Infine, viene richiesto di riflettere su quali sono i punti di forza che li potrebbero avvicinare al loro sé ideale e gli ostacoli che glielo impediscono. Lo scopo della seconda sessione è quello di fornire una comprensione e un’esperienza personale del sé osservante — la prospettiva da cui è possibile creare una distanza dai propri pensieri e lavorare con le tecniche di mindfulness. Il concetto di sé osservante può essere cruciale per creare la volontà di sperimentare sentimenti difficili e osservare i pensieri senza dover reagire automaticamente.

*Incontro 3.* Durante questo incontro, come esercizio per rompere il ghiaccio, i partecipanti vengono divisi in coppie. Viene inviato loro un link dove trovano 100 domande; dovranno rispondere alle domande con l’obiettivo di conoscersi meglio.

Come esercizio successivo, viene proposto ai partecipanti di disegnare il loro albero genealogico, inserendo un voto da 0 a 10 che indichi la qualità della relazione con ogni persona. Al termine, tutti mostrano il disegno e ne parlano. Lo scopo della terza sessione è introdurre il concetto di defusione attraverso una serie di esercizi. I partecipanti sperimentano la differenza tra essere coinvolti nei propri pensieri e prendere le distanze da quelli preoccupanti. Vengono introdotte

tecniche per aiutare il partecipante a creare una distanza dai propri pensieri, in modo da agire in linea con i propri valori e sentimenti, anziché ricorrere a comportamenti di controllo ed evitamento.

*Incontro 4.* Lo scopo della quarta sessione era di introdurre i partecipanti ai concetti di assertività e stili comunicativi, fornendo una panoramica delle diverse tipologie di comportamento comunicativo. Successivamente, attraverso una serie di esercizi di esposizione, i partecipanti hanno avuto modo di mettere in pratica tali concetti, esplorando le emozioni che ne sono derivate.

*Incontro 5.* Durante questo incontro è stato preparato uno scenario. I partecipanti hanno recitato, interpretando le parti che erano state preparate per loro. In conclusione, i partecipanti hanno riflettuto su come si sono sentiti, quali pensieri sono emersi e sulla presenza di similitudini rispetto alla vita reale. Lo scopo della sessione 5 è introdurre l'accettazione come alternativa al tentativo di controllare l'ansia. La strategia del controllo viene ulteriormente messa in discussione osservando la mancanza di successo nella gestione delle emozioni. Si invita i partecipanti a considerare la mindfulness come una pratica di disponibilità che permette di agire sulla propria vita in modo consapevole e senza giudizio. Si sottolinea l'importanza di accettare i propri stati emotivi e fisici, piuttosto che lottare contro di essi, poiché tale atteggiamento può portare a un maggiore benessere psicologico. In questo contesto, l'accettazione diventa un'alternativa efficace al controllo, specialmente quando il controllo risulta inefficace o impossibile.

*Incontro 6.* Inizialmente sono stati spiegati i principi dell'apprendimento e introdotte tematiche come il rinforzo, la punizione, il modellamento. Successivamente è stato richiesto ai partecipanti di provare ad applicare le tecniche di modifica del comportamento verso i compagni. Gli obiettivi sono aumentare la consapevolezza dei processi che regolano il comportamento proprio e altrui, fornire una comprensione dei principi che li regolano e mostrare come tali principi possano essere utilizzati per modificare il comportamento in modo efficace.

*Incontro 7.* Durante questo incontro, si è parlato ai partecipanti del costrutto dell'autostima. Dopo un'introduzione teorica, è stato presentato un esercizio in cui li si invitava a riflettere sui punti di forza che hanno permesso loro di superare nel tempo alcuni degli ostacoli della loro vita. Lo scopo della settima sessione è quello di fornire una comprensione e un'esperienza personale del sé osservante — la prospettiva da cui è possibile creare una distanza dai propri pensieri e lavorare con le tecniche di mindfulness. Il concetto di sé osservante può essere cruciale per creare la volontà di sperimentare sentimenti difficili e osservare i pensieri, ecc. senza dover reagire automaticamente.

*Incontro 8.* L'incontro è stato dedicato alla riflessione sull'amore e l'affetto, e sulle modalità con cui i partecipanti vivono le loro relazioni personali.

*Incontro 9.* L'incontro è iniziato aiutando i partecipanti a identificare alcuni valori importanti per loro. Successivamente, è stato proposto un esercizio, nel

quale dovevano disegnare un bersaglio e dividerlo in 4 sezioni. In ognuna delle parti, ogni partecipante doveva inserire uno dei valori identificati e indicare quanto sentiva di vivere la propria vita in linea con quel valore. Alla fine, è stato chiesto di identificare delle azioni impegnate, le quali potessero avvicinarli ulteriormente a quel valore.

Lo scopo degli incontri 8 e 9 è di aiutare l'individuo a chiarire ulteriormente i propri valori e a definire passi specifici e coerenti con essi, i quali possono essere compiuti durante la settimana.

*Incontro 10.* Durante l'ultimo incontro, si sono ripercorsi insieme i vari temi trattati e risposto a eventuali domande. Come ultimo esercizio, a ogni partecipante è stato chiesto di ringraziare qualcuno nel gruppo e spiegarne il motivo. Lo scopo della decima sessione è quello di riassumere le esperienze e le sfide del percorso affrontato e di aiutare gli individui a continuare a utilizzare i metodi appresi anche dopo la fine degli incontri di gruppo.

## Strumenti di valutazione

Lo strumento di valutazione utilizzato per analizzare l'impatto dell'intervento sui partecipanti allo studio è stato l'*Outcome Questionnaire 45.2* (OQ45.2; Lambert et al., 2004).

L'*Outcome Questionnaire* utilizzato all'interno di questa ricerca è quello sviluppato a 45 item, e viene utilizzato per monitorare i cambiamenti nel corso dei trattamenti psicologici, indipendentemente dal tipo di trattamento e dal contesto assistenziale.

Negli ultimi anni, è divenuto uno dei dieci strumenti più utilizzati negli USA per valutare l'esito degli interventi clinici (Hartfield & Ogles, 2004); inoltre viene utilizzato anche in diversi altri Paesi Europei, Sudamericani e Asiatici per indagare l'esito di psicoterapie (Lambert et al., 1996a). La versione italiana, che è stata analizzata nelle sue caratteristiche psicometriche da Chiappelli et al. (2008), ha confermato di essere promettente come strumento di misurazione del disagio psicologico generale e degli esiti di interventi psicologici e/o di psicoterapia nella pratica clinica.

È composto di tre sottoscale che valutano altrettanti aspetti della vita del paziente: (a) sintomatologia (scala SD: *Symptom Distress*); (b) problemi interpersonali (scala IR: *Interpersonal Relations*); (c) funzionamento nel ruolo sociale (scala SR: *Social Role Functioning*). La scala SD è composta di 22 item, che valutano la presenza di sintomi psicologici, quali ansia e depressione. La scala IR invece, è composta di 11 item che valutano le difficoltà nelle relazioni interpersonali, come isolamento, senso di inadeguatezza, conflitto, ritiro. La scala SR è composta infine di 9 item che valutano le performance del soggetto nei compiti sociali sul

lavoro, a scuola o nelle attività ricreative. Le risposte a ogni item sono valutate tramite una scala a 5 punti e i punteggi totali più alti (da 0 a 180) indicano un funzionamento sempre più critico e disfunzionale; oltre al punteggio totale, che permette di stimare il disagio e disadattamento psicologico, vengono calcolati e considerati i punteggi specifici delle tre sottoscale menzionate. Il punteggio totale di cut-off, che indica il passaggio da una condizione disfunzionale a una funzionale del paziente, è fissato in 64 (Chiappelli et al., 2008). L'OQ-45.2 è risultato sensibile al cambiamento su pazienti in un breve periodo di tempo (Vermeersch et al., 2000), inoltre, relativamente alle caratteristiche psicometriche dello strumento, Lambert et al. (1996b) hanno riportato buoni valori di consistenza interna ( $r = 0,93$ ) e una soddisfacente attendibilità test-retest a tre settimane ( $r = 0,84$ ). È stata valutata e confermata la sua validità concorrente, rispetto ad altri strumenti psicodiagnostici (*Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory, Inventory of Interpersonal Problems, Symptom Checklist 90-Revised, Social Adjustment Scale*) (Umphress et al., 1997).

In questo particolare studio, per procedere alla somministrazione e compilazione dell'OQ45.2 ai partecipanti pre e post-intervento, è stata utilizzata la piattaforma Google Forms.

Inoltre, all'inizio della compilazione, sono state raccolte anche le seguenti informazioni anagrafiche: età, sesso e luogo di nascita.

## Risultati

Al termine del percorso si è svolta la fase di analisi dei questionari pre e post-intervento, per estrapolare e valutare le variazioni del punteggio totale e delle tre diverse macro aree prese in considerazione dallo strumento di valutazione Outcome Questionnaire 45.2 (OQ45.2; Lambert et al., 2004). Come mostrato dalla Tabella 1, è possibile notare che sono stati messi a confronto i punteggi totali dei pre e post-test per ogni partecipante, ma anche i punteggi pre e post riguardo gli ambiti della sintomatologia, dei problemi interpersonali e del funzionamento del ruolo sociale. Questi punteggi sono stati esaminati e messi a confronto per poter compiere alcune riflessioni in merito alle potenzialità di un modello di intervento di supporto psico-educativo online di gruppo, basato sui principi di ACT (*Acceptance Commitment Therapy*), rivolto a fratelli e sorelle di persone con Sindrome di Dravet.

Il confronto tra la somministrazione del OQ-45.2 prima e dopo l'intervento ha registrato una diminuzione generale dei punteggi totali per tutti i partecipanti, suggerendo un miglioramento del funzionamento globale di ognuno. Più precisamente tre partecipanti su cinque sono passati al di sotto della soglia clinica (part 1, part 2, part 3). Anche i restanti due partecipanti hanno diminuito

il punteggio rispetto al questionario pre-test, sebbene nel primo caso il soggetto (part 4) si collocasse già al di sotto della soglia clinica e nell'altro caso (part 5), anche dopo il percorso, non si sia verificato il passaggio al di sotto del valore cut-off, che demarca una modalità di funzionamento meno critica. Come si può osservare all'interno della Tabella 1, in seguito all'intervento, l'OQ-45.2 evidenzia una riduzione dei punteggi riguardo il disagio psicologico e disfunzionamento in tutte e tre le macroaree (sintomatologia, problemi interpersonali e ruolo nelle relazioni sociali). Soffermandosi appunto sulla variazione dei punteggi delle singole sottoscale, è possibile notare che la riduzione maggiore dei punteggi emerge soprattutto nella dimensione che analizza le difficoltà nelle relazioni interpersonali.

I dati ricavati sono stati sottoposti, per prima cosa, a statistica descrittiva, ricavando media e deviazione standard (OQ-45.2 pre-test: sintomi  $M = 36,4$  e  $DS = 4,393$ ; relazioni  $M = 20$  e  $DS = 3,674$ ; ruolo  $M = 15$  e  $DS = 3,082$ ; Totale  $M = 71,8$  e  $DS = 7,563$ ; OQ-45. post-test sintomi  $M = 33$  e  $DS = 4,472$ ; relazioni  $M = 15,4$  e  $DS = 2,302$ ; ruolo  $M = 13,4$  e  $DS = 1,949$ ; totale  $M = 62,2$  e  $DS = 7,563$ ). La deviazione standard risulta essere, nel post-intervento, tendenzialmente più bassa per quanto riguarda tutte le dimensioni tranne che per quella dei sintomi. Ciò sembra indicare che i valori ricavati per queste sottoscale tendono a uniformarsi.

Infine, è stata eseguita un'ulteriore analisi statistica tramite  $d$  di Cohen (Tabella 2), la quale ha evidenziato un effetto considerevole riguardo a ogni sottoscala. Più precisamente, è emerso che per quanto riguarda la dimensione dei sintomi e quella del ruolo l'effetto risulta essere medio; emerge invece un effetto grande in riferimento alla dimensione della relazione e del funzionamento globale del soggetto. I dati evidenziano che si è verificato un cambiamento nel disagio psicologico e disfunzionamento dei partecipanti prima e dopo il percorso, soprattutto in merito alle difficoltà relazionali e al benessere psicologico globale dei partecipanti.

**Tabella 1**

Risultati punteggi dei partecipanti al test OQ-45.2

	Totale		Sintomatologia		Problemi interpersonali		Funzionamento nel ruolo sociale	
	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
Partecipante 1	76	62	38	31	20	17	18	14
Partecipante 2	73	62	38	31	25	17	10	14
Partecipante 3	64	56	33	31	16	14	15	11
Partecipante 4	63	55	31	31	17	12	15	12

	Totale		Sintomatologia		Problemi interpersonali		Funzionamento nel ruolo sociale	
	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
Partecipante 5	81	74	42	41	22	17	17	16
Media	71,8	62,2	36,4	33	20	15,4	15	13,4
Deviazione standard	7,76	7,57	4,40	4,47	3,68	2,30	3,09	1,95

**Tabella 2**

Risultati analisi statistica

	Totale	Sintomatologia	Problemi interpersonali	Funzionamento nel ruolo sociale
Differenza media	9,6	3,4	4,6	1,6
Deviazione standard	7,66	4,43	3,07	2,58
d Cohen	1,25**	0,77*	1,50**	0,62*

Nota. Effetto: *grande\*\**; *medio\**.

## Discussione

Il presente studio, che aveva come obiettivo l'analisi e la valutazione di un intervento di supporto psico-educativo online di gruppo, basato sui principi di ACT (*Acceptance Commitment Therapy*), sembra portare prove a favore di un miglioramento del benessere psicologico in fratelli e sorelle di persone con sindrome di Dravet; una sindrome rara e molto impattante sulla qualità della vita dei caregiver e dei familiari di pazienti affetti da questa patologia. I risultati emersi, infatti, sembrano fornire un supporto preliminare anche in merito all'efficacia e fattibilità della tipologia del percorso. Infatti, l'intervento ACT, praticato in gruppo in modalità online, appare come uno strumento vantaggioso per i partecipanti e per i professionisti. L'intervento online risulta essere accessibile, poiché permette di raggiungere anche coloro che per diversi motivi non possono svolgere un percorso in presenza. Ad esempio, per mancanza di tempo, lontananza ma anche per lo stigma, che spesso rende restie persone con difficoltà psicologiche o emotive a richiedere un aiuto concreto da un professionista. Inoltre, risulta essere vantaggioso per coloro che vivono situazioni che potrebbero mettere a rischio il loro benessere psicologico, sebbene poco diffuse o conosciute all'interno

della società, come risulta essere in questo caso, l'eccezionalità e rarità di essere in relazione con persone affette da sindrome di Dravet o da altra sindrome rara. Questo particolare intervento online risulta allo stesso tempo costo-efficace, poiché è economico e flessibile, abbattendo i costi e permettendo di venire incontro maggiormente alle esigenze sia degli psicologi che dei pazienti/clienti.

In merito ai risultati emersi, sembra che l'ambito delle relazioni o problematiche interpersonali sia quello che ha mostrato un miglioramento più evidente; ciò potrebbe essere dettato anche da fattori collegati all'intervento di gruppo, come la formazione di legami e coesione tra gli utenti, che in altri studi precedenti sono stati rilevati e analizzati. Anche la condivisione di obiettivi o problematiche comuni tra i partecipanti ai gruppi di intervento sembra migliorare lo stato e il percorso degli utenti, i quali in questo caso percepirebbero comprensione e potrebbero sentirsi più a loro agio nell'aprirsi. Nell'impostazione di future ricerche, apparirebbe interessante indagare e approfondire interventi in vivo basati sullo stesso modello o altri, oppure confrontarli con percorsi di supporto online; tuttavia, trattandosi di una sindrome rara e i partecipanti distribuiti su tutto il territorio nazionale Italiano, diventerebbe complesso organizzare gruppi in presenza. La letteratura a oggi, suggerisce comunque un impatto molto vantaggioso in merito agli interventi online anche confrontati con quelli in vivo, soprattutto al diminuire dell'età (Celia et al., 2022).

Restano da indagare, in modo approfondito e individuale, le motivazioni per cui 4 fratelli su 9, dopo aver mostrato interesse per la proposta e aver compilato la valutazione pre, hanno rifiutato di partecipare.

In conclusione, è possibile considerare l'intervento psicologico online di gruppo basato su ACT come una buona opportunità di supporto per fratelli e sorelle di persone con Sindrome di Dravet. Le sue caratteristiche di alta accessibilità, possibilità di individualizzazione e basso costo sembrano essere fattori peculiari per l'applicazione di questo modello.

## **Limiti**

Sebbene lo studio abbia mostrato chiari risultati nel miglioramento del benessere psicologico dei fratelli e delle sorelle di persone con Sindrome di Dravet, che hanno partecipato alla totalità del percorso, il campione risulta essere limitato e vi sono stati molti abbandoni. Sarebbe ottimale poter riproporre il progetto a un campione più ampio, per poter approfondire le analisi statistiche e il confronto pre-post. Sarebbe inoltre interessante proporre nuovi studi, confrontando i risultati sull'efficacia di questo specifico intervento con un gruppo di controllo o con altri modelli di supporto psico-educativo, per valutare e rilevare eventuali analogie o differenze.

Una valutazione di follow-up, per verificare la stabilità dei risultati nel tempo, non è stata possibile e questo risulta un ulteriore limite dell'indagine. Specificatamente in questo studio, non è stato possibile attuare un follow-up, poiché l'associazione delle famiglie, la quale vuole dare priorità al benessere dei partecipanti e alla loro protezione e privacy, preferisce non esporre i suoi soci a una partecipazione eccessiva a ricerche e interventi sperimentali. Ciononostante, future ricerche dovrebbero tenere in considerazione la possibilità e le potenzialità di indagare in modo più approfondito gli effetti del trattamento sui partecipanti, per un periodo più lungo dal termine del percorso.

Un altro elemento che, come detto, rappresenta un grave limite dello studio è stato quello di un alto numero di drop out tra i partecipanti, fin nelle prime fasi del progetto. In questo specifico studio, la rinuncia di coloro che non hanno partecipato agli incontri, è stata motivata dal fatto che date e orari degli incontri si sovrapponevano con impegni lavorativi e famigliari, non permettendo di collegarsi. Ciò potrebbe suggerire la necessità di eseguire, durante le prime fasi di questo percorso e del reclutamento, un'analisi individuale più specifica e aderente rispetto a bisogni effettivi o impegni e limiti di ogni partecipante. In conclusione, questi elementi fanno emergere futuri e interessanti spunti in merito all'impostazione di nuove indagini legate a questo promettente modello di intervento di supporto psico-educativo.

## Finanziamenti

Questa ricerca è stata finanziata dall'Associazione «Gruppo Famiglie Dravet Associazione Onlus». Si ringrazia della disponibilità e del coinvolgimento di tutti i soci dell'Associazione.

## Bibliografia

- Alderfer, M. A., Long, K. A., Lown, A., Marsland, A. L., Ostrowski, N. L., Hock, J. M., & Ewing, L. J. (2009). Psychosocial adjustment of siblings of children with cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 19, 789–805. [Doi: 10.1002/pon.1638]
- Banbury, A., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L., & Parkinson, L. (2018). Telehealth interventions delivering home-based support group video-conferencing: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2) e25.
- Biglan, A., Hayes, S.C., Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science*, 9, 139–152. [PubMed: 18690535]
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(6-7), 389-398.
- Brown, M., Glendenning, A., Hoon, A.E., John, A. (2016). Effectiveness of web-delivered acceptance and commitment therapy in relation to mental health and well-being: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical*

- Internet Research*, 18(8), e221. [doi: 10.2196/jmir.6200] [Medline: 27558740]
- Brunklaus, A., Dorris, L., & Zuberi, S. M. (2011). Comorbidities and predictors of health-related quality of life in Dravet syndrome. *Epilepsia*, 52, 1476–82.
- Carpenter, P. J. & Levant, C. S. (1994). Sibling adaption to the family crisis of childhood cancer. In D. J. Bearson & R. K. Mulhern (Eds.), *Pediatric psycho- oncology: Psychological perspectives on children with cancer* (pp. 122–142). Oxford: Oxford University Press.
- Cavanagh, K., & Millings, A. (2013). (Inter)personal computing: The role of the therapeutic relationship in e-mental health. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(4), 197–206.
- Celia, G., Cavicchiolo, E., Girelli, L., Limone, P., & Cozzolino, M. (2022). Effect of online counselling on emotional outcomes during the COVID-19 pandemic: An innovative group intervention for university students using the Brain Wave Modulation Technique. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(4), 889–901.
- Chiappelli, M., Coco, G. L., Gullo, S., Bensi, L., & Prestano, C. (2008). L'Outcome Questionnaire 45.2. Adattamento italiano di uno strumento per la valutazione dei trattamenti psicologici. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(2), 152.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Farrer, L. (2009). Adherence in internet interventions for anxiety and depression: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2):e13. [doi: 10.2196/jmir.1194] [Medline: 19403466]
- Cooper, M. S. , Mcintosh, A., Crompton, D. E., McMahon, J. M., Schneider, A., Farrell, et al. (2016). Mortality in Dravet syndrome. *Epilepsy Research*, 128, 43–7.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 169–177.
- De la Varre, C., Keane, J., & Irvin, M. J. (2011). Enhancing online distance education in small rural US schools: A hybrid, learner-centered model. *Journal of Asynchronous Learning Networks*, 15(4), 35–46.
- Dincyurek, S., & Uygurer, G. (2012). Conduct of psychological counseling and guidance services over the internet: Converging communications. *Turkish Online Journal of Educational Technology*, 11(3), 77–81.
- Dravet, C. (2011). Dravet syndrome history. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53(SUPPL. 2), 1–6.
- Dravet, C. (2011). The core Dravet syndrome phenotype. *Epilepsia*, 52, 3–9.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: a Practitioner's Treatment Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Values-Based Behavior Change*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Eilenberg, T., Frostholm, L., & Kronstrand, L. (2014). Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for severe health anxiety. Aarhus: The Research Clinic for Functional Disorders and Psychosomatics.
- Essau, C. A., Conradt, J., Sasagawa, S., & Ollendick, T. H. (2012). Prevention of anxiety symptoms in children: Results from a universal school-based trial. *Behavioral Therapy*, 43(2), 450–464.
- Ferrari, M. (1987). The diabetic child and well sibling: Risks to the well child's self-concept. *Children's Health Care*, 15, 141–148. [doi: 10.1080/02739618709514760]
- Gardner, N. (1998). Emotional and behavioural difficulties in children with diabetes: A controlled comparison with siblings and peers. *Child: Care, Health and Development*, 24, 115–128. [doi: 10.1046/j.1365-2214.1998.00042.x]
- Gataullina, S., & Dulac, O. (2017). From genotype to phenotype in Dravet disease. *Seizure*, 44, 58–64.
- Graham, C. D., Gillanders, D., Stuart, S., & Gouick, J. (2015). An acceptance and commitment therapy (ACT)-based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clinical Case Studies*, 14(2), 83–97.
- Haight, B., & Gibson, F. (2005). *Working with older adults: Group process and techniques* (4th ed.). USA. Jones & Bartlett.
- Hall, C. M., & Bierman, K. L. (2015). Technology-assisted interventions for parents of young children: Emerging practices, current research, and future directions. *Early Childhood Research Quarterly*, 33, 21–32.

- Hartfield, D. R., & Ogles, B. M. (2004). The use of outcome measures by psychologists in clinical practice. *Professional Psychology-Research and Practice* 35(5), 485-491.
- Hartling, L., Milne, A., Tjosvold, L., Wrightson, D., Gallivan, J., & Newton, A. S. (2014). A systematic review of interventions to support siblings of children with chronic illness or disability. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 50, E26-E38. [Doi:10.1111/j.1440-1754.2010.01771.x]
- Haukeland, Y. B., Fjermestad, K. W., Mossige, S., & Vatne, T. M. (2015). Emotional Experiences Among Siblings of Children With Rare Disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(7), 712-720.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198. [doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002] [Medline: 23611068]
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011) *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research Therapy*, 44, 1-25. [PubMed: 16300724]
- 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. [doi: 10.1016/S0005-7894%2804%2980013-3]
- Hayes, S. C. (2001). In: Hayes S, Barnes-Holmes D, Roche B, editors. Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. New York: Springer Science & Business Media.
- Houtzager, B. A., Grootenhuis, M. A., Caron, H. N., & Last, B. F. (2005). Sibling self-report, parental proxies and qualities of life: The importance of multiple informants for siblings of a critically ill child. *Pediatric Hematology and Oncology*, 22, 25-40. [Doi: 10.1080/08880010590896233]
- Houtzager, B. A., Grootenhuis M. A., & Last B. F. (1999). Adjustment of siblings to childhood cancer: A literature review. *Support Care Cancer*, 7, 302-320. [Doi: 10.1007/s005209900052]
- Inclendon, E., Williams, L., Hazell, T., Heard, T. R., Flowers, A., & Hiscock, H. (2015). A review of factors associated with mental health in siblings of children with chronic illness. *Journal of Child Health Care*, 19, 182-94. [Doi: 10.1177/1367493513503584]
- Jensen, M. P., Liljenquist, K. S., Bocell, F., Gammaitoni, A. R., Aron, C. R., Galer, B. S., et al. (2017). Life impact of caregiving for severe childhood epilepsy: Results of expert panels and caregiver focus groups. *Epilepsy & Behavior*, 74, 135-43.
- Jetten, J., Haslam, S. A., Cruwys, T., Greenaway, K. H., Haslam, C., & Steffens, N. K. (2017). Advancing the social identity approach to health and well-being: Progressing the social cure research agenda. *European Journal of Social Psychology*, 47(7), 789-802. [https://doi.org/10.1002/ejsp.2333]
- Kallesøe, K. H., Schröder, A., Wicksell, R. K., Fink, P., Ørnbøl, E., & Rask, C. U. (2016). Comparing group-based acceptance and commitment therapy (ACT) with enhanced usual care for adolescents with functional somatic syndromes: a study protocol for a randomised trial. *BMJ Open*, 6(9), e012743.
- Klein, B., White, A., Kavanagh, D., Shandley, K., Kay-Lambkin, F., Proudfoot, J., & Young, R. (2010). Content and functionality of alcohol and other drug websites: Results of an online survey. *Journal of Medical Internet Research*, 12, e51.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2010). Long-term effects of an Internet-Based treatment for post-traumatic stress. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(1), 72-77. [doi: 10.1080/16506070902999935] [Medline: 19675958]
- Lagae, L., Irwin, J., Gibson, E., Battersby, A. (2019). Caregiver impact and health service use in high and low severity Dravet syndrome: A multinational cohort study. *Seizure*, 65, 72-9.
- Lagae, L., Brambilla, I., Mingorance, A., Gibson, E. & Battersby, A. (2018). Quality of life and comorbidities associated with Dravet syndrome severity: a multinational cohort survey. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60, 63-72.

- Lambert, M. J., Gregersen, A. T., & Burlingame, G. M. (2004). The Outcome Questionnaire-45. In M. E. Maruish (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (pp. 191–234). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M., Heufner, J., & Reisinger, C. (1996a). *Administration and Scoring Manual for the Outcome Questionnaire (OQ45.2)*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996b). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 3, 249–258.
- Lan, C. M. (2016). Predictors of willingness to use cyber counseling for college students with disabilities. *Disability and Health Journal*, 9, 2, 346–352.
- Lobato, D., & Kao, B. (2002). Integrated sibling-parent group intervention to improve sibling knowledge and adjustment to chronic illness and disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 711–716. [Doi: 10.1093/jpepsy/27.8.711]
- Long, K. A., Lobato, D., Kao, B., Plante, W., Grullon, E., Cheas, L., et al. (2013). Perceptions of emotion expression and sibling-parent emotion communication in Latino and non-Latino white siblings of children with intellectual disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 38, 551–562. [doi: 10.1093/jpepsy/jst012]
- Lopez, A., Rothberg, B., Reaser, E., Schwenk, S. & Griffin, R. (2020). Therapeutic groups via video teleconferencing and the impact on group cohesion. *Mhealth*, 6, 13-19.
- Mataix-Cols, D. & Marks, I. M. (2006). Self-help with minimal therapist contact for obsessive-compulsive disorder: a review. *European Psychiatry*, 2, 75–80. [doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.07.003]
- McGill, B. C., Sansom-Daly, U. M., Wakefield, C. E., Ellis, S. J., Robertson, E. G., & Cohn, R. J. (2017). Therapeutic alliance and group cohesion in an online support program for adolescent and young adult cancer survivors: Lessons from «recapture Life». *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 6(4), 568–572.
- McKenzie Smith, M., Pinto Pereira, S., Chan, L., Rose, C., & Shafran, R. (2018). Impact of well-being interventions for siblings of children and young people with a chronic physical or mental health condition: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21, 246–265. [https://doi.org/10.1007/s10567-018-0253-x]
- Melville, K. M., Casey, L. M. & Kavanagh, D. J. (2010). Dropout from internet-based treatment for psychological disorders. *British Journal Clinical Psychology*, 49(4), 455–471. [doi: 10.1348/014466509X472138] [Medline: 19799804]
- Menon, G. M., & Rubin, M. (2011). A survey of online practitioners: Implications for education and practice. *Journal of Technology in Human Services*, 29(2), 133–141.
- Mohr, D. C., Burns, M. N., Schueller, S. M., Clarke, G. & Klinkman, M. (2013). Behavioral intervention technologies: evidence review and recommendations for future research in mental health. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 332–338. [doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.03.008] [Medline: 23664503]
- Mulroy, S., Robertson, L., Aiberti, K., Leonard, H., & Bower, C. (2008). The impact of having a sibling with an intellectual disability: Parental perspectives in two disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 216–229. [Doi: 10.1111/j.1365-2788.2007.01005.x]
- Muto, T., Hayes, S.C. & Jeffcoat, T. (2011). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy: bibliotherapy for enhancing the psychological health of Japanese college students living abroad. *Behavior Therapy*, 42, 323–335. [PubMed: 21496516]
- Nabbout, R., Auvin, S., Chiron, C., Irwin, J., Mistry, A., Bonner, N., et al. (2018). Development and content validation of a preliminary core set of patient- and caregiver relevant outcomes for inclusion in a potential composite endpoint for Dravet Syndrome. *Epilepsy Behavior*, 78, 232–42.

- Nardi, B., Massei, M., Arimatea, E., & Moltedo-Perfetti, A. (2016). Effectiveness of group CBT in treating adolescents with depression symptoms: A critical review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 29(3), 334-339.
- Naylor, A. & Prescott, P. (2004). Invisible children? The need for support groups for siblings of disabled children. *British Journal of Special Education*, 31, 199-206. [https://doi.org/10.1111/j.0952-3383.2004.00355.x]
- O'Brien, I., Duffy, A. & Nicholl, H. (2009). Impact of childhood chronic illnesses on siblings: A literature review. *British Journal of Nursing*, 18, 1358-1365. [Http://www.internurse.com]
- Opperman, S. & Alant, E. (2009). The coping responses of the adolescent siblings of children with severe disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 25(9), 441-454. [https://doi.org/10.1080/0963828031000069735]
- Öst, L. G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 61, 105-121. [doi: 10.1016/j.brat.2014.07.018] [Medline: 25193001]
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Research Therapy*, 46, 296-321. [PubMed: 18258216]
- Payne, L., Flannery H., Gedara C. K., Daniilidi, X., Hitchcock, M., Lambert, D., Taylor, C., & Christie, D. (2020). Business as usual? Psychological support at a distance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(3) 672-686.
- Powell, T. H. & Ogle, P. A. (1985). *Brothers and Sisters – a special part of exceptional families*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Powers, M.B, Vording, M.B.Z.S. & Emmelkamp, P.M.G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A metanalytic review. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 78:73-80. [PubMed: 19142046]
- Proudfoot, J., Goldberg, D., Mann, A., Everitt, B., Marks, I. & Gray, J. A. (2003). Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practice. *Psychological medicine*, 33(2), 217-227. [Medline: 12622301]
- Rainbow Trust. (2018). See us, hear us, notice us: The case for supporting siblings of seriously ill children [https://rainbowtrust.org.uk/uploads/other/pdfs/Full\_Report\_See\_Us\_Hear\_Us\_Notice\_Us.pdf]
- Räsänen, P., Lappalainen, P., Muotka, J., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2016). An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 78, 30-42.
- Rossiter, L., & Sharpe, D. (2001). The siblings of individuals with mental retardation: A quantitative integration of the literature. *Journal of Child and Family Studies*, 10, 65-84. [Doi: 10.1023/A:1016629500708]
- Ruiz, F. J. (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(3), 333-358.
- Ruiz, F. J. (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.
- Samanta, D. (2020). Changing landscape of Dravet Syndrome Management: an overview. *Neuropediatrics*, 51(2), 135-45.
- Scheffer, I. E., Berkovic, S., Capovilla, G., Connolly, M. B., French, J., Guilhoto, L., et al. (2017). ILAE, classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, 58(4), 512-21.
- Scheffer, I. E. (2012). Diagnosis and long-term course of Dravet syndrome. *European Journal of Paediatric Neurology*, 16(Suppl. 1), 2-5.
- Sharpe, D. & Rossiter, L. (2002). Siblings of children with a chronic illness: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 699-710. [Doi: 10.1093/jpepsy/27.8.699]
- Shorvon, S., Guerrini, R., Cook, M. & Lhatoo, S., (2012). *Oxford textbook of epilepsy and epileptic seizures*. Oxford: Oxford University Press.

- Stallard, P., Simpson, N., Anderson, S., & Goddard, M. (2008). The FRIENDS emotional health prevention programme: 12 month follow-up of a universal UK school based trial. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*(5), 283–289.
- Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H., & Montgomery, G. H. (2012). The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 14*(4), e110.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C. & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 965-978. [doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.002] [Medline: 23999201]
- Titov, N., Andrews, G., Choi, I., Schwencke, G. & Johnston, L. (2009). Randomized controlled trial of web-based treatment of social phobia without clinician guidance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(10), 913-919. [doi: 10.1080/00048670903179160]
- Umpress, V. J., Lambert, M. J., Smart, D. W., Barlow, S. H. & Clouse, G. (1997). Concurrent and construct validity of the Outcome Questionnaire. *Journal of Psychoeducational Assessment 15*, 40-55.
- Utting, D. (1995). *Family and Parenthood: supporting families, preventing breakdown*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., & Phelps, A. (2019). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services, 16*(4), 621–635.
- Vermaes, I. P. R., van Susante, A. M. J., & van Bakel, H. J. A. (2012). Psychological functioning of siblings in families of children with chronic health conditions: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology, 37*, 166–184. [Doi: 10.1093/jpepsy/ajsro81]
- Vermeersch D., Lambert M. J. & Burlingame G. M. (2000). Outcome Questionnaire: Item sensitivity to change. *Journal of Personality Assessment, 74*, 242-261.
- Villas, N., Meskis, M.A., Goodliffe, S. (2017). Dravet syndrome: Characteristics, comorbidities, and caregiver concerns. *Epilepsy Behavior, 74*, 81–6.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological bulletin, 1*, 132-149.
- Whalen, C. K., Odgers, C. L., Reed, P. L., & Henker, B. (2011). Dissecting daily distress in mothers of children with ADHD: An electronic diary study. *Journal of Family Psychology, 25*(3), 402.
- Williams, P., Hanson, S., Karlin, R., Ridder, L., Liebergen, A., Olson, J., et al. (1997). Outcomes of a nursing intervention for siblings of chronically ill children: A pilot study. *Journal of the Society of Pediatric Nursing, 2*, 127–137. [Doi: 10.1111/j.1744-6155.1997.tb00070]
- Witt, W. P., & DeLeire, T. (2009). A family perspective on population health: The case of child health and the family. *WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin, 108*(5), 240.
- Wolf, L., Fisman, S., Ellison, D. & Freeman, T. (1998). Effect of sibling perception of differential parental treatment in sibling dyads with one disabled child. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*(12), 1317–1319.

---

Presentato il 21 settembre 2022, accettato per la pubblicazione il 19 giugno 2023  
 Responsabile della procedura di referaggio Giorgio Bertolotti



---

# La mindfulness nella società digitale

## *Contributo per adolescenti con uso problematico di Internet*

---

Davide Viola<sup>1</sup>

### Sommario

Negli ultimi anni ci sono state molte ricerche sulla dipendenza da Internet, che è diventata sempre più comune tra gli adolescenti e i giovani adulti. Questa dipendenza è caratterizzata da preoccupazioni, impulsi e comportamenti incontrollabili legati all'uso di Internet, che possono causare disagio, problemi psicosociali, difficoltà scolastiche e problemi fisici. Tuttavia, la diagnosi di dipendenza da Internet non è ancora stata inclusa nel DSM-5 a causa della sua incertezza concettuale. Di conseguenza, alcuni autori hanno preferito adottare il costrutto «uso problematico di Internet», pur riconoscendo la compulsività e gli esiti negativi alla base della dipendenza da Internet. La psicoterapia cognitivo comportamentale e la psicoterapia familiare sono i trattamenti più comuni per adolescenti con questo tipo di dipendenza, e la mindfulness è uno degli approcci terapeutici più studiati. Attraverso una rassegna della letteratura di riferimento, l'articolo si pone l'obiettivo di esplorare le possibili applicazioni della mindfulness per adolescenti con uso problematico di Internet e il suo ruolo nella regolazione emotiva. L'utilizzo di un intervento cognitivo-comportamentale basato sulla mindfulness è consigliabile per adolescenti con uso problematico di Internet, ma dovrebbe essere ulteriormente esplorato in studi controllati randomizzati più ampi e dovrebbe essere creato un protocollo ad hoc per validarne l'effettiva efficacia.

### Parole chiave

Adolescenti, Mindfulness, Uso problematico di Internet, Regolazione emotiva, Psicoterapia cognitivo comportamentale.

---

<sup>1</sup> Rosa Galton Institute of Applied Psychology, Roma.

---

# Mindfulness in a Digital society

## *A Contribution for Adolescents With Problematic Internet Use*

---

Davide Viola<sup>1</sup>

### Abstract

In recent years there have been many studies on Internet addiction, which has become increasingly common among adolescents and young adults. This addiction is characterized by uncontrollable concerns, impulses, and behaviours related to Internet use, which can cause discomfort, psychosocial problems, academic difficulties, and physical health problems. However, the diagnosis of Internet addiction has not yet been included in the DSM-5 due to its conceptual uncertainty. As a result, some authors have preferred to adopt the construct of «problematic Internet use», while acknowledging the compulsivity and negative outcomes underlying Internet addiction. Cognitive-behavioural therapy and family therapy are the most common treatments for adolescents with this type of addiction, and mindfulness-based interventions are one of the most researched therapeutic approaches. Through a review of the relevant literature, the article aims to explore the potential applications of mindfulness for adolescents with problematic Internet use and its role in emotional regulation. The use of a mindfulness-based cognitive-behavioural intervention is advisable for adolescents with problematic Internet use, but it should be further explored in larger randomized controlled studies, and an ad hoc protocol should be created to validate its actual effectiveness.

### Keywords

Adolescents, Mindfulness, Problematic Internet use, Emotional regulation, Cognitive-behavioral therapy.

---

<sup>1</sup> Rosa Galton Institute of Applied Psychology, Roma.

## Introduzione

L'uso di Internet è diventato parte integrante della vita degli adolescenti, con il 95% che ha accesso a uno smartphone. Sono quasi 4,54 miliardi le persone che oggi sono connesse a Internet e 3,8 miliardi sono gli utilizzatori quotidiani dei social network. In Italia sono quasi 50 milioni i soggetti online ogni giorno e 35 milioni quelli attivi sui canali social. Oltre 80 milioni di smartphone per una popolazione residente di 60 milioni. È di un milione la quota delle persone connesse a Internet per la prima volta nel corso del 2020, un incremento del 2,2% che fa superare la soglia dei 50 milioni. Ancora più importante l'aumento sul fronte piattaforme social: oltre due milioni di nuovi utenti, un incremento quasi del 6% che fa raggiungere quota 41 milioni. Ogni secondo si creano sei nuovi profili nei social network. Gli smartphone sono presenti nelle tasche e nelle mani del 97% di noi, mentre tre persone su quattro utilizzano computer desktop o laptop. Lo scenario per quanto riguarda i comportamenti sulle piattaforme social mostra un incremento del 4% nelle interazioni, le persone che dichiarano di aver partecipato attivamente al dialogo online, saltando dall'81% del 2020 all'85% nel 2021 (Minutillo et al., 2022).

Questi dati dimostrano l'ampia diffusione di Internet e dei social network nella società contemporanea, in particolare tra gli adolescenti. L'aumento degli utenti sui social network e la crescita delle interazioni online suggeriscono che la comunicazione digitale è diventata una forma importante di socializzazione e di scambio di informazioni. Tuttavia, è importante anche considerare gli aspetti negativi e i rischi associati all'uso di Internet e dei social network, tra cui la dipendenza (gli adolescenti trascorrono da 6 a 8 ore al giorno sui social network), il cyberbullismo, la violazione della privacy, l'esposizione a contenuti inappropriati, la depressione, i disturbi alimentari, i problemi legati al sesso e all'immagine corporea e l'ansia (Ciacchini et al., 2023; Bozzola et al., 2021; Viola, 2018).

La pandemia da Covid-19 ha aumentato significativamente l'uso di Internet, mettendo gli adolescenti a rischio di svilupparne un uso problematico. Secondo una ricerca condotta a livello mondiale, la dipendenza di Internet è uno dei comportamenti patologici più frequenti tra gli adolescenti (Chemnad et al., 2022). Molti hanno bisogno di Internet, dei device e del loro flusso continuo di intrattenimento, informazione e comunicazione fornito dalla tecnologia per non sentirsi annoiati e agitati. Gli adolescenti di oggi sono abituati agli stimoli costanti e senza si sentono ansiosi, come se mancasse qualcosa. Hanno la continua sensazione che dovrebbero fare qualcosa e questo poi li porta a prendere in mano lo smartphone per cercare sollievo da quell'ansia. Si stima che controllino lo smartphone 150 volte al giorno o ogni sei minuti, che inviino in media 110 messaggi al giorno, che trascorrono più

di otto ore al giorno sul telefono (in pratica più tempo di quello che passano dormendo), che accumulino 10.000 ore di gioco online prima di arrivare a 21 anni, senza considerare tale comportamento nei confronti della tecnologia un vero problema (Colier, 2016).

La mindfulness è un fattore protettivo nei confronti dello sviluppo dell'uso problematico di Internet in adolescenza (Fendel & Schmidt, 2022). Attraverso una rassegna della letteratura di riferimento, l'articolo si pone l'obiettivo di esplorare le possibili applicazioni della mindfulness per gli adolescenti con uso problematico di Internet e il suo ruolo nella regolazione emotiva.

## Metodo

È stata condotta una revisione narrativa al fine di esplorare la letteratura attuale sulle possibili applicazioni della mindfulness per adolescenti con uso problematico di Internet e il suo ruolo nella regolazione emotiva. Nello specifico, al fine di definire il problema considerato, descrivere lo stato dell'arte della letteratura di riferimento e tracciare un quadro del problema esaminato sono state effettuate: ricerche sui database bibliografici e di ricerca, analisi di saggi e bibliografie nei principali trattati e monografie specifiche ed esame di linee guida e rapporti aggiornati.

Selezionando su Pubmed, ResearchGate, Google Scholar le parole chiave «Mindfulness», «Uso problematico di Internet», «Adolescenza», «Dipendenza da Internet», «Regolazione emotiva» sono stati presi in considerazione articoli scientifici, sia in lingua inglese che in lingua italiana, pubblicati negli ultimi 12 anni. Per le monografie non è stato posto un limite temporale. Specificatamente per gli studi sull'efficacia della mindfulness come trattamento dell'uso problematico di Internet sono stati inclusi solo lavori che hanno coinvolto adolescenti, che hanno previsto studi randomizzati controllati con gruppi sperimentali e gruppi di controllo e che hanno concettualizzato l'utilizzo della mindfulness e non pratiche meditative generiche.

## La mindfulness

### *La storia*

La mindfulness ha una lunga e ricca storia che affonda le sue radici nelle antiche tradizioni spirituali orientali. La sua pratica è stata sviluppata e trasformata nel corso dei secoli, fino a raggiungere una diffusione globale e a essere applicata in diversi contesti. Le origini della mindfulness possono essere rintracciate nel

buddhismo, in particolare nella tradizione Theravada, che ha radici nell'India antica. Il Buddha Gautama, il fondatore del buddhismo, ha insegnato la pratica della consapevolezza come parte del suo percorso verso l'illuminazione. La mindfulness era intesa come una forma di consapevolezza profonda, che coinvolgeva l'attenzione presente e senza giudizio verso le esperienze interne ed esterne. Nel corso dei secoli, la pratica della mindfulness si è diffusa attraverso le diverse scuole e tradizioni del buddhismo, adattandosi alle diverse culture e contesti. Ha raggiunto una particolare rilevanza nella tradizione Zen, in Giappone, e nella tradizione Vipassana, in Birmania e Thailandia. La mindfulness si trova anche nell'induismo, nell'islam e nel cristianesimo, così come nelle antiche filosofie greche o nelle filosofie europee moderne (Trousselard et al., 2014). Negli anni '70, la mindfulness ha iniziato a diffondersi nel contesto occidentale. Un ruolo chiave è stato giocato dal biologo molecolare e meditante nella tradizione buddhista Theravada Jon Kabat-Zinn, che ha sviluppato un programma di riduzione dello stress basato sulla mindfulness, noto come *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR). Questo programma ha reso la mindfulness accessibile a un pubblico più ampio, separando la pratica dalla sua connotazione religiosa e applicandola nel contesto della salute mentale e del benessere (Pollak et al., 2015). Nel corso degli anni '90, un gruppo di ricercatori e psicologi, tra cui Zindel Segal, Mark Williams e John Teasdale, hanno combinato la terapia cognitiva con la pratica della mindfulness, sviluppando il protocollo MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*), noto anche come Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness. Il loro obiettivo era di creare un approccio terapeutico che potesse insegnare alle persone a riconoscere i segnali precoci di una possibile ricaduta depressiva e a rispondere a tali segnali in modo più consapevole e adattativo (Segal et al., 2013). Negli anni successivi, il protocollo MBCT è stato ampiamente studiato e applicato nel trattamento della depressione, dell'ansia e della fobia sociale. È diventato una terapia efficace per coloro che hanno sperimentato episodi di depressione ricorrenti e ha dimostrato di ridurre la frequenza delle ricadute in episodi depressivi per persone con una storia clinica di alto rischio di recidiva (Ma & Teasdale, 2004), un allungamento dell'intervallo di tempo tra le recidive (Bondolfi et al., 2010), una minore sintomatologia residuale e una migliore qualità della vita dopo la risoluzione dell'episodio di depressione (Godfrin & Van Heeringen, 2010). Oggi, la MBCT è una terapia ben consolidata ed è stata adattata per una varietà di condizioni cliniche, tra le quali, come vedremo, l'uso problematico di Internet.

### *Questioni terminologiche*

La mindfulness si riferisce a diverse cose: può essere vista come una pratica, un'attitudine di consapevolezza del presente o come una caratteristica stabile

che non può essere influenzata se non da appositi training (Girolami, 2021). Combina due modelli concettuali diversi per la ricerca del benessere umano: la psicologia orientale e occidentale. Il modello orientale si basa sull'idea di portare l'attenzione consapevole al momento presente, osservando i pensieri, le emozioni e le sensazioni senza giudizio. D'altra parte, la psicologia occidentale ha contribuito a sviluppare una comprensione più scientifica e basata sull'evidenza della mindfulness.

Attraverso studi e ricerche, è emerso un approccio più strutturato e sistematico per adattare la mindfulness al contesto occidentale. È una modalità di vivere consapevolmente, osservando la vita così come è, ed è caratterizzata da una focalizzazione dell'attenzione sul momento presente e da un'attitudine curiosa e interessata. La mindfulness si differenzia dalle meditazioni concentrative, che si concentrano su un oggetto specifico, mentre le meditazioni basate sulla consapevolezza osservano tutto ciò che accade nel momento presente. Meditare nel senso della mindfulness significa essere consapevoli, radicandosi nell'esperienza del corpo, delle sensazioni, degli oggetti mentali e della mente stessa (Amadei, 2013).

Possiamo pensare la mindfulness come consapevolezza dell'esperienza presente con accettazione (Germer, 2013) o come consapevolezza che si raggiunge prestando volutamente attenzione, e in modo non giudicante, alla propria esperienza momento per momento (Kabat-Zinn, 2003).

Good et al. (2016) hanno concettualizzato la mindfulness come tratto e come stato. Un tratto viene definito come una caratteristica stabile o un modello comportamentale manifestato da un individuo nel lungo periodo (Hamaker et al., 2007). Pertanto, la mindfulness di tratto rappresenta una caratteristica stabile che permane per un lungo periodo e va oltre qualsiasi intervento o pratica basata sulla mindfulness (Allen & Kiburz, 2012). D'altro canto, lo stato viene definito come l'esperienza di un soggetto durante l'interazione con una determinata situazione. Pertanto, la mindfulness di stato viene descritta come uno stato temporaneo di attenzione nel momento presente, sia a livello esterno che interno (Dane, 2011). Alcuni ricercatori interessati alla costruzione di questionari di valutazione credono che la mindfulness sia uno stato psicologico che varia tra diverse situazioni all'interno degli individui (Lau et al., 2006), mentre altri (Baer et al., 2006) sostengono che la mindfulness sia una caratteristica stabile. Se considerassimo la mindfulness di stato come la variazione all'interno della persona delle esperienze di mindfulness e la mindfulness di tratto come la variazione tra le persone delle capacità di mindfulness, le due concezioni della mindfulness possono essere integrate in un significato coerente (Jain et al., 2022). In effetti, Jamieson & Tuckey (2016) affermano che l'intensità, la durata e la frequenza con cui un individuo si impegna in diversi stati di mindfulness ne determinano la mindfulness di tratto.

### *La pratica formale e informale*

La pratica della mindfulness può essere formale o informale e richiede un atteggiamento di non giudizio, pazienza, fiducia nella propria esperienza, accettazione e disposizione a lavorare su di sé. La pratica formale consiste in sessioni specifiche di meditazione o attenzione consapevole. Di solito, queste sessioni si svolgono in un ambiente tranquillo, in cui ci si siede o sdraia per concentrarsi intenzionalmente sull'esperienza del momento presente. È una pratica che richiede impegno e disciplina per stabilire una routine regolare. La pratica informale implica portare l'attenzione consapevole nella vita di tutti i giorni. Significa essere presenti e consapevoli durante le normali attività quotidiane, come mangiare, lavarsi i denti, fare una passeggiata o anche semplicemente respirare. Si tratta di prestare attenzione intenzionalmente a ciò che si sta facendo, senza giudicare e con un'attitudine curiosa. La pratica informale può essere svolta in qualsiasi momento della giornata, non richiede una posizione specifica o un tempo dedicato, aiuta a integrare la consapevolezza nella vita quotidiana, in modo che diventi un modo naturale di essere e di relazionarsi con il mondo (Viola, 2023). Questo insieme di pratiche di mindfulness mira a migliorare la capacità di osservare il contenuto immediato dell'esperienza, in particolare la natura transitoria dei pensieri, delle emozioni, dei ricordi, delle immagini mentali e delle sensazioni fisiche (Kabat-Zinn, 2004). La mindfulness non è una qualità straordinaria, ma ordinaria, naturale e universale: non bisogna fare qualcosa in più per raggiungerla, è immediatamente disponibile per qualunque essere umano (Amadei, 2013).

### *Le evidenze scientifiche*

La pratica della mindfulness può avere molti benefici per la salute mentale e fisica. Nello specifico, numerosi studi dimostrano come la mindfulness possa avere molteplici effetti benefici sulla salute mentale, sulla cognizione e sul funzionamento del sistema nervoso centrale. Tra gli effetti positivi ci sono la riduzione dei livelli di ansia, depressione, irritabilità, sintomi fobici, ruminazione ideativa, sintomi fisici, livello degli ormoni dello stress e l'aumento del livello di vitalità, stima di sé, competenza, soddisfazione della vita, ottimismo, empatia, senso di coesione del Sé, risposta immunitaria e funzionalità enzimatica delle cellule del sistema immunitario (Williams & Penman, 2014). Inoltre, la mindfulness migliora i processi cognitivi, come l'attenzione selettiva, l'attenzione sostenuta, l'attenzione esecutiva, la memoria a breve termine, la fluenza verbale, la metacognizione (Chiesa, 2011). Un training di mindfulness tende a ridurre l'utilizzo della memoria autobiografica, che è stata associata all'instaurarsi della depressione (Alberts & Thewissen, 2011). Regolari sessioni di mindfulness determinano modificazioni funzionali del sistema nervoso centrale: attivazione potenziata della corteccia

cingolata anteriore, maggiore attivazione dorsolaterale della corteccia prefrontale, attivazione potenziata ventrolaterale della corteccia prefrontale e potenziata connettività di diverse regioni della corteccia con l'amigdala, maggiore attivazione anteriore dell'insula, aumento dell'attività del caudato e del putamen. Inoltre, regolari sessioni di mindfulness determinano modificazioni strutturali del sistema nervoso centrale: aumento dello spessore corticale nell'insula anteriore destra e nei solchi frontali superiori; aumento della densità della materia grigia nell'insula anteriore destra, nel giro temporale inferiore sinistro e nell'ippocampo destro, aumento della densità della materia grigia nel midollo allungato, giro frontale superiore e inferiore sinistro, nel lobo anteriore del cervelletto (bilaterale) e nel giro fusiforme sinistro, aumento dello spessore corticale nella corteccia cingolata anteriore dorsale destra e nelle cortecce somatosensoriali secondarie (bilaterali), aumento del volume della materia grigia nel nucleo caudato sinistro, aumento della densità della materia grigia nell'ippocampo sinistro, nel giro cingolato posteriore sinistro, nel cervelletto e nel giro temporale medio sinistro, aumento della densità della materia grigia nel caudato (bilaterale), nel lobo temporale inferiore sinistro, nell'ippocampo (bilaterale), nel cuneo occipitale sinistro e nel cervelletto anteriore. Tali modificazioni determinano, tra le varie cose, una maggiore salienza e focus dell'attenzione; una maggiore presenza e capacità di ritorno al qui e ora; una maggiore interocezione ed elaborazione dei dati sensoriali; un maggiore controllo sulla propria regolazione emotiva; uno sviluppo delle capacità empatiche; una maggiore esperienza di stati emotivi positivi; una maggiore resistenza allo stress (Tang, 2017).

## Uso problematico di Internet e regolazione emotiva

Nell'ultimo periodo, la ricerca scientifica sull'abuso di Internet è aumentata notevolmente. Attualmente, l'impiego eccessivo di Internet è comune soprattutto tra gli adolescenti e i giovani adulti. Gli studi scientifici hanno descritto la dipendenza da Internet come un'ossessione incontrollata legata all'uso di Internet che può causare problemi fisici, disadattamento psicosociale, difficoltà scolastiche e disagio. Tuttavia, la diagnosi di dipendenza da Internet è ancora una questione complessa e non è stata ancora classificata come un disturbo clinico nella Quinta Edizione del DSM, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (APA, 2013), a causa della sua incertezza concettuale. Solo l'*Internet Gaming Disorder* è stato incluso nella Sezione III del DSM-5 come una condizione emergente che richiede ulteriori evidenze e ricerche cliniche.

A questo proposito, all'interno del dibattito scientifico sulla validità del termine «Dipendenza da Internet», alcuni ricercatori hanno evidenziato che usare il quadro della dipendenza per concettualizzare un uso eccessivo di Internet

potrebbe portare a una smisurata patologizzazione di diverse attività della vita quotidiana (Nolesnikov et al., 2019; Kiraly & Demetrovics, 2020; Ortuno-Sierra et al., 2022). Di conseguenza, gli autori hanno preferito adottare il costrutto «uso problematico di Internet», pur riconoscendo la compulsività e gli esiti negativi alla base della dipendenza da Internet.

All'interno di vari campi di ricerca, sono stati riscontrati diversi fattori psicopatologici associati all'uso problematico di Internet, come ad esempio disturbi d'ansia sociale, depressione, disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD), disturbi del sonno, relazione disfunzionale genitore-adolescente e comportamenti problematici come il consumo di alcol. Inoltre, sono state riscontrate difficoltà strettamente connesse alla regolazione delle emozioni.

Negli ultimi tempi, c'è stato un aumento di interesse nella ricerca scientifica riguardante la difficoltà nell'elaborazione emotiva e la sua correlazione con diverse patologie psicologiche. Questa difficoltà è definita come disregolazione emotiva, ovvero la mancanza di capacità di gestire le proprie emozioni in modo adeguato, e può manifestarsi attraverso l'eccessiva intensificazione o disattivazione delle emozioni. L'intensificazione si verifica quando l'attivazione emotiva viene percepita come sgradevole, opprimente, intrusiva o problematica, e può portare a sentimenti di panico, terrore, trauma, o senso di oppressione. La disattivazione, invece, può avvenire attraverso esperienze dissociative o attraverso un'apparente mancanza di emozioni in situazioni che richiedono una risposta emotiva. La regolazione emotiva, invece, si riferisce alle strategie utilizzate per gestire e moderare l'intensità delle emozioni, in modo da mantenerle a un livello gestibile (Mihalca & Tarnavska, 2013).

Questo è un processo graduale che dovrebbe iniziare durante la scuola primaria e svilupparsi ulteriormente durante l'adolescenza, attraverso l'interazione con genitori, insegnanti e coetanei. Durante questo processo, gli adolescenti diventano sempre più consapevoli delle proprie emozioni, apprendono a riconoscerle, a valutarne l'intensità e a identificarne le cause scatenanti, fino a sviluppare la capacità di regolarle e di esprimerle in modo adeguato. Per raggiungere questo obiettivo, gli adolescenti devono imparare a osservare attentamente ciò che accade dentro e fuori di sé, a riconoscere le emozioni degli altri e a leggere le strategie utilizzate dagli adulti e dai coetanei per gestire la frustrazione, la gratificazione, la paura o la gioia. Questo richiede una capacità di autoregolazione e di inibizione che può essere difficile per gli adolescenti che hanno problemi di dipendenza da Internet, in quanto spesso hanno difficoltà a rimanere nel presente e a riflettere prima di agire.

Studi hanno evidenziato che le difficoltà nella regolazione emotiva sono associate alla relazione disfunzionale genitore-figlio e all'aumento del rischio di sviluppare o mantenere dipendenze chimiche (come fumo, alcol o droghe) e dipendenze comportamentali (Karreman & Vingerhoets, 2012). Come in un ten-

tativo di auto-trattamento, gli individui emotivamente disregolati si impegnano in comportamenti di dipendenza nello sforzo di sfuggire o ridurre al minimo gli stati d'animo negativi e alleviare disagio emotivo. A questo proposito, l'uso problematico di Internet potrebbe essere un tentativo di far fronte a sentimenti spiacevoli rifugiandosi in una vita online. Alcuni studi si sono concentrati sull'uso problematico di Internet come strategia di coping volta a compensare temporaneamente problemi psicologici concomitanti o passati, far fronte ai problemi della vita quotidiana o alleviare stati d'animo disforici (Schimmenti et al., 2012). Studi più recenti hanno confermato associazioni significative tra l'uso di Internet e difficoltà nella gestione delle emozioni (Marino et al., 2020). Individui con difficoltà nella regolazione delle emozioni sono più esposti al rischio di sviluppare un uso problematico di Internet perché le attività online potrebbero rappresentare un utile mezzo alternativo per gestire la mancanza di strategie di regolazione emotiva, soprattutto tra i più giovani (Gioia et al., 2021).

Dal punto di vista della mindfulness, le abitudini digitali possono essere viste come strategie di coping evitanti (e disadattive), che offrono l'opportunità di evitare pensieri ed emozioni difficili legate alle situazioni del mondo reale piuttosto che impegnarsi con esse (Turkle, 2017). Mandare un messaggio a un amico durante una discussione diventa preferibile rispetto all'affrontarlo faccia a faccia, connettersi con gli amici sui social media per alleviare i sentimenti di solitudine e la fuga in un videogioco diventano un modo per evitare lo stress della vita quotidiana (Kardefelt-Winther, 2014; Koban et al., 2021) o una tregua emotiva da una vita traumatica (Iacovides & Mekler, 2019). Le tecnologie digitali offrono il modo perfetto per trasferire l'attenzione lontano da qualsiasi pensiero o sentimento difficile che si possa sperimentare. Nel tempo, queste abitudini digitali inconsapevoli possono creare condizioni che minano la capacità generale di risolvere le difficoltà psicologiche (Harley, 2022).

### **Uso problematico di Internet in adolescenza: le evidenze scientifiche**

Shapira et al. (2003) hanno proposto delle riflessioni sull'uso problematico di Internet, basandosi sui criteri per i disturbi del controllo degli impulsi come descritti nel DSM-5. Gli autori, pertanto, hanno suggerito i seguenti criteri diagnostici per l'uso problematico di Internet: (a) la presenza di una preoccupazione non adattativa per l'uso di Internet, come indicato da almeno uno dei seguenti: 1. preoccupazioni per l'uso di Internet vissute come irresistibili; 2. uso eccessivo di Internet per periodi di tempo più lunghi del previsto; (b) l'uso di Internet o la preoccupazione per il suo utilizzo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti; c) l'uso eccessivo di Internet non è legato esclusivamente a episodi di ipomania o

mania e non è meglio giustificato da altri disturbi dell'Asse I del DSM-5. I Criteri (a) dovrebbero includere la presenza di preoccupazione per l'uso di Internet o l'uso eccessivo di Internet per periodi più lunghi del previsto, mentre le disabilità funzionali dovrebbero definire i Criteri (b) e le diagnosi di esclusione dovrebbero definire i Criteri (c).

La sintesi della letteratura fino a qui presentata ci consente di delineare possibili segni e sintomi della dipendenza da Internet che tra l'altro sono simili a quelli di altre dipendenze comportamentali. Coloro che soffrono di dipendenza da Internet tendono a dare la priorità all'uso di Internet rispetto a tutte le altre attività della vita quotidiana e possono evitare le interazioni sociali per poter rimanere più tempo online.

Alcuni tratti che può essere utile individuare per ipotizzare la dipendenza da Internet sono: (1) preoccuparsi per Internet, come pensare alle attività che saranno svolte la prossima volta che l'individuo sarà online; (2) preoccuparsi del tempo trascorso online; (3) sentire il bisogno di trascorrere più tempo online per raggiungere la stessa quantità di soddisfazione; (4) tentare ripetutamente e senza successo di ridurre l'uso di Internet; (5) provare sensazioni di irritabilità, depressione e malumore quando l'uso di Internet è limitato; (6) utilizzare Internet per periodi di tempo più lunghi del previsto; (7) mettere a rischio un lavoro o una relazione per poter utilizzare Internet; (8) mentire sulla quantità di tempo che trascorri online; (9) affidarsi a Internet per regolare o migliorare il proprio umore (Minutillo et al., 2022).

Le ultime ricerche scientifiche evidenziano che:

- adolescenti con immaturità affettiva, comportamenti disregolati ed esame di realtà ridotto sono a rischio di sviluppare un uso problematico di Internet; possono avere poche intuizioni, bizzarre credenze, pensieri grandiosi e una visione persecutoria del mondo esterno che può limitare la loro capacità di contrastare sentimenti di disperazione e angoscia; potrebbero percepire Internet come un ambiente sicuro dove è possibile esprimere tali sentimenti e comportamenti disregolati e far fronte al disagio emotivo (Guglielmucci, 2017);
- gli adolescenti hanno maggiori probabilità di essere dipendenti da Internet quando anche i loro genitori manifestano un uso problematico (Chemnad et al., 2022);
- l'atteggiamento genitoriale autoritario aumenta il rischio di dipendenza da Internet (Bilge et al., 2022);
- lo scarso attaccamento, inteso come disinteresse, inattenzione, insensibilità emotiva o instabilità nelle relazioni genitore-figlio, e il minor rigore/supervisione dei genitori predice l'uso problematico di internet degli adolescenti; gli adolescenti con un utilizzo problematico di Internet percepiscono un'inferiore disponibilità emotiva dei genitori; livelli più bassi di qualità emotiva nella

relazione materna sono associati con livelli più elevati di uso problematico di Internet (Gioia et al., 2021);

- gli adolescenti con dipendenza da Internet ritengono che le loro madri mostrino meno «interesse positivo» per gli eventi della loro vita rispetto agli adolescenti senza dipendenza da Internet; che stimolino meno l'autonomia; che sono più inclini alla direttività e all'ostilità e incoerenti nelle loro influenze educative (Vodyakha et al., 2022);
- esiste una relazione positiva tra dipendenza da Internet, tendenza alla violenza e insonnia. Una relazione positiva indica che esiste un legame o un'associazione tra questi tre fattori, in cui l'aumento di uno di essi è correlato all'aumento degli altri, nello specifico l'aumento della dipendenza da Internet può essere associato a un aumento della tendenza alla violenza e all'insonnia. Ciò significa che gli adolescenti che sono dipendenti da Internet potrebbero essere più inclini a manifestare comportamenti violenti e ad avere problemi di sonno (Evli et al., 2022);
- la dipendenza da Internet e da smartphone è associata a una scarsa qualità del sonno negli adolescenti (Acikgoz et al., 2022);
- una relazione significativa positiva esiste tra dipendenza da Internet e ansia; dunque, esiste un'associazione o una correlazione tra questi due fattori, in cui un aumento della dipendenza da Internet è correlato a un aumento dei livelli di ansia (Kaur et al., 2022);
- una relazione significativa positiva si riscontra anche tra dipendenza da Internet e depressione; gli adolescenti che sono dipendenti da Internet hanno maggiori probabilità di sperimentare sintomi depressivi o di sviluppare una vera e propria depressione rispetto a coloro che non sono dipendenti da Internet (Bağatarhan & Siyez, 2022);
- la ruminazione e la dipendenza da Internet sono positivamente associate: gli adolescenti che tendono a ruminare su pensieri negativi possono avere una maggiore propensione a sviluppare una dipendenza da Internet (Balamurugan & Khatiwada, 2022);
- esiste una correlazione positiva significativa tra dipendenza da Internet e solitudine: la dipendenza da Internet aumenta la solitudine e viceversa (Fayaz, 2022);
- la dipendenza da Internet è associata a distorsioni cognitive come la catastrofizzazione e la personalizzazione (Özparlak & Karakaya, 2022);
- il 93% dell'accesso a Internet viene effettuato tramite lo smartphone. Se analizziamo quali sono gli usi principali del cellulare troviamo nell'ordine: controllare i social network; giocare ai videogiochi; fare acquisti online; vedere video online; effettuare telefonate (Masip, 2019);
- gli adolescenti con un uso problematico di Internet hanno maggiore difficoltà nell'identificare e descrivere le emozioni, comprendere le reazioni emotive,

controllare i loro comportamenti impulsivi in risposta a emozioni negative e hanno minore capacità di usare efficaci strategie di regolazione emotiva (Gioia et al., 2021).

## **Mindfulness e uso problematico di Internet in adolescenza**

Erroneamente si pensa che la mindfulness riguardi solo gli adulti, al contrario anche gli adolescenti necessitano di maggiori spazi di silenzio, di una minore esposizione a un livello troppo elevato di stimoli, di più capacità di ascoltarsi. Gli adolescenti possono manifestare la tendenza, tipica degli adulti, a compiere gesti e azioni quotidiane senza esserne davvero consapevoli. Possono attivare il cosiddetto «pilota automatico»: mangiano distrattamente, non prestano attenzione a ciò che stanno facendo, la loro mente è altrove.

Negli ultimi anni, si è assistito a un interesse crescente per lo studio teorico e le applicazioni cliniche della mindfulness in età evolutiva (Fabbro & Muratori, 2012; Greenberg & Harris, 2012). Gli interventi basati sulla mindfulness sono sempre più popolari per cercare di migliorare gli esiti comportamentali, cognitivi e di salute mentale degli adolescenti. Ci sono diverse ragioni per introdurre la mindfulness tra i giovani, ad esempio potenziare le competenze cognitive di base per sostenere il rendimento accademico e sociale. Infatti, l'adolescenza può essere un momento particolarmente prezioso per praticare la mindfulness, poiché l'autoregolazione e le funzioni esecutive si sviluppano notevolmente in questo periodo. Inoltre, l'adolescenza è un periodo vulnerabile per l'insorgenza dei disturbi mentali, con circa il 50% di tutte le malattie mentali che si manifestano prima dei 14 anni (Dunning et al., 2018). Recenti ricerche evidenziano che il potenziamento delle abilità di mindfulness in adolescenza è associato a una riduzione dello stress, dell'ansia, della depressione e dei sintomi somatici (Bazzano et al., 2022; Hutchison et al., 2022; Gómez-Odriozola & Calvete, 2021; Reangsing et al., 2020; Dunning et al., 2018; González-Valero et al., 2019), a miglioramenti dell'obesità e dei disturbi alimentari (Cotter et al., 2020; Omiwole et al., 2019), a una riduzione dei sintomi dell'ADHD e dell'impulsività (Abdolazadeh et al., 2021; Pinazo-Calatayud et al., 2020), a un miglioramento dei sintomi associati alle dipendenze comportamentali (Ahmadi et al., 2022; Liu et al., 2021; Regan et al., 2020; Lan et al., 2018; Shamli et al., 2018; Shadbad, 2017). Questo insieme di studi segnala la mindfulness come pratica terapeutica promettente e applicabile a numerosi disturbi psicopatologici dell'età evolutiva.

L'interesse sul possibile utilizzo della mindfulness per adolescenti con uso problematico di Internet è recente; attualmente, in letteratura, esistono pochi studi che ne validano l'efficacia. Alcune ricerche hanno dimostrato che il tratto mindfulness è un ottimo mediatore nella prevenzione dell'uso problematico di

Internet (Gámez-Guadix & Calvete, 2016; Song & Park, 2019; Arslan & Coskun, 2022). Questo è un dato significativo che conferma come i fattori psicologici positivi (come il tratto mindfulness) possano abbassare i livelli di stress — che a loro volta possono ridurre la probabilità di un uso problematico di Internet — e che l'enfatizzazione dei meccanismi chiave della mindfulness, come una maggiore consapevolezza di sé, l'identificazione di sentimenti e pensieri e l'accettazione, possano contribuire in modo significativo alla prevenzione dell'uso problematico di Internet.

Come potrebbe agire la mindfulness nel trattamento dell'uso problematico di Internet?

Gli studi nel campo delle neuroscienze hanno dimostrato che la pratica della mindfulness ha un impatto positivo sulla capacità di controllo cognitivo delle aree cerebrali prefrontali, il che porta a una riduzione delle attività nelle aree cerebrali responsabili dell'elaborazione delle emozioni, come l'amigdala (Tang et al., 2015). Un elemento fondamentale della mindfulness è l'accettazione non giudicante dei pensieri e delle emozioni, che consente all'individuo di distaccarsi dai propri pensieri e di interpretare le proprie emozioni come eventi mentali innocui e transitori. Questo atteggiamento consente all'individuo di accogliere le proprie emozioni senza reazioni, contribuendo a ridurre i comportamenti dipendenti. La mindfulness migliora le capacità attentive e la consapevolezza metacognitiva, consentendo all'individuo di tollerare meglio le emozioni disturbanti e di accettare i propri stati mentali. Ciò favorisce lo sviluppo di una regolazione emotiva efficace (Iani & Didonna, 2017). Pertanto, con la mindfulness l'adolescente potrebbe non avere più necessità di sviluppare comportamenti di dipendenza nel tentativo di sfuggire o ridurre al minimo gli stati d'animo negativi e alleviare disagio emotivo.

In teoria, la mindfulness dovrebbe essere in grado di aiutare gli utenti digitali a diventare più consapevoli delle loro abitudini digitali inconsapevoli e a sviluppare un certo grado di distacco e di controllo attenzionale su di esse, separando i contesti emotivi difficili dalle compulsioni digitali inconsapevoli che si manifestano al loro interno. Ci sono prove che coloro che sono naturalmente più consapevoli (cioè, con un alto livello di mindfulness di tratto) siano meno inclini a questo tipo di automatismi quando si tratta di inviare messaggi di testo al cellulare (Bayer et al., 2016) e nell'uso dei social media (Jones et al., 2022). Il tratto mindfulness sembra anche proteggere gli utenti digitali dalla depressione e dall'ansia associata alle loro dipendenze digitali (Yang et al., 2019). Gli stati intenzionali della mindfulness, ovvero consapevolezza, accettazione, non giudizio, non-attaccamento, presenza mentale e compassione, sviluppati attraverso la pratica, sembrano funzionare indipendentemente da capacità innate di consapevolezza (Kiken et al., 2015). La consapevolezza è uno specchio mentale: riflette solo ciò che sta avvenendo nel momento presente, nella maniera esatta in cui sta avvenendo.

nendo e senza preconcetti. È un'osservazione non giudicante, è la capacità della mente di osservare senza criticare (Guranatana, 1995). L'accettazione rappresenta la volontà di accogliere e permettere le esperienze, sia piacevoli che spiacevoli, senza cercare di modificarle o giudicarle. Significa vedere le cose così come sono nel momento presente. Il non giudizio è la capacità di osservare le esperienze senza etichettarle come buone o cattive, giuste o sbagliate. Si tratta di evitare il coinvolgimento nella valutazione e nell'interpretazione dei pensieri, delle emozioni e delle sensazioni. Il non-attaccamento indica la capacità di osservare i pensieri e le emozioni senza aggrapparsi a essi o identificarsi con essi. Si tratta di riconoscere che le esperienze sono impermanenti e che non siamo obbligati a reagire in modo automatico a esse. Il non attaccamento, il lasciar andare, è una forma di accettazione delle cose così come sono (Kabat-Zinn, 2004). La presenza mentale è attenzione, è una consapevolezza non giudicante e rispettosa (Kornfield, 2010). Infine, la compassione — dalla parola latina *compati* che significa «soffrire con» — si riferisce alla gentilezza e alla comprensione verso se stessi e gli altri, riconoscendo che tutti sperimentano sofferenza e desiderano essere felici (Gilbert, 2012). Uno studio recente ha dimostrato che l'addestramento alla mindfulness può ridurre l'uso abituale degli smartphone, la vigilanza online (il continuo dedicare parte della propria consapevolezza al mondo digitale) e il multitasking (Hefner & Freytag, 2021). Questa indagine su piccola scala ha suggerito che gli stati di mindfulness sono vantaggiosi in diversi modi: rendono gli utenti digitali più consapevoli dei loro comportamenti online abituali e degli schemi di pensiero che li accompagnano. Gli stati di mindfulness funzionano anche come «distrattori», aiutando gli utenti digitali a resistere alle richieste attenzionali del *multitasking* insito negli ambienti digitali (Harley, 2022). Durante la pratica, siamo incoraggiati a notare i pensieri che emergono nella mente senza identificarci o aggrapparci a essi. Questo può aiutare a distogliere l'attenzione da pensieri intrusivi, preoccupazioni future o ruminazioni sul passato. In questo senso, la mindfulness agisce come un «distrattore» poiché ci offre un punto di focalizzazione diverso dai pensieri stressanti o dalle preoccupazioni. Concentrandoci sulla nostra esperienza attuale, come la respirazione o le sensazioni corporee, siamo in grado di interrompere il flusso dei pensieri ansiosi o negativi e di spostare l'attenzione su qualcosa di più presente e tangibile.

Gli studi attualmente pubblicati sull'efficacia della mindfulness come trattamento dell'uso problematico di Internet negli adolescenti sono esigui (Tabella 1). Le ricerche suggeriscono che: la terapia cognitiva di gruppo basata sulla mindfulness ha un effetto significativo sulla dipendenza da Internet negli adolescenti (Ahmadi et al., 2022); la logoterapia basata sulla mindfulness per adolescenti determina diminuzioni significative nei punteggi della dipendenza da Internet, un aumento del punteggio di coping positivo, una diminuzione del punteggio di coping negativo e diminuzioni significative nei punteggi di ansia e

depressione (Liu et al., 2021); la terapia di gruppo basata sulla mindfulness ha un ruolo positivo nella riduzione della dipendenza da Internet e nel miglioramento della salute generale nelle ragazze adolescenti (Shadbad, 2017).

**Tabella 1**

Studi sull'efficacia della mindfulness

Autori	Obiettivi	Metodologia	Risultati
Ahmadi, Cicognani, & Ilanloo (2022)	Valutare l'efficacia della terapia cognitiva di gruppo basata sulla mindfulness come intervento per la dipendenza da Internet e per la regolazione delle emozioni negli studenti delle scuole superiori.	Il campione comprende 30 studenti maschi delle scuole superiori assegnati in modo casuale al gruppo sperimentale ( $n = 15$ ) e al gruppo di controllo ( $n = 15$ ). Il gruppo sperimentale ha ricevuto 10 sessioni di gruppo di 90 minuti di terapia cognitiva basata sulla mindfulness; il gruppo di controllo non ha ricevuto alcun intervento. Strumenti utilizzati: <i>Young's Internet Addiction Questionnaire</i> (IAQ); <i>Cognitive Emotion Regulation Questionnaire</i> (CERQ).	La terapia cognitiva di gruppo basata sulla mindfulness ha un effetto significativo sulla riduzione della dipendenza da Internet negli studenti. Inoltre, i risultati mostrano che la terapia cognitiva basata sulla mindfulness ha un effetto significativo sulla regolazione delle emozioni.
Liu, Jiang, & Zhang (2021)	Valutare gli effetti della logoterapia basata sulla mindfulness come intervento per la dipendenza da internet.	Nel 2020, 1.787 copie del questionario sulla dipendenza da Internet sono state distribuite casualmente tra adolescenti di età compresa tra 12 e 16 anni in tre comunità nella provincia di Shandong, in Cina. Tra gli intervistati, 121 dipendenti da Internet hanno partecipato volontariamente allo studio e sono stati divisi nel gruppo sperimentale (60 membri) e nel gruppo di controllo (61 membri). Nel gruppo sperimentale è stato effettuato un intervento di logoterapia basata sulla mindfulness. Il gruppo di controllo ha ricevuto un contenuto pubblicitario che include informazioni sulla dipendenza da Internet. Strumenti utilizzati: <i>Chen Internet Addiction Scale</i> ; <i>Clinical Diagnostic Criteria for Internet Addiction</i> ; <i>Trait Coping Style Questionnaire</i> ; <i>Self-rating Depression Scale</i> ; <i>Self-rating Anxiety Scale</i> .	Dopo l'intervento, il gruppo sperimentale ha mostrato un aumento del punteggio di coping positivo, una diminuzione del punteggio di coping negativo, diminuzioni significative nei punteggi di ansia e depressione e nei punteggi della dipendenza da Internet.

Shadbad (2017)	Valutare l'efficacia della terapia di gruppo basata sulla mindfulness nella riduzione della dipendenza da Internet e nell'aumento della salute generale nelle ragazze adolescenti.	Il campione è composto da 24 ragazze adolescenti selezionate mediante screening con il Test sulla dipendenza da Internet di Yang. Il campione è stato diviso in un gruppo sperimentale ( $n = 12$ ) e in un gruppo di controllo ( $n = 12$ ). Il gruppo sperimentale è stato sottoposto a una terapia di gruppo basata sulla mindfulness. Il gruppo di controllo ha ricevuto delle informazioni generali sulla dipendenza da Internet.	I risultati dell'analisi di covarianza indicano una diminuzione della dipendenza da Internet e un aumento della salute generale nel gruppo sperimentale.
----------------	--	--	--

Nelle ricerche di Ahmadi et al. (2022) e di Shadbad (2017) è stato utilizzato il protocollo MBCT, validato e ampiamente supportato da studi di efficacia. Nello studio di Ahmadi et al. (2022), a causa della pandemia da Covid-19, le sessioni di consulenza di gruppo si sono svolte online; pertanto, l'efficacia di alcuni esercizi potrebbe essere stata limitata. La ricerca di Liu et al. (2021) ha utilizzato un intervento basato sui principi teorici della logoterapia combinato con la terapia della mindfulness. Tuttavia, lo studio non specifica quale protocollo di mindfulness sia stato utilizzato.

Se estendiamo gli studi sull'efficacia della mindfulness alla dipendenza dallo smartphone (Regan et al., 2020; Lan, 2018) e alla dipendenza dal gioco online (Shamli et al., 2018), evidenze sottolineano l'efficacia del protocollo MBCT nel trattamento delle dipendenze comportamentali.

### Limiti dello studio

Le tre ricerche descritte nel paragrafo precedente sono state condotte in contesti culturali orientali, come l'India, l'Iran e la Cina, dove la pratica contemplativa ha una radicata tradizione, nonostante l'influenza dell'occidentalizzazione sulle nuove generazioni e gli effetti della globalizzazione. Di conseguenza, non è ancora chiaro se tali risultati possano essere generalizzati ad altre culture. È indubbio che, in occidente, la mindfulness sia andata incontro alla commercializzazione, come si può notare dal numero sempre più crescente di pubblicazioni divulgative scarsamente scientifiche e dall'aumento dell'offerta formativa che quasi mai segue le linee guida e i criteri internazionali per la formazione degli istruttori. Tale deriva commerciale — facilitata dal fatto che in occidente non si è dato alla moralità quella centralità che essa ha nella disciplina buddhista da cui la mindfulness, come abbiamo visto, è stata

estrapolata — è qualcosa di estraneo allo spirito stesso della mindfulness (Di Pietro, 2021).

Continuando a focalizzare l'attenzione sui limiti dello studio, nella valutazione dell'efficacia della pratica della mindfulness con adolescenti che presentano un uso problematico di Internet, è importante considerare la presenza di eventuali comorbidità con altre patologie. Queste patologie potrebbero rendere più difficile l'applicazione di interventi basati sulla mindfulness. Pertanto, è fondamentale valutare attentamente le condizioni individuali di ogni adolescente e adattare il trattamento, di conseguenza, tenendo conto di eventuali fattori aggiuntivi che possono influire sui risultati.

Inoltre, seguire un percorso di mindfulness può essere un'esperienza complessa per gli adolescenti con uso problematico di Internet, che si trovano ad affrontare una serie di difficoltà. La mente inquieta, le distrazioni digitali, le pressioni esterne e l'accettazione sociale sono solo alcuni degli ostacoli che possono emergere lungo il percorso. Tuttavia, con dedizione, supporto e perseveranza, gli adolescenti possono superare queste sfide e beneficiare dei numerosi vantaggi che la mindfulness offre.

## Conclusioni e direzioni future

L'uso problematico di Internet in adolescenza è un tema che richiede un'attenta riflessione. Sebbene l'accesso a Internet offra molteplici opportunità positive per l'apprendimento, la comunicazione e lo sviluppo sociale, è anche importante considerare i rischi e le sfide che può comportare. L'utilizzo problematico di Internet può avere un impatto negativo sul benessere e sullo sviluppo degli adolescenti e influenzare negativamente la qualità delle relazioni interpersonali e le prestazioni scolastiche, senza considerare la correlazione a problemi di salute come ansia, depressione e disturbi del sonno.

Per affrontare l'uso problematico di Internet è essenziale adottare un approccio che combini consapevolezza, educazione e sostegno. Gli adolescenti devono essere informati sugli effetti negativi dell'utilizzo eccessivo di Internet e sui comportamenti online rischiosi. È importante promuovere abitudini di utilizzo responsabile e consapevole e incoraggiare un equilibrio sano tra attività online e offline. La sfida principale è aiutare gli adolescenti a riconoscere e accettare che il loro uso di Internet potrebbe essere diventato problematico e stia influenzando negativamente la loro vita. Spesso, gli adolescenti possono essere inconsapevoli dei danni che l'uso eccessivo di Internet può causare, quindi è importante sensibilizzarli e fornire loro strumenti per valutare il proprio comportamento online. A riguardo, è fondamentale coinvolgere anche i genitori e gli educatori per affrontare l'uso problematico di Internet in adolescenza. Educare gli adole-

scenti, i genitori, gli educatori e gli operatori sanitari sull'importanza di un uso equilibrato di Internet e sui segni precoci di un uso problematico può aiutare a prevenire il problema fin dall'inizio. La mindfulness, a riguardo, può offrire un importante contributo.

Anche se le prime ricerche sull'effetto della mindfulness sull'uso problematico di Internet sono promettenti, ci sono ancora molte incertezze su come la mindfulness agisca nel mondo digitale degli adolescenti. Non si sa come gli adolescenti esperiscano la mindfulness come parte del loro coinvolgimento online, come essa si manifesti in relazione a spazi e attività digitali specifiche, come supporti la risoluzione di abitudini digitali negative o se migliori il loro controllo attento sulle interazioni digitali. Inoltre, non è chiaro come coloro che utilizzano la mindfulness riescano a rinegoziare il loro coinvolgimento con il mondo digitale, sia attraverso la decisione di allontanarsi completamente dalle richieste digitali o sviluppando un maggiore discernimento e una maggiore consapevolezza come parte del loro coinvolgimento continuo nel mondo digitale (Harley, 2022). La mindfulness — attraverso il ruolo che esercita sulla regolazione delle emozioni — potrebbe rappresentare una strategia di intervento per adolescenti con uso problematico di Internet.

Tuttavia, le ricerche scientifiche sono ancora insufficienti, nonostante i risultati offrono, senza dubbio, prove preliminari che un intervento di mindfulness sia fattibile e accettabile e che possa migliorare i comportamenti di dipendenza negli adolescenti con uso problematico di Internet, la regolazione emotiva e la consapevolezza metacognitiva. Questi risultati supportano varie ricerche scientifiche che dimostrano come gli interventi basati sulla mindfulness possano migliorare, nelle popolazioni pediatriche e adulte, il disagio psicologico e i sintomi fisici. Sono risultati particolarmente promettenti poiché gli adolescenti con uso problematico di Internet sono una popolazione ad alto rischio di comorbidità psichiatriche.

Alla luce di queste riflessioni, sicuramente la mindfulness rappresenta un valido intervento cognitivo-comportamentale ma dovrebbe essere ulteriormente esplorata in studi controllati randomizzati più ampi e dovrebbe essere creato un protocollo ad hoc per adolescenti con uso problematico di Internet per validarne l'effettiva efficacia, sia in termini di intervento che in un'ottica di prevenzione primaria (Viola, 2024). A riguardo, una direzione futura da intraprendere consiste nell'integrare efficacemente la mindfulness nelle terapie esistenti. Sono necessarie ricerche e sviluppo di programmi specifici che combinino la mindfulness con approcci terapeutici appropriati per affrontare le problematiche legate all'uso eccessivo di Internet. Considerando che l'uso problematico di Internet si verifica proprio in un ambiente digitale, è importante sviluppare strumenti e applicazioni digitali che incoraggino una connessione consapevole e sana con la tecnologia. Questi strumenti potrebbero includere applicazioni per la pratica della mindfulness, promuovendo un uso equilibrato di Internet e incoraggiando

una maggiore consapevolezza dell’impatto dell’uso eccessivo di Internet sulla salute mentale. Le piattaforme digitali e i media possono svolgere un ruolo importante nel promuovere un uso sano di Internet e nell’incoraggiare la pratica della mindfulness. Collaborare con le piattaforme digitali per implementare funzionalità e strumenti che incoraggino una connessione consapevole e una gestione equilibrata del tempo trascorso online potrebbe rappresentare un’importante sfida futura.

## Bibliografia

- Abdolahzadeh, Z., Mashhadi, A., & Tabibi, Z. (2021). Effectiveness of mindfulness-based therapy on the rate of symptoms and mindfulness in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19(1), 30-7.
- Acikgoz, A., Acikgoz, B., & Acikgoz, O. (2022). The effect of internet addiction and smartphone addiction on sleep quality among turkish adolescents. *Peer Journal*, (10), 1-17. <https://doi.org/10.7717/peerj.12876>.
- Alberts, H. J. E. M., & Thewissen, R. (2011). The effect of a brief mindfulness intervention on memory for positively and negatively valenced stimuli. *Mindfulness*, 2(2), 73-77. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0044-7>.
- Allen, T. D., & Kiburz, K. M. (2012). Trait mindfulness and work-family balance among working parents: The mediating effects of vitality and sleep quality. *Journal of Vocational Behavior*, 80(2), 372-379. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2011.09.002>.
- 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.
- Amadei, G. (2013). *Mindfulness* (pp. 45-54). Bologna: il Mulino.
- Ahmadi, S., Cicognani, E., & Ilanloo, H. (2022). The Effectiveness of Group Counseling of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Internet Addiction and Cognitive Emotion Regulation in High School Students. *Iranian Journal of learning and memory*, 4(16), 19-28.
- Arslan, G., & Coskun, M. (2022). Social Exclusion, Self-Forgiveness, Mindfulness, and Internet Addiction in College Students: a Moderated Mediation Approach. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(4), 2165-2179. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00506-1>.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>.
- Bağatarhan, T., & Siyez, D. M. (2022). Rumination and Internet Addiction Among Adolescents: The Mediating Role of Depression. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 39 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10560-020-00715-y>.
- Balamurugan, G., & Khatiwada, B. (2022). A correlational study to assess the relationship between Internet Addiction and Depression among adolescents. *International Journal of Medical Science and Innovative Research*, 5(6), 198-205.
- Bayer, J. B., Dal Cin, S., Campbell, S. W., & Panek, E. (2016). Consciousness and self-regulation in mobile communication. *Human Communication Research*, 42(1), 71-97. <https://doi.org/10.1111/hcre.12067>.

- Bazzano, A. N., Sun, Y., Chavez-Gray, V., Akintimohin, T., & Gustat, J. (2022). Effect of Yoga and Mindfulness Intervention on Symptoms of Anxiety and Depression in Young Adolescents Attending Middle School: A Pragmatic Community-Based Cluster Randomized Controlled Trial in a Racially Diverse Urban Setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph191912076>.
- Bilge, M., Ucan, G., & Baydur, H. (2022). Investigating the Association Between Adolescent Internet Addiction and Parental Attitudes. *International Journal of Public Health*, 67, 1-9. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1605065>.
- Bondolfi, G., Jermann, F., der Linden M. V., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, B. W., Myers-Arrazola, L., Gonzalez, C., Segal, Z., Aubry, J. M., & Bertschy, G. (2010). Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 224-31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.07.007>.
- Bozzola, E., Spina, G., Agostiniani, R., Barni, S., Russo, R., Scarpato, E., Di Mauro, A., Vita Di Stefano, A., Caruso, C., Corsello, G., & Staiano, A. (2022). The Use of Social Media in Children and Adolescents: Scoping Review on the Potential Risks. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 9960. <https://doi.org/10.3390/ijerph19169960>.
- Chemnad, K., Alshakhsi, S. A., Alharahsheh, S., & Ali, R. (2022). Is it Contagious? Does Parents' Internet Addiction Impact Their Adolescents' Internet Addiction? *Social Science Computer Review*, 67, 1-20. <https://doi.org/10.1177/08944393221117408>.
- Chiesa, A. (2011). *Gli interventi basati sulla mindfulness* (pp. 14-17). Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Ciacchini, R., Orrù, G., Cucurnia, E., Sabbatini, S., Scafuto, F., Lazzarelli, A., Miccoli, M., Gemignani, A., & Conversano, C. (2023). Social Media in Adolescents: A Retrospective Correlational Study on Addiction. *Children (Basel)*, 10(2), 278. <https://doi.org/10.3390/children10020278>.
- Colier, N. (2016). *The power of Off* (pp. 8-9). Sounds True Boulde: Louisville.
- Cotter, E. W., Hornack, S. E., Fotang, J. P., Pettit, E., & Mirza, N. (2020). A pilot open-label feasibility trial examining an adjunctive mindfulness intervention for adolescents with obesity. *Pilot and Feasibility Studies*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s40814-020-00621-1>.
- Dane, E. (2011). Paying attention to mindfulness and its effects on task performance in the workplace. *Journal of Management*, 37(4), 997-1018. <https://doi.org/10.1177/0149206310367948>.
- Di Pietro, M. (2021). Mettiamo più moralità nella mindfulness. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 27(1), 105-116. <https://doi.org/10.14605/PCC2722104>.
- Dunning, D., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., & Foulkes, C. (2018). Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents - a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(3). <https://doi.org/10.1111/jcpp.12980>.
- Evli, M., Simsek, N., & Ozturk, H. I. (2022). Internet addiction, insomnia, and violence tendency in adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(2), 351-361. <https://doi.org/10.1177/00207640221090964>.
- Fabbro, F., & Muratori, F. (2012). La Mindfulness: un nuovo approccio psicoterapeutico in età evolutiva. *Giornale Di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 32.
- Fayaz, I. (2021). Internet Addiction in School Going Adolescents and Its relationship with Loneliness. *Journal of Psychiatric Research*, 3(5), 260-265.
- Fendel, J., & Schmid, S. (2022). Mindfulness for internet use disorder: a study protocol of a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 12(9), 1-6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067357>.
- Gámez-Guadix, M., & Calvete, E. (2016). Assessing the Relationship between Mindful Awareness and Problematic Internet Use among Adolescents. *Mindfulness*, 7(6), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0566-0>.

- Germer, C. (2013). Mindfulness: what is it? What does it matter? In C.K. Germer, R.D. Siegel, & P.R., Fulton, *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Everest house.
- Gilbert, P. (2012). *La terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distintive* (p. 11). Roma: FrancoAngeli.
- Gioia, F., Rega, V., & Boursier, V. (2021). Uso problematico di Internet e disregolazione emotiva negli adolescenti. *Clinical Neuropsychiatry*, 18(1), 41-54.
- Girolami, A. (2021). La relazione tra abilità di mindfulness ed efficacia degli interventi riabilitativi nella dislessia. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 27(2), <https://doi.org/205-216>. 10.14605/PCC2722104.
- Godfrin, K. A., & van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behavior and Research Therapy*, 48(8), 738-46. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.04.006>.
- Gómez-Odrizola, J., & Calvete, E. (2021). Effects of a Mindfulness-based Intervention on Adolescents' Depression and Self-concept: The Moderating Role of Age. *Journal of Child and Family Studies*, 30. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01953-z>.
- González-Valero, G., Zurita-Ortega, F., Ubago-Jiménez, J. L., & Puertas-Molero, P. (2019). Use of Meditation and Cognitive Behavioral Therapies for the Treatment of Stress, Depression and Anxiety in Students. A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4394, <https://doi.org/10.3390/ijerph16224394>.
- Good, D. J., Lyddy, C. J., Glomb, T. M., Bono, J. E., Brown, K. W., Duffy, M. K., Baer, R. A., Brewer, J. A., & Lazar, S. W. (2016). Contemplating Mindfulness at Work: An Integrative Review. *Journal of Management*, 42(1), 114-142. <https://doi.org/10.1177/0149206315617003>.
- Greenberg, M. T., & Harris, A. R. (2012). Nurturing Mindfulness in Children and Youth: Current State of Research. *Child Development Perspectives*, 6, 161-166. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2011.00215.x>.
- Guglielmucci, F., Saroldi, M., Zullo, G., Munno, D., & Granieri, A. (2017). Personal profiles and problematic internet use: a study with sample of Italian adolescents. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(1), 94-103.
- Gunaratana, H. (1995). *La pratica della consapevolezza in parole semplici* (136-137). Ubaldini Editore: Roma.
- Hamaker, E.L., Nesselroede, J.R., & Molenaar, P.C.M. (2007). The integrated trait-state model. *Journal of Research in Personality*, 41 (2), 295-315. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.04.003>.
- Harley, D. (2022). Mindfulness in a digital world (pp. 31-36). Palgrave Studies in Cyberpsychology: Nottingham. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-19407-8>.
- Hefner, D., & Freytag, A. (2021). Mindful mobile phone use: A Quasiexperimental study on the effect of Mindful-Based Stress Reduction (MBSR) on Online vigilance, media multitasking, and habitual mobile phone use. *The virtual 71st Annual International Communication Association Conference*, 27-31.
- Hutchison, M., Russell, B. S., Gans, K. M., & Starkweather, A. (2022). Outcomes From an Online Pilot Mindfulness Based Intervention with Adolescents: A Comparison by Categories of Risk. *Journal of Child and Family Studies*, 32(2), 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02448-1>.
- Iacovides, I., & Mekler, E. D. (2019). The role of gaming during difficult life experiences. *Proceedings of the 2019 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems—CHI 19*, 1-12. <https://doi.org/10.1145/3290605.3300453>.
- Iani, L. & Didonna, F. (2017). Mindfulness e benessere psicologico: Il ruolo della regolazione delle emozioni. *Giornale italiano di Psicologia*, 44(2), 317-322. <https://doi.org/10.1421/87338>.
- Jain, S., Bajaj, B., & Singh, A. (2022). Measuring State and Trait Mindfulness at the Workplace: Development and Validation of a Workplace Mindfulness Scale. *Conference: International Research Conference on Mindfulness at IIM Bodhgaya, India*.

- Jamieson, S. D., & Tuckey, M. R. (2016). Mindfulness interventions in the workplace: A critique of the current state of the literature. *Journal of Occupational Health Psychology, 22*(2), 180-193. <https://doi.org/10.1037/ocp000004>.
- Jones, A., Hook, M., Podduturi, P., McKeen, H., Beitzell, E., & Liss, M. (2022). Mindfulness as a mediator in the relationship between social media engagement and depression in young adults. *Personality and Individual Differences, 185*, 11-26. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111284>.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: science and practice, 10*(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivere momento per momento* (pp. 31-42). Milano: TEA.
- Kardefelt-Winther, D. (2014). The moderating role of psychosocial wellbeing on the relationship between escapism and excessive online gaming. *Computers in Human Behavior, 38*, 68-74.
- Karreman, A., & Vingerhoets, A. J. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences, 53* (7), 821-826. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.06.014>.
- Kaur, G. (2022). Anxiety among adolescents in relation to Internet Addiction. *Research and reflections on education, 20*(2), 20-25.
- Kiken, L. G., Garland, E. L., Bluth, K., Palsson, O. S., & Gaylord, S. A. (2015). From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Personality and Individual Differences, 81*, 41-46. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.044>.
- Kiraly, O., & Demetrovics, Z., (2020). Problematic Internet Use, in N. el-Guebali, G. Carrà & M. Galanter, *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (pp. 955-965). London: Springer.
- Koban, K., Biehle, J., Bornemeier, J., & Ohler, P. (2021). Compensatory video gaming. Gaming behaviours and adverse outcomes and the moderating role of stress, social interaction anxiety, and loneliness. *Behaviour & Information Technology, 41*(13), 1-18. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2021.1946154>.
- Kornfield, J. (2010). *Il cuore saggio. Una guida agli insegnamenti universali della psicologia buddhista* (p. 110). Milano: Corbaccio.
- Lan, Y., Ding, J. E., Li, W., Li, J., Zhang, Y., Liu, M., & Fu, H. (2018). A pilot study of a group mindfulness-based cognitive-behavioral intervention for smartphone addiction among university students. *Journal of Behavioral Addictions, 7*(4), 1171-1176. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.103>.
- Lau, M.A., Bishop, S.R., Segal, Z.V., Buis, T., Anderson, N.D., Carlson, L., Shapiro, S., & Carmody, J. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and Validation. *Journal of Clinical Psychology, 62*(12), 1445-1467. <https://doi.org/10.1002/jclp.20326>.
- Liu, X, Jiang, J., & Zhang, Y. (2021). Effects of Logotherapy-Based Mindfulness Intervention on Internet Addiction among Adolescents during the COVID-19 Pandemic. *Iranian Journal of Public Health, 50*(4), 789-797. <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i4.6005>.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology, 72*(1), 31-40. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.31>.
- Marino, C., Gini, G., Angelini, F., Vieno, A., & Spada, M. M. (2020). Social norms and e-motions in problematic social media use among adolescents. *Addictive Behaviors Reports, 11*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100250>.
- Masip, M. (2019). *Desconecta* (pp. 11-19). Barcelona: Planeta.
- Mihalca, A. M., & Tarnavska, Y. (2013). Cognitive emotion regulation strategies and social functioning in adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 82*, 574-579. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.312>.
- Minutillo, A., Berretta, P., Canuzzi, P., La Sala, L, & Pacifici, R. (2022). *Dipendenze da Internet*. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Nolesnikov, V. N., Yu, I. M., & Teplova, L. I. (2019). Internet activity and problematic internet use in adolescence. *National Psychological Journal, 12*(1), 34-46. <https://doi.org/10.11621/npj.2019.0104>.

- Omiwole, M., Richardson, C., Huniewicz, P., Dettmer, E., & Paslakis, G. (2019). Review of Mindfulness-Related Interventions to Modify Eating Behaviors in Adolescents. *Nutrients*, 11(12), 2917. <https://doi.org/10.3390/nu11122917>.
- Orturo-Sierra, O., Perez-Albeniz, A., Ciarreta, A., Diez Gomez, A., & Fonseca-Pedrero, E. (2022). Problematic Internet Use and wellbeing during adolescence. *European Psychiatry*, 65(1), S296-S296. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.755>.
- Özparlak, A., & Karakaya, D. (2022). The associations of cognitive distortions with internet addiction and internet activities in adolescents: A cross-sectional study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 35(4), 322-33. <https://doi.org/10.1111/jcap.12385>.
- Pinazo-Calatayud, D., García-Prieto, L. T., & García-Castellar, R. (2020). Implementation of a program based on mindfulness for the reduction of aggressiveness in the classroom. *Revista de Psicodidáctica*, 25, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2019.08.004>.
- Pollak, M. S., Pedulla, T. P. & Siegel R. D. (2015). *Mindfulness in psicoterapia. Tecniche integrate* (pp. 1-2). Milano: Edra.
- Reangsing, C., Schneider, J. K., & Punsuwun, S. (2020). Effects of Mindfulness Interventions on Depressive Symptoms in Adolescents: A Meta-Analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 115(1), 103848. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103848>.
- Regan, T., Harris, B., Van Loon, M., Nanavaty, N., Schueler, J., Engler, S., & Fields, S. A. (2020). Does mindfulness reduce the effects of risk factors for problematic smartphone use? Comparing frequency of use versus self-reported addiction. *Addictive Behaviors*, 108(10), 106435. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106435>.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero* (pp. 79-92). Torino: Bollati Boringhieri.
- Shadbad, N. R. (2017). The Effectiveness of Mindfulness-Based Group Therapy on Reducing Internet Addiction and Increasing the General Health of Adolescent Girls. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 8(4), 44. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2017.00311.4>.
- Shamli, M., Mo'tamedi, A., & Borjali, A. (2018). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on Internet gambling addiction mediated by self-control and emotion variables in adolescent boys. *Culture of Counseling and Psychotherapy*, 9(33), 137-161. <https://doi.org/10.22054/QCCPC.2018.25865.1635>.
- Shapira, N. A., Lessig, M. C., Goldsmith, T. D., Szabo, S., T., Lazoritz, M., Gold, M., S., & Stein, D., J. (2003). Problematic Internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and anxiety*, 17(4), 207-16. <https://doi.org/10.1002/da.10094>.
- Song, W. J. & Park, J. W. (2019). The Influence of Stress on Internet Addiction: Mediating Effects of Self-Control and Mindfulness. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17(2), 21-25.
- Tang, Y. Y., Holzel, B.K., & Posner M.I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16 (4), 213-225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>.
- Tang, Y. Y. (2017). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Review*, 16, 1-24. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-46322-3>.
- Trousselard, M., Steiler, D., Claverie, D., & Canini F. (2014). The history of Mindfulness put to the test of current scientific data: unresolved questions. *Encephale*, 40(6), 474-80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.08.006>.
- Turkle, S. (2017). *Alone together: Why we expect more from technology and less from each other* (p. 14). Paris: Hachette UK.
- Viola, D. (2018). *Non è una scuola per bulli. Strategie di prevenzione del bullismo, cyberbullismo e bullismo omofobico* (pp. 45-58). Roma: Galton.
- Viola, D. (2023). *Oggi sono nuvola, domani arcobaleno. Mindfulness per bambini e adolescenti* (p. 13). Vicenza: Edizioni Il Punto d'Incontro.
- Viola, D. (2023). *Eco-mindfulness. Meditazioni per connettersi con la natura e sviluppare una nuova consapevolezza ambientale* (pp. 31-33). Palermo: Nuova IPSA Editore.

- Viola, D. (2024). *Mindful Internet per adolescenti iper-connessi. Prevenire l'uso problematico di Internet e delle tecnologie con la mindfulness*. Roma: Galton.
- Vodyakha, S. A. (2022). Psychological features of the image of parents of adolescents with Internet addiction. *PNO Journal*, 2(56), 491-505. <https://doi.org/10.32744/pse.2022.2.29>.
- Williams, M., & Penman, D. (2014). *Metodo Mindfulness*. Milano: Mondadori.
- Yang, X., Zhou, Z., Liu, Q., & Fan, C. (2019). Mobile phone addiction and adolescents' anxiety and depression: The moderating role of mindfulness. *Journal of Child and Family Studies*, 28(3), 822–830. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-19930-1\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-031-19930-1_3).
- 

Presentato il 12 maggio 2023, accettato per la pubblicazione il 20 luglio 2023  
Responsabile della procedura di referaggio Giorgio Bertolotti



---

Giovanni Maria Ruggiero, Gabriele Caselli e Sandra Sassaroli

**La formulazione del caso in terapia cognitivo comportamentale. Gestire il processo terapeutico e l'alleanza di lavoro**

Erickson (2022)

pp. 344 - € 35,62

Il volume descrive in maniera magistrale le diverse declinazioni della formulazione condivisa del caso, nel panorama delle terapie cognitive comportamentali, ed è diretto ai clinici di area psicologica. Il suo maggiore pregio è di ricordare la centralità della formulazione del caso quale strumento fondante, unificante e imprescindibile per poter applicare in modo efficace qualsiasi progetto psicoterapico, secondo le diverse terapie a orientamento cognitivo comportamentale. I curatori dichiarano all'inizio del volume i principali obiettivi del loro progetto editoriale e dopo aver letto i capitoli che lo compongono, qualsiasi lettore potrà sostenere che tali obiettivi sono stati raggiunti in modo puntuale ed esaustivo. Ruggiero, Caselli e Sassaroli insieme a un parterre di autori altrettanto eccellenti del panorama internazionale, hanno voluto concettualizzare la formulazione condivisa del caso clinico come intervento centrale delle principali forme di CBT, descrivere le diverse procedure di formulazione nei vari approcci CBT, ripercorrere lo sviluppo storico delle principali forme di CBT per sottolineare come la formulazione del caso emerga sempre

come caratteristica distintiva e infine esplorare l'uso della formulazione in approcci relazionali e psicodinamici vicini alla CBT.

Nel primo capitolo gli autori esplorano la formulazione condivisa secondo la CBT standard di Beck e secondo l'approccio comportamentale di Victor Meyer. Ogni capitolo è seguito da un approfondimento sotto forma di «riflessioni sul tema». La prima è sviluppata da Steven Hollon e da Arthur Freeman. A quest'ultimo, all'inizio del libro è dedicata una memoria scritta da Raymond DiGiuseppe e Giovanni Maria Ruggiero che ci ricordano l'importanza e il rilievo scientifico dell'autore, quale figura significativa per la fondazione e lo sviluppo della CBT standard. Arthur Freeman verrà a mancare poche settimane dopo aver consegnato agli autori il suo contributo riportato in questo libro. Il secondo capitolo si occupa della formulazione secondo il comportamentismo, con una riflessione da parte di Peter Sturney. Il terzo analizza il tema centrale secondo l'approccio della terapia razionale emotiva comportamentale di Albert Ellis, con le riflessioni da parte di Raymond DiGiuseppe e Kristene Doyle. Il quarto capitolo è orientato alle terapie focalizzate sui processi cognitivi, con gli approfondimenti di Stefan Hofmann, Paolo Moderato, Kelly Wilson, Eckhard Roediger, Gabriele Melli e Nicola Marsigli. Il quinto capitolo è dedicato agli approcci costruttivisti, il sesto alla formulazione nei modelli che sottolineano il ruolo della relazione, sia nel paradigma psiodi-

namico che costruttivista. Il settimo capitolo presenta il modello di formulazione sviluppato dai curatori, che integra gli elementi della CBT evolutivi e processuali, denominato LIBET, Life Themes and Plans: Implication of Biased Beliefs Elicitation and Treatment, commentato e accolto favorevolmente dal costruttivista David Winter. Il capitolo conclusivo discute gli sviluppi delle recenti applicazioni tecnologiche alla formulazione e pianificazione del caso in psicoterapia. Il volume viene pubblicato per le Edizioni Centro Studi Erickson nel 2022 e la sua efficacia e il suo pregio sono ulteriormente confermati dalla pubblicazione in lingua

inglese per le edizioni Springer, che ne evidenzia il valore internazionale. I contenuti del libro, la voce data agli autori più rilevanti nelle diverse aree della terapia cognitivo comportamentale, gli approfondimenti e il merito di aver ricordato la centralità della procedura di formulazione del caso, nonché l'importanza della condivisione con il paziente quale strumento fondamentale per la realizzazione della più efficace relazione terapeutica, rendono questa opera essenziale nella libreria del ricercatore e del clinico preparato ed efficace.

Francesco Vincelli

**LE SEGUENTI RECENSIONI SARANNO VISIBILI TRAMITE IL QR CODE**

*Adolescenti con emozioni intense. Come gestire con la DBT le sfide emotive e comportamentali di tuo figlio* di P. Harvey e B.H. Rathbone

*Dipendenza affettiva. Diagnosi, assessment e trattamento cognitivo comportamentale* di A. Lebruto, G. Calamai, L. Caccico e V. Ciorciari

*Fare DBT. Guida pratica per professionisti alla Dialectical Behavior Therapy* di S. Van Dijk

*Il quaderno della compassione. Una guida passo dopo passo per sviluppare il sé compassionevole* di E. Beaumont e C. Irons

*Quaderno di esercizi per vincere le ossessioni* di I. Castellani, A. Gallechi, A. Lebruto, C. Puccetti e G. Melli  
*Esposizione prolungata. Una terapia per il PTSD* di E.B. Foa, E.A. Hembree, B. Olasov Rothbaum e S.A.M. Rauch

*La guida essenziale all'ACT. Teoria e pratica dell'Acceptance and Commitment Therapy* di E. Rossi  
*Metodi creativi nella Schema Therapy. Progressi e innovazione nella pratica clinica* di G. Heath e H. Startup

*Non credere a tutto ciò che provi* di R.L. Leahy

*Schema Therapy per il narcisismo patologico* di D. Baroni e N. Marsigli

*Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness per il disturbo ossessivo-compulsivo* di F. Didonna

*Terapia cognitiva basata sull'imagery per l'instabilità emotiva e il disturbo bipolare* di E.A. Holmes, S.A. Hales, K. Young e M. Di Simplicio

*Conversazioni con Giovanni Liotti. Su trauma e dissociazione* di C. Ardovini, C. La Rosa e A. Onofri



## CONGRESSI

---

**XVI Edizione Delle Giornate Nazionali Di Psicologia Positiva 20 Anni di Psicologia Positiva in Italia Bilancio e Prospettive Future**

Roma, Italia, 14-15 giugno 2024

Per informazioni

Website: [www.psicologiapositiva.it](http://www.psicologiapositiva.it)

---

**EABCT 54<sup>th</sup> Annual Congress  
New age of CBT – Challenges and Perspectives**

Belgrado, Serbia, 4-7 settembre 2024

Per informazioni

Website: [www.eabct2024.org](http://www.eabct2024.org)

---

**7<sup>th</sup> European Conference on Psychology & the Behavioral Sciences (ECP2024)**

Liverpool, UK, 4-7 luglio 2024

Per informazioni

Website: [www.ecp.iafor.org](http://www.ecp.iafor.org)

---

**XIX Congresso AIAMC  
Psicologia, medicina, psicoterapia:  
stili di vita, consapevolezza e cambiamento**

Parma, Italia, 4-6 ottobre 2024

Per informazioni

Website: [www.aiamc.it](http://www.aiamc.it)

---

**11<sup>th</sup> European Conference on Positive Psychology (ECPP 2024)**

Innsbruck, Austria, 10-13 luglio 2024

Per informazioni

Website: [www.ecpp2024.com](http://www.ecpp2024.com)



[www.erickson.it](http://www.erickson.it)

# PSICOTERAPIA COGNITIVA E COMPORTAMENTALE

n. 1

Volume 30

Febbraio 2024

## CBA 2.0 Scale Primarie. Nuovi dati e criteri interpretativi per le problematiche depressive

Paolo Michielin, Susanna Pizzo, Silvana Cilia, Chiara Contino,  
Ornella Bettinardi, Giorgio Bertolotti, Anna Panzeri, Ezio Sanavio,  
Giulio Vidotto, Andrea Visentin e Anna Maria Zotti

## Applicazione di un protocollo cognitivo comportamentale di gruppo per la gestione dell'ansia

Arianna Di Natale, Giulia Demo, Denise Farlati Pinton  
e Rossana De Beni

## Intervento online di gruppo per il benessere psicologico dei familiari di persone con Sindrome di Dravet. Uno studio esplorativo

Carlo Amos Aldo Cavallini, Laura Smeraldi, Giulia Trentini,  
Antonino Ganci, Simona Borroni e Vania Zaghi

## La mindfulness nella società digitale. Contributo per adolescenti con uso problematico di Internet

Davide Viola

### Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A.

Via del Pioppeto 24 – 38121 Trento  
[www.erickson.it](http://www.erickson.it)

Abbonamenti: 0461 950690  
€ 35 individuale  
€ 50 per enti, scuole, istituzioni

Ufficio ordini:

