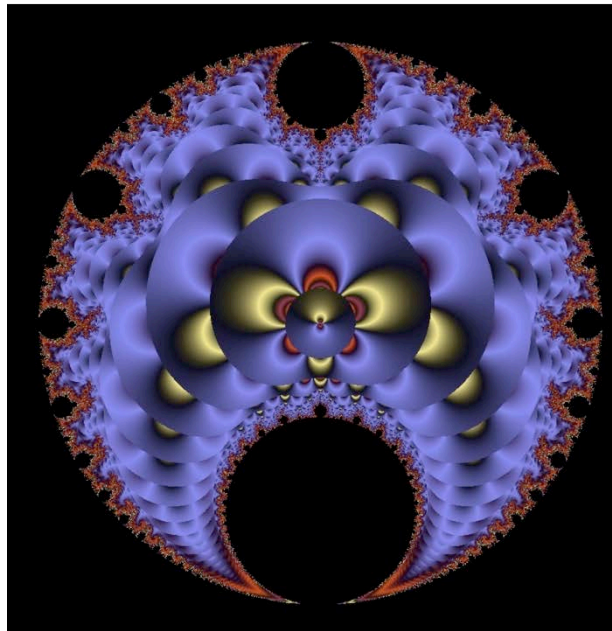


Psychomed

Periodico quadrimestrale
Rivista telematica di psicoterapia, medicina psicosociale,
psicologia della salute e preventiva
Numero 2-3 Anno XII - 2017

ISSN: 1828-1516
AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI ROMA N.243 DEL 12.6.2008



Direttore responsabile: Stefania Borgo
Condirettore: Lucio Sibilìa

www.crpitalia.eu/psychomed.html

Direttore responsabile: Stefania Borgo - Email: borgo.stefania@uniroma1.it

Condirettore: Lucio Sibilìa - Email: lucio.sibilìa@uniroma1.it

Comitato Scientifico:

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

Comitato Redazionale:

Dimitra Kakaraki, Francesca Di Lauro, Cristian Pagliariccio, Arianna Liguori

psychomed@crpitalia.eu

INDICE

Editoriale	4
<i>Lucio Sibilìa e Stefania Borgo</i>	
La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare: una rassegna sistematica dei programmi selettivi <i>evidence-based</i>	06
<i>Colasanti A.R., Solarino N.</i>	
Parent training domiciliare in infanzia (0-6 anni): una rassegna preliminare	25
<i>Guido C., Giner Alventosa M., Gubbiotti A., Orsini F., Pucciarini L., Fresu E., Adinolfi M., Colombi G., Borrelli V., Bruzzese A., Budelli C., Elefante F., Borgo P., Riccardis R.</i>	
Efficacia e ambiti applicativi della Terapia Cognitivo-Comportamentale di coppia: una breve rassegna	41
<i>Angrisani A., Carbone V., D'Ambrosio I., D'Imperia M., Jacobelli V., Maruca G., Ranaldi R., Perotto N.</i>	
La dipendenza da Cibersesso: un'indagine preliminare	67
<i>Giuliani C., Capulli A., Buonaugurio M., Kakaraki D.</i>	
Aspetti cognitivi e metacognitivi nei disturbi alimentari: metacognizione disfunzionale e impulso alla magrezza nell'anoressia nervosa	80
<i>Del Taglia Greta Monica</i>	
I programmi di <i>mindful parenting</i> come efficace sostegno alla genitorialità: analisi dell'esistente	91
<i>Piacentini A., Colasanti A.R.</i>	
Congressi internazionali	121

EDITORIALE

Il Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP), come società scientifico-culturale, ha lo scopo di favorire la ricerca scientifica in psicoterapia, nonché la diffusione dei suoi risultati, sia per i clinici che per il pubblico in generale. La Scuola di Specializzazione del CRP¹, riconosciuta dal MIUR, ha pertanto istituito dal 2016 un Corso semestrale sulla Metodologia della ricerca in psicoterapia, che viene replicato ogni anno con una edizione avanzata ed aggiornata.

Il Corso, che si avvale della didattica attiva e coinvolge sia la Sezione Clinica del CRP che la Scuola di Specializzazione, ha la forma di un progetto di studio e di ricerca, ed è volto a sviluppare conoscenze e competenze degli allievi della Scuola di Specializzazione, nel campo della ricerca in psicoterapia e nelle scienze del comportamento, attraverso la formazione di gruppi di studio, sia autonomi che guidati da docenti e tutor, su argomenti selezionati.

Gli obiettivi formativi che si intendono raggiungere attraverso la partecipazione e l'attività dei gruppi di studio sono: 1) incrementare la capacità di reperire e valutare gli studi sperimentali in psicoterapia; 2) favorire l'approfondimento dello stato attuale delle ricerche negli ambiti prescelti; 3) sviluppare una sufficiente competenza nella presentazione degli esiti delle ricerche; 4) aumentare la competenza clinica (interventi efficaci) per i disturbi studiati. E, come obiettivo finale, saper progettare una ricerca.

Operativamente gli allievi della Scuola del CRP sono invitati a seguire un programma didattico, articolato in ore di lezione (videoregistrate e rese accessibili online nel sito del CRP) ed ore di laboratorio. Gli incontri, a cadenza mensile dalle ore 14 alle ore 20, prevedono un lavoro attivo su un progetto di ricerca condotto in gruppo: ogni gruppo di studio dopo aver scelto un tema di studio viene coinvolto in una Ricerca in Internet di Gruppo Assistita (RIGA). Si formano pertanto un certo numero, in genere 4, di RIGA che lavorano su diversi argomenti. Ogni anno sono previsti quattro incontri, una presentazione dei risultati del lavoro di ciascun RIGA nel

¹ *Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-comportamentale ed Intervento Psicosociale*

Convegno finale dedicato alla ricerca scientifica e la partecipazione alla stesura di un articolo da pubblicare su Psychomed o altra Rivista.

È con piacere che presentiamo i prodotti del lavoro dei nostri allievi con la guida di docenti e tutor: questo numero di Psychomed ospita infatti alcuni dei lavori finali dei gruppi di studio che hanno cercato di fare il punto su diverse tematiche di attualità con la stesura di articoli di rassegna.

Gli articoli trattano numerosi temi emergenti:

- La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare: una rassegna sistematica dei programmi selettivi *evidence-based* (RIGA1);
- *Parent training* domiciliare in infanzia (0-6 anni): una rassegna preliminare (RIGA2);
- Efficacia e ambiti applicativi della Terapia Cognitivo - Comportamentale di coppia: una breve rassegna (RIGA3);
- La dipendenza da Cibersesso: un'indagine preliminare (RIGA4).

Ai lavori tratti dal Corso di Metodologia si aggiungono:

- l'articolo della collega Greta Monica Del Taglia dell'Istituto Miller (Genova) su Aspetti cognitivi e metacognitivi nei disturbi alimentari: metacognizione disfunzionale e impulso alla magrezza nell'anoressia nervosa;
- l'articolo delle colleghe Ambra Piacenti e Anna Rita Colasanti dell'Università Salesiana di Roma su i programmi di *Mindful Parenting* come efficace sostegno alla genitorialità: analisi dell'esistente.

Ringraziamo i numerosi autori che hanno collaborato a questo numero doppio della Rivista e vi auguriamo buona lettura.

Lucio Sibilia
Stefania Borgo

LA PREVENZIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: UNA RASSEGNA SISTEMATICA DEI PROGRAMMI SELETTIVI EVIDENCE-BASED²

Anna Rita Colasanti³, Noemi Solarino

INTRODUZIONE

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) rappresentano una delle sfide attuali per la prevenzione nella salute mentale. Secondo un articolo pubblicato da Stice, Marti e Rohde (2013), nei paesi occidentali circa il 13% delle giovani donne corrisponde ai criteri diagnostici di DCA come indicati nel DSM V. Inoltre, l'incidenza di tali disturbi in adolescenza e nella prima età adulta è in progressivo aumento: dal 4% al 13% a seconda del disturbo in oggetto; d'altra parte il loro carattere internalizzante e silente può renderli poco visibili per lungo tempo, per cui si corre ai ripari spesso con ritardo, quando i processi disfunzionali hanno subito ormai penose cronicizzazioni.

Si tratta di fenomeni complessi, profondamente sensibili alle pressioni sociali e culturali, accomunati da preoccupazioni ricorrenti relative al cibo, alla forma del corpo, al peso (Jaffa, McDermott, 2009) con un'estrema alterazione delle abitudini alimentari.

I più noti disordini del comportamento alimentare sono: l'anoressia nervosa (AN) nella quale la persona è sottoalimentata e in grave sottopeso; la bulimia nervosa (BN) caratterizzata da frequenti e ripetuti episodi di abbuffata seguiti da comportamenti compensatori (attività fisica esagerata, vomito autoindotto, abuso di lassativi); il disturbo da alimentazione incontrollata (BED: Binge Eating Disorder), con episodi di abbuffata analoghi a quelle della bulimia nervosa non seguiti tuttavia da comportamenti compensatori, né accompagnati da un'eccessiva preoccupazione per il peso e la forma fisica.

² Al presente articolo, la cui versione integrale sarà pubblicata a breve sulla rivista "Orientamenti Pedagogici", hanno collaborato gli Specializzandi della Scuola del Centro Ricerca in Psicoterapia di Roma: Abatecola Valentina, Calabrese Giulia, Capobianco Rossana, Caudullo Orazio, Costabile Teresa, Giusti Daniela, Iacucci Massimiliano, Marino Federica, Michetti Alessia, Orlando Maria Cristina, Pace Alessia, Villani Maria

³ Università Salesiana, Roma - email: arcolasanti@gmail.com

Come per altri disturbi mentali, anche per i DCA si avverte da tempo la necessità di sollecitare interventi che spostino il focus dal trattamento alla prevenzione. Tali disturbi, infatti, oltre a danneggiare la salute fisica e a compromettere significativamente il funzionamento psicosociale, se non trattati, trattati inadeguatamente o tardivamente, possono facilmente evolvere verso la cronicità, l'invalidità e persino la morte; implicano, inoltre, una presa in carico integrata e multidisciplinare e, in quanto tale, onerosa e dispendiosa in termini di tempo e di danaro (Luxardi, Pozzi, 2016). Infine, la remissione completa è conseguita solo da una parte di soggetti; sono molto frequenti le ricadute e un ampio numero di pazienti necessita di lunghi periodi di ospedalizzazione in costosi reparti specializzati (Dalle Grave, 2014).

Alla luce di tali considerazioni, negli ultimi anni stanno aumentando gli sforzi tesi a sviluppare programmi basati sul modello *evidence-based* che riportino prove di *efficacy* e di *effectiveness*⁴, nella prevenzione dei DCA.

In tal senso il presente contributo presenta una rassegna sistematica di tali programmi con specifica attenzione agli interventi selettivi. Sono presentati gli obiettivi e la strategia di ricerca, i criteri di inclusione e di esclusione, il sistema di codifica, la discussione sui dati raccolti e le possibili prospettive di ricerca.

OBIETTIVI DI RICERCA

Come annunciato, il presente articolo si pone l'obiettivo di esaminare la recente letteratura, nel panorama internazionale, relativa ai programmi che hanno riportato prove di *efficacy* ed *effectiveness* nella prevenzione dei DCA.

Occorre premettere, che analisi precedenti in questa direzione suggeriscono una minor efficacia dei programmi di promozione della salute, detti anche universali (Mrazek - Haggerty, 1994), rispetto ai programmi selettivi indirizzati a soggetti a

⁴ Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'*efficacy* è relativa alla validità interna, ovvero alla capacità di un intervento di ottenere gli effetti auspicati in condizioni strettamente controllate; l'*effectiveness*, invece, riguarda la capacità di ottenere gli effetti auspicati al di fuori del setting sperimentale, in un contesto più ampio e non controllato. I risultati di uno studio effettuato su un gruppo ben definito di soggetti, in condizioni controllate, infatti, non sempre vengono replicati in condizioni reali (De Virgilio et al., 2013).

rischio (Resnikow - Botvin, 1993; Greenberg, Domitrovich, Bumbarger, 2000; Stice, Shaw, Marti, 2007). Gli stessi programmi universali che pure hanno dato prove di efficacia (Becker *et al.*; Buddeberg-Fischer *et al.*; Stewart *et al.*; Stice *et al.*; Weiss, Wertheim, *citt.* in Stice, Shaw, Marti, 2007, 221), di fatto hanno riportato risultati significativi principalmente con tali soggetti.

Per questo, nella presente rassegna, si è deciso di focalizzarsi esclusivamente sull'analisi dei programmi selettivi.

Oggetto di analisi, quindi, sono gli studi con disegni controllati randomizzati (RCT o quasi-RCT), concernenti gli interventi selettivi nella prevenzione dei DCA, che hanno riportato evidenze nella riduzione dei fattori di rischio per l'insorgenza di tali disturbi, rispetto a un gruppo di controllo che si trovi in una delle seguenti condizioni: non ha ricevuto l'intervento, è stato messo in lista di attesa, è stato sottoposto a un intervento differente.

STRATEGIA DI RICERCA, CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE

Gli studi sono stati individuati tramite una ricerca sul database elettronico SCOPUS e attraverso l'analisi delle liste bibliografiche di articoli. La ricerca è stata effettuata su articoli pubblicati negli ultimi 10 anni (dal 2008 al presente, l'ultima ricerca è stata effettuata in luglio 2017), utilizzando le seguenti parole chiave:

- *Evidence based programs AND eating disorders prevention;*
- *Selective prevention AND eating disorders.*

Sono stati scelti quali criteri di inclusione i seguenti: articoli di ricerca pubblicati in lingua inglese, aventi per oggetto programmi specifici di prevenzione destinati a soggetti a rischio di DCA (prevenzione selettiva), con disegni controllati randomizzati (RCT o quasi-RCT), con un follow up di almeno 6 mesi e conseguimento di risultati statisticamente significativi, ovvero almeno moderati. Sono stati inclusi anche i programmi trattati da metanalisi ricavate dalla ricerca sul database.

Sono stati adottati quali criteri di esclusione i seguenti: full text non disponibile,

programmi universali o indicati di prevenzione, follow-up assente o di durata inferiore a 6 mesi, assenza di gruppo di controllo, assenza di risultati statisticamente significativi o di misurazioni pre e post intervento tramite strumenti validati.

Sono state ancora escluse le metanalisi che riportavano elementi generici circa gli interventi di prevenzione, ma non programmi specifici con tutte le informazioni necessarie per la codifica. Questi ultimi articoli (Watson *et al.*, 2016; Le *et al.*, 2017), tuttavia, sono stati presi in considerazione nella discussione finale. Allo stesso modo, è stato escluso un articolo (Butryn *et al.* 2014) che valutava i possibili fattori moderatori di un programma (Stice *et al.*, 2013) già incluso, nella sua versione aggiornata, nella presente rassegna (Stice *et al.*, 2015); anche di tale articolo, tuttavia, si è tenuto conto nella discussione finale.

Sono stati identificati complessivamente 107 articoli a cui ne è stato aggiunto 1 (Becker *et al.*, 2010) ricavato da un'ulteriore ricerca basata sui riferimenti bibliografici degli articoli ottenuti.

Dopo l'eliminazione dei duplicati (n = 4) e degli articoli dei quali non è stato possibile reperire il full-text (n = 7), i restanti articoli (n = 97) sono stati sottoposti a screening sulla base del titolo e dell'*abstract*.

Da questa prima cernita sono stati esclusi 55 articoli, mentre i restanti 42 sono stati valutati per l'eleggibilità, secondo i criteri di inclusione prima definiti. Si è così giunti ad escludere 34 articoli full text, non rispondenti ai criteri stabiliti, e a selezionarne 8.

Il diagramma schematico del lavoro di screening, effettuato seguendo le indicazioni del PRISMA statement (Moher *et al.*, 2015), è riportato di seguito (Figura 1).

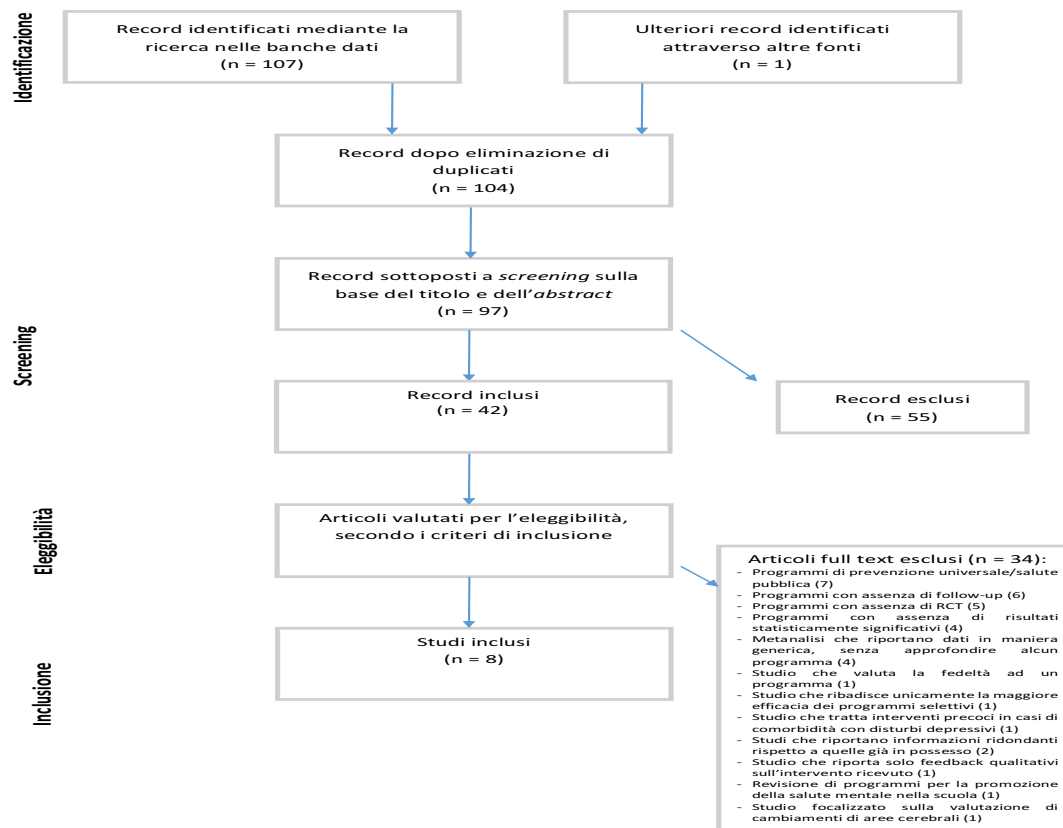


Figura 1. Diagramma di flusso relativo agli step della revisione sistematica effettuata

SISTEMA DI CODIFICA

Gli studi selezionati sono stati analizzati e riportati secondo un sistema di codifica che contemplava 10 voci: fonte, campione, variabili indagate, strumenti, sessioni, teoria di riferimento, conduzione dell'intervento, disegno RCT o quasi RCT, follow-up, risultati ottenuti.

Alla voce Fonte sono stati riportati gli autori e l'anno di pubblicazione dell'articolo; alla voce Campione sono stati sintetizzati i dati relativi ai destinatari dell'intervento: numero ed età dei soggetti (eventualmente età media), grado di scolarizzazione, BMI (indice di massa corporea) medio, stato di rischio, nazionalità quando specificati.

Sotto Variabili indagate sono state incluse le principali variabili in oggetto degli

interventi, valutate con gli Strumenti, elencati alla voce successiva.

Sono state poi prese in considerazione le Sessioni, con specifica indicazione del numero di incontri, della durata e dell'eventuale organizzazione degli stessi; la Teoria di riferimento nonché i principi teorici alla base degli interventi; la titolarità della Conduzione degli interventi, ovvero di soggetti appartenenti al gruppo di ricerca, clinici, insegnanti o pari.

Alla voce Disegno RCT o quasi RCT è stato riportato il disegno sperimentale utilizzato, specificando la modalità di divisione del campione in gruppo intervento e gruppo di controllo (in lista di attesa, sottoposto a nessun intervento o a un programma differente).

È stata poi inserita la durata del Periodo di *follow-up*, in modo da specificare il tempo intercorso tra la fine dell'intervento e la rilevazione dei cambiamenti a medio-lungo termine.

Sono stati infine riassunti i Principali risultati ottenuti dagli interventi, in modo da fornire una panoramica generale degli effetti più rilevanti che gli stessi hanno registrato. I dati sono riportati sinteticamente nella tabella alla pagina seguente.

Fonte: autori, anno	Campione	Variabili indagate	Strumenti	Sessioni: numero durata, organizzazione	Teoria di riferimento	Conduzione	Disegno RCT o quasi RCT	Periodo di <i>follow-up</i>	Principali risultati ottenuti
Becker C., Wilson C., Williams A., Kelly M., McDaniel L., Elmquist J. (2010)	102 ragazze appartenenti a sororities[1] di un'università, di età compresa tra i 18 e i 21 anni (M = 18.73)	Affettività negativa, interiorizzazione dell'ideale di magrezza, insoddisfazione corporea, restrizioni alimentari, patologia bulimica, BMI.	Positive and Negative Affect Schedule-Revised; Body Stereotype Scale-Revised; Eating Disorder Examination Questionnaire, (EDE-Q).	2 sessioni a cadenza settimanale della durata di 105 minuti	Teoria della dissonanza cognitiva (CD) oppure Teoria comportamentale e scienze della nutrizione (MHW)	Pari	I soggetti sono stati assegnati casualmente all'intervento o basato sulla dissonanza cognitiva o sulla versione modificata di Gestione salutare del peso (MHW), al fine di valutare l'effettiveness di quest'ultimo nella conduzione tramite pari.	8 settimane 8 mesi 14 mesi	CD ha diminuito l'affettività negativa, l'internalizzazione dell'ideale di magrezza e la patologia bulimica in misura maggiore rispetto a MHW al post-intervento. Sia CD che MHW hanno ridotto l'affettività negativa, l'internalizzazione, l'insoddisfazione corporea, la restrizione dietetica e la patologia bulimica al <i>follow up</i> a 14 mesi. Entrambi gli interventi, inoltre, hanno riportato prove di efficienza nella conduzione tramite pari e ciò risulta promettente per la disseminazione.

Le *sororities* sono organizzazioni sociali all'interno delle università americane, corrispettivo femminile delle confraternite

López-Guimerà G., Sánchez-Carracedo D., Fauquet J., Portell M., Raich R.M. (2011).	263 femmine dell'8° grado, appartenenti a 7 scuole dell'area di Barcellona. Età media: 13.41; BMI medio: 21.19.	Atteggiamenti relativi a DCA, ideale di magrezza e di bellezza, BMI, impatto dei diversi agenti sociali nello sviluppo degli atteggiamenti verso il proprio corpo	Eating Attitudes Test (EAT); Questionnaire of Influences on body shape model-26 (CIMEC-26); Diet and preoccupation with food (DIET/EAT); Indicator of adherence to activities (ACT); Distress about Body Image (DBI/CIMEC)	NUT: 1 sessione da 90 min, ML: 2 sessioni da 90 min e 2 sessioni di attività da 60 min. NUT+ML: 5 sessioni. Le sessioni sono a cadenza settimanale.	<i>Eating, aesthetic feminine models and the media</i> : Teoria socio-cognitiva e cognitivo-comportamentale; approccio di alfabetizzazione e ai media (Media Literacy)	Due autori dell'intervento stesso (un maschio ed una femmina)	Quasi-RCT, con due gruppi sperimentali ed uno di controllo. Un gruppo ha ricevuto l'intervento completo (Nutrition and Media Literacy component/ NUT+ML). Il secondo ha ricevuto un intervento parziale (solo ML). Il gruppo di controllo non ha ricevuto trattamento (NT).	6 mesi	Il programma si è mostrato efficace nel produrre cambiamenti positivi nelle abitudini alimentari, nelle preoccupazioni relative al cibo e al peso e nel desiderio ad essere magri, nei due gruppi sperimentali rispetto al gruppo di controllo. Tale differenza è ancor più evidente al follow up ed è da attribuire in larga parte alla componente di alfabetizzazione ai media.
Stice E., Marti C., Rohde P., Shaw H. (2011).	306 ragazze delle scuole superiori con preoccupazioni relative all'immagine corporea. Età Media: 15.7	Interiorizzazione dell'ideale di magrezza; Insoddisfazione corporea (9 parti del corpo); Sintomi di DCA secondo il DSM-IV	The Ideal-Body Stereotype Scale-Revised; Satisfaction and Dissatisfaction with Body Parts Scale; The Eating Disorder Diagnostic Interview (EDDI)	4 sessioni a cadenza settimanale, della durata di 60 minuti; in gruppi composti da 6-10 partecipanti.	Teoria della dissonanza cognitiva (<i>Progetto corpo</i>)	Assistenti e consulenti scolastici	Disegno RCT, i soggetti sono stati assegnati casualmente al gruppo intervento (N = 139) o al gruppo di controllo (N = 167)	6 mesi 1 anno	I risultati suggeriscono che il cambiamento nell'interiorizzazione dell'ideale di magrezza media completamente l'effetto dell'intervento sul cambiamento nell'insoddisfazione corporea e che quest'ultimo media completamente l'effetto sul cambiamento dei sintomi di DCA, i quali sono mediati solo parzialmente dal cambiamento dell'interiorizzazione dell'ideale di magrezza.
Beintner I., Jacobi C., Taylor C.B. (2012)	990 ragazze ad alto rischio di DCA delle scuole superiori valutate in 10 trial diversi; 653 americane, 337 tedesche	Preoccupazioni relative al peso e all'immagine corporea, paura di ingrassare, comportamenti bulimici come l'alimentazione incontrollata e lo spurgo	Weight Concerns Scale (WCS); Body Shape Questionnaire (BSQ); Eating Disorder Inventory (EDI/EDI-2) - subscale 1-3; Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)	8 sessioni a cadenza settimanale	<i>Student Bodies</i> 0, teoria cognitivo-comportamentale	Internet, moderato tramite uno psicologo clinico	Disegno RCT: 504 soggetti assegnati alla condizione sperimentale e 486 alla condizione di controllo	3 mesi 12 mesi	L'intervento ha prodotto miglioramenti, mantenuti al follow up, negli atteggiamenti relativi ai DCA, soprattutto con riduzioni dell'immagine corporea negativa e del desiderio di essere magri. Non vi è differenza significativa tra i campioni americano e tedesco.
Stice E., Rohde P., Shaw H., Marti N. (2012)	398 giovani donne sia con sintomi di DCA che con condotte non salutari di aumento del peso. Età media: 18.4	Primarie: Presenza e frequenza dei sintomi tipici dei DCA; Secondarie: Introito e restrizioni alimentari; attività fisica; insoddisfazione corporea; pressione ad essere magre; sintomi depressivi	EDDI; Block Food Frequency Questionnaire; Dutch Restrained Eating Scale; Paffenbarger Activity Questionnaire; Body Dissatisfaction Scale; Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children; Perceived Sociocultural Pressure Scale; Doubly labeled water	4 sessioni a cadenza settimanale, della durata di 60 minuti, in gruppi composti da 6-10 partecipanti	Teoria comportamentale e scienze della nutrizione (Gestione salutare del peso-2/HW2)	Laureati in psicologia clinica	Disegno RCT, i soggetti sono stati assegnati casualmente al gruppo sperimentale (N=198) o al gruppo di controllo (N=200). A quest'ultimo è stata consegnata una brochure informativa "Ten Steps to Positive Body Image" redatta dal National Eating Disorders Association.	6 mesi	Il gruppo sperimentale ha mostrato importanti e significative riduzioni dell'insoddisfazione corporea e dei sintomi dei disturbi alimentari, così come un aumento dell'attività fisica al post test. Il follow up ha altresì rilevato un'importante riduzione dell'indice di massa corporea (BMI) e nelle misure relative all'alimentazione.

Stice E., Rohde P., Durant S., Shaw H., Wade E. (2013)	171 studentesse con preoccupazioni relative all'immagine corporea, appartenenti a due università del Texas.	Ideale di magrezza internalizzato, insoddisfazione corporea, comportamenti di dieta, affettività negativa, sintomi di DCA	Ideal-Body Stereotype Scale-Revised; Satisfaction and dissatisfaction with Body Parts Scale; Dutch Restrained eating scale; Beck Depression Inventory; Eating Disorders Diagnostic Interview (EDDI)	4 sessioni a cadenza settimanale della durata di 60 minuti, in gruppi composti da 6-8 partecipanti	Teoria della dissonanza cognitiva (Progetto corpo)	Clinici o pari	Le partecipanti sono state assegnate casualmente ai gruppi di dissonanza condotti da clinici (N=55), ai gruppi condotti da pari (N=44) o a una condizione di controllo con brochure educativa (N=72).	1 anno	Le partecipanti nei gruppi condotti sia da clinici che da pari hanno mostrato riduzioni significative maggiori relativamente ai fattori di rischio e ai sintomi di DCA rispetto al gruppo di controllo, sebbene i gruppi condotti da clinici abbiano ottenuto effetti più forti al post-test e al follow-up.
Ciao A.C., Loth K., Neumark-Sztainer D. (2014)	Student Bodies: Donne del college e ragazzi/e di scuola superiore, N= 480; età media: 20.8	Insoddisfazione corporea, spinta alla magrezza, patologia alimentare.	EDE-Q	8 sessioni a cadenza settimanale in gruppi online + sessioni opzionali supplementari per la durata di 9 mesi	Teoria cognitivo-comportamentale	Staff della ricerca	RCT con gruppo di controllo tramite lista di attesa	1 anno	Si è verificata una significativa riduzione dell'insoddisfazione corporea, della spinta alla magrezza e della patologia alimentare, rispetto al gruppo di controllo
	Progetto Corpo: femmine, di scuola superiore e del college; età media: 17	Ideale di magrezza, insoddisfazione corporea, comportamenti di dieta, affettività negativa e sintomi di DCA.	Intervista strutturata di diagnosi dei sintomi di DCA (non specificata)	3/4 sessioni a cadenza settimanale della durata di 60 minuti	Teoria della dissonanza cognitiva	Staff della ricerca	RCT effettuati da gruppi di ricerca indipendenti	6 mesi 1 anno 2 anni 3 anni	L'intervento ha ridotto significativamente l'internalizzazione di magrezza, l'insoddisfazione corporea, il comportamento di dieta, l'affettività negativa e i sintomi di DCA, mantenuti ai follow-up a 6 mesi e 1 anno. Dopo 2 e 3 anni ha inoltre ottenuto la riduzione del rischio di insorgenza di DCA.
	Gestione salutare del peso: femmine, di scuola superiore e del college; età media: 18.4	Insoddisfazione corporea, sintomi di DCA e fattori di rischio connessi	Intervista strutturata di diagnosi dei sintomi di DCA (non specificata)	2/3/4 sessioni a cadenza settimanale della durata di 60 minuti	Teoria comportamentale e scienze della nutrizione	Staff della ricerca/pari	RCT con gruppi di controllo	6 mesi 14 mesi 2 anni 3 anni	L'intervento ha ridotto i fattori di rischio e i sintomi di DCA e, ai follow-up, ha riportato una riduzione del rischio di insorgenza di DCA.
	New Moves: femmine, di scuola superiore, N= 356; età media: 15.8	Insoddisfazione corporea; comportamenti non salutari di controllo del peso; sintomi di DCA, sovrappeso.	Non specificato	16 sessioni a cadenza settimanale	Teoria socio-cognitiva	Staff della ricerca e insegnanti	RCT con un gruppo di controllo che ha frequentato una classe di educazione fisica solo per ragazze	9 mesi	Miglioramenti significativi nella soddisfazione corporea e riduzione della patologia alimentare nella forma di comportamenti non salutari di controllo del peso.
	Programma di Yager: 170 ragazzi/e del college, delle facoltà di educazione e sanitaria ed educazione fisica, ritenuti a rischio. Età media: 21.6	Spinta alla magrezza, patologia alimentare	Non specificato	12 sessioni a cadenza settimanale	Autostima, educazione ai media. Il secondo intervento ha aggiunto inoltre attività online basate sulla dissonanza cognitiva.	Staff della ricerca	Quasi-RCT che ha paragonato due interventi attivi di prevenzione a un gruppo di controllo psicoeducativo.	6 mesi	Nell'intervento più inclusivo, che comprendeva elementi di dissonanza cognitiva, è ridotta nelle femmine, la spinta alla magrezza (al post-intervento) e la patologia alimentare, nella forma di esercizio eccessivo (al follow-up). I maschi, invece, hanno migliorato l'immagine corporea e la spinta alla muscolosità.

Stice E., Rohde P., Butryn M. L., Shaw H., Marti C. N. (2015)	408 studentesse, appartenenti a otto università di Pennsylvania, Texas e Oregon, con preoccupazioni relative all'immagine corporea. età media: 21.6,	Internalizzazione ideale di magrezza, insoddisfazione corporea, comportamenti di dieta, sintomi di DCA, disagio psicosociale, utilizzo dei servizi sanitari, BMI, affettività negativa.	Ideal-Body Stereotype Scale-Revised; Satisfaction and Dissatisfaction with Body Parts Scale; Dutch Restrained Eating Scale; Beck Depression Inventory; EDDI; Social Adjustment Scale; Patterns of Help Seeking Behavior Scale	4 sessioni a cadenza settimanale, in gruppi composti da 5/9 partecipanti	Teoria della dissonanza cognitiva (Progetto corpo)	Clinici	Le partecipanti sono state assegnate casualmente al gruppo intervento (N=203) o al gruppo di controllo con brochure educativa (N=205)	1 anno 2 anni 3 anni	L'intervento, che si proponeva di testare l' <i>effectiveness</i> di un programma modificato, ha ottenuto nei partecipanti una diminuzione maggiore dei fattori di rischio, dei sintomi di DCA, del disagio psicosociale al <i>follow-up</i> a 3 anni rispetto al gruppo di controllo. Non sono state invece riscontrate sostanziali differenze nell'utilizzo dei servizi sanitari, nel BMI e nell'insorgenza di DCA. I risultati suggeriscono inoltre che una grande varietà di facilitatori può portare a termine Progetto corpo con efficienza e ciò ha implicazioni incoraggianti per la diffusione.
---	--	---	---	--	--	---------	---	----------------------------	--

DISCUSSIONE

Nel presente paragrafo è presentata una sintesi delle variabili rispondenti alle principali voci, così da avere una panoramica delle caratteristiche più salienti dei programmi oggetto di analisi.

Per quanto riguarda la voce Campione, tra le caratteristiche dei partecipanti emerge una certa eterogeneità.

Relativamente al sesso, i programmi riportati sono indirizzati quasi esclusivamente a soggetti di sesso femminile. Ciò sia perché la prevalenza dei DCA si registra primariamente fra le adolescenti e le giovani donne, che rappresentano dunque un target elettivo negli interventi di prevenzione, sia perché i fattori di rischio su cui la maggior parte di questi si focalizzano, ad esempio l'ideale di magrezza, sono spesso più significativi per il sesso femminile che maschile.

In riferimento all'età, il *range* si presenta molto ampio, dalla preadolescenza alla prima età adulta. Secondo Stice, Shaw e Marti (2007), dal momento che i DCA si sviluppano soprattutto tra i 15 e i 19 anni, i programmi di prevenzione più efficaci sono proprio quelli indirizzati a soggetti appartenenti a questa fascia di età.

Circa la voce Variabili indagate, dalla ricerca emerge come i programmi preventivi di successo si pongano l'obiettivo di modificare quei fattori più correlati al rischio di

sviluppare un DCA (Ciao, Loth, Neumark-Sztainer, 2014). In particolare, è possibile evidenziare come la maggior parte dei programmi siano indirizzati, da un lato, ad aumentare: la resistenza verso la pressione culturale alla magrezza, l'accettazione e la soddisfazione corporea, le capacità di gestione del peso salutare; dall'altro, a ridurre: gli stati d'animo negativi, l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, i comportamenti relativi a diete restrittive, i sintomi dei DCA. I contenuti di altri programmi riguardano, invece, l'alimentazione salutare, tipicamente orientata a un approccio *non-dieting*; l'alfabetizzazione ai media, che è indirizzata ad esplorare le pressioni socio-culturali verso gli ideali non realistici di bellezza e a discutere le conseguenze individuali e socio-culturali ad esse legate. Alcuni programmi, inoltre, promuovono attività fisica moderata e salutare (Controllo salutare del peso, *New Moves*), altri ancora educano ad una sana gestione del peso (*Student Bodies*, Controllo salutare del peso, Programma di Yager). In misura più ridotta, infine, alcuni programmi introducono anche altri contenuti, quali l'autostima e lo stress (Programma di Stewart), il *self-empowerment* e il supporto sociale (*New Moves*) (ivi).

In riferimento ai contenuti, è stata rilevata un'evidenza secondo la quale gli interventi che si focalizzano sull'accettazione corporea sono più efficaci di quelli che non considerano tale variabile, probabilmente perché il suo opposto, ossia l'insoddisfazione corporea, tende a correlarsi ad una serie di problemi, quali diete non salutari, affettività negativa, nonché comportamenti specifici connessi ai disordini alimentari (quali il vomito autoindotto e l'uso di lassativi per il controllo del peso), pertanto una sua riduzione implicherebbe, di conseguenza, una diminuzione di queste manifestazioni disfunzionali.

Tuttavia è necessario sottolineare come l'evidenza che un fattore moderatore sia associato all'efficacia di un intervento non consente tout court di stabilire dei nessi causa-effetto (Stice, Shaw, Marti, 2007). Infatti, negli studi longitudinali condotti da Stice, Marti e Durant (2011), la pressione culturale percepita ad esseri magri, l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, l'insoddisfazione corporea, la restrizione

dietetica e gli stati emotivi negativi sono stati rilevati come fattori di rischio variabili, ma non causali, ed è altissima la percentuale di falsi positivi fra coloro che presentano un'insoddisfazione per le proprie forme corporee, ma che poi non manifestano un DCA. Sempre in tale lavoro, tuttavia, gli autori confermano come tale fattore di rischio sia quello con la maggior potenza predittiva, per cui rappresenta una variabile chiave su cui focalizzarsi negli interventi di prevenzione.

Relativamente alla voce Sessioni, esistono alcune differenze fra i programmi, soprattutto per quanto concerne il numero degli incontri, poiché si passa da un minimo di 3-4 sessioni a cadenza settimanale, di Progetto Corpo e Controllo salutare del peso, ad un massimo di 12-16 sessioni del Programma di Yager e di *New Moves*.

Le ricerche sono concordi nello stabilire che interventi *spot* di un'ora risultino insufficienti a produrre cambiamenti duraturi nel tempo. Gli interventi in più sessioni al contrario danno ai partecipanti sia la possibilità di riflettere, tra una sessione e l'altra, al fine di massimizzarne l'interiorizzazione, sia di sperimentare le nuove capacità apprese, per poi tornare nel gruppo e ricevere consigli sulla risoluzione degli eventuali problemi riscontrati (Stice, Shaw, Marti, 2007).

Per quanto concerne la voce Teoria di riferimento, la maggior parte dei programmi si ispira all'approccio cognitivo-comportamentale, indirizzato a promuovere cambiamenti negli atteggiamenti o nei comportamenti. Più specificatamente le teorie utilizzate includono quella socio-cognitiva (ad es. nei programmi *New Moves*, *Eating, Aesthetic Feminine Models and the Media*), quella cognitivo-comportamentale o comportamentale (Programma di Stewart, *Student Bodies*, Controllo salutare del peso) e quella della dissonanza cognitiva (Programma di Yager, Progetto Corpo).

Secondo la metanalisi di Le e collaboratori (2017), per i programmi basati sulla teoria cognitivo-comportamentale sono stati osservati miglioramenti significativi nei comportamenti di *dieting*, nei comportamenti bulimici e nell'insoddisfazione corporea rispetto al gruppo di controllo, con effetti da ridotti a moderati al post-intervento e ai follow-up fino a 9 mesi; gli interventi di alfabetizzazione ai media hanno invece ottenuto una riduzione significativa dell'internalizzazione (o accettazione) degli ideali

relativi all'apparenza dettati dalla società. Sono state poi riscontrate, nei programmi focalizzati sulla dissonanza cognitiva, differenze statisticamente significative, rispetto ai gruppi di controllo, nell'insoddisfazione corporea, nei comportamenti di *dieting* e nell'affettività negativa al post-intervento e al follow-up a 12 mesi. L'aspetto più rilevante è che i gruppi sperimentali, rispetto al gruppo di controllo, hanno mantenuto una differenza moderata nell'internalizzazione dell'ideale di magrezza anche ai follow-up a tre anni. Infine, gli approcci basati sulla teoria comportamentale (Controllo salutare del peso) hanno ottenuto delle differenze nei comportamenti di *dieting*, nell'internalizzazione dell'ideale di magrezza e nell'insoddisfazione corporea e un cambiamento sostanziale, con assenza di eterogeneità tra gli interventi, del BMI dopo 12 mesi.

Nonostante il prevalere dell'orientamento cognitivo-comportamentale, secondo alcuni autori (Ciao, Loth, Neumark-Sztainer, 2014) non vi è un approccio teorico maggiormente raccomandato, ma è di fondamentale importanza la presenza di una solida base teorica che guidi gli interventi di prevenzione; tuttavia, dalla metanalisi condotta da Watson *et al.* (2016) le evidenze più forti sono state riscontrate per gli interventi di dissonanza cognitiva (in particolare Progetto Corpo), seguiti dagli interventi basati sulla teoria cognitivo-comportamentale (*Student Bodies*) e dal programma Controllo salutare del peso.

In riferimento alla voce Conduzione, gli interventi di prevenzione sembrano essere più efficaci quando gestiti dagli ideatori degli stessi o da professionisti appositamente preparati piuttosto che da provider endogeni, quali insegnanti o altre figure che lavorano all'interno della scuola. Ciò sia perché questi ultimi potrebbero non dedicarvi lo stesso tempo ed energie rispetto ai conduttori specializzati, in quanto oberati di altre responsabilità e compiti (ad esempio didattica), sia perché sottoposti ad una minore formazione specializzata sui contenuti del programma e ad una più scarsa supervisione. Inoltre, i professionisti avendo la possibilità di attuare gli interventi più spesso durante l'anno scolastico e in diverse scuole hanno maggiori possibilità di sviluppare e affinare le proprie performance (Stice, Shaw, Marti, 2007).

Occorre precisare, tuttavia, che Butryn e colleghi (2014), nell'indagare i possibili

fattori moderatori di un trial di *effectiveness* di Progetto Corpo, non hanno riscontrato differenze statisticamente significative relativamente alle caratteristiche dei conduttori, sostenendo che *l'effectiveness* non è moderata dal livello di educazione, età, BMI o sesso dei facilitatori: secondo gli autori, dopo aver ricevuto una formazione e supervisione adeguata, un ampio *range* di facilitatori potrebbe essere in grado di condurre efficacemente l'intervento.

Pertanto, non va sottovalutata l'importanza di sviluppare programmi attuabili il più possibile in condizioni naturali e da conduttori endogeni, al fine di permetterne un'implementazione più vasta e a costi minori.

Un dato importante è rappresentato dai risultati ottenuti da programmi che hanno utilizzato come conduttori gli stessi pari, precedentemente istruiti e forniti di materiali adattati alle loro necessità (Becker *et al.*, 2010). Tali risultati sono molto significativi, poiché hanno inoltre il vantaggio di sortire dei benefici anche per i conduttori stessi (Becker *et al.*, 2008).

Un elemento su cui i diversi studi concordano è una modalità di conduzione che privilegi un setting di gruppo, piuttosto che individuale. Grazie ai benefici apportati dal gruppo, quali il supporto sociale, la condivisione, il confronto, si ottengono risultati migliori che nelle sessioni individuali, sebbene queste ultime possano essere utilizzate in alcuni casi come integrazione al programma di gruppo (ad es. nel programma *New Moves*).

Inoltre, la maggior parte dei programmi, utilizza la conduzione *face-to-face* e molti sono attuati a scuola, nelle classi, durante gli orari di lezione o comunque in setting altamente strutturati (Ciao, Loth, Neumark-Sztainer, 2014). Secondo la metanalisi condotta da Watson e collaboratori (2016), i programmi *computer-based* hanno prodotto effetti minori, tuttavia, come essi sottolineano, vista l'importanza di una disseminazione capillare della prevenzione, sarebbe auspicabile lavorare per un loro rafforzamento e miglioramento.

Alcuni programmi, infine, prevedono giochi di ruolo o assegnano compiti da svolgere a casa fra una sessione e l'altra, al fine di incrementare il coinvolgimento dei

partecipanti e produrre cambiamenti maggiori e duraturi nel tempo.

PROSPETTIVE DI RICERCA FUTURE

Dalla revisione metanalitica dei programmi di prevenzione dei DCA condotta da Stice, Shaw e Marti (2007) è emerso come il 51% dei programmi risulti efficace nel decrementare i fattori di rischio collegati a tali disturbi e il 29% nel ridurre le patologie attuali o future. Tenendo conto di ciò e considerando che in 10 anni di ricerca ulteriori progressi sono stati compiuti, come si rileva anche dalla presente revisione, si evince come la prevenzione in tal senso abbia ottenuto ed ottenga risultati promettenti.

Tuttavia, ancora molto può essere fatto per migliorare ulteriormente gli interventi ed arrivare ad implementare programmi di prevenzione con sempre maggiori prove di efficacia ed effetti benefici più consistenti nel medio e nel lungo termine.

Innanzitutto, poiché allo stato attuale risultano più efficaci gli interventi di prevenzione selettiva, per soggetti a rischio di età superiore ai 15 anni, programmi che tuttavia non sono esenti da effetti iatrogeni (Becciu, 2009), riferibili a una sorta di normalizzazione dei DCA e ad un aumento dei comportamenti nocivi (es. condotte di eliminazione) a seguito delle nuove conoscenze acquisite nel corso dei programmi stessi, le ricerche future potrebbero focalizzarsi sulla progettazione di programmi universali di comprovata efficacia (Dalle Grave, 2014).

In secondo luogo, dal momento che recenti studi stanno dimostrando come tali disturbi riguardino in maniera crescente anche la popolazione maschile e come i primi sintomi si manifestino in età sempre più precoci, già a partire dagli ultimi anni della scuola primaria e dai primi anni di secondaria (Jaffa, McDermott, 2009), potrebbe essere importante focalizzare la ricerca verso programmi di prevenzione per entrambi i generi e per fasce di età inferiori ai 15 anni.

Inoltre, sono auspicabili ricerche finalizzate all'identificazione dei fattori di rischio specifici connessi ai DCA, con alto valore predittivo, in modo tale da centrare ulteriormente i contenuti dei programmi di prevenzione (Pratt, Woolfenden, 2002).

Ancora, da numerosi studi emerge come un approccio integrato fra la prevenzione dei DCA e dell'obesità possa risultare pratico ed efficace (Neumark-Sztainer *et al.*, 2007), come già dimostrato da alcuni programmi citati, come *New Moves* e Controllo salutare del Peso, i quali hanno ottenuto risultati soddisfacenti nella prevenzione di entrambe le problematiche.

Maggiori sforzi, dunque, possono essere fatti al fine di veicolare messaggi riguardo la salute, la corretta alimentazione e l'attività fisica (Ciao, Loth, Neumark-Sztainer, 2014). Per far ciò, diventa essenziale identificare con maggiore chiarezza quali siano i fattori di rischio condivisi da entrambe le problematiche: alcuni dati preliminari indicano che la dieta, l'uso dei media, l'insoddisfazione corporea, l'affettività negativa e le prese in giro sulla forma del corpo e sul peso abbiano un ruolo sia nello sviluppo dell'obesità che dei DCA, ma al riguardo sono necessarie ulteriori evidenze (Stice, Becker, Yokum, 2013; Dalle Grave, 2014).

Un'ulteriore indicazione concerne i setting e i soggetti coinvolti nell'intervento. La maggior parte degli studi, come già affermato, viene svolta in setting tradizionali, quali scuole e gruppi selezionati. Anche per la rilevanza che hanno le influenze socio-culturali nell'insorgenza dei DCA, gli sforzi preventivi potrebbero essere più efficaci se i programmi coinvolgessero anche il sistema sociale più ampio, nel quale gli individui sono immersi, rendendo partecipi le famiglie, le comunità e le istituzioni, al fine di creare un ambiente che esponga a minori fattori di rischio e che sia maggiormente protettivo.

Dalle Grave (2014) inoltre, sostiene la necessità di superare i difetti metodologici di alcuni programmi, quali: la mancanza di gruppi di controllo e della randomizzazione, l'utilizzo di campioni insufficienti, di misurazioni non validate o di strumenti esclusivamente di autovalutazione (i quali tendono ad alterare le misure effettive).

Infine, bisognerebbe prevedere un'applicazione su più ampia scala di molti programmi e incrementare gli studi di *effectiveness*, anche attraverso diversi trial di comparazione, in modo da determinare quali siano i risultati effettivi nel mondo

reale, ovvero in condizioni naturali e non controllate, per verificare se - anche in tal caso - si producono gli effetti desiderati; promuovere la disseminazione e l'implementazione dei programmi ricercando i metodi ottimali per farlo (Stice, Becker, Yokum, 2013).

LIMITI

Tale rassegna potrebbe presentare alcuni limiti. Innanzitutto, la scelta di utilizzare un solo *database*, pur essendo *SCOPUS* una delle banche dati più ampie ed esaustive, e di restringere il campo delle ricerche tramite parole chiave molto specifiche potrebbe aver ridotto notevolmente l'ambito degli studi esistenti: tuttavia tale decisione è stata dettata dalla necessità di focalizzare all'interno della vasta letteratura presente i programmi *evidence-based* di prevenzione selettiva dei disturbi alimentari

Un ulteriore limite è rappresentato dalla inevitabile possibilità di errore che potrebbe essersi verificato, nonostante le numerose revisioni, nello screening e nella selezione degli articoli, tutti in lingua inglese.

BIBLIOGRAFIA

APA - American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

APA - American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.

Bailey A. P., Parker A. G., Colautti L. A., Hart L. M., Liu P., Hetrick S. E. (2014). Mapping the evidence for the prevention and treatment of eating disorders in young people. *J Eat Disorder*, 2(5). DOI: 10.1186/2050-2974-2-5.

Becciu M. (2009). La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), *Psychomed*, Anno IV, 1-2-3, 80-88.

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

Becker A.E., Burwell R.A., Gilman S.E., Herzog D.B., Hamburg P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J*

Psychiatry, 180, 509-514. DOI: 10.1192/bjp.180.6.509.

Becker C. B., Wilson C., Williams A., Kelly M., McDaniel L., Elmquist J. (2010). Peer facilitated cognitive dissonance versus healthy weight eating disorders prevention: A randomized comparison. *Body image*, 7(4), 280-288. DOI: 10.1016/j.bodyim.2010.06.004.

Beintner I., Jacobi C., Taylor C. B. (2012). Effects of an Internet-based prevention programme for eating disorders in the USA and Germany - a meta-analytic review. *Eur Eat Disord Rev*, 20, 1-8. DOI: 10.1002/erv.1130.

Butryn M. L., Rohde P., Marti C. N., Stice E. (2014). Do participant, facilitator, or group factors moderate effectiveness of the Body Project? Implications for dissemination. *Behav Res Ther*, 61, 142-149. DOI: 10.1016/j.brat.2014.08.004.

Ciao A. C., Loth K., Neumark-Sztainer D. (2014). Preventing eating disorder pathology: Common and unique features of successful eating disorders prevention programs. *Curr Psychiatry Rep*, 16(7), 453. DOI: 10.1007/s11920-014-0453-0.

Dalle Grave R. (2014). Prevenzione dei disturbi dell'alimentazione nella scuola: progressi e sfide future in Dalla Ragione L., Giombini L. (Eds.), *Solitudini imperfette. Le buone pratiche di cura nei disturbi del comportamento alimentare*. Todi: AUSL 1 Umbria.

De Virgilio G., Coclite D., Napoletano A., Barbina D., Dalla Ragione L., Spera G., Di Fiandra T. (Eds.) (2013). *Conferenza di consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1972_allegato.pdf

Greenberg M.T., Domitrovich C., Bumbarger B. (2000). *Preventing Mental Disorders in school-age children: A Review of the Effectiveness of Prevention programs*. The Pennsylvania State University.

Gordon R. A. (1991). *Anoressia e Bulimia. Anatomia di una epidemia sociale*. Milano: Raffaello Cortina.

Jaffa T., McDermott B. (Eds.) (2009). *I disturbi del comportamento alimentare nei bambini e negli adolescenti*. Milano: Raffaello Cortina.

Le L. K. - D, Barendregt J. J., Hay P., Mihalopoulos C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 53, 46-58. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.02.001.

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

López-Guimerà G., Sánchez-Carracedo D., Fauquet J., Portell M., Raich R. M. (2011). Impact of a school-based disordered eating prevention program in adolescent girls: general and specific effects depending on adherence to the interactive activities. *Span J Psychol*, 14(1), 293-303. DOI: 10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.26.

Luxardi G. L., Pozzi M. (2016). La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare in Becciu M., Colasanti A. R. (Eds.), *Prevenzione e salute mentale. Manuale di psicologia preventiva*. Milano: Franco Angeli.

Mrazek P.J., Haggerty R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington. National Academy Press.

Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altamann D. G., The Prisma Group (2015). Linee guida per il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi: il PRISMA Statement. *Evidence*, 7(6): e1000114. DOI: 10.4470/E1000114.

Neumark-Sztainer D., Wall M. M., Haines J. I., Story M. T. Sherwood N. E., van derBerg P. A. (2007). Risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J PrevMed*, 33(5), 359-369. DOI: 10.1016/j.amepre.2007.07.031.

Paxton S. J., Eisenberg M. E., Neumark-Sztainer D. R. (2006). Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five-year longitudinal study. *Dev Psychol*, 42(5), 888-899. DOI: 10.1037/0012-1649.42.5.888.

Pratt B., Woolfenden S. (2002). Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 2. DOI: 10.1002/14651858.CD002891.

Resnikow K., Botvin G. (1993), On the effects of school health education programs: why do they decay? *Preventive Medicine*, 22, 484-490.

Sánchez-Carracedo D., López-Guimerà G., Fauquet J., Puntí J. (2013). Integrated approach to the study of eating and weight-related problems: a paradigm shift. *Annu Clin Health Psychol*, 9, 57-59. http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_9_eng_57-59.pdf

Stice E., Becker C. B., Yokum S. (2013). Eating disorder prevention: Current evidence-base and future directions. *Int J Disord*, 46(5), 478-485. DOI: 10.1002/eat.22105.

Stice, E., Butryn, M. L., Rohde, P., Shaw, H., Marti, C. N. (2013). An effectiveness trial of a new enhanced dissonance eating disorder prevention program among female college students. *Behav Res Ther*, 51, 862-871. DOI: 10.1016/j.brat.2013.10.003

Stice E., Marti C. N., Durant S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behav Res Ther*, 49(10), 622-627. DOI: 10.1016/j.brat.2011.06.009.

Stice E., Marti C. N., Rohde P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol*, 122(2), 445-457. DOI: 10.1037/a0030679.

Stice E., Marti C. N., Rohde P., Shaw H. (2011). Testing mediators hypothesized to account for the effects of a dissonance eating disorder prevention program over longer-term follow-up. *J Consult Clin Psychol*, 79(3), 398-405. DOI:10.1037/a0023321.

Stice E., Rohde P., Butryn M. L., Shaw H., Marti C. N. (2015). Effectiveness trial of a selective dissonance-based eating disorder prevention program with female college students: Effects at 2- and 3-year follow-up. *Behav Res Ther*, 71, 20-26. DOI: 10.1016/j.brat.2015.05.012.

Stice E., Rohde P., Durant S., Shaw H. (2012). A preliminary trial of a prototype internet dissonance-based eating disorder prevention program for young women with body image concerns. *J*

Consult Clin Psychol, 80(5), 907-916. DOI: 10.1037/a0028016.

Stice E., Rohde P., Shaw H., Marti C. N. (2013). Efficacy trial of a selective prevention program targeting both eating disorders and obesity among female college students: 1- and 2- year follow up effects. *J Consult Clin Psychol*, 81(1), 183-189. DOI: 10.1037/a0031235.

Stice E., Shaw H., Marti C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 207-231. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447.

Watson H. J., Joyce T., French E., Willan V., Kane R. T., Tanner-Smith E. E., McCormack J., Dawkins H., Hoiles K. J., Egan S. J. (2016). Prevention of Eating Disorders: A Systematic Review of Randomized, Controlled Trials. *Int J Eat Disord*, 49(9), 833-862. DOI: 10.1002/eat.22577.

PARENT TRAINING DOMICILIARE IN INFANZIA (0-6 ANNI): UNA RASSEGNA PRELIMINARE

Guido Cristiana Alessia, Giner Alventosa Marta, Gubbiotti Alessandra, Orsini Francesca, Pucciarini Maria Laura, Fresu Erica, Adinolfi Martina, Colombi Giorgia, Borrelli Veronica, Bruzzese Alessandro, Budelli Cristiano, Elefante Francesca, Borgo Paola, Riccardis Raffaele⁵

INTRODUZIONE

La genitorialità è una fase molto delicata nella vita di una persona e della coppia e può essere ancor più impegnativa quando le famiglie vivono più stress nella loro vita quotidiana.

I genitori sono le figure di primaria importanza nello sviluppo del bambino e rivestono un ruolo fondamentale nella sua educazione e crescita: si è consolidata, pertanto, l'idea che migliorare l'interazione favorisce e potenzia comportamenti più adeguati. Molti programmi di sostegno alla genitorialità sono quindi progettati per migliorare le capacità genitoriali e per ridurre effetti negativi a lungo termine sullo sviluppo del bambino.

Il *Parent Training* è un trattamento basato sulla modificazione del comportamento dei genitori e si fonda sulla teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 1977), la cui natura psicoeducativa aiuta i genitori a migliorare le relazioni con i propri figli, e ad affrontare più efficacemente i problemi educativi che si possono presentare. Questa tecnica prende vita alla fine degli anni '60 da Hanf, inizialmente come modello di intervento nei casi di disturbi del comportamento infantile, ma negli ultimi anni ha assunto un ruolo essenziale nel lavoro con i minori e con le loro famiglie. Il genitore sperimenta la possibilità di scoprire risorse, capacità ed attitudini nascoste e si percepisce protagonista del cambiamento del bambino, raggiungendo così obiettivi

⁵ Centro per la Ricerca in Psicoterapia, Roma. Email: raffaericcardis@fastwebnet.it

importanti che potevano sembrare difficilmente attuabili.

Nel contesto naturale, ovvero l'ambiente domestico delle famiglie, il processo di cambiamento ha il vantaggio di poter avvenire in maniera quasi sincronica con le esigenze delle persone, riducendo il mantenimento o peggioramento di condizioni a rischio e rinforzando le risorse già in essere. L'azione terapeutica può rompere gli schemi disfunzionali del sistema (Beck, 1984) provocando una sua "messa in discussione", mentre nel contempo si attua un'analisi delle cause che hanno comportato l'insorgenza dei problemi. Richiedere la realizzazione di un'azione diversa ed osservare insieme alle famiglie il risultato che si ottiene, è come incoraggiare i clienti ad assumere il punto di vista di ricercatori che, nella pratica, raggiungono una consapevolezza: risultati diversi si possono ottenere solo variando gli esperimenti e non ripetendo sempre le stesse azioni. Nel raggiungimento di tale consapevolezza, l'impatto emotivo della scoperta offre al terapeuta di attivare processi di pensiero che possono accelerare il processo terapeutico rendendolo più stabile.

In tale contesto si ha la possibilità di entrare nella "verità" del funzionamento del sistema che, proprio perché si trova in una condizione di consuetudine familiare, si mostra in maniera autentica poiché riduce meccanismi autoregolativi difensivi, soprattutto con l'instaurarsi di una alleanza terapeutica.

Se l'osservazione diretta permette di "respirare" il clima autentico che si vive all'interno di una famiglia, comprendendone ruoli e confini, apertura/chiusura, flessibilità/rigidità, allo stesso tempo è possibile costruire una nuova fonte d'apprendimento per il sistema familiare, vale a dire la condizione "in vivo" di mettere in atto tecniche e strategie terapeutiche con l'opportunità di supervisione e modellamento diretto su azioni quotidiane centrate sulla cura della prole. (Borgo, Pagliariccio, Riccardis, 2014).

OBIETTIVI DELLA RICERCA

Il presente lavoro ha lo scopo di valutare l'efficacia dei programmi di *Parent*

Training domiciliare rivolto ai bambini in prima infanzia (0-6 anni) e alle loro famiglie per prevenire e contenere i fattori di rischio e promuovere il benessere.

Una attenta analisi degli studi su gli interventi nell'ambito del contesto naturale presenti in letteratura (Tambelli, Volpi, 2015) ha permesso di individuare tempestivamente gli indicatori di rischio per il benessere psicologico della madre, del padre, del bambino e di tutto il nucleo familiare e mettere in atto interventi precoci per promuovere uno sviluppo sano del bambino.

Un fattore protettivo da tali rischi è rappresentato dalle modalità di *parenting* secondo la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1989). La teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1989) mette in evidenza quanto sia importante lavorare nella direzione dello sviluppo di quelle competenze genitoriali che possano rispondere ai fabbisogni biologici e psicologici del bambino. Inoltre i risultati delle ricerche longitudinali, prima fra tutte *The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood* (Sroufe *et al.* 2005), che ha analizzato l'evoluzione dell'attaccamento dall'infanzia fino all'età adulta, ha messo chiaramente in evidenza come un buon bagaglio di partenza, costituito da una relazione di accadimento amorevole e supportiva, possa predisporre l'individuo verso la costituzione

CRITERI DI SELEZIONE DEGLI STUDI

Gli studi sono individuati attraverso una ricerca su *database* come *Google Scholar* e la Biblioteca Valentini dell'università La Sapienza di Roma reperendo articoli che trattassero l'intervento domiciliare nella prima infanzia, dove la prevenzione deve essere necessariamente diretta verso quegli aspetti dell'ambiente familiare (come ad esempio la depressione materna, ansia, abuso, o la trascuratezza), che sappiamo essere degli importanti fattori di rischio che minano le capacità di holding materno (Tambelli, Volpi, 2015).

La prima impressione è che non ci fosse particolare materiale sull'intervento domiciliare, se non per quanto riguardasse articoli di intervento sull'autismo e di altre forme di disabilità, che era stato fin dall'inizio un criterio di esclusione al fine di osservare la presenza di interventi domiciliari che riguardassero altre difficoltà, come

ad esempio fattori predittivi di problematiche di comportamento, o fattori di rischio inerenti alla costruzione di una buona interazione diadica e triadica. La disomogeneità degli articoli trovati per età e per problematiche, pochi per numero e significatività, non avrebbe permesso un lavoro di rassegna tra studi con simili caratteristiche. Invece nella fascia di età della prima infanzia (0-6) abbiamo trovato diversi studi che ci hanno permesso di poter svolgere tale studio di rassegna sul *parent training* domiciliare.

Inizialmente la ricerca è stata effettuata mediante le seguenti parole chiavi:

Home visiting Program, childhood, adolescent, natural context, risk factors for mental health

E successivamente riguardo la scelta del nostro lavoro di rassegna *Parent training* domiciliare in infanzia (0-6 anni), le seguenti parole chiavi: *“Family Home visiting”, 0-6 age, “risk factor mental health”*.

Nella selezione del lavoro sono stati selezionati i seguenti criteri di inclusione:

- articoli pubblicati in lingua inglese e con testo completo;
- programmi specifici di intervento domiciliare o nel contesto naturale nella prima infanzia, fascia da zero a sei anni;
- interventi preventivi di tipo selettivo che cercano di identificare precocemente una patologia o i fattori specifici in grado di determinarne l'insorgenza, con l'obiettivo di ridurre gli effetti negativi;
- programmi con catamnesi di sei mesi con significatività statistica e un gruppo di controllo.
- utilizzo di strumenti di validazione.

Per quanto riguarda i criteri di esclusione sono stati adottati le seguenti condizioni:

- indisponibilità dell'articolo;
- articoli che presentano osservazioni cliniche senza dati statistici;
- studi con catamnesi assente o con la durata di un periodo al di sotto dei sei mesi.
- programmi d'intervento inerenti all'autismo e ad altre disabilità (es. ritardo mentale).

Inizialmente sono stati reperiti 35 articoli, di cui 5 in cui non è stato possibile reperire il testo, un'altra scrematura basata sul titolo e sul contenuto *dell'abstract*, ha fatto eliminare altri 10 articoli. Sui 20 articoli restanti, una volta applicati i criteri di inclusione, ne sono rimasti 5. Gli studi selezionati vanno dall'anno 2000 al 2016.

SISTEMA DI CODIFICA

Gli studi selezionati sono stati esaminati e divisi ciascuno secondo il seguente sistema di codifica che comprende le seguenti voci: Definizione del problema clinico, lo Scopo dello studio, Campione (destinatari dell'intervento, età dei soggetti, condizioni socio-culturali); Metodologia (operatori, modalità dell'intervento, strumenti utilizzati, teorie di riferimento); Risultati (quanto è emerso rispetto agli obiettivi concernenti lo studio, follow-up evidenziati a breve, medio e lungo termine); Conclusioni (vantaggi tratti dallo studio e criticità da approfondire e sviluppare in seguito nei prossimi studi).

Autori, anno	Programma	Partecipanti	Operatori	Durata Intervento e Catamnesi	Risultati	Paese
Hermanns Jo M.A., Asscher J. J., Zijlstra B.J.H., Hoffenaar P.J., Deković M., (2013)	Home start	Genitori e bambini (0-6)	Volontari formati	10 mesi 1 visita di due ore a settimana Catamnesi a 6mesi	Miglioramenti delle competenze genitoriali e del comportamento dei bambini rispetto ai gruppo di controllo (famiglie con elevati livelli di stress dei genitori e campione di famiglie senza necessità di supporto.	USA
Smallegang e E.S., Hermanns M.A., OortF.J., (2016)	Home Start e Triple P	Madri/Genitorie bambini (1,5-3,5)	Volontari formati e Operatori	10-12 mesi Catamnesi 6 mesi	Miglioramenti significativi nelle competenze familiari nel gruppo Home Start; Non ci sono differenze significative per chi è stato sottoposto ad entrambi i programmi	USA

Judith J. Carta, PhD, Jennifer Burke Lefever, PhD, Kathryn Bigelow, PhD, John Borkowski, PhD, and Steven F. Warren, PhD A, (2000)	Pat e Cpat	Madri e bambini (3,5 -5,5)	Psicologo familiare Assistente	6 mesi con frequenza settimanale Catamnesi a 6 mesi	Miglioramento significativi dello stress e depressione materna rispetto al controllo; migliori i risultati per il gruppo con Cpat ma non significativi; bambini con madri nel gruppo Cpat hanno mostrato comportamenti più maturi rispetto al controllo	USA
Kendrick D., Elkan R., Hewitt M., Dewey M., Blair M., Robinson J., Williams D., Brummell K., (2000)	Home visiting	Madri/famiglie e bambini (0-6)	Psicologo Assistenti sociali Infermieri Volontari	Dai 6 mesi a 2 anni Catamnesi anche superiori a 2 anni	Miglioramento dell'umore delle madri, e delle competenze genitoriali e del comportamento dei bambini.	GRAN BRETAGNA
Sweet & Appelbaum (2004)	Home visting	Madri/genitori e bambini (0-3)	Professionisti, Figure para professionali, Non professionisti	Dai 6 mesi a 2 anni Catamnesi anche superiori a 2 anni	Miglioramento delle competenze genitoriali, educazione materna e del comportamento dei bambini.	USA

Tabella. Principali caratteristiche degli studi selezionati

DISCUSSIONE

Nel presente paragrafo è presentata una sintesi delle variabili sopra esposte riguardanti gli studi descritti negli articoli selezionati nella nostra rassegna, mettendo in risalto le caratteristiche e i risultati più significativi emersi dal confronto degli studi presi in esame.

L'ipotesi di partenza è che il supporto alla genitorialità possa fornire un potenziamento delle capacità genitoriali e favorire una riduzione della frequenza dei comportamenti disadattivi nei genitori e nei figli ed anche un miglioramento qualitativo dell'ambiente domestico, soprattutto all'interno di contesti considerati a rischio.

Lo scopo generale degli studi riguardava la valutazione degli effetti dell'intervento domiciliare circa l'educazione genitoriale (l'aumento delle abilità, dei comportamenti e capacità genitoriali e l'aumento delle abilità di interazione genitori-figli) e lo sviluppo infantile (tentativi di migliorare lo sviluppo o il benessere infantile). Tutti gli interventi riguardano il contesto domiciliare.

Il campione dello studio riguardava bambini nella fascia 0-6 anni. Gli interventi sono rivolti a bambini di entrambi i sessi. Tutti i programmi erano rivolti alla coppia genitoriale e alle madri, mentre il programma che prevede l'utilizzo del cellulare nel rinforzare l'intervento domiciliare è rivolto solo alle madri.

I destinatari dei programmi riguardano coppie genitoriale e/o madri che presentano dei fattori di rischio di media o significativa gravità. In tutti i programmi *Home-visiting* considerati erano presenti la maggior parte dei seguenti fattori di rischio: famiglie con basso reddito, bassa scolarità, la maternità adolescenziale, genitori separati, ragazze madri o psicopatologia dei genitori o problemi di sviluppo o comportamentali del bambino, fattori di rischio di maltrattamento o abuso. (Eckenrode *et al.*, 2000)

Per quanto riguarda la metodologia dell'intervento vi erano molte differenze fra i programmi, tanto che "*Home visiting*" è considerato un termine ombrello.

In esso infatti, rientrano differenti tipologie di intervento a seconda ad esempio del tipo di famiglie coinvolte, delle variabili in considerazione, del tipo di operatori che attuano l'intervento, l'età dei bambini, l'intensità del servizio, il tipo di servizio offerto, i metodi di reclutamento e di assegnazione delle famiglie al trattamento (Swett e Appelbaum, 2004).

Gli operatori che prendono parte ai programmi, i cosiddetti Home-Visitors (volontari, studentesse, persone appartenenti alla stessa etnia della famiglia, puericultrici, operatori sociali) non hanno una formazione professionale nel campo del sostegno alla genitorialità, essi sono addestrati per offrire il supporto necessario, orientato alle famiglie, su una serie di domini di funzionamento familiare, come ad esempio: genitorialità, gestione della casa, costruzione di una rete sociale e riferimento ai servizi. L'accento è posto sulla riduzione dei livelli di stress all'interno delle famiglie, la valorizzazione dei genitori, e il miglioramento delle relazioni sociali dei genitori.

In diversi programmi si associa la presenza di figure specializzate, come psicologi, nel campo dell'età evolutiva e della genitorialità, a figure che non hanno una qualifica professionale.

Gli strumenti utilizzati per la valutazione delle competenze genitoriali, gli indici clinici degli adulti, l'interazione madre/genitori-bambino, il comportamento del bambino sono i seguenti questionari auto-compilati per i genitori (pre/ durante/in media dopo 1,4 mesi) post-intervento (in media 6,6 mesi) ai follow-up (rispettivamente, dopo circa 12.5 e 49.2 mesi):

- Scala *Life-satisfaction* (Diener, Emmons, Larsen, e Griffin, 1985) indaga il benessere materno: a) soddisfazione della vita, b) umore depresso, c) sentimenti materni di competenza.).

- *Keys to Interactive Parenting Scale* (KIPS12);

- *The Behavior Assessment Scale for Children-2-Parent Report Scale* (BASC-2-PRS);

- *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis,1975): misura il benessere genitoriale-Problemi di genitorialità quotidiani, (sub-scala 'sentimenti di depressione dei genitori');

- *Parental Stress Index*: misura lo stress dei genitori (quattro sottoscale);
- *Empowerment questionnaire* (EMPO): misura la competenza genitoriale;
- *Nijmegen Parenting Questionnaire* misura il comportamento genitoriale;
- *Check List Child Behaviour* (CBCL / 2-3; Achenbach, 1992;) valuta i problemi comportamentali nel bambino
- *The Beck Depression Inventory-II*;
- *The Child Behavior Rating Scale* (CBRS).

Relativamente alla modalità d'intervento vengono presentati differenti programmi d'intervento.

Il programma Home-Start (Hermanss, Jessica, Asscher et altri, 2003) si concentra sul benessere dei genitori attraverso il sostegno sociale, sotto forma di “amicizia temporanea”, offerto dai volontari. I volontari sono stati addestrati in un programma di tre giorni e sessioni di richiamo due volte l'anno. Una volta al mese hanno ricevuto supervisione dal loro coordinatore locale. Le visite a domicilio sono settimanali per almeno due ore. La durata del programma è flessibile e ha una media di 10,5 mesi. L'intervento è orientato su criteri di funzionamento familiare e sociale: relazioni genitori-figli, gestione della casa, la costruzione di una rete sociale e rinvio ai servizi. Le misurazioni comprendevano tre tipi di indicatori: caratteristiche materne, il comportamento dei genitori e il comportamento problema del bambino.

Lo studio dimostra che i cambiamenti positivi nella genitorialità e nei bambini avvengono nella finestra di tempo dell'intervento Home-Start, cioè sono misurati direttamente dopo l'intervento che dura in media 6 mesi. Sono state osservate variazioni supplementari in tre anni e mezzo. A seguito di analisi multilivello i risultati mostrano effetti maggiormente positivi nel benessere, nella competenza e nel comportamento (comportamenti più funzionali) nel gruppo di famiglie sottoposto all'intervento di Home Start rispetto agli altri due; inoltre tale gruppo, a tre anni di distanza, non solo mostra un miglioramento nelle pratiche genitoriali (maggiore responsività) ma registra anche una diminuzione delle problematiche comportamentali dei bambini, sia sul versante esternalizzante che su quello internalizzante (meno comportamenti oppositivo-provocatorii, problematiche emotive

e d'ansia).

A differenza del lavoro precedente di E.S. Smallegange, J.M.A. Hermanns e F.J. Oort (2016) intendono valutare l'efficacia della combinazione del programma Home Start-Start e Triple P nel sostegno alla genitorialità nei Paesi Bassi; due tipi di intervento ampiamente implementati che hanno riportato rilevanti miglioramenti nella qualità dell'ambiente casalingo e del comportamento dei genitori.

Il Triple P (*Positive Parenting Programme*), fornito da professionisti, propone ai genitori un pacchetto predefinito di conoscenze, attività e tecniche su come influenzare positivamente lo sviluppo dei loro figli e gestire comportamenti difficili, concentrandosi sulla modifica del comportamento e su fattori protettivi come il benessere dei genitori. Questo intervento ha lo scopo di ridurre i fattori di rischio che sono associati allo sviluppo del bambino, come una genitorialità negativa, incrementando la conoscenza, le abilità genitoriali e la fiducia dei genitori. Il programma si compone di diversi moduli e ha cinque livelli di intervento che crescono in intensità. Il quarto livello utilizza materiali scritti, formazione, sostegno (include tutte le componenti del livello 3 e visite domiciliari per aiutare a trasferire le capacità acquisite).

Lo scopo dello studio, proprio per questo aspetto complementare dei due programmi, è quello di verificare che un'offerta combinata di supporto Home-Start e Triple P (di livello 4) si tradurrà in effetti più forti sul benessere dei genitori, sul comportamento genitoriale e su quello del bambino, piuttosto che offrire solo l'Home-Start. Inoltre, vi è la necessità di provare che l'offerta di questi programmi può portare (nel lungo termine) a cambiamenti all'interno delle famiglie in un ambiente comunitario. Per quello che risulta, l'effetto combinato di questi due programmi universali di sostegno alla genitorialità nella pratica di tutti i giorni non era ancora stato studiato.

Sono state reclutate nel periodo gennaio 2009 - dicembre 2011 le famiglie con un bambino nella fascia di età di 1,5-3,5 anni, con una sufficiente conoscenza della lingua olandese: 105 intervistate, tutte madri, sono state randomizzate a una delle

due condizioni di ricerca, 43 famiglie furono arruolate per l'intervento e 40 nella condizione di confronto. Per quanto riguarda la procedura, i coordinatori del programma Home-Start reclutarono gli intervistati che, dopo aver ricevuto informazioni dettagliate sulla ricerca, firmavano il consenso informato e venivano randomizzati ad una delle due condizioni di intervento. Dopo l'assegnazione, il primo questionario self-report veniva inviato via email e veniva fissata la prima visita domiciliare da un ricercatore formato. Durante questa visita a casa veniva raccolto il questionario (T1, pre-test). La stessa procedura avveniva dopo la cessazione del supporto, in generale dieci o dodici mesi dopo l'arruolamento (T2, post-test). A sei mesi era previsto il *follow-up* (T3) ed il terzo questionario veniva compilato e restituito al team di ricerca per posta. I genitori che erano stati assegnati all'intervento combinato hanno partecipato al training Triple P livello 4 da tre a cinque mesi dopo l'inizio dell'*Home-Start* per evitare di iniziare allo stesso tempo con un carico di attività eccessivo. Sulla base dei modelli teorici, riguardo il sostegno alla genitorialità menzionati, sono state selezionate come misure di esito il benessere genitoriale, la competenza genitoriale, la percezione di genitorialità, il comportamento genitoriale ed i problemi comportamentali del bambino.

Dall'analisi dei dati non emergono differenze tra le due condizioni di studio per la maggior parte delle misure relative alla variabile del "benessere genitoriale": gli intervistati del gruppo in cui era inserito solo il programma *Home-Start* hanno riportato gli stessi effetti del gruppo combinato nella maggior parte dei risultati selezionati. Inoltre, è emerso al post-test un aumento dell'umore depresso nei genitori del gruppo di intervento combinato rispetto al gruppo *Home-Start*. I risultati relativi al cambiamento nelle variabili del "comportamento genitoriale" non hanno mostrato alcun significativo cambiamento nel tempo: non sono emerse differenze nel tempo tra le due condizioni di ricerca. Per quanto concerne i cambiamenti nel comportamento del bambino, gli intervistati in entrambi i gruppi non hanno mostrato cambiamenti nel tempo. Per le sottoscale "ansia" e "comportamento di opposizione" è stato rilevato un aumento dei problemi riferiti nel gruppo combinato durante la catamnesi a sei mesi.

Il lavoro di Carta, Lever, Bigelow, Borkowski, Warren, (2012) ha l'obiettivo di verificare se sia più efficace un training genitoriale a delle madri con il PAT (programma di attività programmate) o il CPAT (versione a cui è aggiunto l'uso del cellulare) a 6 mesi dal trattamento e confrontato con un gruppo di controllo (WLC). Si ipotizza infatti che entrambi i training possano apportare un miglioramento nelle capacità genitoriali e una diminuzione dello stress rispetto il gruppo di controllo, ma che gli effetti positivi siano maggiori e più duraturi nel gruppo beneficiario del contatto telefonico.

Si sono riscontrate differenze significative tra i programmi PAT, CPAT e gruppo di controllo. Tali risultati sono associati al largo effetto tra entrambi gli interventi e il gruppo di controllo ($d = 1.13$ per CPAT contro WLC e $d = 0.81$ per PAT contro WLC). I benefici al gruppo sono continuati anche 6 mesi dopo il trattamento ($d = 0.54$ per CPAT contro WLC e $d = 0.44$ per PAT contro WLC). Stress materno e depressione a 6 mesi il tasso di depressione del gruppo CPAT è al 4%, nel gruppo PAT al 12% e tra CPAT e WLC al 13%. L'intervento CPAT ha diminuito significativamente lo stress materno rispetto al gruppo di controllo, non vi sono differenze significative tra gruppo PAT e CPAT. Risultati sui comportamenti dei bambini I bambini le cui madri hanno partecipato ai gruppi PAT E CPAT hanno esibito comportamenti positivi rispetto a quelli del gruppo di controllo Risultati del cambiamento dello stile genitoriale e relazione con i figli L'abbassamento dello stress genitoriale dal pre test al post test è relativo al potenziamento delle abilità adattive dei bambini.

I risultati delle due metanalisi hanno messo in evidenza che gli interventi domiciliari sono associati ad un incremento della qualità dell'ambiente domestico e della genitorialità.

I programmi di visita domiciliare sono risultati efficaci nella riduzione dei problemi comportamentali infantili e nel potenziamento dello sviluppo intellettuale. È stata inoltre dimostrata l'efficacia degli interventi nella rilevazione dei problemi nella fase post- natale e nella loro gestione, con effetti positivi sulla qualità delle competenze sociali nelle madri, e nella riduzione della frequenza delle lesioni involontarie sui

bambini. Inoltre è stato evidenziato che non sempre lo status economico rappresenta un fattore negativo per il benessere familiare. Tuttavia, la maggior parte degli studi che riportano follow-up nei periodi inferiori ai due anni sembrano mostrare un effetto maggiore del trattamento, rispetto a quelli con follow-up uguali o superiori ai due anni. È quindi possibile che l'effetto degli interventi domiciliari si riduca nel tempo (Kendrick, Elkan, Hewitt e altri, 2000).

Sweet e Appelbaum (2004) affermano che, in aggiunta a quanto esposto nei risultati della precedente metanalisi, nei programmi di *Home Visiting* i genitori ricevono benefici in termini di capacità e pratiche genitoriali, due variabili di cui a loro volta beneficiano i figli; nei bambini i valori delle variabili cognitive e socioemozionali sono maggiori rispetto ai gruppi di controllo, mentre l'abuso infantile (reale o potenziale) è minore. La domanda su quali tipi di programmi danno migliori risultati in relazione ai differenti tipi di variabili, rimane senza risposta, in quanto i risultati si sono rivelati inconsistenti; nessuna delle caratteristiche dei programmi influenzano in modo significativo la riuscita dell'intervento.

CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI FINALI

I risultati della nostra rassegna hanno mostrato che, nella maggior parte degli interventi svolti nel contesto domestico, aumentando il benessere dei genitori e delle madri, si influenzano positivamente lo sviluppo dei bambini. Inoltre il sostegno delle famiglie rafforza i processi di auto-regolazione emotiva e comportamentale dei figli, ottenendo così un complessivo miglioramento nell'interazione genitori-figli. Di particolare interesse è che i miglioramenti del benessere dei genitori e il comportamento del bambino sembrano progredire dopo l'intervento, suggerendo ancora una volta che le famiglie hanno acquisito capacità auto-regolative e che l'intervento ha permesso loro di affrontare nuove sfide in nuovi stadi di sviluppo (programma Home Start). Inoltre i risultati di questo studio sembrano contraddire attuali opinioni che gli interventi nei primi anni di vita devono necessariamente essere focalizzati, altamente strutturati e attuati da professionisti. (Olds *et al.*,

2007).

I risultati delle metanalisi suggeriscono però che il potenziale degli interventi domiciliari da operatori professionali possa migliorare le capacità genitoriali e la qualità dell'ambiente domestico e anche gli operatori semplici possono essere in grado di raggiungere risultati simili.

Supponiamo che, in molti programmi, la non specificità di figure professionali possa essere emerso per via del fatto che i destinatari degli interventi fossero famiglie con un alto indice di rischio o di problematicità dovute alla situazione socio-economica e culturale e che l'intervento di sostegno e supporto pratico in queste condizioni diventa primario, per garantire dei benefici immediati.

I risultati indicano che un intervento precoce può avere effetti di lunga durata (Eckenrode *et al*, 2000; McIntosh, Barlow, Davis, Stewart-Brown, 2009).

L'unione dei programmi Home-Start e Triple P raggiunge famiglie multi-problematiche che sono in difficoltà in più domini della loro vita quotidiana: per alcune di queste famiglie iscriversi ai programmi manualizzati può essere troppo impegnativo e talvolta non comprensibile e funzionale. Dunque la mancata differenza di efficacia dell'utilizzo dei due programmi in maniera combinata rispetto al solo programma *Home-Start* richiede la necessità nei programmi di maggiore chiarezza degli obiettivi e di differenziarli per le caratteristiche di ciascuna famiglia. I risultati erano basati su self-report di un solo genitore, la madre. Peraltro la formazione dura solo 8 settimane, che potrebbe essere un tempo troppo breve per apportare cambiamenti nella percezione del comportamento.

L'uso del cellulare nel programma di *parent training* (CPAT) sembrerebbe costituire un ulteriore ausiliario per l'efficacia dell'intervento domiciliare, in quanto aiuta a diminuire attriti nella coppia genitoriale e costituirebbe una modalità di riscontro con l'operatore anche al di fuori del contesto domiciliare.

In conclusione, i programmi di *Home Visiting* sembrano essere d'aiuto alle famiglie.

Dal momento che tali programmi variano al loro interno e talvolta non si è in grado di quantificare tali variazioni, è perciò richiesto uno sforzo maggiore di standar-

dizzazione che potrà chiarire tale questione, e permetterà di creare programmi che rispondano pienamente alle differenti caratteristiche dei loro destinatari.

Inoltre si ritiene opportuno che gli studi specifici in tale settore possano approfondire in maniera chiara come poter integrare le competenze specifiche degli operatori sanitari, in particolare gli psicologi, con altre figure volontarie che si offrono nell'aiuto di famiglie e bambini che richiedono aiuto.

BIBLIOGRAFIA

- Bandura A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice Hall. Englewood Cliffs. NJ.
- Beck A. T. (1984). *Principi di terapia cognitiva. Un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi*. Astrolabio Ubaldini Editore. Roma.
- Borgo P., Pagliariccio C., Riccardis R. (2014). L'intervento clinico in età evolutiva attraverso il "contesto naturale" e la scuola. *Idee In Psicoterapia* Vol 7, N.2.
- Bowlby J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore. Milano.
- Carta J., Lefever J. B., Bigelow K., Borkowski J., Warren S. F. (2000). Randomized Trial of a Cellular Phone-Enhanced. Home Visitation Parenting Intervention. *Pediatrics*, 132 Suppl 2:S167-73. doi: 10.1542/peds.2013-1021Q
- Eckenrode J., Ganzel B., Henderson C. R., Smith E., Olds D.L., Powers J., Cole R., Kitzman H., Sidora K.,(2000). Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. *Jama* 284(11): 1385-91.
- Eckenrode J., Barlow J., Davis H, Stewart-Brown S., (2009). Economic evaluation of an intensive home visiting programme for vulnerable families: a cost-effectiveness analysis of a public health intervention. *Journal of Public Health*.
- Diener E., Emmons R.A, Larsen R.J., Griffin S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Hermanns Jo M.A., Asscher J. J., Zijlstra B.J.H., Hoffenaar P.J., Deković M. (2013). Long-term changes in parenting and child behavior after the Home-Start family support program. *Children and Youth Service Review*, Volume 35, Issue 4, Pages 678-684.
- Kendrick D., Elkan R., Hewitt M., Dewey M., Blair M., Robinson J., Williams D., Brummell K. (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Arch Dis Child*, 82:443-451.
- Olds D.L., Kitzman H., Hanks C., Cole R., Anson E. (2007). Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age 9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, Am Acad Pediatrics.

Smallegange E.S., Hermanns M.A., Oort F.J., (2016). Evaluating the effectiveness of combining Home-Start and Triple P parenting support in the Netherlands. *Children and Youth Service Review*, Volume 68, Pages 178-186.

Sroufe L. A., Egeland B., Carlson E. e Collins W.A., (2005). *The Development of person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. Guilford. New York.

Sweet M. A., Appelbaum M.I (2004). Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families with Young Children. *Child Development*, Volume 75, Number 5, Pages 1435-1456.

Tambelli R., Volpi B. (2015). *Family home visiting. Promuovere la salute mentale dei bambini e delle loro famiglie*. Il Mulino, Bologna.

EFFICACIA E AMBITI APPLICATIVI DELLA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE DI COPPIA: UNA BREVE RASSEGNA

Angrisani Anna, Carbone Veronica, D'Ambrosio Ines, D'Imperia Monica, Jacobelli Veronica,
Maruca Gabriella, Ranaldi Roberta, Perotto Natalia L⁶

INTRODUZIONE

A partire dal 2016, si è aggiunto all'offerta formativa della Scuola di Specializzazione del Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP) il Corso di Metodologia per la Ricerca in Psicoterapia. Il Corso, trasversale ai quattro anni di specializzazione, ha l'obiettivo di ampliare le conoscenze degli allievi della Scuola riguardo alla metodologia della ricerca, attraverso seminari mensili e attraverso la pratica di Ricerca in Internet in Gruppo Assistita (RIGA). Quattro gruppi di studio hanno applicato a quattro diverse tematiche, scelte durante le lezioni, la metodologia presentata, quindi hanno raccolto la letteratura disponibile e l'hanno riassunta in articoli scientifici. La partecipazione ai lavori dei gruppi e del Corso è stata di persona o in remoto utilizzando le nuove tecnologie ITC (*google groups, email, skype, whatsapp, ecc.*). Ogni gruppo RIGA ha avuto come riferimento un docente e un *tutor*.

Il presente articolo è il frutto del lavoro svolto all'interno di due anni del Corso di Metodologia della Ricerca in Psicoterapia (2016 e 2017) dal Gruppo RIGA 3, che ha scelto come tematica l'intervento Cognitivo - Comportamentale per le problematiche di coppia. Il gruppo di lavoro è variato: nel 2016 era composto da 18 partecipanti e nel 2017 da 13, alcuni dei partecipanti hanno seguito i lavori del gruppo in entrambi gli anni.

La maggior parte del lavoro è stato effettuato per via telematica grazie all'uso di *Google groups, Drive, email*, riunioni via *Skype* e la creazione di tre gruppi *WhatsApp* (uno per ogni anno e uno per la stesura dell'articolo).

⁶ Centro per la Ricerca in Psicoterapia, Roma. Email: perotto.natalia@gmail.com

L'obiettivo del gruppo di lavoro è quello di rispondere alle seguenti domande:

- I. Quali sono gli interventi proposti dalla Terapia Cognitivo - Comportamentale (TCC) per il disagio di coppia?
- II. Qual è l'efficacia di tali interventi?
- III. Quali sono le dimensioni - bersaglio della TCC nel disagio di coppia?

Per rispondere a queste domande è stato scelto di fare una rassegna partendo da quanto già emerso in letteratura sul trattamento cognitivo - comportamentale di coppia e i suoi possibili sviluppi più recenti.

METODOLOGIA

La metodologia utilizzata per la rassegna parte dalla raccolta di letteratura tramite banche dati online bibliografiche, interrogate tra il 2016 e il 2017 in tre diverse fasi: bibliografia di base, bibliografia del 2016 e integrazione del 2017.

La ricerca bibliografica iniziale ha prodotto un gruppo di 4 riferimenti bibliografici, che abbiamo denominato "bibliografia di base". Ad essa sono stati aggiunti altri riferimenti ritrovati consultando diverse banche dati come Google Scholar, PMC, PubMed e EBSCO. Sono state utilizzate le seguenti parole chiave (singolarmente e in coppia): conflitto di coppia/*couple distress*, efficacia/*effectiveness*, esito/*outcome*, catamnesi/*follow-up*, RCT (*Randomized Clinical Trial* ovvero studio clinico randomizzato) e terapia cognitivo comportamentale di coppia (CBCT, ovvero TCCC).

Con questa ricerca sono stati aggiunti 34 riferimenti alla bibliografia base, per un totale di 38 riferimenti bibliografici tra articoli di ricerca, manuali e capitoli di manuali. Vista la numerosità dei riferimenti, sono stati individuati i seguenti parametri di inclusione/esclusione:

- manuali di intervento di TCCC più recenti, in italiano o inglese (2013 - 2016);
- articoli di ricerca pubblicati tra il 2004 e il 2016;

- articoli che descrivono ricerche controllate randomizzate con un campione di almeno 20 coppie (tra gruppo di trattamento e gruppo di controllo) e
- articoli di ricerca che utilizzano l'intervento Cognitivo-Comportamentale di coppia o individuale dichiarato o un intervento simile alla TCCC, anche con una denominazione diversa.

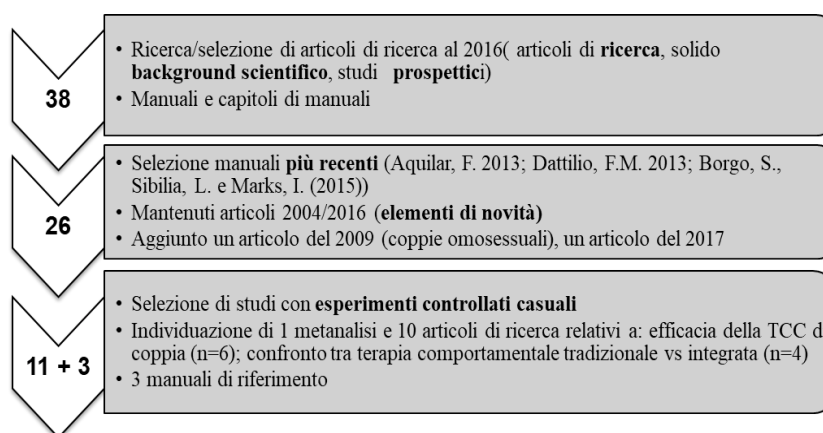
Dopo l'esclusione degli articoli in base ai parametri scelti, siamo rimasti con i seguenti riferimenti bibliografici:

- 3 manuali con descrizioni dei trattamenti: Aquilar, F. (2013); Dattilio, F.M. (2013); Borgo, S., Sibilia, L. e Marks, I. (2015);
- 9 articoli di ricerca sperimentale.

Nel 2017 sono stati aggiunti altri 2 articoli di ricerca per un totale di 3 manuali e 11 articoli di ricerca. Gli articoli di ricerca sono suddivisi come segue:

- 6 articoli sull'efficacia della Terapia Cognitivo-Comportamentale di Coppia (TCCC);
- 4 articoli di confronto tra la Terapia Comportamentale di Coppia Tradizionale (TCCT) e la Terapia Comportamentale Integrata di coppia (TCIC);
- 1 metanalisi.

Nella Fig.1 è riassunto tutto il processo di selezione degli articoli.



La bibliografia scelta ci ha permesso di conoscere le proposte di intervento manualizzate per la TCCC (3 manuali di riferimento), di conoscere gli sviluppi di ricerca più recenti sull'efficacia dell'intervento scelto (10 articoli) e di confrontarlo con la metanalisi relativa a studi precedenti al 2004.

Abbiamo scelto di utilizzare il confronto tra la TCCT e la TCIC e l'articolo di Falls-Stewart, W, O'Farrell T.J., & Lam, W.K.K. (2009), nonostante dichiarassero degli interventi di tipo comportamentale e non cognitivo - comportamentale, perché dalla descrizione dell'intervento si possono evidenziare aspetti caratteristici della TCCC.

TERAPIA COGNITIVO - COMPORTAMENTALE DI COPPIA: TEORIA E INTERVENTI MANUALIZZATI

Per rispondere alla prima domanda “Quali sono gli interventi proposti dalla TCC per il disagio di coppia?” è necessario definire i tre concetti principali della domanda: che definizione diamo della coppia, cosa si intende per disagio di coppia e come è strutturato l'intervento Cognitivo-Comportamentale per le coppie. Per rispondere a questa domanda utilizzeremo come riferimenti base i tre manuali scelti (Aquilar, 2013; Dattilio, 2013; Borgo, Sibilia e Marks, 2015); prenderemo in considerazione, per alcuni aspetti, anche gli articoli di ricerca e la metanalisi; i riferimenti ad altre fonti saranno segnalati.

Quando si parla di coppia facciamo riferimento ad un contesto relazionale tra due partner (etero e omosessuali) (Christensen *et al.*, 2008) che vivono insieme e hanno una relazione stabile nel tempo, sia essa formalizzata o meno.

Il disagio di coppia riguarda il disaccordo più o meno grave riguardo a diverse aree della vita relazionale di due partner e della loro convivenza: economica, comunicazione, sessuale, ecc. Il disagio può essere quantificato in base a tre livelli: lieve, moderato e grave (Wood, *et al.*, 2005). I diversi livelli di disagio esprimono la gravità del disaccordo, e possono dare un'idea delle probabilità di un miglioramento con il trattamento.

Per descrivere l'intervento Cognitivo-Comportamentale di coppia, partiamo dalla definizione proposta da Weustoff e Hahlweg (2015), pubblicata nel Dizionario clinico di psicoterapia (Borgo, S., Sibilia, L. e Marks, I. 2015, pp. 237 - 239): “La terapia di coppia consiste nell'utilizzo di tecniche cognitive e comportamentali per ridurre il disagio nelle relazioni intime e potenziare il funzionamento di coppia...”.

Come evidenziato dalla definizione, gli obiettivi principali della terapia di coppia sono ridurre il disagio della coppia e potenziarne il funzionamento. L'intervento di coppia cognitivo-comportamentale è stato manualizzato negli studi di ricerca-intervento sin dal 1980 da Baucom e coll. (2004). L'intervento di base della TCC è stato integrato con le conoscenze emerse alla teoria dell'attaccamento e dalla teoria sistemica (Dattilio, 2013), focalizzandosi non solo sulla coppia ma anche sull'ambiente di vita (Baucom *et al.*, 2004; Aquilar, 2013).

Pertanto, presenteremo brevemente le caratteristiche attuali dell'intervento Cognitivo-Comportamentale di Coppia, nei suoi tre aspetti (o fasi) principali:

1. L'*assessment*
2. Le modalità di intervento
3. Le tecniche di intervento

La prima fase del trattamento riguarda la valutazione globale o *assessment* della coppia. La valutazione è fatta attraverso colloqui clinici individuali e congiunti, l'osservazione comportamentale delle interazioni di coppia e l'utilizzo di questionari autocompilati. Vari strumenti permettono di valutare diversi aspetti del rapporto di coppia; ad esempio, il *Dyadic Adjustment Scale* (Spanier, 1976) indaga l'adattamento di coppia, il *Marital Satisfaction Inventory - Revised* (Synder & Aikman, 1999) invece valuta la soddisfazione matrimoniale. Oltre a questi, possono essere utilizzati anche strumenti che si focalizzano sulla famiglia come il *Family Environment Scale* (Moos & Moos, 1986), il *Family Assessment Device* (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983) e il *Self Report Family Inventory* (Beavers, Hampson & Hulgus, 1985).

L'uso dei questionari integra quanto emerso dal colloquio clinico e l'osservazione comportamentale, approfondendo aree e tematiche utili per il trattamento, favorendo il più possibile una valutazione globale della coppia.

Grazie al lavoro di *assessment*, si stabilisce la modalità di intervento: il primo passo da fare per il trattamento è quello di fissarne gli obiettivi. In genere, gli obiettivi del trattamento vengono fissati e concordati insieme alla coppia. La durata del

trattamento è variabile, specialmente in ambito clinico perché dipende dalla gravità del problema: la durata e la frequenza dell'intervento sono gestite dal professionista. Diversamente dall'ambito clinico, gli interventi effettuati anche con lo scopo di ricerca hanno una durata breve, spesso di 20 incontri a cadenza settimanale e seguono protocolli e tempistiche prestabilite. La procedura del trattamento, sia in ambito clinico che di ricerca, segue più o meno gli stessi passi:

1. psicoeducazione al modello cognitivo comportamentale;
2. identificazione dei propri pensieri automatici, emozioni e comportamenti associati, sia a livello individuale che di coppia, evidenziandone l'interazione e le conseguenze disadattive;
3. aiuto a cambiare gli schemi individuali e di coppia e a ristrutturarli per favorire il benessere di coppia.

Per poter favorire il cambiamento e attuare le modalità di intervento per ridurre il disagio di coppia e aumentare il funzionamento della coppia, il clinico o il ricercatore può far riferimento a tre gruppi di procedure: comportamentale, cognitivo ed emotivo. Per promuovere il cambiamento comportamentale si possono utilizzare tecniche di addestramento alle competenze comunicative, al *problem solving* e l'uso dei compiti a casa. Il Dialogo socratico e la scoperta guidata sono tecniche di intervento per promuovere il cambiamento delle cognizioni. Infine, le tecniche espressive sono usate per promuovere il cambiamento emotivo.

Infine, è utile specificare alcune caratteristiche del modello intervento cognitivo comportamentale:

- l'intervento può essere attuato da uno o due terapeuti. Spesso la scelta deriva dai costi anche se sembra che gli interventi in co-terapia possano avere un migliore impatto, specialmente in ambito clinico;
- il trattamento di coppia può essere integrato da altri interventi psicoterapici individuali e/o farmacologici;
- alle sedute di coppia, in base al bisogno, possono essere invitati anche altri

membri della famiglia.

Queste sono le modalità di intervento cognitivo-comportamentali per la coppia pubblicate nei manuali da noi selezionati. Di seguito, risponderemo alle altre due domande poste nell'introduzione.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DI COPPIA: DIMENSIONI BERSAGLIO ED EFFICACIA

Le due domande a cui dobbiamo rispondere e obiettivo finale della presente rassegna sono:

1. Qual è l'efficacia degli interventi?
2. Quali sono le dimensioni - bersaglio della TCC?

Per rispondere a entrambe bisogna esplicitare meglio cosa intendiamo per efficacia e per dimensioni - bersaglio.

L'efficacia di un intervento è definita dalla misura in cui sono stati raggiunti gli obiettivi prestabiliti una volta concluso l'intervento. Siccome questo tipo di verifica è molto complessa e richiede specifiche misure e controlli, per essere certi della tipologia di studi a nostra disposizione abbiamo scelto studi randomizzati controllati che hanno un campione di un minimo di 20 coppie con un chiaro riferimento alla terapia cognitivo-comportamentale, o con caratteristiche simili anche se è stata denominata diversamente.

Riguardo alle dimensioni - bersaglio, come evidenziato dalla definizione di Weustoff e Hahlweg (2015), i due obiettivi principali della Terapia di Cognitivo-Comportamentale di Coppia sono ridurre il disagio e potenziare il funzionamento della coppia, all'interno di questi due campi d'azione le dimensioni - bersaglio

possono essere molto diverse. Solo considerando gli articoli scelti, emergono due aspetti importanti: la declinazione dell'intervento Cognitivo-Comportamentale in modalità utili a diverse tipologie di culture e l'utilità di ampliare il concetto di disagio di coppia.

Per quanto riguarda il primo aspetto, rimandiamo alla descrizione degli articoli per ulteriori specificazioni. Riguardo all'approfondimento del concetto di disagio, sarebbe utile includere insieme al disaccordo tra partner, l'influsso di una patologia o di uno stato personale di uno dei due partner nel funzionamento della coppia, come ad esempio l'uso di alcol da parte di uno dei partner.

Per rispondere alle due suddette domande, sono stati utilizzati gli 11 articoli di ricerca suddivisi in 6 articoli sull'efficacia della TCCC in vari ambiti di intervento, 4 studi su uno stesso campione per la verifica dell'efficacia della TCIC e della TCCC e una metanalisi sugli interventi di coppia, che presentiamo di seguito.

EFFICACIA DELLA TCCC

Nella presente sezione presenteremo brevemente i primi 6 articoli della nostra rassegna. Pur affrontando tematiche e ambiti diversi, tutti gli articoli (Tab.1) riguardano studi controllati randomizzati che studiano gli effetti dell'intervento cognitivo-comportamentale di coppia. Di seguito descriveremo gli studi in ordine cronologico.

Lo studio di Kalkan e Ersanli del 2008 è stato condotto in Turchia con l'obiettivo di osservare gli effetti di un programma di arricchimento matrimoniale basato su un approccio cognitivo-comportamentale su un gruppo di 30 persone, 15 di trattamento e 15 di controllo. L'intervento era strutturato in sessioni di gruppo di due ore per nove settimane. Sono state impiegate valutazioni pre e post trattamento per verificarne gli effetti. Si è riscontrato come tale approccio influisca positivamente sia nella relazione coniugale sia a livello individuale. In particolare, per ciò che riguarda la scala dell'adattamento coniugale, i punteggi alla base del gruppo sperimentale e del gruppo di controllo non presentano differenze sostanziali (pre-test gruppo sperimentale: 38.66 ± 11.25 , pre-test gruppo di verifica = 41.53 ± 11.67 , $p > .05$). Nel test di Mann-Whitney, le differenze tra i gruppi nei punteggi del post-trattamento a livello di adattamento coniugale sono significativi ($p = 2.037$, $p < .05$), così come anche per il test di valutazione di Wilcoxon ($Z = 3.412$, $p < .05$) ed anche la differenza di punteggio

tra i partecipanti del gruppo di verifica è significativa ($Z = .333$, $p > .05$). I limiti dello studio sono la bassa numerosità e la mancanza di una catamnesi per una verifica della durata dell'effetto del trattamento.

Lo studio sperimentale randomizzato, condotto da Falls Stewart, O' Farrell, e Lam (2009), ha come scopo quello di indagare gli effetti della Terapia Comportamentale di Coppia (TCC) rispetto al trattamento individuale di base (TBI), su un campione di 48 pazienti gay e 52 lesbiche provenienti dagli Stati Uniti d'America, con problemi di abuso di alcol. I pazienti sono stati assegnati in maniera casuale ai due bracci di trattamento e successivamente rivalutati a dodici mesi. Dopo una prima fase di raccolta dati, i pazienti sono stati avviati al trattamento, che è stato strutturato in 32 sedute per un periodo di 20 settimane; nel braccio TBI il paziente è stato trattato individualmente, nel TCC 12 delle 32 sedute previste sono state effettuate con la partecipazione attiva del partner. Finita la fase di trattamento, i pazienti sono stati valutati ogni tre mesi per un anno attraverso strumenti quali *The Timeline Followback Interview* (TLFB) e il *Dyadic Adjustment Scale* (DAS). Tanto nelle coppie gay quanto nelle lesbiche trattati con TCC, si sono riscontrati punteggi più elevati al DAS nel post-trattamento e un tasso di miglioramento più rapido rispetto ai pazienti trattati con TBI, con l'unica differenza che nelle lesbiche il tasso di declino nei punteggi DAS a dodici mesi di distanza non era significativamente diverso. Non si sono riscontrate differenze significative tra TBI e TCC relativamente al *Percent of Days of Heavy Drinking* (PDHD) né nella velocità lineare di cambiamento durante il trattamento né nel post trattamento. Tuttavia alla catamnesi a dodici mesi i pazienti trattati con TCC hanno ridotto significativamente i giorni di consumo di alcol rispetto a quelli in TBI.

Monson e coll. nel loro studio del 2012 hanno sottolineato come, attualmente, le relazioni intime svolgano un ruolo importante nei pazienti ricoverati in seguito a disturbo post traumatico da stress, sia rispetto ai sintomi di comorbidità che nelle menomazioni psicologiche che il disturbo comporta. Nello studio effettuato negli USA, attraverso un gruppo sperimentale e un gruppo di controllo in lista d'attesa in cui almeno un membro della coppia aveva sintomi Disturbo d Stress Postraumatico (PTSD), è stata applicata la Terapia Cognitivo-Comportamentale di Coppia per

trattare simultaneamente i sintomi di PTSD e migliorare la soddisfazione di coppia. La gravità dei sintomi PTSD (intervallo: 0-136) è stata significativamente migliorata nel gruppo TCCC rispetto alla lista di attesa (differenza media di cambiamento: -23.12; IC 95% -37.87 a -8.55). Allo stesso modo, la soddisfazione nella relazione intima dei pazienti (intervallo: 0-51) è stata migliorata significativamente nel gruppo di terapia di coppia rispetto alla lista di attesa (differenza media di cambiamento: 9.43; IC 95% 0.04-18.83). L'effetto di interazione tra tempo e condizione nel modello multilivello predice i sintomi PTSD ($t_{37.5} = 3.09$; $P = 0.004$) e il report della soddisfazione dei pazienti riguardo alla relazione ($t_{68.5} = 2.00$; $P = .049$) ha evidenziato una superiorità del gruppo di terapia di coppia rispetto alla lista di attesa. Gli effetti del trattamento si sono mantenuti alla distanza di 3 mesi. I risultati hanno, quindi, avuto effetti positivi sui sintomi clinici del PTSD e su una serie di sintomi concomitanti, così come sulla soddisfazione relazionale valutata dai pazienti. Questo studio mostra come la TCCC possa essere utilizzata efficacemente per rispondere a problematiche individuali e relazionali traumatiche e possa essere indicata per individui con PTSD che hanno una relazione stabile e che hanno partner disposti a fare una terapia insieme a loro.

Lo studio di Kavitha, Rangan, e Nirmalan (2014) aveva come obiettivo quello di osservare come la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) insieme alla terapia comportamentale matrimoniale (TCM) nel trattamento dei disturbi d'ansia, possano migliorare la qualità della vita ed anche la relazione coniugale, rispetto al trattamento standard. Il campione era composto da trenta coppie provenienti dall'India, suddivisa casualmente in un gruppo di trattamento TCC+TCM e un gruppo di controllo con il trattamento standard. I punteggi alla scala della qualità della vita dell'Organizzazione Mondiale della Salute (WHOQOL) dei partecipanti al gruppo TCC + TCM risultavano significativamente migliori dei punteggi del gruppo standard per l'ambito psicologico e sociale, ma non differivano significativamente per l'ambito fisico o ambientale. Dopo l'intervento, i partecipanti al gruppo TCC + TMC hanno mostrato risultati significativamente migliori nei punteggi psicologici (t-test appaiati: $t = -5.25$, $df = 46$, $p = <0.001$) e ambiti sociali (t-test appaiati: $t = 2,08$, $df = 46$, $p = 0,04$).

Lo studio di Amari, Amini e Rahmani (2016) mirava a verificare l'efficacia della TCCC nell'incrementare il livello di adattamento coniugale nelle coppie richiedenti il divorzio attraverso il confronto con un gruppo di controllo, in un campione di 20 coppie provenienti dall'Iran. Non è emersa una differenza significativa tra la varianza dei due campioni sperimentali/di controllo ($F=1,26$; $p=0,27$) nel pre-test. Dall'analisi della covarianza, sono risultate differenze significative tra il livello di adattamento coniugale del gruppo sperimentale ($M=103,05$; $DS=13,36$) e di controllo ($M=18,06$; $DS=18,94$) al post-test ($F=224/50$, $df=1,37$; $P=0,01$). I risultati ottenuti mostrano un aumento significativo dell'adattamento coniugale nelle coppie richiedenti il divorzio sottoposte al trattamento, corroborando così l'ipotesi che la terapia di coppia CC risulti efficace nell'aumentare l'adattamento coniugale. Questo studio evidenzia come l'adattamento coniugale sia determinante per la soddisfazione e la stabilità delle relazioni coniugali.

Ussher e Perz (2017) hanno condotto uno studio sperimentale randomizzato in Australia su 83 donne affette da sindrome premestruale, con l'obiettivo di verificare la maggiore efficacia della TCCC nella riduzione della sintomatologia rispetto alla terapia individuale e al gruppo di controllo. Il campione è stato suddiviso come segue: 28 donne sono state trattate insieme al partner con una TCCC; 25 hanno ricevuto un trattamento cognitivo comportamentale individuale (TCC) e 30 sono state assegnate al gruppo di controllo. I gruppi che hanno seguito un trattamento sono state sottoposti a valutazione catamnestica. Entrambi gli interventi cognitivo-comportamentali, rispetto al gruppo di controllo in lista di attesa, sono risultati più efficaci nel ridurre non solo il disagio premestruale in termini di sintomatologia somatica ma anche la reattività emozionale, la mancanza di energia, l'ansia e la depressione. Nello specifico, un intervento rivolto alla coppia si è riscontrato avere un impatto positivo maggiore sul *coping* comportamentale e sulle percezioni riguardanti il contesto relazionale e di sostegno.

Nella Tab.1 possiamo vedere in breve la descrizione di tutti gli articoli.

Studio	Intervento	Obiettivo	Tipologia di studio	Campione	Risultati
--------	------------	-----------	---------------------	----------	-----------

Kalkan, M. & Ersanli, E, (2008) - Turchia	TCC di gruppo, per un soggetto della coppia	Valutare gli effetti di un programma di arricchimento coniugale sui livelli di adattamento coniugale	Ricerca empirica, pre-test-post-test con gruppi di controllo - no catamnesi	N=30, gruppo trattamento N=15 e gruppo controllo N=15 - non casuale	TCC > contr. (no trattamento)
Falls-Stewart, W, O'Farrell T.J., & Lam, W.K.K. (2009) - USA	TCC ⁷ +TBI e TBI	Verificare l'efficacia della CBCT nelle coppie gay /lesbiche con problemi di abuso di alcool vs terapia individuale	Sperimentale, randomizzato con gruppo di controllo; 2 trial per Gay/lesbiche-catamnesi a 12 mesi	N=100 (52=gay; 48=lesbiche), N=50 gruppo BCT	TCC+TBI > solo TBI
Monson, C.M., Fredman, F.J., Macdonald, D., Pukhay-Martin, N.D., Resick, .A., & Schnurr, P.P. (2012) - USA	TCCC	Verificare l'efficacia della TCCC per il PTSD	Sperimentale, randomizzato con gruppo di controllo (lista attesa) catamnesi a tre mesi	40 coppie: 37 eterosessuali e 3 coppie dello stesso sesso, femmine.	TCCC > contr. (lista attesa)
Kavitha, C., Rangan, U., & Nirmalan, P. K. (2014) - India	TCC + TCM ⁸	Valutare il grado in cui la CBT migliora la qualità di vita e l'adattamento coniugale nei soggetti con disturbo di ansia e rispetto alle cure standard	Sperimentale, randomizzato con gruppo di controllo-catamnesi	N=60 coppie, gruppo tratt. N=30 (6 dispersi, 24 finale)	TCCC > contr. (tratt. standard)
Amari, S., Amini, N. & Rahmani, M. A. (2016) - Iran	TCCC	Verificare l'efficacia della CBT nell'incrementare i livelli di adattamento coniugale nelle coppie richiedenti divorzio	Quasi-sperimentale, pre - post test con gruppo di controllo -no catamnesi	Campione di convenienza: 20 coppie, n=10 gruppo di trattamento e n=10 gruppo di controllo	TCCC > contr. (no trattamento)
Ussher, J.M, & Perz, J, (2017) Australia	TCCC e TCCI	Verificare l'efficacia della TCCC per il disturbo premestruale vs terapia individuale	Sperimentale, randomizzato con gruppo di controllo e catamnesi	N= 83 donne, N= 28 gruppo TCCC, N=30 TCCI, N=25 controllo	TCCC > contr. (lista di attesa / TCCI)

Tab.1. Studi sull'efficacia della terapia di coppia CC in diversi ambiti di intervento: modelli di intervento, obiettivi, studio, campione e risultati.

⁷ In questo caso si intende come Terapia di Comportamentale di Coppia + Terapia di Base Individuale e Terapia di base Individuale.

⁸ Inteso come Terapia Cognitivo Comportamentale e Terapia Comportamentale Matrimoniale.

RISULTATI PRELIMINARI: EFFICACIA E AMBITI DI INTERVENTO TCCC

I sei studi appena descritti presentano diversità nelle applicazioni della Terapia Cognitivo Comportamentale, la strutturazione degli esperimenti e per le dimensioni - bersaglio. Riguardo all'approccio utilizzato per l'applicazione della Terapia Cognitivo-comportamentale (TCC):

- 3 studi hanno utilizzato la TCC di coppia;
- 1 studio ha utilizzato la TCC di gruppo per coppie;
- 1 studio ha abbinato la TCC alla Terapia comportamentale matrimoniale;
- 1 studio ha utilizzato la TCCC abbinandola alla Terapia di base Individuale (⁹).

Tutti gli studi sperimentali presentati, sono controllati e randomizzati. Il confronto dei gruppi di trattamento di coppia sono stati fatti con gruppi di trattamento individuale (N=2) o gruppi di lista d'attesa (N=3). In uno studio, il confronto è stato fatto sia con un gruppo di trattamento individuale che con uno di lista d'attesa. Inoltre, su sei articoli, 4 hanno effettuato una catamnesi.

Gli studi sono stati effettuati in diversi ambiti culturali: gli articoli riguardano popolazioni provenienti dal Nord America (N=2), dalla Turchia, dall'Iran, dall'India e dall'Australia e si sono focalizzati sul trattamento:

- del disagio di coppia grave (2 articoli);
- di diverse tipologie di problematiche individuali che hanno un impatto sulla vita di coppia: Abuso di alcol, Disturbo da stress post traumatico, Ansia e Sindrome premestruale (4 articoli).

Nonostante la grande eterogeneità degli studi, emerge che la specificità dell'approccio cognitivo comportamentale di coppia sembra incrementare l'adattamento e la soddisfazione coniugale. In effetti, ciò è risultato in campioni provenienti da diverse zone del mondo, sia di coppie con disagio grave che in coppie dove uno dei membri è affetto da un disturbo. In particolare, quando uno dei due partner presenta un disturbo post-traumatico da stress (Monson *et al.*, 2015) o un disturbo premestruale (Ussher e Perz, 2017), la TCCC conduce mediamente a una

⁹ dalla descrizione dell'intervento, il modello sembra essere più simile ad un intervento cognitivo-comportamentale.

riduzione della sintomatologia e un incremento della soddisfazione di coppia. In coppie con disturbi d'ansia (Kavitha *et al.*, 2014) si è verificato come un modello integrato di TCC+TCM influisca positivamente sia nella relazione coniugale che in quella individuale. Inoltre la terapia comportamentale per coppie in pazienti gay e lesbiche con problemi di abuso di alcol (Fals-Stewart *et al.*, 2009), riduce il consumo dello stesso e determina periodi di astinenza più lunghi rispetto a chi riceve un trattamento a base individuale. Ancora, l'intervento di TCC risulta essere efficace nel trattamento di coppie richiedenti il divorzio, in quanto è in grado di aumentare il livello di adattamento coniugale (Amari, Amini, e Rahmani, 2016) e favorisce la soddisfazione di coppia (Kalkan, e Ersanli, 2008).

Nonostante i limiti presentati dagli studi come la numerosità bassa dei campioni, la mancanza della catamnesi in alcuni studi e l'estrema eterogeneità che rende difficile il confronto, sembra che i trattamenti congiunti basati sull'approccio cognitivo comportamentale conducono a miglioramenti nella vita di coppia. E che nei casi di comorbilità tra disagio di coppia e disturbo di un partner, la terapia di coppia mostra una ulteriore efficacia sul disturbo del singolo rispetto alla terapia individuale. Da notare che questi effetti si verificano in popolazioni di paesi diversi.

STUDIO DI EFFICACIA DELLA TCIC A CONFRONTO CON LA TTCC

I quattro studi presi in considerazione confrontano la terapia comportamentale tradizionale (TTCC) con la terapia comportamentale integrata (TICC), e sono stati realizzati sulla base di uno stesso campione statunitense (N=134 coppie), caratterizzato da un livello di disagio coniugale moderato e cronico in entrambi i coniugi, sposati e con istruzione media. Rispetto al medesimo campione, gli studi hanno confrontato l'efficacia della TTCC vs. la TICC, rispetto a differenti variabili: a) i livelli di disagio della coppia (Christensen *et al.*, 2004); b) i cambiamenti della comunicazione di coppia in termini di riduzione di negatività e ritiro in uno studio (Baucom *et al.*, 2011); c) di riduzione di negatività e aumento di positività in un altro (Baucom, Baucom e Christensen, 2015); d) la riduzione dell'attivazione emotiva (Baucom *et al.*, 2015). Di seguito descriviamo brevemente gli studi (Tab.2).

I Studio. Nel primo studio condotto da Christensen, Atkins, Berns, Wheeler, Baucom, D.H., e Simpson (2004), il confronto tra i due tipi di trattamento (TTCC e TICC) è stato effettuato rispetto a quattro diversi parametri di esito: 1) la soddisfazione della relazione coniugale; 2) la stabilità della relazione coniugale; 3) la comunicazione; 4) l'attivazione emozionale. Lo studio quasi sperimentale randomizzato ha messo a confronto il livello di disagio cronico e significativo di coppie sposate. Gli obiettivi sono stati valutare: a) l'efficacia complessiva dei due trattamenti; b) l'impatto della TICC sia durante che dopo il trattamento; c) gli effetti differenziati della TICC per i mariti e le mogli; d) la soddisfazione del rapporto di coppia, la stabilità, la comunicazione e le variabili individuali. Dai risultati emerge che le coppie in TTCC migliorano in modo più rapido rispetto alle coppie in TICC, ma poi si bloccano, mentre le coppie in TICC mostrano un miglioramento lento ma costante senza nessun appiattimento o deterioramento successivo. TTCC e TICC riportano gli stessi effetti per le coppie con gravi difficoltà, ma la TTCC ha effetti migliori per le coppie con moderato disagio. Ci sono anche effetti statisticamente significativi che indicano una maggiore soddisfazione dei rapporti (71% in TICC, il 59% in TTCC), nonché nella stabilità e nella comunicazione.

II Studio. L'articolo di Baucom, Sevier, Eldridge, Doss e Christensen (2011) era rivolto a esaminare il miglioramento della qualità della comunicazione di coppia con l'utilizzo della Terapia Comportamentale. Sono state utilizzate e messe a confronto la TCTC e la TCIC, rispetto a cambiamenti nella comunicazione (in termini di riduzione della negatività e ritiro). Dal confronto tra le due terapie, emerge che coppie sottoposte a un trattamento comportamentale integrato mantengono gli effetti più a lungo termine rispetto a coppie sottoposte a terapia comportamentale tradizionale (Christensen *et al.*, 2004; Baucom *et al.*, 2015).

III Studio. Lo studio sperimentale controllato e randomizzato di Baucom, Baucom, e Christensen, (2015) ha messo a confronto due tipi di trattamento: la TCTC e la TCIC con l'obiettivo di esaminare i cambiamenti nella comunicazione di coppia e il collegamento tra comunicazione ed esiti della relazione a lungo termine. Le discussioni sui problemi di coppia sono state valutate prima della terapia, subito dopo

e alla catamnesi a 2 anni, mentre la risposta al trattamento e la stabilità della relazione alla catamnesi a 5 anni. Dai risultati al termine della terapia emerge che la TTCC ha prodotto maggiori miglioramenti e una migliore comunicazione ($\chi^2 = 21.06$, $p < .001$ e $\chi^2 = 13.14$, $p < .001$, rispettivamente). Tuttavia, la TICC ha prodotto maggiori miglioramenti a medio termine (dalla post-terapia alla catamnesi a 2 anni): ($\chi^2 = 4.08$, $p < .05$). Inoltre, a lungo termine (alla catamnesi a 5 anni) la stabilità e la soddisfazione della relazione risultava collegata a una comunicazione più costruttiva senza differenze relative alla tipologia di trattamento ($\chi^2 = 11.70$, $p < .001$).

IV Studio. L'articolo di Baucom, Sheng, Christensen, Georgiou, Narayanan, Atkins (2015) include il confronto tra la TBCT e la TICC sul conflitto di coppia e l'utilizzo della terapia comportamentale per modificare i conflitti di coppia, per regolarizzare l'attivazione emotiva. Al termine delle terapie IBCT e TBCT, tutte le coppie hanno avuto miglioramenti significativi, in termini di soddisfazione riguardo alla propria relazione; dunque i due trattamenti risultano ugualmente efficaci nel ridurre il grado di emotività. Per entrambe le terapie, l'attivazione emozionale risulta essere minore al termine della terapia (senza differenze significative).

Nella tabella 2 riassumiamo gli studi in breve.

Studio	Modello d'intervento	Obiettivo	Tipo di studio	Campione	Risultati
1) Christensen, A., Atkins, D.C., Berns, S. Wheeler, J., Baucom, D.H., & Simpson, L. (2004)	TCTC e TCIC	Confronto Tbct/IBCT rispetto al livello di distress cronico e significativo di coppie sposate	Quasi sperimentale, confronto tra due gruppi di trattamento, Catamnesi a 2 anni	Campione randomizzato per ogni tipo di trattamento (TBCT N=68 coppie; IBCT N= 66 coppie)	IBCT > TBCT
2) Baucom, K. J. W., Sevier, M., Eldridge, K. A., Doss, B. D., & Christensen, A. (2011)	TCTC e TCIC	Confronto TBCT/IBCT rispetto ai cambiamenti nell'osservazione della comunicazione (riduzione negatività e ritiro)	Pre-post Test e follow-up (2- 5 anni), randomizzata a due gruppi di trattamento, no controllo	N= 134 coppie; TBCT N=68 coppie, IBCT N=66 coppie	IBCT > TBCT

3) Baucom, B.R., Sheng, E., Christensen, A., Georgiou, P.G., Naraya-nan, S.S., Atkins, D.C. (2015)	TCTC e TCIC	Confronto TCT/IBCT rispetto alla riduzione dell'attivazione emotiva	Qualitativo, studio di registrazioni pre e post terapia	N=104 (stesso campione di Baucom 2011)	IBCT > TBCT
4) Baucom, K. J. W., Baucom, B. R., & Christensen, A. (2015).	TCTC e TCIC	Confronto TBCT/IBCT rispetto ai cambiamenti della comunicazione di coppia (negatività e positività)	Studio sperimentale, controllato randomizzato, catamnesi a 2 anni	N= 134 coppie (BCT n=68; IBCT n= 66) Discussioni: 133 pre-test, 118 post-test, 84	IBCT > TBCT

Tab. 2. Studi di Confronto tra TCTC e TCIC: modelli di intervento, obiettivi, tipo di studio, campione e risultati

RISULTATI PRELIMINARI: STUDIO DI EFFICACIA DELLA TCIC A CONFRONTO CON LA TTCC

I 4 studi presi in considerazione nel confronto tra TTCC e TCIC sono stati realizzati sulla base di uno stesso campione statunitense (N=134 coppie) caratterizzato da un livello di *distress* coniugale moderato e cronico in entrambi i coniugi, sposati e con istruzione media, a cui è stata assegnata casualmente la TTCC (68 coppie) e TCIC (66 coppie).

Dai risultati si evince che il disagio cronico della coppia migliora sia seguendo la TTCC che la TCIC, tuttavia la TTCC ha effetti migliori per le coppie con moderato disagio. Ci sono effetti statisticamente significativi che indicano una maggiore soddisfazione dei rapporti, nella stabilità e nella comunicazione (71% in TCIC E IL 59% in TTCC). Non risultano effetti differenziati della TCIC per i mariti e le mogli. Rispetto alla comunicazione di coppia (riduzione della negatività e ritiro), emerge che le coppie sottoposte ad un trattamento comportamentale integrato mantengono gli effetti più a lungo termine rispetto alle coppie sottoposte alla terapia comportamentale tradizionale. Riguardo i cambiamenti nella comunicazione di coppia, dai risultati emerge che la TTCC ha prodotto maggiori miglioramenti alla post-terapia e una migliore comunicazione. Tuttavia, la TICC ha prodotto maggiori miglioramenti dalla post-terapia a distanza di 2 anni e di 5 anni.

Riguardo la correlazione tra la comunicazione e gli esiti della relazione a lungo termine, si evince che a distanza di 5 anni la stabilità e la soddisfazione della relazione risulta collegata a una comunicazione più costruttiva.

Riguardo al conflitto di coppia, al termine dei trattamenti TTCC e TCIC, tutte le coppie hanno avuto miglioramenti significativi, in termini di soddisfazione riguardo alla propria relazione. Si può dunque concludere che sono ugualmente efficaci nel ridurre il grado di emotività.

Riguardo l'attivazione emozionale, non ci sono differenze significative al termine dei due trattamenti.

I risultati dimostrano che le coppie in TTCC migliorano in modo più rapido rispetto alle coppie in TCIC, anche se poi si bloccano; mentre le coppie in TCIC mostrano un miglioramento lento ma costante, senza nessun appiattimento o deterioramento successivo.

LA METANALISI

La metanalisi di Wood *et al.* (2005) si propone di verificare l'efficacia della terapia di coppia nel migliorare i livelli di *distress* (disagio) relazionale, evidenziando il contributo dei diversi approcci utilizzati in letteratura - cosa funziona e con chi - sulla base di 23 studi selezionati dal 1976 al 1999. Come sottolineano gli stessi autori, si tratta del primo studio a standardizzare le misure di esito di studi sull'efficacia della terapia di coppia condotta secondo approcci di varia tipologia e a tentare di misurare l'efficacia del trattamento rispetto a diversi livelli di disagio coniugale.

Presupposto del lavoro di Wood, la possibilità di confrontare i risultati dell'efficacia in termini di livelli di disagio coniugale, attraverso la standardizzazione del costrutto, ottenuta mediante la conversione dei punteggi per il disagio coniugale più usati in ricerca: MAT, RMAT, KMSS e RDAS (Crane *et al.*, 1990, 2000) in un unico e comune punteggio della scala DAS (*Dyadic Assessment Scale*).

La possibilità di un punteggio standardizzato per il livello di disagio coniugale, ha

reso possibile il confronto tra tipologie diverse di intervento e di interventi di coppia comportamentali singoli (BMT Comp o *Behavioral Marital Therapy components*), Terapia Comportamentale Coniugale (BMT o *Behavioral Marital Therapy*), Terapia Focalizzata sulle Emozioni (EFT o *Emotionally Focused Therapy*), interventi Misti (“*Mixed*”) non codificabili in una precisa tipologia, che combinano elementi della BMT e della EFT e Altri (“*Other*”: Terapia Cognitivo Comportamentale + Terapia Sistemica).

Sulla base dei punteggi DAS, dagli studi selezionati sono stati individuati 41 gruppi di trattamento, classificati in base al livello di disagio in: lieve N=7 (DAS 96-107), moderato N=33 (DAS 80-95.9), grave N=1 (DAS <80).

Data la bassa numerosità campionaria per i gruppi “disagio lieve” (N=7) e “disagio grave” (N=1), il focus è sui risultati del gruppo “disagio moderato” (N=33) di cui sono riportati i risultati del modello misto di regressione lineare nella Fig.2.

Dall’analisi dei dati, non risulta che uno specifico approccio sia significativamente più predittivo di maggiore efficacia rispetto agli interventi comportamentali (BMT Comp) (vedi *Table 2* in Fig.2). Dai dati ottenuti pesando la variabile ‘protocollo’ (vedi *Table 3* in fig.2) si rileva che:

- la Terapia di coppia Focalizzata sulle Emozioni (EFT) è maggiormente efficace degli interventi comportamentali singoli (Others) nel migliorare il livello di adattamento diadico.
- anche altri interventi con protocolli ‘completi’ mostrano un’efficacia significativa.

Si può quindi evidenziare come un piano di trattamento chiaro e completo sia più efficace rispetto agli interventi singoli, rappresentando la variabile protocollo quella correlata a una efficacia di intervento maggiore. Quale implicazione clinica, sulla base delle analisi condotte, si può affermare che il trattamento del disagio di coppia moderato si giova di un intervento in cui il piano di trattamento sia chiaro e completo.

Per il disagio lieve, nei limiti della bassa numerosità campionaria, i dati mostrano

come ciascun tipo di trattamento possa essere utile. Nessuna elaborazione statistica è stata possibile per il *distress* grave, conseguentemente nessuna implicazione clinica può trarsi.

TABLE 2 Summary of Random Effects Regression Analysis for Treatment of Moderate Marital Distress, Mean Gains (DAS = 80-95.9, n = 33)				TABLE 3 Summary of Random Effects Regression Analysis for Treatment of Moderate Marital Distress, Mean Difference (DAS = 80-95.9, n = 33)			
Variable	B	SE B	Beta	Variable	B	SE B	Beta
Constant (BMT Comp)	1.3626**	0.2852	0.0000	Constant (EFT)	1.0079	0.5477	0.0000
BMT	0.4284	0.2849	0.2750	BMT	-0.6577	0.4836	-0.3587
EFT	0.5476	0.3798	0.2647	BMT Comp	-1.1513*	0.5549	-0.5410
Mixed	0.0936	0.3744	0.0465	Mixed	-0.8884	0.5092	-0.3848
Other	0.6958	0.3848	0.2847	Other	-0.4048	0.7703	-0.0958
Assessment	-.7140**	0.2551	-0.4674	Protocol	1.0667	0.5827	0.3221
				Assessment	-0.7691*	0.3826	-0.4103

Constant = Isolated components of BMT; BMT = Behavioral Marital Therapy; EFT = Emotionally Focused Therapy; Mixed = Approaches that combined elements of EFT and BMT; Others = Cognitive Behavioral Therapy, "Systemic Therapy"; Assessment = Categorical variable coded 0 = DAS, 1 = MAT; Dependent Variable = ES_g; Method of Moments Random Effects Variance Component, $v = .2344$; $Q = 17.0665$, $p < .01$ (Overall Model); $R^2 = .2983$; * $p < .05$; ** $p < .01$.

Constant = Emotionally Focused Therapy; BMT = Behavioral Marital Therapy; Mixed = Approaches that combined elements of EFT and BMT; BMT Comp = Isolated components of BMT; Others = Cognitive Behavioral Therapy, "Systemic Therapy"; Protocol = Categorical variable to indicate a clear treatment protocol; Assessment = Categorical variable coded 0 = DAS, 1 = MAT; Dependent Variable = ES_m; Method of Moments Random Effects Variance Component, $v = .25747$; $Q = 18.6671$, $p < .01$ (Overall Model) $R^2 = .4922$; * $p < .05$; ** $p < .01$.

Figura 2 - Sommario dei risultati ottenuti con la metanalisi

DISCUSSIONE

Sulla base degli studi oggetto della rassegna, a partire dai dati ottenuti dalla Metanalisi di Wood *et al.* (2005), sul piano clinico si può evincere che, nell'ambito della terapia di coppia, ciò che funziona per le coppie è un piano di trattamento chiaro e completo. La chiarezza attiene all'adozione di protocolli di intervento definiti nei loro aspetti operativi, laddove la completezza implica che l'intervento sia diretto su tutte le componenti emotive, cognitive e relazionali disfunzionali della coppia. L'intervento di coppia con tali caratteristiche di chiarezza e completezza risulta quello più efficace rispetto ad interventi singoli, ovvero interventi orientati specificamente su singole abilità della coppia (es. abilità di comunicazione, *problem solving*). Dai risultati emersi dalla metanalisi, si può quindi inferire che la TCC, quando attuata come evidenziato nella parte teorica, risulta efficace nel migliorare la vita di coppia anche se non in modo elettivo. Quanto alla tipologia di coppia che risulta giovare di tale tipo di trattamento, specificamente si tratta di coppie con livello di disagio moderato. Diversamente, per le coppie con disagio lieve, nei limiti

della bassa numerosità campionaria sulla quale è stato condotto lo studio, ciascun tipo di trattamento può considerarsi utile; quando il livello di disagio risulti grave invece, non si dispone di dati per poter avanzare qualsiasi considerazione sul piano clinico.

I. Considerando il primo insieme di studi relativi all'efficacia della TCC, le modalità di intervento proposte dagli autori risultano orientate alla chiarezza e completezza. Negli interventi presentati in rassegna infatti, il trattamento si avvale di tecniche specifiche della TCC con risalto sul piano operativo principalmente all'incremento delle emozioni positive nella coppia, come caratteristico della TCC attuale (dette di "terza onda"), oltre al peculiare lavoro sulla ristrutturazione cognitiva, sulla modifica di comportamenti e atteggiamenti disfunzionali e sul training di abilità (comunicazione / *problem solving* / risoluzione di conflitti). Analizzandone i risultati, si è dimostrato che:

- la specificità dell'approccio cognitivo comportamentale di coppia sembra incrementare l'adattamento coniugale e la soddisfazione del rapporto, anche in coppie con disagio grave (Amari, S., Amini, N. e Rahmani, M.A., 2016);
- la TCC per culture diverse (americana, turca, iraniana, indiana, australiana), si è dimostrata maggiormente efficace dei controlli indipendentemente dalle differenze culturali;
- la TCC mostra un'ulteriore efficacia sul disturbo del singolo rispetto alla terapia individuale, nei casi di comorbidità tra disagio di coppia e disturbo di un partner (disturbi di ansia e PTSD, disturbo premestruale, abuso di alcol in pazienti omosessuali);
- a fronte della brevità dell'intervento, gli effetti positivi della TCC sulla coppia si mantengono nel lungo termine come evidenziato dai 4 studi catamnestici.

II. Con il secondo gruppo di studi relativi al confronto tra TTCC e TICC, si conferma che la terapia di comportamentale di coppia risulta essere efficace nel migliorare la relazione di coppia. Specificamente, si evince che il disagio cronico della coppia diminuisca attraverso sia la TTCC sia la TICC e che tuttavia la TTCC abbia effetti

migliori per le coppie con moderato disagio. In particolare, in linea con quanto evidenziato dalla metanalisi in rassegna (Wood, 2005), è emerso che coppie sottoposte a un trattamento comportamentale integrato mantengono gli effetti più a lungo termine rispetto a coppie sottoposte a terapia comportamentale tradizionale (Christensen *et al.*, 2004; Baucom *et al.*, 2011).

Seguendo i quattro parametri di esito (soddisfazione della relazione coniugale, stabilità della relazione coniugale, comunicazione e attivazione emozionale) evidenziati da Christensen *et al.* (2004) per il confronto TTCC/TICC si rileva che la terapia integrata consente una maggiore soddisfazione dei rapporti, nella stabilità e nella comunicazione, con pari effetti per i mariti e le mogli. Specificamente:

1. riguardo all'efficacia valutata rispetto al parametro 'soddisfazione della relazione: le coppie in TTCC migliorano in modo più rapido rispetto alle coppie in TICC, anche se poi si bloccano; le coppie in TICC mostrano invece un miglioramento lento ma costante, senza nessun appiattimento o deterioramento;
2. riguardo all'efficacia valutata rispetto al parametro 'stabilità della relazione': l'instabilità coniugale risulta in diminuzione nel corso del tempo, ma maggiormente nella fase iniziale e finale del trattamento; TTCC E TICC hanno gli stessi effetti per le coppie in gravi difficoltà, ma la terapia integrata risulta avere una maggiore efficacia per le coppie con moderato *distress*;
3. riguardo il parametro 'comunicazione': si mostra un miglioramento a 2 anni di follow-up, associato ad una maggiore soddisfazione relazionale. Dal successivo studio di Baucom *et al.* (2011) specificamente volto al confronto tra TICC e TTCC sulla base di questo parametro, si evince che la TTCC indurrebbe miglioramenti più significativi dalla pre-terapia alla post-terapia e una migliore comunicazione nel post terapia e che tuttavia, al follow-up a 2 anni e a 5 anni, la TICC risulta avere una maggiore efficacia: la TTCC sembra indurre cambiamenti più evidenti a breve termine, mentre la TICC può generare cambiamenti a lungo termine. Inoltre, riguardo la correlazione tra la

comunicazione e gli esiti della relazione a lungo termine, si evince che alla catamnesi a 5 anni la stabilità e la soddisfazione della relazione risulta collegata a una comunicazione più costruttiva;

4. riguardo il parametro 'attivazione emozionale': in assenza di differenze significative al post-trattamento, si evince che entrambe le terapie risultano ugualmente efficaci nel ridurre il grado di emotività della coppia, come evidenziato dalla diminuzione significativa del conflitto di coppia al termine di entrambe le terapie.

CONCLUSIONI

In conclusione, possiamo dire gli interventi proposti dalla TCC si avvalgono di tecniche cognitive e comportamentali volte a ridurre il disagio nelle relazioni intime e al potenziamento del funzionamento di coppia. Infatti il trattamento CC è centrato su: la ristrutturazione cognitiva; la modifica di comportamenti e atteggiamenti di entrambi; l'uso di compiti a casa e il training di abilità di comunicazione e/o di *problem solving*. Il trattamento può essere svolto in forma congiunta e individuale e si caratterizza per essere breve (tra 9 e 20 sedute).

Tra gli studi scelti, alcuni presentano il confronto tra interventi di coppia e interventi individuali (TCCC-TCCI; Terapia Comportamentale di Coppia e TBI) evidenziando come l'intervento di coppia favorisca maggiormente la riduzione di sintomatologia e che sia più duratura nel tempo. Inoltre, nel confronto tra la TTCC e la TCIC, sembra che un intervento più simile all'intervento CC dove oltre alle prescrizioni si dia spazio anche all'espressione delle emozioni abbia un maggiore impatto sul benessere di coppia.

Come evidenziato dalla metanalisi, gli interventi "chiari e completi" hanno una maggiore efficacia rispetto all'uso di singole tecniche comportamentali per gli interventi su coppie con un disagio moderato. Inoltre, gli studi presi in considerazione mostrano come gli interventi TCC per le coppie possano essere efficaci nel miglioramento della vita di coppia sia nel fronteggiare livelli di disagio gravi dovuti a

problematiche di coppia (divorzio), sia a situazioni individuali che hanno un impatto forte sull'adattamento di coppia (abuso di alcol, PTSD, ansia e disturbo premestruale). Sembra che gli effetti positivi del trattamento durino nel tempo come verificato da 4 studi con catamnesi nel primo gruppo di articoli e dai risultati ottenuti dalla terapia comportamentale integrata di coppia, nel secondo gruppo di articoli. Infine, è da sottolineare come la TCC per coppie abbia effetti positivi in popolazioni completamente diverse tra loro: nordamericane, australiane, iraniane, turche e indiane.

Quanto emerso da questa rassegna non può essere generalizzato a causa degli studi utilizzati e dalla loro bassa numerosità. Inoltre, l'assenza di studi sperimentali controllati con popolazioni europee e italiane all'interno del nostro studio è un limite per la applicabilità dei risultati riscontrati in ambito clinico italiano ed europeo.

RINGRAZIAMENTI

Gli autori ringraziano i seguenti partecipanti del gruppo RIGA3 del 2016 e del 2017 per il loro contributo attivo ai lavori senza il quale la stesura del presente articolo non sarebbe stata possibile: Castagna Morena, Cerbone Vincenzo, D'Amore Gianluca, De Luca Paola, Minafra Marcella, Quaglieri Lavinia e Rinaldi Alberto.

BIBLIOGRAFIA

Amari, S., Amini, N. e Rahmani, M.A. (2016). The effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy in increasing the marital compatibility of the divorce applicant couples. *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS)* Special Issue - April, 1214 - 1219.

Aquilar, F. (a cura di). (2013). *Parlare per capirsi*. Milano: Franco Angeli Ed.

Baucom, D.H., Epstein, N.B., Kirby, J.S., La Taillade, J.J. (2009). Cognitive-Behavioral Couple Therapy. In K.S. Dobson (ed.). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, Third Edition (pp. 411-444). New York - London: Guilford Press.

Baucom, K.J.W., Sevier, M., Eldridge, K.A., Doss, B.D., & Christensen, A. (2011). Observed Communication in Couples 2 years after Integrative and Traditional Behavioral Couple Therapy: Outcome and Link with 5-year Follow-up. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 79(5): 565-576. doi:10.1037/a0025121.

Baucom, K. J. W., Baucom, B. R., & Christensen, A. (2015). Changes in Dyadic Communication During and After Integrative and Traditional Behavioral Couple Therapy. *Behavior Research and Therapy*; 65: 18-28. doi:10.1016/j.brat.2014.12.004.

Baucom, B.R., Sheng, E., Christensen, A., Georgiou, P.G., Narayanan, S.S., Atkins, D.C. (2015). Behaviorally-based couple therapies reduce emotional arousal during couple conflict. *Behavior Research and Therapy*; 72: 49-55. doi:10.1016/j.brat.2015.06.015.

Beavers, W.R., Hampson, R.B., & Hulgus, Y.F. (1985). Commentary: the beavers systems approach to family assessment. *Family Process*, 24: 398 - 405.

Christensen, A., Atkins, D.C., Berns, S. Wheeler, J., Baucom, D.H., & Simpson, L. (2004). Traditional Versus Integrative Behavioral Couple Therapy for Significantly and Chronically Distressed Married Couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2): 176 - 191.

Dattilio, F.M. (2013). *Terapia cognitivo comportamentale per le coppie e le famiglie*. Firenze: Eclipsi.

Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2): 171 - 180.

Falls Stewart, W., O' Farrell, T.J., e. Lam, W.K.K (2009). Behavioral Couple Therapy for Gay and Lesbian Couples with Alcohol Use Disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(4): 379-387. doi:10.1016/j.jsat.2009.05.001.

Kalkan, M., e Ersanli, E. (2008). The Effects of the Marriage Enrichment Program Based on the Cognitive-Behavioral Approach on the Marital Adjustment of Couples. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 8(3): 977-986.

Kavitha, C., Rangan, U., e Nirmalan, P.K. (2014). Quality of Life and Marital Adjustment after Cognitive Behavioural Therapy and Behavioural Marital Therapy in Couples with Anxiety Disorders. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(8): WC01-WC04

Monson, C.M., Freedman, S.J., Macdonald, D.m., Pukhay - Martin, N.D, Resik, P.A. e Schnurr, P.P. (2012). Effect of Cognitive-Behavioral Couple Therapy for PTSD: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 308(7): 700-709. doi:10.1001/jama.2012.9307.

Moos, R. H., & Moos, R. S. (1986). *Family Environment Scale manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38:15-28.

Snyder, D. K., & Aikman, G. G. (1999). Marital Satisfaction Inventory-Revised. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 1173-1210). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Ussher JM, Perz J (2017). Evaluation of the relative efficacy of a couple cognitive-behaviour therapy (CBT) for Premenstrual Disorders (PMDs), in comparison to one-to-one CBT and a wait list control: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 12(4): e0175068, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175068>

Weustoff S. & Hahlweg K. (2015). Terapia di coppia. In Borgo, S., Sibilìa, L., e Marks, I., *Dizionario clinico di psicoterapia. Una lingua comune*, pp. 237-239. Roma: Alpes.

Wood, N., Crane, D.R., Schaalje, G.B. & Law, D.D. (2005). What works from whom: A meta-analytic review of marital and couples therapy in reference to marital distress. *The American Journal of Family Therapy* 33: 4, 273-287.

LA DIPENDENZA DA CIBERSESSO: UNA RASSEGNA DI LETTERATURA

Giuliani Claudia, Capulli Arianna, Buonaugurio Maurizio, Kakaraki Dimitra¹⁰

IL PROBLEMA

Nella rete Internet è ampiamente presente materiale erotico (talora pornografico) e risulta piuttosto agevole l'accesso a modalità comunicative (tramite immagini, voce e scritti) che facilitano e/o consentono attività erotiche individuali o diadiche, sia simultanee che differite. L'insieme dei comportamenti sessuali facilitati o compiuti durante o dopo l'esposizione a contenuti erotici trasmessi dalla rete vengono chiamati cibersecco (o "cybersecco" con un anglicismo ibrido). L'esposizione a contenuti sessuali tramite le attuali tecnologie informative e comunicative (ICT) può infatti dar luogo alle stesse risposte di eccitazione che caratterizzano i comportamenti sessuali abituali in vivo, come la masturbazione. Pertanto, non sorprende che si possano strutturare anche on-line delle abitudini sessuali abusive e/o disfunzionali (cibersecco problematico), che assumono il profilo di una vera e propria dipendenza, pur senza la presenza fisica di un partner.

Di tale fenomeno non conosciamo l'estensione, sebbene una semplice ricerca in rete con il solo termine "sex" fornisca 7.460.000.000 risultati, a testimonianza dell'interesse del genere umano per la sessualità. Nel 2014, inoltre, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto l'abuso delle tecnologie digitali come ambito di interesse per la salute pubblica (WHO, 2014). È stata proposta, ma non ancora accettata, invece, la categoria diagnostica Dipendenza da cibersecco o Dipendenza ciberseccuale (DC) e, sebbene siano state già proposte alcune modalità di *assessment* per un inquadramento clinico del fenomeno, queste non sono state universalmente riconosciute.

Lo studio di casi clinici ci mostra come vi siano in tale ambito alcune caratteristiche tipiche delle dipendenze. Da un lato, un impegno eccessivo e compulsivo in attività

¹⁰ Francesca De Angelis, Emilio Palozzi, Loredana Testone, Ylenia Spanò, Maria Cristina Orlando, Federica Valentino. Centro per la Ricerca in Psicoterapia, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale ed Intervento Psicosociale.
Email: dimitra.kakaraki@gmail.com

auto-rinforzanti (come il sesso *on-line*) nonostante le conseguenze (disfunzioni emozionali e/o nell'adattamento). Dall'altro, una tolleranza, cioè una decrescente sensibilità agli stimoli (sessuali in questo caso), che induce una ricerca di stimoli nuovi e sempre più forti. Infine, problemi psico-emozionali legati alla sospensione dell'attività (che si configurano come una sorta di disturbi da astinenza). Secondo alcuni autori (Landau *et al.*, 2008), almeno il 40% dei soggetti che fruiscono regolarmente di pornografia on-line arriva a sviluppare i sintomi tipici di una dipendenza sessuale.

Non bisogna dimenticare tuttavia che comportamenti cibersessuali, come ad es. l'uso di pornografia on-line, non necessariamente evolvono in fenomeni patologici. Anzi, alcuni autori hanno fatto notare¹¹ che dopo l'introduzione del sesso *on-line*, a partire dagli anni '90, si sono registrati negli USA numerosi segni di beneficio sociale: 1) l'irresponsabilità sessuale è diminuita (tasso di aborti, malattie sessualmente trasmesse, ecc.); 2) il tasso di sesso adolescenziale si è ridotto (gravidanze in adolescenti, rapporti sessuali); 3) il tasso di divorzi è diminuito; 4) il tasso di stupri e di assalti sessuali è diminuito¹².

Non è ovviamente possibile stabilire un rapporto di causa-effetto tra l'arrivo del cibersecco e questi cambiamenti sociali positivi, ma certamente non depongono a favore di effetti negativi almeno a livello di popolazione. Inoltre, simili risultati sono stati documentati in altri Paesi come la Danimarca, la Repubblica Ceca, così come in Estremo Oriente.¹³

COMPRENDERE IL FENOMENO

La definizione di DC non è ancora chiara e condivisa in letteratura, anche se si considera genericamente come un uso incontrollato della rete per le attività sessuali, quindi un uso con ricadute negative per l'utente e conseguente disadattamento¹⁴. Non esistendo ancora una definizione precisa del fenomeno o un unico strumento di

11 Delmonico D. L. (2009) *Cybersex: High tech sex addiction. Journal of Sexual Addiction & Compulsivity*, 4:2, 159-167.

12 Michael Castleman M.A. *Does Pornography Cause Social Harm?* (2009) *Psychology Today*, <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/all-about-sex/200904/does-pornography-cause-social-harm>

13 Michael Castleman M.A. (2016) *Psychology Today*, <https://www.psychologytoday.com/us/blog/all-about-sex/201601/evidence-mounts-more-porn-less-sexual-assault>

14 Wery A., Billieux J. (2017) *Problematic cybersex: Conceptualization, assessment, and treatment. Addictive Behaviors*. Jan 2017, Vol. 64, p238

valutazione, non esistono neanche linee guida o criteri diagnostici per clinici e ricercatori, né modalità di trattamento empiricamente validate. Ci limiteremo perciò ad evidenziare alcuni modelli teorici, gli studi clinici e gli strumenti di *assessment* disponibili.

Alcuni autori (Meerkerk *et al.* 2006) evidenziano come lo sviluppo della patologia non risulti essere necessariamente legato al numero di ore trascorse nelle attività sessuali on-line, ma piuttosto alle caratteristiche personali del soggetto. Altri Autori, come vedremo, annoverano la presunta DC all'interno della Dipendenza da *Internet* (Young, 1998).

Un possibile inquadramento diagnostico è quello che riconduce la patologia ad aspetti di impulsività e compulsività e, verosimilmente, al disturbo da controllo degli impulsi e al disturbo ossessivo-compulsivo (Stevani, 2008).

In generale, parliamo di dipendenza sessuale quando il sesso diviene bisogno fondamentale rispetto al quale tutto il resto viene compromesso. Come fa notare Lambiase (2009), risulta difficile capire se il dipendente sessuale fruisce di pornografia come un escamotage per mettere in atto i suoi comportamenti sessuali o se, proprio a causa e a seguito della visione di pornografia, il comportamento si evolve in dipendenza sessuale. A favorire tale evoluzione sarebbero un deficit di differenziazione, un deficit di integrazione e un deficit di regolazione emotiva.

Frequentemente, la visione di pornografia on-line, o qualunque altro comportamento che rientri nella definizione di Cibersesso, si presenta come una realtà alternativa, attraverso la quale porre in atto i comportamenti tipici del dipendente sessuale.

La DC viene definita da alcuni autori come un comportamento sessuale on-line, che si sviluppa tramite diverse applicazioni in Internet, finalizzato a reperire materiale erotico o partner disposti a condividere esperienze di vario genere, come fonte primaria di gratificazione ed eccitazione sessuale (Döring, 2009).

Include attività come il guardare materiale pornografico on-line, avere contatti a scopo sessuale in internet, acquistare prodotti da *sexy shops on-line*, ricercare informazioni riguardanti tematiche sessuali, usufruire dei servizi di sesso on-line e

avere incontri virtuali con prostitute. Le modalità sono molteplici e vanno da approcci più interattivi (chat, guardare altri o far vedere sé stessi mentre si mettono in atto pratiche sessuali via webcam) ad approcci più passivi (utilizzo della pornografia, perlopiù in associazione ad atti masturbatori).

Kimberly S. Young (1999), docente di Psicologia presso l'Università di Pittsburgh e direttrice del *Center for on-line Addiction*, ha tracciato un profilo del dipendente da Cibersesso: "Il soggetto si dedica in modo sempre più compulsivo all'uso di internet per trovare un partner o materiale erotico, fino a considerare l'eccitazione che ne deriva come forma primaria di gratificazione sessuale, e fino a ridurre l'investimento sul partner reale. Inoltre, il disagio scaturito dalla dipendenza porta il soggetto a nascondere le proprie relazioni virtuali agli altri, provando sentimenti di colpa o vergogna." (Young, 1999).

Sono state di fatto rilevate conseguenze negative nell'utilizzo ripetuto di Internet a scopo sessuale, tra cui depressione, ansia e difficoltà relazionali, problemi a livello professionale e finanziario, diminuzione dell'interesse per la sessualità offline (Voon *et al.*, 2014), isolamento interpersonale (Levin, Lillis, Hayes, 2012) diminuzione della soddisfazione sessuale (Stack, Wasserman, Kern, 2004), sentimenti di colpa e vergogna (McBride, Reece, Sanders, 2008), diminuzione delle prestazioni professionali e delle relazioni interpersonali, nonché problemi con il partner e con i figli (Schneider, 2000).

Secondo Coleman-Kennedy (2002) l'ansia sembra avere un ruolo importante nella genesi e nel mantenimento del comportamento sessuale compulsivo che parrebbe non esser causato dal solo desiderio sessuale.

Considerando la Dipendenza da Cibersesso come una forma di Disturbo da dipendenza da Internet, particolarmente interessante è il modello "ACE", acronimo di *Accessibility, Control and Excitement*. Questo modello, infatti, introdotto da K. Young per spiegare i comportamenti compulsivi relativi alla categoria *net compulsion*, mira ad identificare i principali fattori facilitanti e/o predisponenti l'insorgere di questi disturbi: accessibilità, controllo, eccitazione.

1. Accessibilità. Prima dell'avvento di *Internet*, attività come il gioco d'azzardo

o lo *shopping* venivano svolte in luoghi specifici più o meno accessibili dall'individuo. La rete ha consentito di ridurre enormemente i tempi di accesso ai singoli servizi così da rendere possibile la gratificazione quasi immediata di alcuni bisogni.

2. **Controllo.** Il controllo personale che l'individuo può esercitare in attività *on-line* è molto alto, spesso maggiore di quello che è possibile esercitare nella vita reale.
3. **Eccitazione.** Navigare in Rete può senza dubbio costituire un'esperienza emozionante per l'enorme quantità di stimoli a cui è possibile sottoporsi. La comunicazione multimediale si caratterizza sostanzialmente per la presenza di colori vivaci, immagini sorprendenti e suoni emozionanti (Cantelmi *et al.*, 1998). Quello che è possibile fare in Rete, grazie anche alla possibilità di mantenere l'anonimato, non sempre risulta possibile nella vita reale.

Secondo la Young (1999) la DC si sviluppa secondo cinque fasi e la progressione può essere graduale o improvvisa, determinando il passaggio dall'uso all'abuso dello strumento digitale a scopo sessuale:

- Scoperta (*Discovery*):
- Sperimentazione (*Experimentation*)
- Abituazione (*Habituation*)
- Compulsione (*Compulsivity*)
- Disperazione (*Hopelessness*)

Non dissimile appare il modello "**Triple A Engine**" (motore a tripla A) messo a punto da Cooper (2000, 2002). Infatti, suggerisce che alcune caratteristiche proprie della rete potrebbero favorire le attività sessuali *on-line*: la accessibilità pratica (*accessibility*), economica (*affordability*) e l'anonimato (*anonymity*). Queste caratteristiche di *Internet* promuoverebbero le attività legate al Cibersesso in quanto la rete risulterebbe come un'alternativa sicura rispetto agli incontri nella vita reale (Cooper, Scherer, Boies, Gordon, 1999).

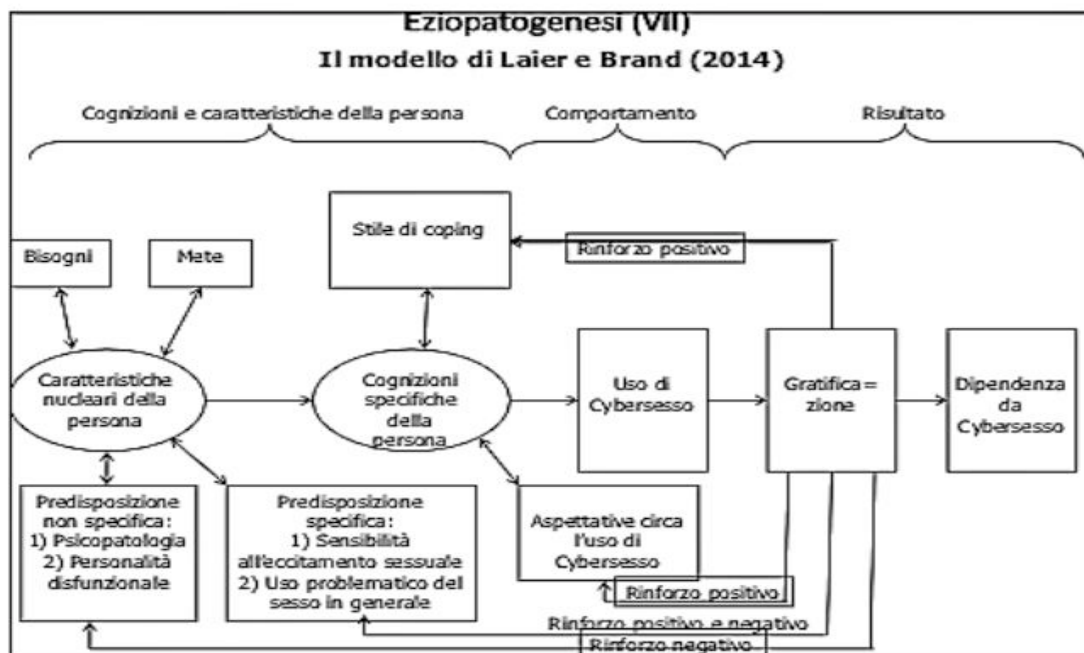
Carnes *et al.* (2001) aggiungono altri due fattori predisponenti all'utilizzo di internet

per scopi sessuali: l'isolamento e la fantasia, la possibilità dunque di isolarsi dal resto del mondo e creare una realtà virtuale dove è possibile mettere in atto qualunque fantasia senza correre il rischio di essere giudicati negativamente. Infatti, Cooper e Griffin-Shelley (2002) definiscono le attività sessuali on-line (*on-line sexual activity* o OSA) come quei comportamenti che comprendono l'utilizzo di Internet per ogni attività (testi, audio, grafica) che implica la sessualità umana. Ciò comprende motivi di ricreazione, divertimento, esplorazione, materiale educativo o di sostegno su problematiche sessuali, acquisto di materiali sessuali, cercare di trovare partner sessuali, eccetera.

Laier e Brand (2014) indagano la natura del fenomeno definito dagli Autori come "dipendenza da sesso virtuale" e il suo meccanismo di sviluppo. In questo studio, viene analizzato l'aumento dell'attivazione sessuale (*sexual arousal*), dopo la somministrazione di 100 immagini pornografiche, in un campione composto da 155 soggetti eterosessuali maschi. Lo scopo dello studio è quello di esplorare la relazione tra l'eccitabilità sessuale della persona e l'uso disfunzionale del sesso con la gravità dei sintomi della DC, facendo emergere due ipotesi:

- gli indicatori dell'eccitabilità sessuale e l'uso disfunzionale del sesso sono correlati alla tendenza a sviluppare dipendenza da Cibersesso;
- che l'uso disfunzionale del sesso media la relazione tra eccitabilità sessuale e la tendenza alla DC.

I risultati hanno fatto emergere che gli indicatori dell'eccitabilità sessuale e l'uso disfunzionale del sesso sono correlati alla tendenza a sviluppare dipendenza da Cibersesso. È emerso inoltre che l'uso disfunzionale del sesso media la relazione tra eccitabilità sessuale e la tendenza alla DC (Tab. 1).



Fi

figura 1: Il modello di Laier e Brand (2014, tradotto e modificato)

EVIDENZE DELLA RICERCA EMPIRICA

Per tentare di mettere insieme gli elementi emersi dalle ricerche abbiamo ritenuto opportuno riprendere una rassegna sul tema: *INTERNET SEX ADDICTION: A REVIEW OF EMPIRICAL RESEARCH*, (Griffith, 2012).

L'articolo in oggetto, pubblicato *on-line*, presenta cinque ricerche qualitative e nove quantitative sul tema della Dipendenza dal Sesso Virtuale negli adulti, con lo scopo di fornire una panoramica completa degli studi empirici che hanno trattato l'argomento negli ultimi anni.

Ricerche Qualitative Autori (anno)	Problema Clinico	N. di pazienti	Nazione
Orzack e Ross (2000)	Uso eccessivo di sesso virtuale	2	USA
Schneider (2000)	Uso eccessivo di sesso virtuale	94	USA
Schneider (2000)	Uso eccessivo di sesso virtuale	55	USA
Stein <i>et al.</i> (2001)	Disturbo ipersessuale	1	USA
Grov <i>et al.</i> (2008)	Compulsività sessuale	111	USA

Ricerche Quantitative Autori (anno)	Problema Clinico	N. di pazienti	Nazione
Schwartz e Southern (2000)	Sesso virtuale compulsivo	40	USA
Cooper <i>et al.</i> (2000)	Sesso virtuale compulsivo	9265	USA
Cooper, Delmonico, Griffin-Shelley e Mathy (2001)	Problemi sessuali on-line	7037	USA
Delmonico e Miller (2003)	Dipendenza da sesso virtuale	6088	USA
Cooper, Galbreath e Becker (2004)	Dipendenza da sesso virtuale	384	USA
Cooper, Griffin-Shelley, Delmonico e Mathy (2004)	Dipendenza da sesso virtuale	7037	USA
Boies, Cooper e Osborne (2004)	Problemi relativi a Internet	760	CANADA
Daneback, Ross e Mansson (2006)	Dipendenza da sesso virtuale	1835	SVEZIA
Schnarrs <i>et al.</i> (2010)	Uso eccessivo sesso virtuale	309	USA

Tabella 2. Quattordici ricerche empiriche sul cibersesto (da Griffith, tradotta e modificata)

Tra le ricerche esaminate, non si evidenziano significative discordanze. I risultati comuni evidenziano che gli uomini sono più avvezzi all'utilizzo della rete a scopo sessuale; esiste una comorbilità con patologie che investono la sfera affettiva, le dipendenze comportamentali o da sostanze e i disturbi alimentari; le conseguenze della DC transitano nella sfera dei comportamenti *off-line* creando difficoltà significative nel normale svolgimento delle attività quotidiane.

I quattordici studi empirici presentati nell'articolo, condotti in Paesi occidentali, concludono che impegnarsi eccessivamente in comportamenti sessuali su Internet può portare a una vasta gamma di conseguenze negative che includono sempre una diminuzione dell'attività sessuale *off-line* nonché problemi di relazione con gli altri e con il partner.

Accesso, accessibilità e anonimato emergono come i principali fattori critici che rendono Internet favorevole per acquisire, sviluppare e mantenere la sessualità *on-line*.

Alcuni individui utilizzano i comportamenti sessuali on-line come un complemento alla loro sessualità “in vivo”, altri invece se ne servono come un vero e proprio sostituto. E ciò potrebbe portare a vedere la DC, come l'intersezione tra la dipendenza da *Internet* e la dipendenza dal sesso.

Si ribadisce, comunque, come la necessità della definizione di un quadro diagnostico chiaro per valutare clinicamente la dipendenza dal sesso su *Internet* sia cruciale per la comprensione degli aspetti potenzialmente psicopatologici e delle conseguenze di comportamenti sessuali legati ad *Internet*.

La ricerca empirica presentata in questa rassegna fornisce anche una serie di indicazioni per la ricerca futura nel campo della dipendenza da sesso su Internet. La prima riguarda la necessità di distinguere tra compulsività sessuale off-line e compulsività sessuale espressa solo *on-line*. Ad oggi gli studi hanno valutato la dipendenza dal sesso su internet impiegando strumenti messi a punto per indagare la compulsività sessuale *off-line* e questo è sicuramente un limite. Inoltre, non è stata basata su criteri diagnostici clinicamente validi, pertanto il primo passo da compiere nella ricerca futura è quello di adottare criteri diagnostici che permettano studi quantitativi. Tuttavia, per una valutazione specifica la ricerca qualitativa non è meno importante. Va inoltre sottolineato come le ricerche presenti nell'articolo in oggetto siano poche e limitate ai paesi occidentali, pertanto la ricerca futura in questo settore dovrebbe valutare la dipendenza da sesso su internet in popolazioni più ampie e più varie e dovrebbe prestare attenzione ai potenziali fattori di rischio per i giovani che sono esposti al materiale “per adulti” in rete.

STRUMENTI DI ASSESSMENT

Infine, citiamo brevemente alcuni degli strumenti di *assessment* più diffusi per la valutazione clinica del fenomeno:

- s-IATsex (*Internet Addiction Test*): modificato per indagare i sintomi della DC
- SES (Scala di Eccitazione Sessuale): questionario per misurare la sensibilità all'eccitazione sessuale, precedentemente individuato come fattore

predisponente

- HBI (*Ipersexual Behavioral Inventory*): indicatore di un uso problematico del sesso

CONCLUSIONI

Dall'analisi della letteratura citata, si evidenzia una difficoltà nella definizione del fenomeno DC, legata a diversi fattori:

- la difficoltà di osservazione diretta sia del comportamento sessuale (gli studi si basano generalmente su auto-descrizioni) sia del comportamento di uso della Rete;
- la confusione tra un approccio descrittivo ed uno di test di ipotesi: generalmente si passa al secondo tipo di studio (di test empirico), scavalcando il primo tipo (descrittivo);
- la difficoltà di svolgere studi longitudinali, che possano evidenziare la progressione dei comportamenti e dei relativi problemi, cosa che induce a compiere studi trasversali (più facili) e magari trarre erroneamente deduzioni da questi.

È possibile che in alcuni casi ci si trovi di fronte a un problema legato all'utilizzo di Internet, mentre in altri è probabile che Internet sia solo lo strumento attraverso il quale viene ripetuto un comportamento legato alla sfera sessuale. Quest'ultimo può essere uguale o diverso da ciò che viene praticato off-line e può risultare (o essere percepito) dannoso oppure innocuo per la persona. Tuttavia, alcune caratteristiche proprie della Rete sembrano essere importanti fattori che contribuiscono all'eziopatogenesi e al mantenimento del comportamento dannoso.

Non è chiaro se la dipendenza sessuale, anche off-line, sia la causa della visione di materiale pornografico o ne sia l'effetto, cioè la sua manifestazione principale. Ovviamente possono realizzarsi entrambe le alternative.

Tutti gli studi esaminati concordano sulla possibilità che la DC possa portare a conseguenze molto negative per la persona che ne è affetta, inclusa la diminuzione

dell'attività sessuale, che viene ad essere espressa solo on-line.

Considerando che il quadro della dipendenza da cibersesso non è stato formalizzato, tre aspetti appaiono essenziali a livello clinico:

- una valutazione diagnostica approfondita;
- l'utilizzazione di strumenti di *assessment* specifici;
- la pianificazione di trattamenti adeguati sulla base della formulazione del caso.

Infine, l'ipotesi che l'introduzione del sesso on-line abbia riportato comunque dei benefici sociali richiede maggiori approfondimenti dato che il cibersesso, così come tutti i fenomeni legati al mondo del web, fa parte della quotidianità di molte persone.

BIBLIOGRAFIA

Boies S.C., Cooper A., Osborne C.S. (2004). Variations in Internet-related problems and psychosocial functioning in online sexual activities: Implications for social and sexual development of young adults. *CyberPsychology and Behavior*, 7: 207-230.

Cantelmi T., D'Andrea A. (1998). Internet dipendenza. In AAVV (a cura di Jader Jacobelli). *La realtà del virtuale*. Roma: Edizioni Laterza, Saggi Tascabili.

Carnes J. P. (2001). Cybersex, Courtship, and Escalating Arousal: Factors in Addictive Sexual Desire. *The Journal of Treatment & Prevention*, 45-78.

Coleman C., Kennedy C., (2002). Assessment and Diagnosis of Sexual Addiction. *Journal of The American Psychiatric Nurses Association*, 8 (5): 143-180.

Cooper A., Scherer C., Boies S., Gordon B. (1999). Sexuality and the Internet: From sexual exploration to pathological expression. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(2), 154-164.

Cooper A. (2000). Cybersex and sexual compulsivity. The dark side of the force. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 1-4.

Cooper A., Delmonico D., Burg R. (2000). Cybersex users, abusers and compulsives. New findings and implications. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 5.

Cooper A., Griffin-Shelley E., Delmonico D.L., Mathy R.M. (2001). Online sexual problems: Assessment and predictive variables. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 8: 267-285.

Cooper A., Griffin-Shelley E. (2002). The internet: The next sexual revolution. In A. Cooper (Ed.) *Sex and the internet* (pp.1-15). New York, NY: Brunner-Routledge.

Cooper A., Delmonico D.L., Griffin-Shelley E., Mathy R.M. (2004). Online sexual activity: An examination of potentially problematic behaviors. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 11: 129-143.

Cooper A., Galbreath N., Becker M.A. (2004). Sex on the Internet: Furthering our understanding of men with online sexual problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18: 223-230.

Daneback K., Ross M.W., Mansson S.A. (2006). Characteristics and behaviors of sexual compulsives who use the Internet for sexual purposes. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 13: 53-67.

Delmonico D.L., & Miller J.A. (2003). The Internet sex screening test: A comparison of sexual compulsives versus non-sexual compulsives. *Sexual and Relationship Therapy*, 18: 261-276.

Döring N. M. (2009). The Internet's impact on sexuality: A critical review of 15 years of research. *Computers in Human Behavior*, 25(5): 1089-1101.

Griffiths M. D. (2012). Internet sex addiction: A review of empirical research. *Addiction Research & Theory*, 20(2): 111-124.

Grov C., Bamonte A., Fuentes A., Parsons J.T., Bimbi D.S., Morgenstern J. (2008). Exploring the internet's role in sexual compulsivity and out of control sexual thoughts/behaviour: A qualitative study of gay and bisexual men in New York city. *Culture Health and Sexuality*, 10: 107-124.

Laier C., & Brand M. (2014). Empirical evidence and theoretical considerations on factors contributing to cybersex addiction from a cognitive-behavioral view. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 21(4): 305-321.

Lambiase E. (2009). *La dipendenza sessuale. Modelli clinici e proposte di intervento terapeutico*, 7-38, 161-170, Roma: LAS Editrice.

Landau J., Garrett J., Webb R., (2008). Assisting a concerned person to motivate someone experiencing cybersex into treatment: application of invitational intervention: the arise model to cybersex. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34 (4): 498-511.

Levin M. E., Lillis J., Hayes S. C. (2012). When is on-line pornography viewing problematic among college males? Examining the moderating role of experiential avoidance. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19(3): 168-180.

McBride K. R., Reece M., Sanders S. A. (2008). Predicting negative outcomes of sexuality using the Compulsive Sexual Behavior Inventory. *International Journal of Sexual Health*, 19(4): 51-62

Meerkerk G. J., Van Den Eijnden R. J., Garretsen H. F. (2006). Predicting compulsive Internet use: It's all about sex! *CyberPsychology & Behavior*, 9: 95-103.

Orzack M, Ross C. (2000). Should virtual sex be treated like other sexual addictions? *Sexual addiction & compulsivity*, 7:113-126.

Schnarrs P.W., Rosenberger J.G., Satinsky S., Brinegar E., Stowers J., Dodge B., Reece M. (2010). Sexual compulsivity, the Internet, and sexual behaviors among men in a rural area of the United States.

Aids Patient Care and Stds, 24: 563-569.

Schneider J. P. (2000). Effects of cybersex addiction on the family: results of a survey. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 31-58.

Schneider J.P. (2000b). A qualitative study of cybersex participants: Gender differences, recovery issues, and implications for therapists. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 7: 249-278.

Schwartz M.F., Southern S. (2000). Compulsive cybersex: The new tearoom. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 7: 127-144.

Stack S., Wasserman I., Kern R. (2004). Adult social bonds and use of internet pornography. *Social science quarterly*, 85(1): 75-88.

Stein D.J., Black D.W., Shapira N.A., Spitzer R.L. (2001). Hypersexual disorder and reoccupation with Internet pornography. *American Journal of Psychiatry*, 158: 1590-1594.

Stevani J. (2008). Pornodipendenza da internet. *Psicologia contemporanea*, 207: 26-31.

Voon V., Mole T. B., Banca P., Porter L., Morris L., Mitchell S., Irvine M. (2014). Neural correlates of sexual cue reactivity in individuals with and without compulsive sexual behaviours. *PloS one*, 9 (7): e102419.

World Health Organization (2014). *Public health implications of excessive use of the Internet, computers, smartphones and similar electronic devices*. Tokyo, Japan: W.H.O. National Cancer Research Centre.

Young K.S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1: 237-244.

Young K. S. (1999). *Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment*. (L. VandeCreek & T. L. Jackson, Eds.). Innovations in clinical practice: A source book, 17: 19-31.

ASPETTI COGNITIVI E METACOGNITIVI NEI DISTURBI ALIMENTARI: METACOGNIZIONE DISFUNZIONALE E IMPULSO ALLA MAGREZZA NELL'ANORESSIA NERVOSA

Greta Monica Del Taglia¹⁵

RIASSUNTO

Tra le credenze disadattive soggiacenti ai disturbi alimentari si ipotizzano due principali fattori cognitivi: il bisogno di controllo, ottenuto mediante il costante monitoraggio dell'alimentazione, del peso e della forma corporea (Fairburn e Harrison, 2003); e il rimuginio, che è risultato moderare l'impatto di perfezionismo e autostima, altri due aspetti centrali nella sintomatologia alimentare (Sassaroli *et al.*, 2005).

Nell'eziologia dei disturbi alimentari, controllo e rimuginio sono stati riscontrati elementi di rischio e di mantenimento della psicopatologia, mentre il ruolo dei contenuti metacognitivi, e del metarimuginio in particolare, appare ancora poco chiaro.

Uno studio recente (Davenport *et al.*, 2015) ha dimostrato la presenza di disfunzionalità metacognitive nel mantenimento dell'anoressia nervosa: sia in presenza di caratteristiche tipiche o atipiche, la metacognizione dei soggetti con anoressia nervosa risulta maggiormente disfunzionale rispetto a quella della popolazione non clinica.

INTRODUZIONE

I disturbi alimentari presentano un'eziologia multifattoriale in quanto nello sviluppo della patologia entrano in gioco molteplici fattori di rischio: fattori genetici e di

¹⁵ Psicologa specializzanda in psicoterapia cognitivo-comportamentale, Specializzata in Disturbi alimentari & Obesità, Specializzata in EMDR, Ente: Istituto Miller (Genova), Email: greta.monica@libero.it

personalità, possono entrambi essere influenzati da esperienze individuali e/o culturali.

L'esordio dei disturbi alimentari si verifica in genere durante l'adolescenza, l'età media è di 16 anni per l'anoressia nervosa, e di 17 anni per la bulimia nervosa. È interessante notare che nelle generazioni più recenti l'età di insorgenza si è abbassata (Favaro *et al.*, 2009).

Gli studi che indagano fattori di rischio comuni sia per l'anoressia nervosa che per la bulimia nervosa hanno rilevato la presenza di: restrizione alimentare (Stice, Marti e Duran, 2011), esposizione ai media (Becker *et al.*, 2004), insoddisfazione per l'immagine corporea, derisioni subite per il sovrappeso in presenza di affettività di tipo negativo (Stice *et al.*, 2011), e lo stress psicosociale.

I fattori di rischio spiegano l'insorgenza della psicopatologia, ma alcuni autori (Pizzo e Massignani, 2014) mettono in evidenza come l'intervento terapeutico debba mirare alla modificazione dei fattori di mantenimento.

Problemi legati all'alimentazione possono generare senso di inadeguatezza e di sconfitta, oltre il timore di perdere il controllo della propria vita.

La valutazione e il trattamento del rimuginio e della credenza di controllo incrementano la comprensione della psicopatologia dei disturbi alimentari, nonché l'efficacia del trattamento cognitivo.

Sono due i principali fattori cognitivi che determinano il rischio di sviluppare un disturbo alimentare:

- il rimuginio (processo cognitivo-emotivo)
- il bisogno di controllo (credenza cognitiva).

Controllo e rimuginio rientrano tra le distorsioni cognitive centrali nei disturbi alimentari e devono essere aggiunte a bassa autostima e perfezionismo clinico in qualità di obiettivi di una terapia cognitivo-comportamentale per i disturbi alimentari (Sassaroli e Ruggiero, 2010).

Argomenti teorici ed evidenze empiriche nel campo della psicoterapia, della

psicopatologia, delle scienze cognitive e delle neuroscienze (Semerari *et al.*, 2007) suggeriscono che la metacognizione sia costruita da un set eterogeneo di sotto-funzioni relativamente indipendenti l'una dall'altra; una cosa è conoscere le proprie emozioni e i propri pensieri, un'altra è riflettere su di essi in modo integrato utilizzando attivamente questa conoscenza per regolare stati di sofferenza psicologica. Perciò, una metacognizione disfunzionale può alimentare la sintomatologia e compromettere il funzionamento sociale dell'individuo.

FINALITA' DELLA RASSEGNA

Sarà illustrata una rassegna di studi condotti su fattori cognitivi e metacognitivi che rappresentano i principali aspetti di sviluppo e di mantenimento della psicopatologia alimentare.

Lo scopo è verificare il ruolo centrale del controllo e del rimuginio, quali distorsioni cognitive centrali nei disturbi alimentari, oltre ad offrire alcuni spunti di riflessione sul possibile ruolo di un contenuto metacognitivo. Viene ipotizzato, infatti, che l'attività metacognitiva svolga un ruolo nel mantenimento dell'anoressia nervosa, specialmente nel rinforzare autovalutazioni di tipo negativo.

CONTROLLO E COMPULSIONE AL CONTROLLO

In genere la letteratura scientifica definisce il perfezionismo e la bassa autostima come le credenze non adattive maggiormente rilevanti. Ma vi è un terzo un fattore cognitivo soggiacente ai disturbi alimentari, il bisogno di controllo, ottenuto mediante la continua sorveglianza delle proprie cognizioni. Nel caso dei disturbi alimentari, il bisogno del controllo viene ottenuto con l'ossessiva osservazione dell'alimentazione, del peso e della forma corporea (Fairburn e Harrison, 2003).

Il controllo è legato non solo al cibo e all'aspetto del corpo, ma anche alla vita nella sua globalità (Shapiro e Astin, 1998). Come ha mostrato Slade (1982), le restrizioni del regime alimentare amplificano la percezione soggettiva del controllo, spesso assente in altri contesti di vita. Soggetti con disturbi alimentari si impegnano

in piani alimentari restrittivi e in condotte di eliminazione allo scopo di comprimere il proprio mondo per rendere la vita più controllabile e gestibile.

Le relazioni, il lavoro, il divertimento, e in senso più ampio anche la vita e la morte, tendono ad essere giudicati con meno rilevanza rispetto a questioni legate a peso, dimensioni corporee e cibo.

È possibile che i disturbi alimentari siano il risultato di uno spostamento di invalidazioni sofferte durante la vita in aree ristrette, quali l'alimentazione, il corpo e il peso (Sassaroli, Lorenzini e Ruggiero, 2005). Ciò può essere dovuto alla presenza di costrutti rigidi ed impermeabili.

PSICOPATOLOGIA DEL RIMUGINIO

I soggetti con disturbi alimentari trascorrono molto tempo a rimuginare su peso, forma corporea e cibo, e hanno il timore di una lunga catena di esiti negativi legati a tali aspetti.

Il rimuginio indica la tendenza a 'stare a pensare alle cose negative che potrebbero accadere in futuro', soprattutto in condizioni generali di incertezza. È un fenomeno mentale che si accompagna all'ansia e, qualora eccessivo, rappresenta una pessima abitudine per la salute delle persone perché sostiene una condizione di ansia e stress duratura nel tempo (Borkovec, 1994).

Il rimuginio è considerato un processo transdiagnostico perché si riscontra in condizioni cliniche diverse: disturbi d'ansia, in primis, ma anche disturbi affettivi, psicosi, insonnia e disturbi alimentari (Ehrig e Watkins, 2008). Controllo, perfezionismo e bassa autostima sono fattori correlati con l'ansia e con uno stile cognitivo rimuginativo, e sono forme di una tendenza al pensiero negativo. Questi esiti negativi possono riguardare le relazioni interpersonali, il senso di autoefficacia, la paura di essere biasimati o disprezzati dai genitori, dai coetanei, e così via.

La relazione tra rimuginio e disturbi alimentari è confermata da studi che hanno esaminato direttamente questa variabile (Kerkhof *et al.*, 2000; Scattolon e Nicky, 1995; Sassaroli *et al.*, 2005; Sassaroli e Ruggiero, 2005; Wadden *et al.*, 1991). Anche

Godley e altri studiosi (2001) hanno dimostrato in pazienti con anoressia nervosa e bulimia nervosa maggiori cognizioni negative sul futuro rispetto ai soggetti del gruppo di controllo. In questo caso, il concetto di cognizioni negative orientate al futuro è stato considerato simile al concetto di rimuginio.

Fino ad oggi il rapporto tra rimuginio e disturbi alimentari è stato indagato dai cinque studi sopracitati. Wadden e altri studiosi (1991) hanno preso in esame diversi tipi di rimuginio in un campione non clinico di adolescenti rilevando che soggetti di sesso femminile esibivano livelli più elevati di rimuginio, relativamente al peso e all'alimentazione, rispetto ai soggetti di sesso maschile. Anche lo studio di Sassaroli (2005) ha confermato l'associazione tra psicopatologia alimentare e rimuginio, poiché i soggetti con disturbo alimentare mostrano livelli di rimuginio più elevati rispetto ai controlli.

RIMUGINIO E METARIMUGINIO

Il rimuginio sembrerebbe operare in virtù di processi metacognitivi. Alcuni autori (Wells, 2000) sostengono che la metacognizione è una base fondamentale per la maggior parte, se non per tutti, i disturbi psicologici. Essa comprende un'ampia gamma di fattori (esperienze e strategie) di cui fanno parte i processi cognitivi, che interagiscono fra loro e che sono coinvolti nell'interpretazione, nel monitoraggio e nel controllo della cognizione. Secondo Ardovini (2002) esperienze di qualità promuovono le funzioni metacognitive, un insieme di processi mentali il cui ruolo consiste nel proteggere l'individuo dalla sofferenza psicologica e nel costruire ed articolare un senso del Sé.

Secondo Wells (2000), sebbene il rimuginio venga utilizzato come una strategia di fronteggiamento nei confronti di minacce anticipate, anch'esso diviene oggetto di valutazione. Lo studioso parla di metarimuginio quando il rimuginio è mantenuto da credenze metacognitive (positive o negative) riguardanti i vantaggi e i rischi del rimuginio stesso. Queste credenze metacognitive diventano a loro volta oggetto del rimuginio. Si conosce ancora poco circa il ruolo del metarimuginio e l'interazione tra

metarimuginio, rimuginio e credenze cognitive nei disturbi alimentari.

In uno studio del 2009 di Sassaroli e Ruggiero si sono avvalsi del *Metacognition Questionnaire* (Cartwright-Hatton e Wells, 1997), strumento che misura diversi domini della metacognizione, per dimostrare che individui con disturbi alimentari hanno livelli di metarimuginio più elevati rispetto ai controlli, e confermare l'ipotesi che nei disturbi alimentari il rimuginare intorno all'adipe, al peso e all'alimentazione diviene oggetto di valutazioni e credenze, di solito, negative. Come dimostrato da un recente studio (Davenport *et al.*, 2015) sono presenti anche fattori metacognitivi, quali le credenze positive sul rimuginio e il bisogno di controllo del pensiero, che portano individui con anoressia, in particolare, a valutare l'atto di rimuginare come benefico, e ad avere un intenso bisogno di controllare i propri pensieri per evitare conseguenze dannose. Tuttavia, non vi sono prove empiriche circa la possibilità che elevati livelli di metarimuginio siano in grado di predire la sintomatologia dei disturbi alimentari. Esistono credenze metacognitive focalizzate sul rimuginio, ma non svolgono un ruolo addizionale nel processo psicologico dei disturbi alimentari: il metarimuginio è un fenomeno presente, ma il meccanismo psicopatologico legato ad esso rimane ancora poco chiaro.

I PROCESSI METACOGNITIVI NEI DISTURBI ALIMENTARI

La capacità di ragionare in termini di stati mentali, di comprendere i propri stati emotivi e quelli degli altri, di riconoscere le proprie idee come soggettive e ipotetiche, o di intuire le intenzioni degli altri, risulta compromessa in una varietà di disturbi. Anche nei soggetti con disturbo alimentare il funzionamento metacognitivo appare danneggiato: Semerari *et al.* (2003) hanno riscontrato un'incapacità nel descrivere le cause delle proprie emozioni, di integrare le diverse rappresentazioni di sé e dell'altro e di distinguere tra realtà e fantasia (Semerari *et al.*, 2003).

Nell'ambito dei disturbi alimentari, disfunzioni nell'abilità metacognitiva sono riscontrabili nella percezione dell'immagine corporea. Le distorsioni dell'immagine corporea potrebbero essere mantenute da malfunzionamenti metacognitivi nell'area

della differenziazione, ovvero nella capacità di distinguere tra rappresentazione soggettiva e realtà. Nella psicopatologia alimentare, infatti, è presente la convinzione di essere grassi (fantasia) in presenza di un riscontro oggettivo (peso molto basso) che contrasta con tale credenza. Inoltre, i disturbi alimentari sono caratterizzati da problemi nella regolazione degli affetti, ossia nell'incapacità a modulare emozioni negative, regolare scelte e pervenire alla soluzione di problemi. Alcuni autori hanno ipotizzato che potrebbero esserci malfunzionamenti cognitivi nell'area della *mastery*, ossia nella capacità di operare sui propri stati mentali per attuare strategie volte alla regolazione e risoluzione di stati di sofferenza psicologica (Ruffolo *et al.*, 2006).

METACOGNIZIONE DISFUNZIONALE E IMPULSO ALLA MAGREZZA NELL'ANORESSIA NERVOSA

Uno studio recente (Davenport *et al.*, 2015) ha esplorato la metacognizione in associazione all'impulso alla magrezza, aspetto centrale nella psicopatologia dell'anoressia nervosa. L'impulso alla magrezza è stato evidenziato nell'anoressia nervosa tipica, i cui criteri diagnostici secondo il DSM 5 sono i seguenti:

A. Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta ad un peso corporeo basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica;

B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.

C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

L'impulso alla magrezza è presente anche nell'anoressia nervosa atipica (in cui i criteri per l'anoressia nervosa sono soddisfatti, ma nonostante una significativa perdita di peso, il peso corrente dell'individuo rimane compreso nell'ambito della

normalità²).

Studi precedenti hanno dimostrato che nei pazienti con anoressia, i principali fattori metacognitivi (credenze positive sul rimuginio, credenze negative sul rimuginio, sicurezza sul funzionamento cognitivo, credenze sul bisogno di controllare i pensieri, autocoscienza cognitiva) risultano maggiormente disfunzionali rispetto ai controlli (Cooper *et al.*, 2007).

Si è riscontrato, inoltre, che soggetti con anoressia nervosa, nonostante abbiano poca sicurezza nel loro funzionamento cognitivo, sono più consapevoli del loro rimuginio, sperimentano la preoccupazione come più pericolosa e fuori controllo rispetto alla popolazione non patologica. Tuttavia, i soggetti anoressici tendono a valutare l'atto di rimuginare come benefico e credono fortemente nel bisogno di controllare i loro pensieri per evitare conseguenze dannose (Woolrich *et al.*, 2007).

Questi risultati corroborano e ampliano precedenti descrizioni riguardanti lo scarso senso di controllo nell'anoressia nervosa dimostrando che la mancanza di controllo e la battaglia per ottenerlo, è estendibile ai livelli di elaborazione metacognitiva.

Negli individui con anoressia nervosa, tutti gli aspetti della metacognizione risultano maggiormente disfunzionali rispetto alla popolazione non clinica (Cooper *et al.*, 2007). Lo studio (Davenport *et al.*, 2015) ha dimostrato la presenza di una disfunzionalità metacognitiva nel mantenimento dell'anoressia nervosa tipica e atipica: sono presenti, infatti, disfunzioni metacognitive molto simili, anche se con associazioni diverse e indipendenti dall'impulso alla magrezza. Quest'ultimo sintomo è comunque presente e dannoso per entrambe le condizioni (sia anoressia nervosa tipica, che anoressia nervosa atipica).

Tuttavia, dal momento che in passato alcuni soggetti con anoressia atipica avevano poi soddisfatto il criterio A (basso peso corporeo), sono necessarie ricerche di approfondimento che tengano conto dell'andamento temporale dei disturbi

2. Ambito di normalità: Il livello minimo di gravità si basa, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (IMC) (si veda sotto), oppure per bambini e adolescenti, sul percentile dell'IMC. Gli intervalli sono derivati dalle categorie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la magrezza negli adulti; per bambini e adolescenti dovrebbero essere utilizzati i percentili dell'IMC corrispondenti. Il livello di gravità può essere aumentato al fine di riflettere i sintomi clinici, il grado della disabilità funzionale e la necessità di una supervisione. Lieve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$; Moderata: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$; Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$; Estrema: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$.

alimentari. Inoltre, l'inclusione di un campione non clinico ha potuto dimostrare il legame, seppur debole, tra metacognizione e impulso alla magrezza anche nella popolazione non patologica. Questo ha portato a valutare l'effetto dell'ambiente sociale sulla metacognizione, abilità per la quale potrebbe essere utile intervenire con la realizzazione di attività di promozione della salute.

CONCLUSIONI

Sono stati descritti i fattori che molti autori ritengono alla base del funzionamento cognitivo e metacognitivo dei disturbi alimentari, e il caratteristico legame tra tali credenze e le condotte alimentari. Viene confermato il ruolo psicopatologico del rimuginio nell'eziologia dei disturbi alimentari, oltre all'impatto di altri processi cognitivi, quali il bisogno e la compulsione al controllo.

Nei disturbi alimentari il rimuginio su aspetti legati alla forma corporea, al peso e all'alimentazione, diventa oggetto di credenze e di valutazioni che sono, di solito, orientate in negativo.

L'atto stesso del rimuginare è valutato spesso come pericoloso, perchè aumenta il livello di preoccupazione su cibo, peso e grasso, e per i soggetti con disturbo alimentare diventa difficile raggiungere uno stato interno che segnali di smettere di rimuginare. Nonostante questi soggetti risultino aderire a contenuti metacognitivi di tipo erroneo, non è ancora possibile confermare del tutto il modello metacognitivo dei disturbi alimentari, in quanto le variabili metacognitive prese in esame non hanno mostrato effetti predittivi o di interazione sul disturbo.

La letteratura suggerisce che le credenze metacognitive sono presenti, ma non hanno effetti predittivi su alcuni dei sintomi centrali, ad esempio, sull'impulso alla magrezza. Per questo il ruolo del metarimuginio nei disturbi alimentari viene considerato un effetto collaterale del rimuginio stesso (Sassaroli *et al.*, 2009).

Il citato studio di Davenport e collaboratori del 2015 ha approfondito la relazione tra impulso alla magrezza e disabilità metacognitiva nell'anoressia nervosa considerando le valutazioni di un campione non patologico e di gruppi di pazienti con

caratteristiche di anoressia nervosa tipica e atipica.

I profili cognitivi sono risultati molto simili in entrambe le tipologie di pazienti, a conferma delle maggiori disfunzionalità metacognitive nell'anoressia nervosa rispetto alla popolazione non patologica.

L'impulso alla magrezza nell'anoressia nervosa tipica è influenzato da fattori metacognitivi quali le credenze positive su rimuginio e il bisogno di controllo del pensiero; mentre per l'anoressia nervosa atipica i fattori determinanti l'impulso alla magrezza risultano le credenze negative sul rimuginio e l'autoconsapevolezza (o autocoscienza) cognitiva. Quest'ultima è stata riscontrata anche nel gruppo non patologico quale fattore di rischio per lo sviluppo dell'impulso alla magrezza.

Infine, nonostante mantengano spesso un peso che rientra nell'ambito della normalità, anche soggetti con anoressia atipica risultano soffrire gravemente di disfunzionalità metacognitive e l'impulso alla magrezza è anch'esso presente, così come nei soggetti con anoressia nervosa tipica.

BIBLIOGRAFIA

APA (2013). *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)*. Washington DC: American Psychiatric Association

Ardevini C. (2002). Attachment Theory, Metacognitive Functions and the Therapeutic Relationship in Eating Disorders. *Eating and Weight Disorders*, 7, 4, 328-331

Becker A. (2004). Television, disordered eating, and young women in Fiji: negotiating body image and identity during rapid social change. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, 553-59

Borkovec T.D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. Davey e F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 5-33). Chichester, England: Wiley.

Cartwright-Hatton S., Wells A. (1997), Beliefs about Worry and Intrusions: The Meta- Cognitions Questionnaire and Its Correlates. *Journal of Anxiety disorders*, 11 (3), 279-296

Cooper M.J., Grocutt E., Deepack K., Bailey E. (2007). Metacognition in anorexia nervosa, dieting and non-dieting controls: A preliminary investigation. *Journal of Clinical Psychology*, 113-7

Davenport E., Rushford N., Soon S., McDermott C. (2015). Dysfunctional metacognition and drive for thinness in typical and atypical anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorder*, 1-9

Ehring T., Watkins E. R. (2008). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1 (3), 192-205

Fairburn C.G., Harrison P.J. (2003). *Eating Disorders*. The Lancet, 361, 407-16

Favaro A., Caregato L., Tenconi E., Bosello R., Santonastaso P. (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (12), 715-21

- Godley J., Tchanturia K., MacLeod A., Schmidt V. (2001). Future-directed thinking in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40 (3), 281-295
- Kerkhof A., Hermas D., Figeo A., Laeremans I., Pieters G., Aardema A. (2000). De Penn State Worry Questionnaire en de Worry Domains Questionnaire: Eerste resultaten bij Nederlandse en Vlaamse klinische en poloklinische populaties. *Gedragstherapie*, 33 (2), 135-45
- McDermott C.J., Rushford N. (2011). Dysfunctional metacognition in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - studies on anorexia, bulimia and obesity*, 16, 1, 49-55
- Pizzo S., Massignani V. (2014). *Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in età evolutiva. Diagnosi, assessment e trattamento*. Trento: Erickson
- Ruffolo J.S., Phillips K.A., Menard W., Fay C., Weisberg R. B. (2006). Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. *The International Journal of Eating disorders*, 39 (1), 11-9
- Sassaroli S., Lorenzini R., Ruggiero G.M. (2005). *Kellian Invalidation, Attachment, and the Construct of "Control"*. *Personal Construct Psychotherapy*. Whurr Publishers, London, 34-42
- Sassaroli S., Ruggiero G.M. (2009). Contenuti metacognitivi dei disturbi alimentari e interazione con il perfezionismo, la bassa autostima e il rimuginio. *Cognitivismo clinico*, 1, 34-46
- Sassaroli S., Ruggiero G.M. (2010). *I disturbi alimentari*. Bari: Ed. Laterza
- Semerari A., Carcione A., Dimaggio G., Falcone M., Nicolò G., Procacci M., Alleva G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10 (4), 238-261
- Semerari A., Carcione A., Dimaggio G., Nicolò G., Procacci M. (2007). Understanding minds, different functions and different disorders? The contributions of psychotherapeutic research. *Psychotherapy Research*, 17 (1), 106-119
- Scattolon Y.S., Nicki R.M. (1995). Worry as an Inhibitor of Dietary Restraint. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23 (1), 25-33
- Shapiro D.H., Astin J. A. (1998). *Control Therapy: An Integrated Approach to Psychotherapy. Health, and Healing*. New York: Wiley Ed.
- Slade P. (1982). Toward a Functional Analysis of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, pp. 167-79.
- Stice E., Marti CN., Durant S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8- year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 49 (10), 622-7
- Wadden T.A., Brown G., Foster G.D., Linowitz J. R. (1991). Saliency of Weight-Related Worries in Adolescent, Males and Females. *International Journal of Eating Disorders*, 10 (4), 407-14
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester (U.K.): Wiley
- Woolrich R.A, Cooper M.J., Turner H.M. (2007). Metacognition in patients with anorexia nervosa, dieting and non-dieting women: A preliminary study. *European Eating Disorders Review*, 16 (1), 11-20

I PROGRAMMI DI *MINDFUL PARENTING* COME EFFICACE SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ: ANALISI DELL'ESISTENTE

Ambra Piacenti, Anna Rita Colasanti¹⁶

ABSTRACT

Il Mindful Parenting rappresenta una delle più recenti applicazioni della mindfulness nel contesto della salute mentale, avente lo scopo ultimo di promuovere il benessere nel legame genitori-figli, attraverso un potenziamento dell'atteggiamento mindful nelle interazioni quotidiane.

Nel presente articolo, dopo un'esplicitazione del costrutto della mindfulness nel panorama occidentale, è approfondito l'approccio del Mindful Parenting, con un'attenzione non solo alla relazione madre-bambino, ma anche alla diade padre-madre nell'ottica della co-genitorialità. Sono inoltre descritti i programmi esistenti al riguardo in ambito internazionale, ed infine è illustrato in modo più esteso il Mindfulness-Enhanced Strengthening Families Program (MSFP) che, secondo una recente rassegna sistematica (Townshend *et al.*, 2016), è risultato essere quello con maggiori prove di efficacia.

LA *MINDFULNESS* E LA SUA RILEVANZA NEL RAPPORTO GENITORI-FIGLI

Nel trattare il costrutto della *mindfulness* ci si trova dinanzi ad una grande complessità semantica e di ampia portata applicativa; esso può essere inteso, infatti, secondo quattro differenti significati, sebbene tra loro interconnessi: “come pratica meditativa tradizionale, come moderno intervento clinico, come stato e come tratto” (Chiesa, 2011, p. 16).

In particolare, Baer e collaboratori la identificano “come un concetto con molte sfaccettature, composto dal prestare attenzione alle esperienze del momento presente, identificandole verbalmente, agendo con consapevolezza, evitando il

¹⁶ Università Salesiana, Roma - email: arcolasanti@gmail.com

‘pilota automatico’ e mantenendo un atteggiamento aperto, accettante, disponibile, accogliente, non giudicante, gentile, amichevole e incuriosito verso tutte le esperienze rilevate” (Sauer & Bear, 2012, p. 25-26). Secondo questa teorizzazione, il suo obiettivo cardine concerne la riduzione o l'eliminazione della sofferenza connessa ad una visione e comprensione errata della realtà (Rainone, 2012, p. 136) grazie alla conoscenza profonda dei propri processi mentali (Benelli & Regazzoni, n.d.).

Le plurisfaccettature del costrutto (Baer, 2012, p. 24) ne rendono difficile l'univocità definitoria, per cui in letteratura ci si imbatte in diverse concettualizzazioni appartenenti a diversi approcci. Nel panorama della ricerca sulla *mindfulness* sono presenti due grandi filoni concettuali e applicativi: l'approccio “occidentale” incentrato sulla componente cognitiva e l'approccio “orientale” di derivazione buddhista.

Il primo filone comincia ad affermarsi intorno agli anni Settanta con il contributo pionieristico di Ellen J. Langer (1989; Langer & Moldoveanu, 2000), la quale definisce la *mindfulness*, non in base alle sue origini orientali, ma rispetto ad alcuni principi della psicologia cognitiva e sociale (Carmody, 2014, pp. 51-55); secondo l'autrice (Langer, 1989) la *mindfulness* è la condizione in cui si è attenti e consapevoli di ciò che sta accadendo nel momento attuale, dell'esperienza sia interna che esterna dell'individuo (Brown & Ryan, 2003, p. 822); è uno stato della mente caratterizzato da flessibilità, utile a vivere il presente senza rigidità, allontanandosi dalla routine automatica delle nostre modalità di pensiero ed azione.

Il secondo approccio si caratterizza, invece, per il grande rilievo dato alle pratiche meditative originarie della tradizione buddhista (Brown, Creswell & Ryan, 2016), caratteristica che maggiormente differenzia i due filoni (Carmody, 2014). La diffusione del costrutto nel panorama occidentale, secondo questo secondo filone, inizia intorno agli anni Ottanta grazie alla pubblicazione del primo libro divulgativo, divenuto poi un successo mondiale, dal titolo *Vivere momento per momento* di Jon Kabat-Zinn (Toro & Serafinelli, 2015, p. 18), professore Emerito di Medicina, ideatore del protocollo medico-scientifico MBSR - *Mindfulness Based Stress Reduction* e fondatore della Stress Reduction Clinic e del Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society.

Secondo Kabat-Zinn (1997, p. 15), la *mindfulness*, in linea con le sue origini, può essere identificata, genericamente, come “un’antica pratica buddista che riveste un profondo significato per la nostra vita”. Essa tuttavia, non fa tanto riferimento al buddismo in quanto tale, bensì al vivere pienamente e in armonia con il mondo intero, restando in contatto con la realtà apprezzando pienamente ogni momento della nostra esistenza. L'autore definisce espressamente la *mindfulness* come “presenza mentale”, vale a dire “il processo di prestare attenzione in modo particolare: intenzionalmente e in maniera non giudicante, allo scorrere dell’esperienza nel presente momento dopo momento” (Kabat-Zinn, 1994, p. 16). Dunque risultano molto importanti la capacità di “prestare attenzione”, secondo le specifiche caratteristiche dell’*accettazione* e dell’*assenza di giudizio*, nonché il legame tra “presenza mentale e momento presente” (Mace, 2010, p. 14), per giungere così a coltivare appieno la consapevolezza (Kabat-Zinn, 1997, p. 15).

Attualmente la *mindfulness*, della quale è conservato il termine di derivazione buddista, è entrata ampiamente nel panorama occidentale costituendo la base delle psicoterapie cognitivo-comportamentali di terza onda, definite tali in quanto seguono alla psicoterapia comportamentale prima e alla cognitiva poi (Maffei, 2012, p. X).

Lo studio della *mindfulness* e degli interventi clinici basati su di essa rappresentano una fiorente area di interesse per ricercatori e clinici (Cohen & Semple, 2010, p. 145). Sono numerosi, infatti, gli effetti benefici apportati dalla pratica di consapevolezza: maggiore capacità di orientare l’attenzione, maggiore flessibilità mentale e miglioramento di altre funzioni cognitive, quali la memoria e le funzioni esecutive (Rainone, 2012, p. 143; Treadway & Lazar, 2012, pp. 99-106); maggiore regolazione delle proprie emozioni, riduzione dello stress, dei sintomi dell’ansia e della depressione ed incremento del benessere soggettivo (Hoffman et al., 2010; Tang, Holzel & Posner, 2015, p. 10) ed interpersonale (Boornstein, 1996; Carson et al., 2004; Goleman, 2006; Wachs & Cordova, 2007; Barnes et al., 2007; Jones et al., 2011; Brown & Cordon, 2012, p. 131; Parker et al., 2016, p. 239).

In altre parole, dagli studi menzionati emerge come la *mindfulness* contribuisca al funzionamento psicologico adattivo (Visted et al., 2015), al benessere soggettivo nonché al miglioramento della qualità della vita e delle relazioni (Toro & Serafinelli,

2015, p. 18).

Proprio in riferimento a quest'ultimo aspetto nel presente contributo sono approfonditi i benefici della *mindfulness* nel complesso legame genitori-figli.

Nello specifico sono passati in rassegna alcuni programmi *evidence based* di sostegno alle genitorialità indirizzati da una parte ad alleviare le problematiche connesse ai disordini internalizzanti (depressione, ansia e stress) ed esternalizzanti (disturbi della condotta) dei bambini, e degli adolescenti e dall'altra ad incrementare la regolazione emotiva, le risorse di resilienza, la *mindfulness* e a migliorare in generale la qualità dell'interazione genitori-figli.

Si tratta di programmi che rientrano tra le “tipologie di intervento sociale, economico, psicologico, educativo volte a rafforzare e mantenere le funzioni di cura del nucleo familiare e... che non si pongono in un'ottica *sostitutiva*, [di quest'ultimo], ma assumono piuttosto una prospettiva *promozionale*” (Sità, 2005, p. 20).

A tale riguardo, non dobbiamo dimenticare che “nell'eziopatogenesi dei diversi disturbi mentali la carente qualità del *parenting* rappresenta uno dei principali fattori di rischio” (Becciu & Colasanti, 2016, p. 338), pertanto interventi a valenza preventiva e promozionale possono contribuire in modo significativo a ridurre la possibilità di sviluppi disadattivi successivi (Cicchetti, 2016).

Così Kabat-Zinn e Kabat-Zinn (1999) nel loro libro “*Benedetti genitori. Guida alla crescita interiore del genitore consapevole*”, mettono in chiaro quanto sia importante sostenere i genitori per evitare conseguenze disfunzionali nei figli e ribadiscono che tale sostegno non deve declinarsi solo nel favorire il delicato compito di accudire e allevare la prole, ma anche nel promuovere una maggiore consapevolezza della propria sfera interiore perché siano più capaci di cogliere in che modo si rappresentino il ruolo genitoriale, co-genitoriale e la relazione con i propri figli.

In tal senso, il lavoro con i genitori dovrebbe essere concepito come un aiuto volto a favorire una maggiore consapevolezza personale con il fine di operare processi di cambiamento (Ridolfi *et al.*, 2010, p. 75).

Come suddetto, in questo contributo è approfondito il sostegno alla genitorialità attraverso l'analisi dei programmi di *Mindful Parenting* che si sono sviluppati nell'ambito della salute mentale e che hanno come elemento cardine la

consapevolezza del momento presente all'interno della relazione genitori-figli (Bögels, Lehtonen & Restifo, 2010, p. 107; Kabat-Zinn & Kabat-Zinn, 2014; Lovato & Didonna, 2015, p. 173).

Il professor Kabat-Zinn e sua moglie Myla, entrambi esperti di *mindfulness*, hanno avuto il grande merito di applicare il costrutto della consapevolezza in ambito familiare, con lo scopo principale di ridurre lo stress percepito dai genitori e di fornire loro modalità per affrontarlo (Lovato & Didonna, 2015, p. 164). Il loro primo lavoro in questa direzione, dal titolo *Everydayblessings: The inner work of mindfulparenting*, risale al 1997. Tale opera, che ha poi rappresentato un volano per lo sviluppo del *Mindful Parenting*, riporta diversi esercizi su come coltivare la consapevolezza in famiglia. Specificatamente con il termine *Mindful Parenting*, i due autori intendono un processo creativo in continua evoluzione dove entrano essenzialmente in gioco: il prestare attenzione in modo consapevole e non giudicante al momento presente e il rendersi consapevoli del proprio mondo interiore (pensieri, emozioni e sensazioni corporee) e del mondo esterno, dunque di tutto ciò che riguarda il bambino, la famiglia, la casa, il contesto culturale più ampio (Kabat-Zinn & Kabat-Zinn, 2014; Lovato & Didonna, 2015, p. 173). I fondamenti del genitore consapevole risiedono, dunque, in tre grandi macro-processi: rispettare l'unicità dei propri figli così da permettere a quest'ultimi di mostrarsi per quello che realmente sono e spronarli a trovare la loro strada; l'empatia, vale a dire provare a vedere le cose dal punto di vista dei propri figli, avendo la capacità di percepire le loro menti; ed infine l'accettazione, che corrisponde ad una modalità attiva di riconoscimento delle situazioni così come sono, siano esse piacevoli o spiacevoli (Kabat-Zinn & Kabat-Zinn, 1999).

Esistono pertanto svariati processi attraverso i quali la Mindfulness agisce sulle competenze genitoriali: auto-osservazione e riconoscimento dei propri ed altrui stati interiori, imparando ad ascoltarli ed a comunicarli; maggiore attenzione alla "qualità" della relazione, in particolare i contenuti, toni emotivi e tempi della comunicazione si connotano in rapporto al "prendersi cura" e al "rispetto" reciproco, sottolineando

anche una rinnovata capacità di ascolto¹⁷; capacità di far fronte allo stress, di regolazione e di sintonizzazione emotiva (Shapiro & Carlson, 2013); apertura e flessibilità mentale priva di pregiudizio verso le novità, sviluppando quindi una mente non giudicante che permette di incontrare l'esperienza così com'è, senza valutarla o etichettarla sapendo scegliere una risposta che non sia stereotipata e automatica. Tale atteggiamento di disponibilità all'esperienza tenderà a essere naturalmente trasmesso ai figli, promuovendo così la loro sana curiosità e la loro spinta ad esplorare l'ambiente (Siegel & Hartzell, 2005).

I PRINCIPALI PROGRAMMI DI *MINDFUL PARENTING*: UN ESAME DELLA LETTERATURA

Lo scopo del presente articolo è -come precisato- quello di analizzare e sistematizzare i programmi di *Mindful Parenting*, prendendo in considerazione i contributi al riguardo presenti nella letteratura internazionale degli ultimi dieci anni (dal 2007 al 2017). Allo scopo di facilitare l'analisi dei programmi considerati si è proceduto ad una loro sistematizzazione sulla base dei seguenti parametri: nome del programma, partecipanti, scopi, struttura, contenuti, risultati ottenuti (cf. tab.1-2). I programmi, esclusivamente in lingua inglese, sono indirizzati alcuni ai genitori, altri ai genitori e ai figli; l'età di questi ultimi va dal periodo prenatale fino al compimento del 18° anno. I programmi che si è scelto di includere hanno una durata minima di 1-2 ore a sessione; sono svolti in gruppo o individualmente; attingono a diversi protocolli esistenti in letteratura: *mindfulness-based stress reduction*, *mindfulness-based cognitive therapy* e *dialectical behavior therapy*, e sono stati sviluppati nel contesto, sia educativo preventivo (cf. tab. 1) che clinico (cf. tab. 2), della salute mentale. Di ciascun programma è riportato il primo studio che lo descrive; mentre, per quanto concerne i risultati in termini di efficacia, si attinge a tutti gli studi che successivamente lo hanno sperimentato¹⁸.

¹⁷ dati raccolti dal Centro Italiano Studi Mindfulness (CISM), reperibili presso il sito www.centromindfulness.net

¹⁸ La ricerca del materiale è stata effettuata tramite la consultazione di diversi *databases*: PsychINFO (n. risultati= 164), SocINDEX with full text (36); Psychology and Behavioral Sciences Collection (37); Education Source (68) e Pubmed (98) con la combinazione delle seguenti parole chiave: (*mindful** AND *parenting**). Gli studi reperiti sono stati 403. Dopo l'eliminazione dei duplicati, ne sono stati identificati 20 aventi le caratteristiche sopraelencate.

Ci si è inoltre avvalsi, per la descrizione dei suddetti programmi, anche di meta-analisi, rassegne letterarie e sistematiche sul tema in oggetto: Sawyer Cohen & Semple, 2010; Bögels *et al.*, 2010; Harnett & Dawe, 2012; Whittingham, 2014; Visted *et al.*, 2015; Friedmutter, 2015; Cachia *et al.*, 2016; Townshend *et al.*, 2016; Dhillon *et al.*, 2017; Petcharat & Liehr, 2017; Shi & MacBeth, 2017.

Tab. 1 Programmi di Mindful Parenting nel contesto preventivo educativo					
Programma	Partecipanti	Scopi	Struttura	Contenuti	Risultati ottenuti
1. Mindful Parenting Program (MPP) (Maloney, R & Altmaier, E., 2007)	Genitori con recente divorzio e i loro bambini (dai 33 ai 72 mesi)	-Incrementare la genitorialità dopo il divorzio; -Rafforzare la connessione emotiva ed interpersonale all'interno del legame genitori-figli.	6 sessioni di gruppo x 2.5 h per 12 settimane. Composto in maggior parte da simulate.	Mindfulness; Mindful Parenting; sintonizzazione con il proprio bambino.	^Aumento del livello di mindfulness auto-riportata del genitore (Maloney & Altmaier, 2007).
2. Mindful Motherhood intervention (MMI) (Vieten, D., & Astin, J., 2008)	Donne incinte	-Migliorare l'umore materno; -Ridurre lo stress durante la gravidanza; -Incoraggiare la qualità del legame madre-bambino.	8 sessioni x 2h; intervento riadattato dai protocolli MBRS/MBCCT con discussioni ed esercizi esperienziali. Le prime sessioni sono maggiormente teoriche mentre le ultime si focalizzano sulla pratica esperienziale. I materiali prevedono un CD con 3 meditazioni guidate di 20 min ciascuna, da utilizzare quotidianamente.	Mindfulness delle emozioni, dei pensieri attraverso la respirazione consapevole e pratiche contemplative; del corpo tramite la meditazione guidata di consapevolezza del corpo e hatha yoga; presentazione di concetti psicologici che incorporano la mindfulness in riferimento all'accettazione e all'osservazione di sé.	^Abbassamento significativo dell'ansia, degli affetti negativi e della depressione durante la gravidanza; ^Aumento dell'umore (non si sono mantenuti nel follow-up) (Vieten & Astin, 2008); ^Uso della consapevolezza mindful nelle relazioni con i loro bambini (Krongold, 2011).
3. Mindfulness-Enhanced Strengthening Families Program (MSFP) (Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T., 2009a)	Genitori e bambini con media di anni 11.5 (10-14 anni)	-Estendere i concetti e le pratiche della mindfulness nel contesto sociale del legame genitore-figlio; -Incrementare il soddisfacimento più duraturo della relazione genitore-figlio.	7 sessioni x 2h per sessione + 4 sessioni di rinforzo x 2h a settimana. Segue il modello di Duncan et al. (2009a) a 5 dimensioni. I genitori e i figli partecipano ad attività separate nella prima ora e ad attività comuni nella seconda. I materiali comprendono un manuale, videocassette e poster.	Mindfulness; Mindful Parenting; emozioni di parenting; reazioni automatiche; capacità di cogliere con più chiarezza dove si trovano i propri figli; responsabilità; intenzioni del parenting; attenzione alla comunicazione al momento presente; compassione e gentilezza amorevole.	^Maggiore regolazione emotiva; ^Maggior capacità di affrontare lo stress all'interno del contesto familiare (Duncan et al., 2009a); ^Incremento della comunicazione efficace madre-figlio; ^Aumento della qualità affettiva della relazione (Duncan et al., 2009b, p. 605); ^Forte azione sui fattori di rischio e fattori protettivi della famiglia durante la transizione all'adolescenza (Coatsworth et al., 2010, p. 203); ^Miglioramenti nella qualità del legame genitori-figli, nella gestione dei comportamenti giovanili e nel benessere del genitore (Coatsworth et al., 2015, pp. 26-27).

4. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) (Duncan, L. G. & Bardacke, N., 2010)	Donne incinte e i loro partner (3° mese di gravidanza)	-Promuovere la salute e il benessere familiare; -Vivere il parto e il parenting con consapevolezza, gentilezza, cura e reciproca connessione.	10 sessioni (9 sessioni x 3h a sessione, con 7h di silenzio nel "giorno del ritiro" + "reunion class" da 4 a 12 settimane dopo che tutte le donne hanno partorito). Per tutto il corso i partecipanti sono invitati ad impegnarsi a praticare la meditazione guidata a casa usando dei CD per 30 min al giorno per 6 giorni a settimana.	Meditazione mindfulness; gentilezza amorevole; focus sui processi psicobiologici relativi alla gravidanza, al parto, all'allattamento; regolazione post-partum e attenzione ai bisogni psicobiologici del bambino; sensibilizzazione nell'affrontare lo stress nella vita quotidiana; abilità di fronteggiamento del dolore mentale e fisico durante il parto.	^Diminuzione dell'ansia in gravidanza e sintomi depressivi; ^Incremento della Mindfulness; ^Aumento della "nonreactivity" (Duncan & Bardacke, 2010); ^Incremento dell'autoregolazione e sintonizzazione con il bambino a distanza di 3 anni di pratica mindfulness dopo il programma (Shaddix, 2014); ^Aumento del benessere delle madri (Malis et al., 2017, p. 8).
5. Tuning Into Kids Parenting Program (TIK) (Havighurst, S.S., & Harley, A.E., 2010; Havighurst, S.S., Wilson, K.R., Harley, A.E., Kehoe, C., Efron, D., & Prior, M.R., 2013)	Genitori e bambini in età prescolare e genitori di bambini con difficoltà comportamentali	-Incrementare le competenze di regolazione e consapevolezza emotiva dei genitori dei bambini; -Potenziare il legame genitori-figli e prevenire i problemi comportamentali dei bambini.	6 sessioni x 2h + 2 sessioni di potenziamento offerte a intervalli di due mesi, consigliate per consolidare le abilità acquisite. Le sessioni sono composte da vari esercizi, giochi di ruolo, DVD e psicoeducazione.	-I 5 passi dell "Emotion coaching"; -Le prime tre sessioni si focalizzano sul riconoscere ed esprimere le emozioni; la quarta sessione affronta l'ansia e la risoluzione dei problemi; e le ultime due sessioni si concentrano su emozioni più intense, in particolare sulla rabbia, e includono strategie di regolazione delle emozioni come la respirazione lenta, il rilassamento, l'autocontrollo; infine è presente il focus sull'influenza delle esperienze familiari passate sulle convinzioni genitoriali e sulle risposte alle emozioni.	^Decremento delle convinzioni e dei comportamenti emotivamente "sprezzanti"; ^Aumenti moderatamente significativi nel "emotion coaching"; ^Miglioramento dei rapporti nella coppia genitoriale, e tra genitore e figlio; della competenza e del comportamento emotivo dei bambini; ^Incremento significativo dell'empatia a 6 mesi di follow-up (Havighurst et al., 2010); ^Miglioramenti significativi nella consapevolezza e regolazione delle emozioni nel tempo; ^Incremento significativo nella conoscenza delle emozioni da parte dei bambini; ^Riduzione nei problemi comportamentali dei bambini nella percezione di genitori e insegnanti (Havighurst et al., 2013, pp. 259-260).
6. Mindful Family Stress Reduction (MFSR) (Felver, J.C., & Tipsord, J.M., 2011)	Diadi genitore-bambino (dai 9-12 anni)	-Insegnare strategie individuali per distogliere l'attenzione dalle reazioni interne che suscitano ansia con la finalità di ridurre lo stress.	8 sessioni x 90 min, con la stessa struttura del MBSR ma adattata ai bisogni delle famiglie. Si compone di discussioni, attività di "silent mindfulness" con i genitori e attività più brevi a misura di bambino. I partecipanti ogni settimana sono invitati a praticare a casa le tecniche apprese per circa 15-20 min al giorno e a registrare il numero di minuti trascorsi a praticare.	Regolazione dell'attenzione; attività mindfulness; Titoli lezioni: 1. Pilota automatico e definire la mindfulness 2. La mente che divaga e barriere alla pratica 3. Esperienze con la meditazione seduta 4. Accettazione ed eventi piacevoli/spiacevoli 5. Stress e rispondere vs. reagire 6. I pensieri non sono fatti, la comunicazione mindful 7. Punti di pista, assunzione della prospettiva 8. Sommario, pratica continua.	^Cambiamenti dell'attività neuronale dei genitori nelle aree dell'auto-consapevolezza, consapevolezza emozionale e regolazione emotiva; cambiamenti nella percezione dei bambini della relazione genitore-figlio e della relazione tra i genitori, in particolare rispetto all'empatia e alla regolazione emotiva (May et al., 2016, pp. 1203-1206); ^Migliore regolazione dell'attenzione dei bambini; ^Incremento da parte dei bambini del punteggio relativo al sottosistema "orienting" in confronto al gruppo di controllo (Felver et al., 2017).
7. Mind-Baby-Body Intervention (MBI) (Woolhouse, H., Mercuri, K., Judd, F., & Brown, S.J., 2014)	Donne incinte	-Ridurre depressione prenatale, ansia e stress.	6 sessioni di terapia di gruppo x 2h. Si compone di esercizi formali ed informali di mindfulness; movimenti mindful ed esercizi cognitivi. Il facilitatore del gruppo è uno psichiatra o psicologo.	-1 Settimana: tempo per conoscersi; introduzione alla mindfulness e una pratica di respirazione mindful. -2. Body scan ed enfasi sull'importanza del corpo nella comunicazione con i bambini. -3. Idee relative alla consapevolezza del dolore e rilevanza per il lavoro. -4. La "ice meditation" (Duncan & Bardacke, 2010, p. 194). -5. Mindfulness dei pensieri. -6. Autocompassione e uso delle competenze mindfulness nella maternità.	^Cambiamenti attribuiti alla pratica mindfulness rilevati dalle donne partecipanti: maggior gestione dei "destructive patterns"; miglioramenti nelle relazioni interpersonali; incremento generale della qualità di vita e miglioramento del sonno; ^Miglioramenti nei punteggi di ansia, depressione e consapevolezza; ^Potenziale delle pratiche di mindfulness nel migliorare significativamente il benessere delle donne durante la gravidanza (Woolhouse et al., 2014, pp. 11-13).

8. Mindfulness Based Childbirth Education (MBCE) (Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S., & Schutze, R., 2014)	Donne incinte e coloro che le supporteranno nel parto (marito, partner, madre, amico)	-Promuovere la salute mentale nelle donne in gravidanza; -Ridurre la paura del parto, l'ansia e lo stress; -Incrementare l'auto-efficacia materna.	8 sessioni settimanali consecutive x 2,5 h a sessione gestite da diverse figure professionali; psicoeducazione sul prendere decisioni riguardo l'infanzia, la nascita e il parto.	Meditazione mindfulness; educazione alla nascita basata sulle competenze e incentrata sulla mindfulness, sulla comunicazione e sulle competenze di "decision-making".	^Miglioramenti statisticamente significativi ed effetti rilevanti nel senso di auto-efficacia nel parto e nella paura dello stesso (Byrne et al., 2014, p.192).
---	---	--	--	---	---

Tab. 2 Programmi di Mindful Parenting nel contesto clinico della salute mentale

Programma	Partecipanti	Scopi	Struttura	Contenuti	Risultati ottenuti
9. Parents Under Pressure (PUP) (Dawe, S., & Harnett, P., 2007)	Famiglie con almeno un genitore in cura con metadone con bambini 0-8 anni.	-Ridurre il potenziale abuso e trascuratezza dei minori da parte dei genitori; -Migliorare le competenze genitoriali; -Regolare le emozioni da parte dei genitori grazie all'acquisizione della competenza di mindfulness; -Ridurre lo stress dei genitori.	10 moduli condotti settimanalmente per 10-12 settimane x 1-2h. Le sessioni sono svolte a casa. L'intervento può essere svolto con genitori single o con entrambi i genitori quando possibile	Teoria dell'attaccamento; ruolo e visione del genitore; tecniche di mindfulness per incrementare la consapevolezza del genitore; focus sulla relazione con il proprio bambino e incoraggiamento ad un giusto comportamento; affrontare le ricadute; estendere la rete sociale; life skills: consigli pratici su dieta e nutrizione, assistenza sanitaria ed esercizio fisico; comunicazione efficace tra i partner .	^Significative riduzioni dei problemi in molteplici domini del funzionamento familiare: riduzione del potenziale di abuso infantile, di rigide attitudini genitoriali e di problemi comportamentali del bambino; ^Aumento del livello di mindfulness (Dawe & Harnett, 2007).
10. Mindfulness program for mothers (Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S., Singh, J, Curtis, W. J, Wahler, R. G., & McAleavey, K. M., 2007)	Genitori di bambini con disabilità.	-Incrementare la pratica di Mindfulness da parte dei genitori per incidere sul comportamento del bambino; - incrementare la soddisfazione rispetto alle proprie competenze di parenting e alle interazioni con i propri figli	12 x 2h = 24h di training individuale (fase iniziale: preparazione teorica al training + training) + 52 settimane di "practice phase" composto da discussioni e pratiche di meditazione Mindfulness,	Mindfulness, amorevolezza, mindful parenting, accettazione. Le sessioni comprendono quindi introduzione generale sul programma, conoscere la propria mente, focalizzare l'attenzione sullo stato emotivo, la mente del principiante, essere nel momento presente con il proprio bambino, problem solving, utilizzare la mindfulness nelle interazioni giornaliere.	^Diminuzione dell'aggressività, della non-compliance e delle auto lesioni dei loro bambini; ^Incremento della soddisfazione delle madri in merito alle loro competenze di parenting e delle interazioni con i loro bambini (Singh et al., 2010, pp. 157-160).
11. Mindful Parenting Training Program (MYmind) (Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., Schutter, S. de, & Restifo, K., 2008) (University of Amsterdam)	Adolescenti con un'età in media dai 5 ai 18 anni con disordini esternalizzati (ADHD, disturbo della condotta e/o oppositivo-provocatorio, ASD se caratterizzato da problemi comportamentali), e i loro genitori.	-Promuovere la consapevolezza attraverso l'allenamento nelle pratiche di meditazione formale; -Integrare la consapevolezza nel contesto della vita quotidiana come mezzo per affrontare i sintomi dell'ADHD, lo stress, le relazioni familiari, le emozioni difficili e la trasmissione intergenerazionale della genitorialità disfunzionale; -Migliorare la genitorialità.	8-sessioni settimanali di gruppo x 1.5 h o 3 h (a seconda del target). Genitori e bambini lavorano in parallelo. L'intervento si basa sui protocolli MBCT/MBSR ed adattato all'età e alle difficoltà specifiche degli adolescenti e dei loro genitori.	Identità, accettazione; comunicazione mindful. I temi delle sessioni sono: 1. Genitorialità e pilota automatico 2. La mente del principiante 3. Riconnessione con il proprio corpo come genitore 4. Rispondere piuttosto che reagire allo stress genitoriale 5. Schemi e modelli genitoriali 6. Conflitto e genitorialità 7. Amore e limiti 8. Un percorso consapevole attraverso la genitorialità (Bögels & Restifo, 2014).	^Miglioramenti nei bambini e nella psicopatologia internalizzante ed esternalizzante del genitore; ^Miglioramenti in merito allo stress genitoriale ed alla percezione del genitore delle proprie competenze di parenting; ^Alcuni miglioramenti nella cogenitorialità; ^I genitori hanno valutato il programma come prezioso ed efficace in molte aree del funzionamento proprio e familiare (Bogels et al., 2014, pp. 544-545); ^Progressi nei problemi di comunicazione sociale; nel funzionamento emotivo e comportamentale nei bambini con ASD; nel parenting e nella "mindful awareness" del genitore. Miglioramenti che sembrano durare anche a 1 anno dopo l'intervento (Ridderinkhof et al., 2017, p. 16). Futura esplorazione rispetto all'autocontrollo dei bambini con ADHD e i loro genitori (Siebelink et al., 2018)

12. Stress Management and Relaxation Techniques (SMART- in-Education program) (Cullen, M., & Wallace, L., 2010)	Genitori e insegnanti di bambini con bisogni speciali.	-Migliorare la qualità della genitorialità e dell'insegnamento; -Incrementare la consapevolezza per ridurre lo stress e l'ansia connesse alle sfide sociali ed emotive di un genitore/insegnante di bambini con bisogni speciali.	9 sessioni x 2.5 h + 2 giornate = 36 h (periodo di 5 settimane). Raccomandata la pratica giornaliera: 10 min al giorno; 70 min a settimana. L'intervento consiste per il 70% dal MBSR. I genitori e gli insegnanti si incontrano separatamente nei loro rispettivi gruppi.	Mindfulness; autocompassione; perdono; teoria dell'emozione e della regolazione; applicazione della consapevolezza alla genitorialità e all'insegnamento; pratiche specifiche di caregiving/insegnamento; influenza sulla crescita personale; preoccupazione empatica; autoefficacia e qualità del legame genitori-figli.	^Riduzione dello stress, dell'ansia e dell'angoscia; ^Aumento dell'empatia e del perdono verso gli altri (Cullen & Wallace, 2010); ^Aumento della consapevolezza, del benessere psicologico, auto-compassione e crescita personale sia nei genitori che negli insegnanti (Benn et al., 2012b).
13. Mindfulness-Based Parent Training (MBPT) (Ferraioli, S.J., & Harris, S.L., 2013) (the State University of New Jersey)	Genitori di figli con età inferiore ai 18 anni con diagnosi di ASD (secondo i criteri del DSM-IV-TR)	-Incorporare le tecniche di <i>Mindfulness</i> nella vita di tutti i giorni; -Ridurre lo stress genitoriale e i comportamenti problema dei figli.	8 sessioni settimanali x 2h composte da didattica, discussioni, giochi di ruolo e compiti a casa; l'intervento è stato adattato dal protocollo di Linehan (<i>Skills training manual for borderline personality disorder</i>) (1993) e dal protocollo MBCT.	Psicoeducazione; difficoltà dei genitori; le 5 competenze <i>mindfulness</i> di base: osservare, descrivere e rispondere personalmente agli eventi; accettazione non giudicante; allontanamento dai pensieri; essere presente; ed essere efficace.	^Significativo decremento dello stress genitoriale ed incremento della salute generale; ^Aumento su misure di abilità specifiche potenziate dall'intervento (Ferraioli & Harris, 2013).
14. Mindful Awareness for Parenting Stress (MAPS) (Neece, C.L., 2014) (Loma Linda University, CA)	Genitori di bambini con età compresa tra i 2.5 e i 5 anni con ritardi nello sviluppo	-Migliorare la soddisfazione della vita; -Ridurre lo stress e la depressione genitoriale e i problemi comportamentali dei bambini con ritardi nello sviluppo.	8 sessioni settimanali di gruppo x 2h + 1 giorno (6h) di ritiro di meditazione (basato sul protocollo MBSR) dopo la sessione 6; pratica quotidiana a casa con CD audio con le istruzioni.	<i>Mindfulness</i> ; psicologia e fisiologia dello stress e dell'ansia e modi con i quali la <i>mindfulness</i> può facilitare risposte più adattive; esercizi di <i>mindfulness</i> .	^Genitori: riduzione dello stress e della depressione e una maggiore soddisfazione della vita; ^Bambini: riduzione dei problemi comportamentali, in modo particolare nell'area inerente ai problemi di attenzione e della sintomatologia dell'ADHD (Neece, 2014).
15. Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS) (Singh, N.N., Lancioni, E.G., Winton, A.S.W., Karazsia, B.T., Myers, R.E., Latham, L.L., & Singh, J., 2014)	Genitori di adolescenti con ASD	-Decrescere lo stress genitoriale; -Diminuire i comportamenti aggressivi e dirompenti degli adolescenti ed incrementare la loro <i>compliance</i> .	8 sessioni x 3h = 24h individualmente; pratica giornaliera dal 5-60 min + 48 settimane della fase "MBPBS practice".	<i>Mindfulness</i> ; i 4 fondamenti: amorevolezza, compassione, gioia, equanimità; i 3 veleni: attaccamento, ira e ignoranza; vari tipi di meditazione; applicazioni del training di <i>mindfulness</i> al PBS (Positive Behaviour Support).	^Significativa riduzione dei livelli di stress genitoriale; ^Decremento degli iniziali comportamenti adolescenziali aggressivi e dirompenti e riduzioni significative anche durante la fase di pratica <i>mindfulness</i> dopo il training (Singh et al., 2014).
16. Coping with Anxiety through Living Mindfully (CALM) Pregnancy intervention (Goodman, J.H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Forget, A., & Freeman, M., 2014)	Donne incinte con GAD (disturbo d'ansia generalizzato) o con alti livelli di ansia o sintomi di preoccupazione	-Ridurre l'ansia, la preoccupazione e depressione ed incrementare la <i>mindfulness</i> e la "self-compassion".	8 settimane x 2h a sessione; si basa sulla struttura del MBCT. Le sessioni includono; presentazioni didattiche, esercizi di gruppo allo scopo di sviluppare competenza cognitiva, pratiche di meditazione formale, pratica a casa (da 30 a 45 minuti 6 giorni a settimana).	Psicoeducazione riguardo: stress psicologico, ansia e depressione; <i>mindfulness</i> ; come la <i>mindfulness</i> può essere utilizzata durante la gravidanza e nel <i>parenting</i> . Pratiche <i>mindfulness</i> : <i>body scan</i> ; <i>mindful yoga</i> ; diverse meditazioni sedute; meditazione camminata; <i>mindfulness</i> nelle pratiche di vita quotidiana; <i>mindfulness</i> delle pratiche con il proprio bambino.	^Miglioramenti statisticamente e clinicamente significativi in termini di ansia, preoccupazione e gravità della depressione; ^Concomitanti aumenti significativi di auto-compassione e consapevolezza; ^Aumento graduale della consapevolezza durante l'intervento e la sua correlazione significativa con depressione e ansia suggerisce la sua influenza nella riduzione di quest'ultime (Goodman et al., 2014).

<p>17. Family-Based Mindfulness Intervention (FBMI) (Lo, H.H.M., Wong, S.Y.S., Wong, S.W.L., Wong, S.W.L. & Yeung, J.W.K., 2016) (The University of Hong Kong)</p>	<p>Bambini di età compresa tra i 5 e i 7 anni con ADHD o con sintomi di disattenzione e iperattività e i loro genitori</p>	<p>-Promuovere l'attenzione e la salute mentale dei bambini con ADHD, riducendo i sintomi di disattenzione ed iperattività; -Ridurre lo stress dei loro genitori; -Esaminare l'efficacia dell'intervento FBMI.</p>	<p>L'intervento si svolge in gruppo sia per i a) genitori che per i b) bambini. a) 6 settimane x 1.5h programma adattato dal MYmind e dal MSFP (15-20 genitori). b) si segue il programma "Mindfulness Matters" ("the green book" per bambini da 5 a 8 anni; Snel, 2014) (4-6 bambini con sessioni da 1h). Nelle sessioni 4 e 6 della fase a) sono incluse attività congiunte genitore-bambino di 30 min.</p>	<p><i>Mindfulness e Mindful Parenting</i>. I temi delle sessioni del <i>parent training</i>: * "lo stress di essere un genitore" * "reazioni automatiche" * "rispondere ai bambini in modo <i>mindful</i>" * "qualità del <i>parenting</i>" * "affrontare le difficoltà con gentilezza" * "cura personale del genitore"</p>	<p>^Miglioramenti dei sintomi dei bambini con ADHD nelle dimensioni della disattenzione, dell'iperattività e nei comportamenti generali; ^Riduzione dello stress genitoriale; ^Aumento del benessere psicologico (Lo et al., 2017, pp. 1671-1672)</p>
<p>18. Mindfulness-based cognitive therapy for perinatal depression (MBCT-PD) (Dimidjian, S., Goodman, S.H., Felder, J., Gallop, R., Brown, A.P., & Beck, A., 2016)</p>	<p>Donne adulte in gravidanza con storie di depressione</p>	<p>-Ridurre il rischio di depressione durante la gravidanza, in donne con storie di depressione.</p>	<p>8 sessioni settimanali x 2h + corso di follow-up mensile. Si basa sul programma MBCT che è stato modificato per l'uso nel contesto della gravidanza e in previsione del postpartum. Le modifiche includono: la pratica della meditazione sull'amorevolezza; psicoeducazione sulla depressione perinatale, l'ansia e le preoccupazioni; enfasi sulle pratiche di auto-cura e strategie cognitivo-comportamentali per migliorare il supporto sociale.</p>	<p>I temi delle sessioni: 1. "Fare la mamma/essere mamma" 2. "Rispondere alle barriere" 3. "Respirazione e movimento <i>mindful</i>" 4. "Apertura alla difficoltà ed incertezza" 5. "I pensieri non sono fatti" 6. "Come posso meglio prendermi cura di me stesso?" 7. "Cerchi di cura in espansione" 8. "Guardando al futuro"(Dimidjian et al., 2016, p. 143).</p>	<p>^Tassi significativamente più bassi di recidiva e sintomi depressivi a 6 mesi dopo il parto comparati con il trattamento usuale; ^Soddisfazione valutata come significativamente più elevata rispetto all'intervento abituale TAU (<i>treatment as usual</i>) (Dimidjian et al., 2016, pp. 134-136).</p>
<p>19. Mindful with your baby (Potharst, E. S., Aktar, E., Rexwinkel, M., Rigterink, M., & Bögels, S. M., 2017)</p>	<p>Madri con i loro bambini indirizzate ad una clinica di salute mentale a causa di elevati stress o problemi di salute mentale o per problemi del figlio(dai 0-18 mesi) o per problemi di interazione madre-figlio</p>	<p>-Regolare i livelli di stress; -Acquisire da parte delle mamme maggior competenza <i>mindful</i> riguardo se stesse e i loro bambini, con conseguenti effetti positivi sulla loro reattività e interazione con i propri figli.</p>	<p>8-sessioni settimanali x 2h + un follow-up a 8 settimane dal programma. Alcune sessioni sono solo con le mamme, altre vengono svolte con le madri e i bambini insieme. L'intervento è basato sul <i>parenting training</i> MYmind, il quale a sua volta si basa sui protocolli MBCT/MBSR (come spiegato sopra). Si compone di discussioni, vari esercizi e compiti a casa.</p>	<p><i>Mindfulness; Mindful Parenting</i>; autocompassione; <i>parenting stress</i>; in generale come utilizzare la <i>mindfulness</i> con il proprio bambino, in particolare nei momenti di stress.</p>	<p>^Le madri hanno acquisito maggiore competenza <i>mindful</i>, in generale e nel <i>parenting</i> (interazioni madre-bambino); ^Maggior compassione verso sé stesse durante l'allenamento (mantenuto durante il periodo di follow-up di 8 settimane); ^Significativi miglioramenti nel benessere, nella fiducia e nella responsabilità in merito alla maternità; ^Miglioramenti rispetto allo stress e all'affetto dei genitori; ^Nei bambini: miglioramenti nella affettività positiva (Potharst et al., 2017).</p>

<p>20. Mindfulness Based Well-Being for Parents (MBW-P) (Jones, L., Gold, E., Totsika, V., Hastings, R.P., Jones, M., Griffiths, A., & Silverton, S., 2017) (Bangor University, UK)</p>	<p>Genitori di bambini con disabilità intellettive e/o autismo.</p>	<p>-Aumentare la consapevolezza <i>mindful</i> dei partecipanti.</p>	<p>8 sessioni settimanali x 2h con pratiche domiciliari. Simile alla MBSR e MBCT, comprende esercizi di pratica di consapevolezza, periodi di riflessione sulle pratiche di gruppo o in coppia, orientamento agli esercizi a casa stabilite per la settimana successiva e riflessione sulle pratiche domestiche della settimana precedente. Viene fornito ai partecipanti un CD di pratiche brevi che vanno da 5 a 20 minuti.</p>	<p>I temi sono: 1. "Pilota automatico" 2. "Spazio per respirare" 3. "Imparare lo stress" 4. "Lavorare con lo stress" 5. "Rispondere alle difficoltà" 6. "Comunicazione" 7. "Vivere la nostra vita" 8. "Il resto delle nostre vite" (Jones et al., 2017, p. 9).</p>	<p>^Significativi aumenti di consapevolezza e auto-compassione auto-riportati; ^Riduzione dello stress generale dei genitori; ^Valutazione positiva del programma dalla maggior parte dei genitori (Jones et al., 2017, pp. 9-11).</p>
---	---	--	---	--	--

L'analisi verticale delle singole voci riportate nelle tabelle consente di avanzare le seguenti considerazioni.

In merito alla voce *Partecipanti*, si evince una certa omogeneità sia nell'ambito educativo che in quello clinico: degli 8 programmi descritti nel contesto educativo, 2 sono indirizzati a donne in gravidanza e 2 ancora a donne incinte, ma con una figura di riferimento (partner, coniuge, madre, amico); i restanti 4 programmi vedono come destinatari i genitori e i loro bambini. L'età dei bambini varia dai 33 mesi ai 14 anni. Per quanto riguarda, invece, il contesto clinico, dei 12 programmi considerati, 8 sono indirizzati solo ai genitori, mentre gli altri 4 hanno come destinatari sia i genitori che i loro bambini. Quest'ultimi hanno un'età compresa dalla nascita fino ai 18 anni. In riferimento all'efficacia secondo il target, dall'analisi dei vari programmi si evince, come sottolinea anche la rassegna di Whittingham (2014), che gli interventi rivolti sia ai genitori che ai figli sono più efficaci rispetto a quelli che si indirizzano solo agli uni o solo agli altri. Circa il genere, la maggior parte dei programmi privilegiano la figura materna, sebbene alcuni includano anche la figura paterna o il partner.

Relativamente alla voce *Scopi* la quasi totalità dei programmi ne contempla più di uno. Per lo più quelli sviluppati nel contesto educativo mirano, oltre che ad elevare il livello di *mindfulness* nel legame genitori-figli, a rafforzare la relazione; a potenziare la genitorialità; a ridurre stress, ansia, e sintomi depressivi soprattutto durante e dopo la gravidanza; ad aumentare il benessere e la salute e a prevenire i problemi comportamentali dei bambini. I programmi sviluppati nel contesto clinico della salute

mentale, puntano anch'essi ad elevare il livello di *mindfulness* nella relazione genitore-bambino; ma anche a migliorare la regolazione emotiva del genitore; a decrementarne stress, ansia e depressione; a potenziarne le competenze genitoriali; nonché a ridurre sintomi dell'ADHD, del ASD e in generale i comportamenti problema dei bambini con bisogni speciali.

Per quanto concerne la voce *Struttura*, il format dei diversi programmi è piuttosto simile: le sessioni si orientano da un minimo di 6 ad un massimo di 12, con una durata che varia da un'ora e mezza fino a 3 ore per ciascuna sessione. Inoltre alcuni programmi presentano una giornata intera di ritiro di meditazione. La maggior parte dei programmi adattano al contesto famiglia il protocollo medico-scientifico MBSR (*Mindfulness-based Stress Reduction*) di Jon Kabat-Zinn (1982; 1990) e della MBCT (*Mindfulness-based Cognitive Therapy*) ideata da Segal e colleghi (2006), confermando precedenti studi secondo i quali l'MBSR è l'intervento più frequentemente applicato (Baer, 2003; Hofmann et al., 2010).

Rispetto alla voce *Contenuti*, alla base di tutti i programmi c'è la *Mindfulness* e il *Mindful Parenting*, nelle sue diverse caratterizzazioni. Gli altri contenuti riguardano: la competenza genitoriale; le *life skills*; l'"*Emotion coaching*"; la comunicazione efficace; la psicoeducazione su stress, ansia e depressione nel contesto familiare; la regolazione emotiva; il *problem solving* e il *decision making*; le pratiche di *caregiving* specifiche; l'autoefficacia e la qualità del legame genitori-figli.

Infine, circa l'ultima voce *Risultati ottenuti* si registrano in primo piano, per quanto riguarda il contesto educativo: l'incremento della regolazione emotiva, la riduzione dello stress, dell'ansia e della depressione, l'incremento delle competenze comunicative, la gestione dei comportamenti dei figli, la sintonizzazione emotiva e l'autoefficacia nel parto. Nel campo clinico invece gli esiti in termini di efficacia sono connessi alla riduzione della sintomatologia in bambini con bisogni speciali, in particolare con ADHD e ASD e alla riduzione dei livelli di stress, ansia e depressione nei loro genitori.

L'EFFICACIA DELL'APPROCCIO DI MINDFUL PARENTING

L'efficacia dell'approccio di *Mindful Parenting* è stata esaminata in diversi studi, rassegne e meta-analisi, a partire dal primo lavoro di Sawyer Cohen e Semple (2010, p. 150), nel quale dopo un'analisi dei vari programmi, è ribadita la necessità di ulteriori ricerche per valutare l'efficacia degli interventi di genitorialità consapevole nel migliorare le relazioni genitori-figli. Nella parte che segue si riportano diversi studi che hanno approfondito l'approccio della genitorialità consapevole e messo a fuoco le variabili in gioco.

Tra queste una di quelle che assume un ruolo centrale nell'approccio del *Mindful Parenting* è rappresentata dallo stress. Una recente ricerca che ha visto coinvolti 68 bambini australiani di scuola primaria superiore, insieme ad uno dei loro genitori (Waters, 2016, pp. 40-44), ha messo in luce la relazione tra lo stress del bambino, la *mindfulness* del bambino e la *mindfulness* del genitore. Gli autori hanno rilevato che “i bambini che erano più *mindful* o aventi un genitore più *mindful* hanno riportato più bassi livelli di stress, il che porta a ritenere la ricerca sulla promozione della *mindfulness* in famiglia un'area promettente per ulteriori esplorazioni” (ivi, p. 47). Sempre nel campo dello stress genitoriale, Gouveia et al. (2016) hanno esplorato se l'auto-compassione e la “*dispositional mindfulness*” dei genitori fossero associate con lo stress genitoriale e gli stili genitoriali attraverso il *Mindful Parenting*, rifacendosi al modello di Duncan e colleghi (2009a) (che verrà descritto nel prossimo paragrafo). Con il termine “*dispositional mindfulness*”, ripreso dalla teoria sulla *mindfulness*, gli autori si riferiscono alla capacità o tendenza ad essere consapevoli oppure a mantenere l'attenzione sulle esperienze e gli eventi che si verificano nel momento presente (Brown et al., 2007, cit. in Gouveia et al., 2016, p. 701).

Un'altra variabile individuale fondamentale, intrinsecamente associata alla *mindfulness* e studiata nella ricerca, è l'auto-compassione: modo adattivo di relazionarsi con sé stessi che viene descritto da tre dimensioni bipolari: 1. gentilezza verso sé stessi vs. giudicarsi; 2. senso di umanità comune vs. isolamento; 3. consapevolezza vs. sopravvalutazione. Sembra che l'aspetto intrapersonale, dell'auto-compassione, oltre che a produrre effetti positivi a livello individuale,

apporti benefici anche nelle relazioni interpersonali (Yarnell & Neff, 2013) (cit. in Gouveia et al., 2016, p. 701). Lo studio ha interessato un campione di 333 genitori: 87 padri e 246 madri con un'età compresa tra i 27 e i 63 anni. I risultati hanno rilevato che a livelli più elevati di “*dispositional mindfulness*” e di auto-compassione sono associati livelli più alti di *Mindful Parenting*, che a loro volta si correlano ad un più basso stress genitoriale, ad una maggiore autorevolezza genitoriale e ad un minor autoritarismo o permissivismo (Gouveia et al., 2016, p. 700).

Un'ulteriore variabile influenzata dal *Mindful Parenting* è la comunicazione all'interno della relazione genitore-figli. Lippold e colleghi (2015, p. 1666) hanno effettuato una ricerca con gruppo di controllo randomizzato allo scopo di comprendere come il *Mindful Parenting* influenzi la comunicazione tra il genitore e il figlio adolescente. Il campione longitudinale è formato da 432 madri e dai loro figli adolescenti, composti principalmente da americani europei bianchi residenti nella Pennsylvania rurale e suburbana (Lippold et al., 2015, p. 1671). I risultati suggeriscono che il *Mindful Parenting* migliori la comunicazione madre-adolescente riducendo nelle madri le reazioni negative alle informazioni rispetto alle attività dei figli e in questi ultimi la percezione di sentirsi eccessivamente controllati con il risultato di una migliore qualità affettiva della relazione genitore-adolescente (ivi, p. 1664). Inoltre lo studio di Wang e colleghi (2018) ha messo in luce come l'intervento sulla genitorialità consapevole può avere benefici rispetto ai problemi emotivi degli adolescenti attraverso il miglioramento del calore materno e della Mindfulness degli adolescenti.

Più recentemente, sono stati fatti passi avanti nell'ambito della maternità perinatale. Al riguardo meritano di essere menzionate 2 rassegne sistematiche: Dhillon et al., 2017; Shi & MacBeth, 2017. La prima ha messo in luce che gli interventi basati sulla consapevolezza possono essere utili in riferimento ad alcune variabili quali: ansia, depressione, stress percepito e livelli di consapevolezza durante il periodo perinatale (Dhillon et al., 2017, p. 1421); sulla stessa linea, la seconda enfatizza l'uso degli interventi di *Mindful Parenting* particolarmente per la riduzione dell'ansia perinatale (Shi & MacBeth, 2017, p. 823).

Per ciò che concerne il contesto clinico, Bögels e colleghi (2014, pp. 539-540)

descrivono il *Mindful Parenting* come un approccio alternativo al lavoro con i genitori di bambini che hanno o rischiano di sviluppare un disturbo mentale e con genitori che soffrono essi stessi di un disturbo mentale. A tal proposito sono stati realizzati diversi studi a livello internazionale: Cassone (2015, p. 147), si è interessato a valutare l'integrazione della *mindfulness* all'interno dei trattamenti *evidence-based* per bambini con ADHD e i loro genitori, concludendo che gli interventi di *mindfulness* dovrebbero essere incorporati nelle attuali linee guida di trattamento come opzione psicosociale per le famiglie con ADHD; lo studio clinico randomizzato di Meppelink, Bruin e Bögels (2016, p. 13), nel quale è stata messa a confronto la terapia farmacologica con il *mindfulness training*, in un campione di 120 bambini con ADHD e i loro genitori, ha testimoniato la riduzione dei sintomi di ADHD. Analogamente Dehkordian e colleghi (2016, p. 4301), nel loro studio affermano che il *Mindful Parenting* può essere applicato nel migliorare la qualità della vita dei bambini iraniani con ADHD. Sul versante del disturbo specifico dello spettro autistico, Raulston, McIntyre e Neece (2017) nella loro ricerca sul ruolo del *Mindful Parenting* sullo stress e sulla depressione del genitore di bambini con autismo, rilevano che esso può essere utile e socialmente valido per ridurre i comportamenti difficili dei bambini e portare ad esiti positivi per la salute psicologica dei genitori.

Attualmente, sempre nel contesto clinico, Townshend et colleghi (2016, p. 145-147) hanno elaborato una rassegna sistematica allo scopo di sintetizzare le evidenze attuali in merito all'efficacia dei programmi di *Mindful Parenting* (dal 1997 al novembre 2014) nell' alleviare lo stress genitoriale e i sintomi associati ai disturbi internalizzanti (depressione, ansia, stress) ed esternalizzanti (disturbi della condotta). La ricerca del materiale è stata effettuata su 8 *database* rilevando 1232 articoli, dei quali solo 7 hanno soddisfatto i criteri di inclusione. I risultati attestano che i programmi di *Mindful Parenting* possono ridurre lo stress genitoriale e i sintomi associati con deficit di attenzione ed iperattività nei bambini di età prescolare diagnosticati con disturbi dello spettro autistico. Tra i sette programmi analizzati nella recente rassegna, in particolare il programma MSFP (che verrà descritto nel prossimo paragrafo) risulta incrementare la consapevolezza emozionale dei genitori con bambini da 10-14 anni, nello specifico, la consapevolezza emozionale dei padri.

Un'altra rassegna sistematica sul tema è ad opera di Cachia, Anderson e Moore (2016, pp. 10-12) ed è indirizzata a valutare l'efficacia degli interventi di *Mindful Parenting* con genitori di bambini con disordine dello spettro autistico. Ancora una volta i risultati suggeriscono che il *mindfulness training* è efficace nel ridurre lo stress e nell' aumentare il benessere genitoriale, nel migliorare la co-genitorialità e nel promuovere una più efficace gestione del comportamento dei bambini.

Merita, ancora di essere menzionata la rassegna di Petcharat & Liehr (2017, p. 35), indirizzata ad esaminare l'efficacia degli interventi *evidence-base* di *Mindful Parenting* rivolti ai genitori di bambini con bisogni speciali, la quale ha messo in evidenza come una maggiore consapevolezza da parte dei genitori si associ alla riduzione di sintomi da stress, ansia e depressione (come esplicitato anche nella tab. 2). Inoltre, ad un incremento della consapevolezza si correla un maggior benessere psicologico ed una maggior accettazione della condizione dei propri bambini e anche questi ultimi riportano miglioramenti nella riduzione dei comportamenti problema e nell'incremento di interazioni positive con i loro genitori.

Infine, gli effetti benefici dell'approccio della genitorialità consapevole sono stati valutati nella meta-analisi di Friedmutter (2015) consistente in 22 studi sul sostegno alla genitorialità. Da essa emerge che il *Mindful Parenting* è efficace nell'incrementare il livello di *mindfulness* individuale, oltreché nel ridurre significativamente lo stress genitoriale e l'utilizzo di una disciplina maladattiva.

Pertanto è ragionevole concludere che una genitorialità flessibile e consapevole possa fungere da fattore di protezione nei confronti dei problemi emotivi e comportamentali dei bambini con disabilità, bambini che proprio a motivo della loro condizione, presentano, un rischio più elevato di incorrere in essi. (Whittingham, 2014).

DESCRIZIONE DEL *MINDFULNESS-ENHANCED STRENGTHENING FAMILIES PROGRAM* (MSFP)

Nel presente paragrafo è presentato un programma dal titolo *Mindfulness-Enhanced Strengthening Families Program* sviluppato grazie all'integrazione di alcune

attività di *Mindful Parenting*, all'interno del già esistente programma *Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10-14*, intervento universale preventivo *evidence-based* indirizzato alla famiglia, composta da figli di età compresa tra i 10 e i 14 anni (Molgaard et al., 2000). La scelta di descrivere tale programma fa capo ad alcuni elementi selezionati dopo un'attenta *review* di diversi programmi efficaci (Duncan, Coatsworth & Greenberg, 2009a, p. 263): nello specifico si interessa di più domini del funzionamento familiare, rendendo così la *mindfulness* più utile al funzionamento familiare (Harnett & Dawe, 2012) e presenta forti evidenze empiriche di efficacia, come esplicitato nella rassegna sistematica di Townshend et colleghi (2016).

Il programma SFP (10-14) basato sul modello della vulnerabilità bio-psico-sociale (Kumpfer, Trunnell & Whiteside, 1990) (cit. in Riesch et al., 2012, p. 333), presenta due tipologie di obiettivi: a lungo raggio e intermedi. Il primo fa riferimento alla riduzione dell'uso di sostanze stupefacenti e di problemi comportamentali durante l'adolescenza. Per ciò che concerne invece gli obiettivi intermedi, essi includono il potenziamento delle competenze genitoriali di accudimento e di definizione del limite; il miglioramento delle competenze comunicative sia per i ragazzi che per i genitori e lo sviluppo di competenze pro sociali negli adolescenti (Molgaard et al., 2000, p. 2). Il SFP 10-14 si compone di sette sessioni principali più 4 sessioni di rinforzo, per la durata di 2 ore a settimana. I genitori e i figli partecipano ad attività separate nella prima ora e attività di gruppo nella seconda ora. Le sessioni vertono su diversi temi: gestione familiare, disciplina, riduzione dello stress, abilità di resistenza al tabacco, da alcol ed uso di altre droghe e la capacità di *problem-solving* e di comunicazione efficace. I gruppi di genitori e ragazzi vengono seguiti da formatori e facilitatori formati presso l'Iowa State University dove ha luogo il programma SFP (10-14); a quest'ultimi viene consegnato un manuale approfondito su come svolgere il programma. Le sessioni includono la visione di video per fornire contenuti didattici e diverse attività prescritte appositamente per genitori e figli (Semeniuk et al., 2010, p. 397). Il programma è progettato per 8-13 famiglie ed è tenuto in genere in una scuola pubblica, chiesa, scuola o in un centro comunitario. Sono necessarie almeno due sale per ogni sessione (una per i genitori e una per i figli adolescenti), e le

sessioni di famiglia si svolgono nella più grande delle due stanze. Sono necessari tre facilitatori per ogni sessione e tutti i facilitatori offrono assistenza alle famiglie e modellano le competenze appropriate durante la sessione di famiglia (Molgaard et al., 2000, p. 2).

In merito invece al programma *Mindfulness-enhanced Strengthening Families Program (MSFP)*, esso insegna ai genitori con figli adolescenti sia la *mindfulness* che le competenze di *parenting* (Coatsworth et al., 2014, p. 46). Gli autori ipotizzano che la *mindfulness* nella genitorialità faciliti lo sviluppo positivo dei ragazzi dal momento che aumenta l'uso di strategie efficaci di *parenting* e rafforza le relazioni positive genitore-figlio. Credono inoltre che la combinazione di un breve *mindfulness training* con un *parenting skills training* possa aiutare i genitori a portare la consapevolezza nelle loro interazioni giornaliere con i propri figli ed aiutare loro ad utilizzare più efficacemente le loro competenze genitoriali nel momento presente. La struttura del programma è analoga a quella del SFP 10-14: stesso format e numero di sessioni; resta intatto inoltre il nucleo delle attività di *parent training* (Coatsworth et al., 2014, p. 47). Il programma MSFP si basa sul modello di *Mindful Parenting* elaborato da Duncan e colleghi (2009a), il quale suggerisce che i genitori che possono restare consapevoli e accettare i bisogni dei propri bambini attraverso l'utilizzo di pratiche *mindfulness* possano creare un contesto familiare che consenta un soddisfacimento più duraturo della relazione genitore-figlio. Il modello comprende 5 dimensioni relative a quest'ultima relazione (Duncan et al., 2009a, pp. 255-258).

Tab. 3 “*Role of mindful parenting practices in parenting interactions*”

Dimensioni del Mindful Parenting	Comportamenti effettivi di parenting promossi da questa pratica	Comportamenti di parenting che diminuiscono attraverso la pratica
1. <i>Ascoltare con piena attenzione</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discernere correttamente i segnali del figlio ▪ Percepire correttamente la sua comunicazione verbale 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ridurre l'uso e l'influenza di aspettative e costruzioni cognitive
2. <i>Accettazione non-giudicante di sé e del proprio figlio</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equilibrio salutare tra obiettivi orientati sul figlio, sui genitori e sulla relazione ▪ Senso di auto-efficacia del <i>parenting</i> ▪ Apprezzamento dei tratti del figlio 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Riduzione delle preoccupazioni auto-dirette ◦ Meno aspettative non realistiche sulle qualità del figlio
3. <i>Consapevolezza emotiva di sé e del proprio figlio</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacità di rispondere ai bisogni e alle emozioni del figlio ▪ Maggiore accuratezza nell'attribuzione di responsabilità 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Riduzione delle svalutazioni delle emozioni del figlio ◦ Riduzione di forme disciplinari dettate da forti emozioni negative dei genitori
4. <i>Auto-regolazione nella relazione parentale</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regolazione delle emozioni nel contesto parentale ▪ Comportamenti di <i>parenting</i> coerenti con valori e obiettivi 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Meno disciplina automatica/“iper-reattiva” ◦ Meno dipendenza dalle emozioni del figlio
5. <i>Compassione per sé e per il proprio figlio</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Affettività positiva nella relazione genitore-figlio ▪ Più accettazione per i propri sforzi e capacità di perdonarsi 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Meno affettività negativa nella relazione genitore-figlio ◦ Meno senso di colpa quando gli obiettivi genitoriali non vengono raggiunti

Fonte: tratto e adattato da Duncan et al. (2009a, p. 259)

Le attività di *mindfulness* integrate nel programma sono state implementate grazie alla collaborazione degli autori del MSFP con la principale autrice del programma originario, Virginia Molgaard, creando attività che, da una parte, mantengano il cuore del programma SFP 10-14 e dall'altra risultino coerenti con il modello del programma MSFP (Coatsworth et al., 2014, p. 48; Coastworth et al., 2015, p. 27). Il format di tutte le sessioni dell'intervento è - come già detto - analogo a quello del programma originale SFP: il contenuto delle sessioni dei ragazzi e dei familiari è identico; è stato modificato solo quello relativo alle sessioni inerenti il *parenting*. In media gli autori hanno aggiunto due nuove attività per ogni sessione. Le nuove attività sono volte ad insegnare ai genitori le competenze di *Mindful Parenting* e permettere loro di aumentare diverse abilità: a. prestare accuratamente attenzione e ascolto ai loro figli durante le interazioni momento per momento; b. diventare più consapevoli dei loro stati emotivi e di quelli dei loro ragazzi; c. adottare con maggiori probabilità un atteggiamento di accettazione e non giudizio durante le interazioni con i loro figli; d. regolare le loro reazioni emotive durante le interazioni ed e. adottare una posizione di empatia e compassione verso se stessi e i loro figli. Mettere in atto queste abilità offre la possibilità al genitore di apprendere realmente cosa significhi vivere nel presente con i propri figli, avendo come focus "il loro desiderio di avere un'autentica relazione di cura" (Duncan et al., 2009a, p. 264).

Entrando nel vivo delle attività di *Mindful Parenting*, tutte le sessioni iniziano e terminano con brevi riflessioni: attività di 1-5 minuti, nelle quali i genitori praticano competenze come l'attenzione focalizzata sul presente e la respirazione profonda, mentre coltivano un atteggiamento gentile verso sé e gli altri. La maggior parte delle riflessioni include anche il *setting sulle intenzioni*, come per esempio, l'intenzione del genitore di riflettere sui propri desideri in merito ai loro figli e al loro benessere. La formulazione delle intenzioni rappresenta un elemento motivazionale centrale alla pratica di consapevolezza che fornisce lo scopo per la direzione dell'attenzione: in particolare può contribuire a spostare l'attenzione da interpretazioni cognitive erronee dei genitori riguardo i comportamenti dei loro figli, facilitando l'instaurarsi di interazioni positive. Le riflessioni all'inizio e alla fine delle sessioni, sono eccellenti

opportunità per i genitori di riportare la loro attenzione sul presente, prima di intraprendere le attività vere e proprie (Coatsworth et al., 2014, p. 48). Le nuove attività hanno i seguenti titoli: “*breath awareness*”, “*emotions of parenting*”, “*managing automatic reactions*”, “*seeing youths clearly*”, “*strengthening the parent-youth relationship by being present*”, “*compassion for self and child*”. Di seguito una tabella riassuntiva con le nuove attività di *mindfulness* connesse ad ogni sessione e dimensione concettuale:

		Dimensioni del Mindful Parenting					
		<i>Consapevolezza emotiva di sé e del proprio figlio</i>	<i>Auto-regolazione nella relazione parentale</i>	<i>Accettazione non-giudicante di sé e del proprio figlio</i>	<i>Ascoltare con piena attenzione</i>	<i>Compassione per sé e per il proprio figlio</i>	
Sessioni	1	Breath-Awareness Stop, Be Calm, Be present	Emozioni di Parenting		Intenzione: accettare sogni e obiettivi	Intenzione: ascoltare sogni e obiettivi	Riflessione: compassione per il figlio
	2		Reazioni automatiche e affermazioni “Io”	Reazioni automatiche			
	3		Vedere i propri figli chiaramente		Vedere i propri figli chiaramente		Riflessione: amore e compassione per il figlio
	4			Riflessione: compassione e accettazione per il figlio così com'è		Rafforzare la vostra relazione essendo presenti e intenzione di ascoltare	Riflessione: compassione e accettazione per il figlio per come è
	5		Parenting responsivo non reattivo e grandi punizioni per grandi problemi	Parenting responsivo non reattivo e grandi punizioni per grandi problemi		Intenzione: essere presente	Riflessione e intenzione: auto-compassione
	6		Introduzione all'ascolto, cattivo ascolto, parlare ai figli e ascoltare realmente	Cattivo ascolto e parlare ai figli e ascoltare realmente		Buono ascolto e parlare ai figli e ascoltare realmente; intenzione: ascoltare	Riflessione: gentilezza amorevole
	7			Comunicare con i tuoi figli e buona comunicazione			Riflessione: compassione per sé e per il figlio, ed essere gentile con te stesso; intenzione: auto-compassione e essere presente
Rassegna competenze							

Tab. 4 “*Mindful parenting activities in MSFP by session and conceptual dimension*”

Fonte: tratto e adattato da Coatsworth et al. (2014, p. 49)

L'intervento MSFP ha riscontrato prove di efficacia rispetto a diverse variabili, come già esplicitato nella tabella precedente: regolazione emotiva, stress, comunicazione efficace madre-figlio, qualità affettiva della relazione (Duncan *et al.*, 2009b, p. 605; Lippold *et al.*, 2015, p. 1663), fattori di rischio e protettivi della famiglia nella

transizione adolescenziale (Coatsworth *et al.*, 2010, p. 203), qualità del legame genitori-figli, gestione dei comportamenti giovanili e benessere del genitore e degli adolescenti (Coatsworth *et al.*, 2015, pp. 26-27).

PROSPETTIVE DI RICERCA FUTURE E RICADUTE SUL PIANO EDUCATIVO

L'applicazione della *mindfulness* ai programmi di sostegno alla genitorialità appare molto promettente ed apre ad ulteriori sviluppi.

Tra questi, sembra importante incrementare gli studi volti a coinvolgere la figura del padre all'interno dei programmi nella prospettiva della *cogenitorialità* e a valutarne gli effetti. Esistono già alcune ricerche in tal senso, tuttavia il campo merita di essere approfondito. MacDonald e Hastings (2010, pp. 236-237) hanno elaborato un sondaggio, utilizzando una metodologia correlazionale, con 105 padri di bambini con disabilità intellettuali e dall'analisi di regressione effettuata, è emerso che i padri che sono maggiormente *mindful* nel loro ruolo genitoriale (specialmente quelli che riportano livelli più elevati di attenzione al momento presente nella relazione con i propri bambini), sono più coinvolti nei compiti di genitorialità legati ai figli e nei ruoli relativi alla socializzazione dei bambini. Recentemente, Parent e colleghi (2016, p. 504) hanno indagato il fenomeno della cogenitorialità, allo scopo di incrementare le conoscenze in merito al legame tra quest'ultimo e la *mindfulness*. Hanno partecipato all'indagine 485 genitori di 3 campioni comunitari di famiglie con ragazzi durante tre fasi del loro sviluppo. Attraverso la somministrazione di differenti strumenti psicometrici, gli autori hanno rilevato che la "*parental dispositional mindfulness*" è legata indirettamente sia alla genitorialità che alla cogenitorialità. In relazione alle implicazioni cliniche, i programmi di *Mindful Parenting* hanno dimostrato miglioramenti nella relazione genitore-bambino, nella relazione di *coparenting* e nelle pratiche di genitorialità (Bögels *et al.*, 2014) (cit. in Parent *et al.*, 2016, p. 511). Nello specifico gli autori sottolineano come potrebbe essere di supporto includere in tali programmi anche il "cogenitore", insieme ad esercizi interparentali di *mindfulness* (*ibidem*). Anche Medeiros e colleghi (2016, p. 916), nel loro studio sottolineano l'importanza di indirizzare le attività di *Mindful Parenting*

non solo alla figura materna ma anche a quella paterna, per promuovere una relazione sicura genitore-bambino e conseguentemente il benessere dei due. Alla luce delle suddette ricerche sarebbe dunque opportuno focalizzare la ricerca verso programmi che vedano come figura centrale non solo la figura materna ma anche quella paterna, come nel programma descritto nel paragrafo precedente.

Un altro aspetto che merita di essere indagato concerne le variabili responsabili dell'efficacia dei programmi stessi. Harnett e Dawe (2012, p. 195), hanno condotto una rassegna in merito al contributo delle terapie basate sulla *mindfulness* per i bambini e le loro famiglie. Tramite la ricerca su diversi *database* hanno identificato 24 ricerche (alcune delle quali descritte nei paragrafi precedenti) pubblicate dal 2009 al 2011 aventi come destinatari i bambini, gli adolescenti e le loro famiglie. I risultati della ricerca suggeriscono che le tecniche basate sulla *mindfulness* hanno un potenziale nel migliorare gli aspetti del funzionamento individuale e familiare associati a migliori esiti di sviluppo per i bambini e le loro famiglie. Tuttavia gli autori sostengono che i risultati degli interventi analizzati potrebbero essere più utili se le tecniche terapeutiche basate sulla *mindfulness* fossero integrate all'interno di programmi già esistenti, i quali affrontano più domini del funzionamento della famiglia, piuttosto che implementate in modo indipendente. Gli autori sottolineano inoltre l'importanza di analizzare tutte le variabili e i meccanismi responsabili del cambiamento all'interno dei vari programmi, dato che risulta improbabile che la *mindfulness* possa essere l'unica variabile responsabile del cambiamento dei risultati (ivi, p. 207). Riguardo a quest'ultimo punto sarebbe importante condurre ulteriori meta-analisi sia nel campo preventivo che clinico per meglio focalizzare le variabili che agiscono sugli effetti degli interventi e i diversi meccanismi di azione in gioco.

Un'ulteriore aspetto da approfondire nella ricerca ha a che vedere con la carenza di studi validati nel nostro contesto culturale: dall'analisi effettuata sui diversi *database* non si è trovato nessuno studio in lingua italiana o che fosse stato svolto nel territorio italiano. Le ricerche future potrebbero indirizzarsi, dunque, verso l'adattamento dell'approccio di *Mindful Parenting* al nostro contesto; in particolare potrebbe essere interessante incrementare la ricerca sul MSFP analizzato nel paragrafo 5 adattandolo al contesto italiano, magari attraverso uno studio

randomizzato a tre gruppi (un gruppo che partecipa al MSFP, un gruppo che segue un programma di *parent training* e un gruppo di controllo) che consenta di stimare l'efficacia differenziale del programma.

Per ciò che concerne le implicazioni per la pratica, la rassegna sistematica di Townshend *et al.*, (2016, p. 162) ha rilevato che gli interventi di *Mindful Parenting* potrebbero non essere appropriati per soggetti portatori di un'importante psicopatologia o gravemente traumatizzati, quanto piuttosto all'interno di una prospettiva preventivo-promozionale. In definitiva, dalla rassegna emerge che tali programmi siano un promettente aiuto psicoeducativo per i genitori in quanto agiscono sulla riduzione dei livelli di stress e sull'incremento della consapevolezza emotiva dei genitori stessi e dei loro figli. Gli autori sottolineano, inoltre, l'importanza di ulteriori ricerche in merito, ribadendo che i risultati esposti possono soprattutto guidare ipotesi future piuttosto che consentire l'approdo a conclusioni definitive sugli effetti degli interventi di *Mindful Parenting* (*ivi*, p. 165), trattandosi di un campo di recente implementazione. Anche Cachia, Anderson e Moore (2016), relativamente agli studi che vedono applicata la *mindfulness* ai bambini con ASD e ai loro genitori, affermano la necessità di ricerche future per sviluppare interventi sempre più efficaci, in termini di costi e tempi, tesi a massimizzare i benefici dei programmi attuali.

Inoltre sarebbe opportuno incentivare la partecipazione dei genitori ai programmi proposti, tramite una collaborazione tra la scuola e la famiglia, creando una rete di supporto in cui il genitore possa sentirsi a suo agio nel mettere in gioco le proprie competenze ed allo stesso modo il bambino trovarsi in un luogo a lui familiare. La corresponsabilità scuola-famiglia rappresenta infatti un fattore molto importante per la promozione di quell'accordo intersistemico tanto importante per la lo sviluppo armonico dei soggetti in crescita. (Annella, 2012, p. 50).

Analoga collaborazione si auspica nel contesto sanitario dove, coloro che hanno ricevuto una formazione in *mindfulness* (infermieri e altri professionisti della salute) potrebbero svolgere un ruolo prezioso nell'applicare quest'ultima ai genitori di bambini con bisogni speciali allo scopo di accrescerne il benessere (Petcharat & Liehr, 2017, p. 35).

Ciò che si richiede dunque è una sinergia intersistemica tra scuola e famiglia ma anche tra sistema sanitario e clinico della salute mentale e ambiente familiare allo scopo di incrementare i fattori protettivi, diminuire quelli di rischio e conseguentemente aumentare la resilienza familiare.

BIBLIOGRAFIA

Annella, B. (2012). Modelli e indicazioni per favorire la relazione genitori-insegnanti. *Psicologia e scuola*, 32(23), 50-57.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.

Baer, R. A. (Ed.) (2012). *Come funziona la mindfulness: Teoria, ricerca, strumenti. Collana di psicologia clinica e psicoterapia: Vol. 249*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Barnes, S., Brown, K. W., Krusemark, E., Campbell, W. K., & Rogge, R. D. (2007). The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of marital and family therapy*, 33(4), 482-500.

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

Benelli, C. & Regazzoni, Z. (n.d.). *Mindfulness*. Disponibile da <http://www.stateofmind.it/tag/mindfulness/>.

Benn, R., Akiva, T., Arel, S., Roeser, R., & Eccles, J. (2012). P02.24. Reducing stress and cultivating well being in educators and parents with special needs children: Effects of a mindfulness training program. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12(Suppl 1), P80.

Bögels, S. M., & Restifo, K. (2014). *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners. Mindfulness in behavioral health*. New York: Springer.

Bögels, S. M., Helleman, J., van Deursen, S., Römer, M., & van der Meulen, R. (2014). Mindful Parenting in Mental Health Care: Effects on Parental and Child Psychopathology, Parental Stress, Parenting, Coparenting, and Marital Functioning. *Mindfulness*, 5(5), 536-551.

Bogels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful Parenting in Mental Health Care. *Mindfulness*, 1(2), 107-120.

Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., Schutter, S. de, & Restifo, K. (2008). Mindfulness Training for Adolescents with Externalizing Disorders and their Parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(02), 126.

Boornstein, S. (1996). *Transpersonal psychotherapy*. Albany, NY.: State University of New York Press.

Brown, K. W., & Cordon, S. (2012). Verso una fenomenologia della mindfulness: esperienze soggettive e correlati emotivi. In F. Didonna (Ed.), *Manuale clinico di mindfulness* (pp. 114-142). Milano: Angeli.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822-848.

Brown, K. W., Creswell, J. D., & Ryan, R. M. (Eds.). (2016). *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice*. New York, London: The Guilford Press.

Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S., & Schutze, R. (2014). Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of midwifery & women's health*, 59(2), 192-197.

Cachia, R. L., Anderson, A., & Moore, D. W. (2016). Mindfulness, Stress and Well-Being in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 1-14.

Caffesi, M. (2016). *Cogenitorialità: le nuove forme dell'essere genitore*. Disponibile da <http://www.stateofmind.it/2016/10/cogenitorialita-genitori-figli/>.

Carmody, J. (2014). Eastern and Western Approaches to Mindfulness. Similarities, Differences, and Clinical Implications. In A. Ie, C. T. Ngnoumen & E. J. Langer (Eds.). *The Wiley Blackwell handbook of mindfulness* (pp. 48-57). Hoboken: Wiley.

Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M., & Baucom, D. H. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behavior Therapy, 35* (3), 471–494.

Cassone, A. R. (2015). Mindfulness training as an adjunct to evidence-based treatment for ADHD within families. *Journal of attention disorders, 19*(2), 147–157.

Chiesa, A. (2011). *Gli interventi basati sulla mindfulness*. Roma: Giovanni Fioriti editore.

Cicchetti, D. (Eds.). (2016). *Developmental psychopathology*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Berrena, E., Bamberger, K. T., Loeschinger, D., Greenberg, M. T., & Nix, R. L. (2014). The Mindfulness-enhanced Strengthening Families Program: integrating brief mindfulness activities and parent training within an evidence-based prevention program. *New directions for youth development, 142*(2), 45–58.

Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Greenberg, M. T., & Nix, R. L. (2010). Changing Parent's Mindfulness, Child Management Skills and Relationship Quality With Their Youth: Results From a Randomized Pilot Intervention Trial. *Journal of child and family studies, 19*(2), 203–217.

Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Nix, R. L., Greenberg, M. T., Gayles, J. G., Bamberger, K. T., . . . Demi, M. A. (2015). Integrating mindfulness with parent training: effects of the Mindfulness-Enhanced Strengthening Families Program. *Developmental psychology, 51*(1), 26–35.

Cowan, P. (2010). Prefazione. In J.P. McHale, *La sfida della cogenitorialità*. Milano: Raffaello Cortina.

Cullen, M., & Wallace, L. (2010). *Stress management and relaxation techniques in education (SMART) training manual*. Unpublished manuscript, Impact Foundation. Colorado: Aurora.

Dawe, S., & Harnett, P. (2007). Reducing potential for child abuse among methadone-maintained parents: results from a randomized controlled trial. *Journal of substance abuse treatment, 32*(4), 381–390.

Dehkordian, P., Hamid, N., Beshlideh, K., & Mehrabizade Honarmand, M. (2017). The Effectiveness of Mindful Parenting, Social Thinking and Exercise on Quality of Life in ADHD Children. *Int J Pediatr, 5*(2), 4295-4302.

Dhillon, A., Sparkes, E., & Duarte, R. V. (2017). Mindfulness-Based Interventions During Pregnancy: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness, 8*(6), 1421–1437.

Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P., & Beck, A. (2016). Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *Journal of consulting and clinical psychology, 84*(2), 134–145.

Duncan, L. G., & Bardacke, N. (2010). Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period. *Journal of child and family studies, 19*(2), 190–202.

Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009a). A model of mindful parenting: implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical child and family psychology review, 12*(3), 255–270.

Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009b). Pilot study to gauge acceptability of a mindfulness-based, family-focused preventive intervention. *The journal of primary prevention, 30*(5), 605–618.

Felver, J. C., & Tipsord, J. M. (2011). *Mindful-Family Stress Reduction*. Unpublished manual.

Felver, J. C., Tipsord, J. M., Morris, M. J., Racer, K. H., & Dishion, T. J. (2017). The Effects of Mindfulness-Based Intervention on Children's Attention Regulation. *Journal of attention disorders, 21*(10), 872–881.

Ferraioli, S. J., & Harris, S. L. (2013). Comparative Effects of Mindfulness and Skills-Based Parent Training Programs for Parents of Children with Autism: Feasibility and Preliminary Outcome Data. *Mindfulness, 4*(2), 89–101.

Friedmutter, R. (2015). The effectiveness of mindful parenting interventions: a meta analysis. (dissertation). St.

John's University, New York.

Goleman, D. (2006). *Social intelligence: The new science of human relationships*. New York: Bantam.

Goodman, J. H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., . . . Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of women's mental health, 17*(5), 373–387.

Gouveia, M. J., Carona, C., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2016). Self-Compassion and Dispositional Mindfulness Are Associated with Parenting Styles and Parenting Stress: The Mediating Role of Mindful Parenting. *Mindfulness, 7*(3), 700–712.

Harnett, P. H., & Dawe, S. (2012). The contribution of mindfulness-based therapies for children and families and proposed conceptual integration. *Child and Adolescent Mental Health, 17*(4), 195–208.

Havighurst, S. S., Wilson, K. R., Harley, A. E., Kehoe, C., Efron, D., & Prior, M. R. (2013). "Tuning into Kids": reducing young children's behavior problems using an emotion coaching parenting program. *Child psychiatry and human development, 44*(2), 247–264.

Havighurst, S. S., Wilson, K. R., Harley, A. E., Prior, M. R., & Kehoe, C. (2010). Tuning in to Kids: improving emotion socialization practices in parents of preschool children--findings from a community trial. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 51*(12), 1342–1350.

Hoffman, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 169-183.

Iafrate, R., & Rosnati, R. (2007). *Riconoscersi genitori: I percorsi di promozione e arricchimento del legame genitoriale*. Gardolo Trento: Erickson.

Jones, K. C., Welton, S. R., Oliver, T. C., & Thoburn, J. W. (2011). Mindfulness, Spousal Attachment, and Marital Satisfaction: A Mediated Model. *The Family Journal, 19*(4), 357–361.

Jones, L., Gold, E., Totsika, V., Hastings, R. P., Jones, M., Griffiths, A., & Silverton, S. (2017). A mindfulness parent well-being course: Evaluation of outcomes for parents of children with autism and related disabilities recruited through special schools. *European Journal of Special Needs Education, 33*(1), 16–30.

Kabat-Zinn, J. (1982). An out-patient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*, 33-47.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. London: Piatkus Books.

Kabat-Zinn, M., & Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday blessings: The inner work of mindful parenting*. New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, M., & Kabat-Zinn, J. (1999). *Benedetti genitori: Guida alla crescita interiore del genitore consapevole*. Milano: Corbaccio.

Kabat-Zinn, M., & Kabat-Zinn, J. (2014). *Il genitore consapevole* (Nuova ed. aggiornata e ampliata). Milano: Corbaccio.

Krongold, K. S. (2011). Mindfulness-based prenatal care and postnatal mother-infant relationships (Dissertation), San Francisco.

Langer, E. J. (1989). *Mindfulness*. Boston: Addison-Wesley.

Langer, E. J., & Moldoveanu, M. (2000). The Construct of Mindfulness. *Journal of Social Issues, 56*(1), 1–9.

Lippold, M. A., Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., Nix, R. L., & Greenberg, M. T. (2015). Understanding How Mindful Parenting May Be Linked to Mother-Adolescent Communication. *Journal of youth and adolescence, 44*(9), 1663–1673.

Lo, H. H. M., Chan, S. K. C., Szeto, M. P., Chan, C. Y. H., & Choi, C. W. (2017). A Feasibility Study of a Brief Mindfulness-Based Program for Parents of Preschool Children with Developmental Disabilities. *Mindfulness*, 8(6), 1665–1673.

Lo, H. H. M., Wong, S. Y. S., Wong, J. Y. H., Wong, S. W. L., & Yeung, J. W. K. (2016). The effect of a family-based mindfulness intervention on children with attention deficit and hyperactivity symptoms and their parents: design and rationale for a randomized, controlled clinical trial (Study protocol). *BMC psychiatry*, 16, 65.

Lovato, I & Didonna, F. (2015). Mindful Parenting: applicazioni cliniche ed educative. In F. Lionetti & F. Lambruschi, *La genitorialità: Strumenti di valutazione e interventi di sostegno* (pp. 155-174). Roma: Carocci.

MacDonald, E. E., & Hastings, R. P. (2010). Mindful Parenting and Care Involvement of Fathers of Children with Intellectual Disabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 236–240.

Mace, C. (2010). *Mindfulness e salute mentale: Terapia, teoria e scienza*. Roma: Astrolabio.

Maffei, C. (2012). La mindfulness dalla traduzione alla ricerca empirica. In R. A. Baer (cur), *Come funziona la mindfulness: Teoria, ricerca, strumenti*. (pp. VII-XII) Milano: Raffaello Cortina.

Maloney, R., & Altmaier, E. (2007). An initial evaluation of a mindful parenting program. *Journal of clinical psychology*, 63(12), 1231–1238.

May, L. M., Reinka, M. A., Tipsord, J. M., Felver, J. C., & Berkman, E. T. (2016). Parenting an Early Adolescent: A Pilot Study Examining Neural and Relationship Quality Changes of a Mindfulness Intervention. *Mindfulness*, 7(5), 1203–1213.

McHale J. P., (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy: the roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology*, 31(6), 985-996.

McHale, J. P. (2010). *La sfida della cogenitorialità*. Milano: Raffaello Cortina.

Medeiros, C., Gouveia, M. J., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2016). The Indirect Effect of the Mindful Parenting of Mothers and Fathers on the Child's Perceived Well-Being Through the Child's Attachment to Parents. *Mindfulness*, 7(4), 916–927.

Meppelink, R., Bruin, E. I. de, & Bögels, S. M. (2016). Meditation or Medication? Mindfulness training versus medication in the treatment of childhood ADHD: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 16, 267.

Molgaard, V. K., Spoth, R. L. e Redmond, C. (2000). Competency Training. The Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10-14. *Juvenile Justice Bulletin*, 1-11.

Neece, C. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for parents of young children with developmental delays: implications for parental mental health and child behavior problems. *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID*, 27(2), 174–186.

Parent, J., McKee, L. G., Anton, M., Gonzalez, M., Jones, D. J., & Forehand, R. (2016). Mindfulness in Parenting and Coparenting. *Mindfulness*, 7(2), 504–513.

Parker, S. C., Nelson, B. W., Epel, E. S. & Siegel, D. J. (2016). The science of presence. A central mediator of the interpersonal benefits of mindfulness. In K. W. Brown, J. D. Creswell & R. M. Ryan (Eds.). *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice* (pp. 225-244). New York, London: The Guilford Press.

Petcharat, M., & Liehr, P. (2017). Mindfulness training for parents of children with special needs: Guidance for nurses in mental health practice. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 30(1), 35–46.

Potharst, E. S., Aktar, E., Rexwinkel, M., Rigterink, M., & Bögels, S. M. (2017). Mindful with Your Baby: Feasibility, Acceptability, and Effects of a Mindful Parenting Group Training for Mothers and Their Babies in a Mental Health Context. *Mindfulness*, 8(5), 1236–1250.

Rainone, A. (2012). La mindfulness. Il non fare, l'accettare e il fare consapevole. *Cognitivismo Clinico*, 9(2), 135–150.

Raulston, T. J., McIntyre, L. L., & Neece, C. (2017). *The Role of Mindful Parenting on Caregiver Stress and Depression in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder*.

Ridderinkhof, A., Bruin, E. I. de, Blom, R., & Bögels, S. M. (2017). Mindfulness-Based Program for Children with Autism Spectrum Disorder and Their Parents: Direct and Long-Term Improvements. *Mindfulness*, 15, 139.

Ridolfi, A., Landi, M., Landi, N., & Pistolesi, E. (2010). Il sostegno alle competenze genitoriali tra conoscenza e affettività. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 75-88.

Riesch, S. K., Brown, R. L., Anderson, L. S., Wang, K., Canty-Mitchell, J., & Johnson, D. L. (2012). Strengthening families program (10-14): effects on the family environment. *Western journal of nursing research*, 34(3), 340–376.

Roy Malis, F., Meyer, T., & Gross, M. M. (2017). Effects of an antenatal mindfulness-based childbirth and parenting programme on the postpartum experiences of mothers: a qualitative interview study. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 57.

Sauer, S., & Bear, R. A. (2012). Mindfulness e decentramento. In R. A. Bear (Ed.), *Come funziona la mindfulness: Teoria, ricerca, strumenti. Collana di psicologia clinica e psicoterapia: Vol. 249* (pp. 23-42). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Sawyer Cohen, J. A., & Semple, R. J. (2010). Mindful Parenting: A Call for Research. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 145–151.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Giommi, F., & Kabat-Zinn, J. (2006). *Mindfulness: Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Torino: Bollati Boringhieri.

Semeniuk, Y., Brown, R. L., Riesch, S. K., Zywicki, M., Hopper, J., & Henriques, J. B. (2010). The Strengthening Families Program 10-14: influence on parent and youth problem-solving skill. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 17(5), 392–402.

Shaddix, C. (2014). An interpretative phenomenological study of the experience of parents who attended a mindfulness-based childbirth and parenting program (Dissertation).

Shapiro, S. L., & Carlson, L. E. (2013). *L'arte e la scienza della mindfulness*. Padova: Piccin.

Shi, Z., & MacBeth, A. (2017). The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Maternal Perinatal Mental Health Outcomes: a Systematic Review. *Mindfulness*, 8(4), 823–847.

Siebelink, N. M., Bögels, S. M., Boerboom, L. M., Waal, N. de, Buitelaar, J. K., Speckens, A. E., & Greven, C. U. (2018). Mindfulness for children with ADHD and Mindful Parenting (MindChamp): Protocol of a randomised controlled trial comparing a family Mindfulness-Based Intervention as an add-on to care-as-usual with care-as-usual only. *BMC Psychiatry*, 18(1), 237.

Siegel, D. J., & Hartzell, M. (2005). *Errori da non ripetere: Come la conoscenza della propria storia aiuta a essere genitori*. Milano: R. Cortina.

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Karazsia, B. T., Myers, R. E., Latham, L. L., & Singh, J. (2014). Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS) for Mothers of Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Effects on Adolescents' Behavior and Parental Stress. *Mindfulness*, 5(6), 646–657.

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, J., Curtis, W. J., Wahler, R. G., & McAleavey, K. M. (2007). Mindful parenting decreases aggression and increases social behavior in children with developmental disabilities. *Behavior Modification*, 31, 749–771.

Singh, N. N., Singh, A. N., Lancioni, G. E., Singh, J., Winton, A. S. W., & Adkins, A. D. (2010). Mindfulness Training for Parents and Their Children With ADHD Increases the Children's Compliance. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 157–166.

Sità, C. (2005). *Il sostegno alla genitorialità. Analisi dei modelli di intervento e proposte educative*. Brescia: La Scuola.

Snel, E. (2014). Mindfulness matters: Mindfulness for children, Ages: 5–8. Amsterdam: Trainer's Handbook 1.

Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature reviews. Neuroscience*, 16(4), 213–225.

Toro, M. B., & Serafinelli, S. (2015). *Mindfulness insieme: Coltivare la consapevolezza con se stessi, in coppia e*

sul lavoro. Milano: Franco Angeli.

Townshend, K., Jordan, Z., Peters, M. D. J., & Tsey, K. (2014). The effectiveness of Mindful Parenting programs in promoting parents' and children's wellbeing: A systematic review protocol. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(11), 184.

Townshend, K., Jordan, Z., Stephenson, M., & Tsey, K. (2016). The effectiveness of mindful parenting programs in promoting parents' and children's wellbeing: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 14(3), 139–180.

Treadway, M. T., & Lazar, S. W. (2012). Neurobiologia della mindfulness. In F. Didonna (Ed.), *Manuale clinico di mindfulness* (pp. 97-113). Milano: Angeli.

Vieten, C., & Astin, J. (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives of women's mental health*, 11(1), 67–74.

Visted, E., Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2015). The Impact of Group-Based Mindfulness Training on Self-Reported Mindfulness: A Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 6(3), 501–522.

Wachs, K., & Cordova, J. V. (2007). Mindful relating: exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of marital and family therapy*, 33(4), 464–481.

Wang, Y., Liang, Y., Fan, L., Lin, K., Xie, X., Pan, J., & Zhou, H. (2018). The Indirect Path From Mindful Parenting to Emotional Problems in Adolescents: The Role of Maternal Warmth and Adolescents' Mindfulness. *Frontiers in Psychology*, 9, 546.

Waters, L. (2016). The Relationship between Child Stress, Child Mindfulness and Parent Mindfulness. *Psychology*, 07(01), 40–51.

Whittingham, K. (2014). Parents of Children with Disabilities, Mindfulness and Acceptance: A Review and a Call for Research. *Mindfulness*, 5(6), 704–709.

Woolhouse, H., Mercuri, K., Judd, F., Brown, S. J. (2014). Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: a pilot randomised controlled trial of the *MindBabyBody* program in an Australian tertiary maternity hospital. *BMC pregnancy and childbirth*.

CONGRESSI INTERNAZIONALI



<http://wcbct2019.org>



TECHNISCHE UNIVERSITÄT DRESDEN

First official European Congress on Clinical Psychology and Psychological Treatment of EACLIPT



No Health without Mental Health:
European Clinical Psychology takes Responsibility

First official European Congress on Clinical Psychology and Psychological Treatment of EACLIPT

More Information coming soon!

Contact: info@clinicalpsychologycongress2019.eu

Dresden, Germany 2019
October 31 – November 2

www.ClinicalPsychologyCongress2019.eu

TECHNISCHE UNIVERSITÄT DRESDEN Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy on behalf of the European Association for Clinical Psychology and Psychological Treatment EACLIPT

<https://ssl.psych.tu-dresden.de/clinicalpsychologycongress2019/index.php>

CONTRIBUTING TO PSYCHOMED

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

All issues of Psychomed are available on-line at:

<http://www.crpitalia.eu/psychomed.html>

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

For information about the editorial norms, please read:

<http://www.crpitalia.eu/normeautori.html>.

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