



Società Italiana di Terapia
Comportamentale e Cognitiva

XXI Congresso Nazionale SITCC

LA PSICOTERAPIA COGNITIVA TRA RICERCA, CLINICA, RIABILITAZIONE E IMPEGNO SOCIALE

BARI 21-24 Settembre 2023

LUM - Libera Università Mediterranea "Giuseppe Degennaro"



ABSTRACT BOOK

Chair del Congresso: Maria Grazia Foschino Barbaro, Francesco Mancini

con il patrocinio



PROMOZIONE

#WEAREINPUGLIA

Ringraziamo per il supporto incondizionato





Società Italiana di Terapia
Comportamentale e Cognitiva

XXI Congresso Nazionale SITCC

LA PSICOTERAPIA COGNITIVA TRA RICERCA, CLINICA, RIABILITAZIONE E IMPEGNO SOCIALE

CHAIR DEL CONGRESSO

Maria Grazia Foschino Barbaro
Francesco Mancini

COMITATO DIRETTIVO NAZIONALE SITCC

Fabio Monticelli (*Presidente*)
Ilaria Baiardini (*Segretario e Tesoriere*)
Daila Capilupi
Maria Grazia Foschino Barbaro
Antonio Pinto

PAST PRESIDENTS SITCC

Vittorio F. Guidano
Mario A. Reda
Lorenzo Cionini
Francesco Mancini
Giorgio Rezzonico
Giovanni Liotti
Antonino Carcione
Savina Stoppa Beretta
Rita Ardito

COMITATO SCIENTIFICO DIDATTICO SITCC

Stefania Fadda
Mario A. Reda
Saverio Ruberti

COMITATO SCIENTIFICO DEL CONGRESSO

Fabio Monticelli (*Presidente*)
Ilaria Baiardini (*Segretario e Tesoriere*)
Daila Capilupi (*Consigliere SITCC*)
Maria Grazia Foschino Barbaro (*Consigliere SITCC*)
Antonio Pinto (*Consigliere SITCC*)
Andrea Gragnani (*Socio Didatta SITCC*)
Antonio Semerari (*Socio Didatta SITCC*)
Antonello Bellomo (*UniFG*)
Gabrielle Coppola (*UniBA*)
Annamaria Petito (*UniFG*)

COMITATO ORGANIZZATIVO

Maria Grazia Foschino Barbaro
Francesca Filograsso

SITCC Puglia:

Chiara Lamuraglia
Michele Simeone
Arturo Catalano

COMITATO PROMOTORE

Istituto AIPC sede di Bari
Istituto APC sede di Lecce



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER ECM

Full Day S.r.l. – provider ECM 1938

Via La Spezia 67 – 00182 Roma

☎ 06 7028181 – Fax 06 7010905

✉ fullday@fullday.com

🌐 www.fullday.com



CARE SOCIE E CARI SOCI,

il Congresso Nazionale, giunto alla XXI edizione, si terrà a Bari dal 21 al 24 settembre 2023 presso la prestigiosa sede dell'Università LUM, *Libera Università Mediterranea "Giuseppe Degennaro"*, un campus innovativo e sostenibile, immerso in un'atmosfera abitata da arte, confort e creatività.

Il titolo del Congresso *"Terapia cognitiva tra ricerca, clinica, riabilitazione e impegno sociale"* indica l'intento di collocare gli sforzi dell'approfondimento e del confronto scientifico all'interno di una più ampia riflessione sulla sofferenza umana, sulle tante fragilità individuali e collettive, con lo spirito di mettere le nostre conoscenze e competenze al servizio della comunità tutta, in una prospettiva di dialogo e collaborazione con il mondo politico e sociale.

I nostri tempi, infatti, sono attraversati da sfide epocali e globali come l'emergenza sanitaria, la crisi umanitaria, le guerre alle porte dell'Europa, i disastri ambientali, lutti, violazione dei diritti; ma anche l'aumento delle diseguaglianze economiche e sociali, delle violenze e delle discriminazioni, sino ai dati allarmanti sulla povertà assoluta di ampie fasce di popolazione.

I report nazionali ed internazionali riportano incrementi allarmanti di disturbi psicologici e psichiatrici, in tutto l'arco del ciclo di vita, che impongono facilità ed equità di accesso alla cura psicoterapeutica efficace per gran parte dei disturbi mentali.

In continuità con la tradizione SITCC, il Congresso Nazionale di Bari attribuisce centralità alla ricerca scientifica per la pratica clinica cognitivista, per il costante arricchimento di nuove evidenze e per i continui aggiornamenti che consentono di ampliare i campi di applicazione della psicoterapia e di migliorarne gli esiti in termini di salute.

Interverranno ospiti stranieri e numerosi psicoterapeuti provenienti da tutto il territorio nazionale, ma anche tanti giovani specializzandi, tutti animati dal grande desiderio di partecipare, finalmente in presenza, all'evento più importante della vita societaria.

Oltre 700 iscritti parteciperanno ai ricchi lavori congressuali articolati in 19 Tavole rotonde in parallelo, 2 Letture magistrali in plenaria, 100 Simposi, 42 Comunicazioni libere, 34 poster.

Quest'anno, il Congresso Nazionale si inserisce tra le iniziative per celebrare il 50° anniversario della fondazione della nostra Società, un'occasione particolarmente preziosa per condividere e confrontarsi sui traguardi raggiunti e sugli obiettivi da perseguire, in una pluralità di voci e di prospettive che ci auguriamo rendano particolarmente stimolante e ricco il dibattito scientifico.

Maria Grazia Foschino Barbaro, Francesco Mancini e Fabio Monticelli

**LA RICERCA È POSSIBILE TRAMITE L'INDICE,
CLICCANDO SUL NUMERO DI PAGINA.
OPPURE CLICCARE SUL PULSANTE PER
CERCARE UN NOME O UNA PAROLA IN
PARTICOLARE**

CERCA

INDICE

PROGRAMMA SCIENTIFICO

Giovedì 21 Settembre	pag. 10
Venerdì 22 Settembre	» 24
Sabato 23 Settembre	» 84
Domenica 24 Settembre	» 144
Comunicazioni Libere	» 165
Posters	» 182

ABSTRACTS

GIOVEDÌ 21 SETTEMBRE

Sessione I Simposi ore 14:00	» 250
Tavole Rotonde in plenaria ore 16:30	» 196

VENERDÌ 22 SETTEMBRE

Sessione II Simposi ore 9:00	» 287
Tavole Rotonde in parallelo ore 10:15	» 201
Plenaria ore 12:00 – Ueli Kramer	» 212
Sessione III Simposi 14:00	» 333
Tavole Rotonde in parallelo ore 15:15	» 213
Sessione IV Simposi 16:30	» 374

SABATO 23 SETTEMBRE

Sessione V Simposi ore 9:00	» 422
Tavole Rotonde in parallelo ore 10:15	» 223
Plenaria ore 12:00 – Pim Cuijpers	» 235
Sessione Simposi ore 14:00	» 460
Sessione VI Simposi ore 15:15	» 479
Tavole Rotonde in parallelo ore 16:30	» 236
Sessione VII Simposi 17:45	» 519

DOMENICA 24 SETTEMBRE

Sessione VIII Simposi ore 9:00	» 563
Premio ‘Rising Stars’ ore 10:30	» 245
Tavola Rotonda in plenaria ore 11:30	» 248

Comunicazioni Libere	» 607
----------------------------	-----------------------

Posters	» 660
---------------	-----------------------

PROGRAMMA SCIENTIFICO



Giovedì 21 Settembre

PROGRAMMA

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-086

TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

Vergogna e psicopatologia

Chair: Francesco Mancini, Psichiatra, Psicoterapeuta, Neuropsichiatra Infantile. Direttore Scuola di specializzazione in Psicoterapia cognitivo-comportamentale dell'Associazione di Psicologia Cognitiva (APC-SPC). Professore associato di Psicologia Clinica, Università degli Studi Guglielmo Marconi

Discussant: Angelo Maria Saliani, Psicologo, Psicoterapeuta, Didatta Associazione di Psicologia Cognitiva (APC-SPC) di Roma

Anatomia cognitiva della vergogna

Relatore: Cristiano Castelfranchi, Dottore di ricerca in Scienze Cognitive, Università di Torino. Full Professor "Cognitive Science" (General Psychology), Univ Siena; Associate Researcher ISTC, Institute of Cognitive Sciences and Technologies, Italian National Research Council, CNR, Roma

Percezione e regolazione della Vergogna in pazienti con Morbo di Parkinson e Sclerosi Multipla

Relatore: Cinzia Giorgetta, Psicologa, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca in Psicologia Cognitiva, Università Sapienza di Roma. Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Verona, Bardolino (VR)

Co-autori:

Pappaiani, Edoardo, Psychiatric Center Ballerup, Mental Health Service of the Capital Region of Denmark, Copenhagen, Denmark;

Carpentari, Stefania, Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive, DiPSCO, Università di Trento;

Job, Remo, Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive, DiPSCO, Università di Trento, Centro Interdipartimentale di Scienze Mediche, CISMed, Università di Trento;

Grecucci, Alessandro, Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive, DiPSCO, Università di Trento, Centro Interdipartimentale di Scienze Mediche, CISMed, Università di Trento

Vergogna, colpa ed imbarazzo: emozioni simili o diverse? Un confronto tra popolazione Italiana e Americana

Relatore: Francesca Strappini, Dottore di Ricerca in Neuroscienze Cognitive, Sapienza Università di Roma. Assegnista di Ricerca, Dipartimento di Filosofia e Comunicazione, Università di Bologna. Psicologa allieva del IV anno presso la Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC), Roma



Giovedì 21 Settembre PROGRAMMA

Co-autori: Capuozzo, Alessandra, SITCC - Campania; Evangelista, Elisa, IV anno IGB – Palermo, SITCC Veneto; Magno, Antonella, Direttivo SITCC - Basilicata; Giorgetta, Cinzia, SPC - Verona); Mancini, Francesco, APC-SPC; Università' degli Studi Guglielmo Marconi

Giovedì 21 Settembre

PROGRAMMA

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-072

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

Tecniche esperienziali e relazione terapeutica in Terapia Metacognitiva Interpersonale

Chair: Giancarlo Dimaggio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Roma

Discussant: Daila Capilupi, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

I pattern di interazione tra tecniche esperienziali e relazione terapeutica: rotture, riparazioni e miglioramenti

Relatore: Raffaele Popolo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori: Centonze, Antonella; Ottavi, Paolo; Dimaggio, Giancarlo - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

L'uso delle tecniche corporee e l'impatto benefico sulla relazione terapeutica: il caso di Maria

Relatore: Antonella Centonze, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori: Ottavi, Paolo; Popolo, Raffaele; Dimaggio, Giancarlo - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

La gestione dell'alleanza terapeutica nel trattamento dei disturbi sintomatici associati ai disturbi di personalità

Relatore: Paolo Ottavi, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori: Centonze, Antonella; Popolo, Raffaele; Dimaggio, Giancarlo - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Giovedì 21 Settembre

PROGRAMMA

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-024

TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

Implicazioni del self-criticism in Psicopatologia e Psicoterapia

Chair: **Barbara Basile**, Psicologa, Psicoterapeuta, Phd in Neuropsicologia, Didatta, Trainer e Supervisor in Schema Therapy, Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Roma

Discussant: **Ferdinando Galassi**, Psichiatra, Psicoterapeuta, SITCC, S.O.D. Psichiatria Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi (AOUC) Firenze, Didatta SITCC, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale (CTCC), Firenze

Il ruolo del self-criticism nella psicopatologia e nella psicoterapia

Relatore: **Valeria Biffi**, Psicologa, Psicoterapeuta specializzata presso l'Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva – AIPC, Bari

Co-autori: **Doriana Chirico**²; **Melania Raccichini**³; **Stefania De Fiore**¹; **Vittoria Zaccari**^{4,5}

1 Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva - AIPC, Bari;

2 Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Reggio Calabria;

3 Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva – SPC, Ancona;

4 Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva - APC-SPC, Roma;

5 Dipartimento di Scienze Umane, Università G. Marconi, Roma

Stato dell'arte della letteratura sul Self-Criticism: Metareview & Proposta di un Modello Teorico

Relatore: **Vittoria Zaccari**, Psicologia Clinica e di Comunità, Università Europea di Roma, specializzata in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale presso la Scuola di Psicoterapia Cognitiva – SPC di Roma, Dottoranda di ricerca in Scienze Umane presso Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma

Co-autori: **Guyonne, Rogier**¹; **Francesco, Mancini**^{2,3}

1 Dipartimento di Scienze della Formazione, Università degli studi di Genova;

2 Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Roma;

3 Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma

Come ci criticiamo? Declinazioni dell'autocritica nei diversi profili sintomatologici e di personalità

Relatore: **Carolina Papa**, Psicologia Clinica presso Sapienza Università di Roma, IV anno presso la Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Roma, Dottoranda di ricerca in Psicologia e Neuroscienze Sociali presso Sapienza Università di Roma

Co-autori: **Micaela Di Consiglio**¹; **Barbara Barcaccia**^{1,2}; **Marco Bassi De Toni**¹; **Vittoria Zaccari**^{2,3}; **Francesco Mancini**^{2,3}; **Alessandro Couyoumdjian**¹

Giovedì 21 Settembre

PROGRAMMA



- 1 Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma;
- 2 Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma;
- 3 Dipartimento di Scienze Umane, Università degli studi Guglielmo Marconi, Roma

Lavorare sulla tendenza a criticarsi nell'ambito della costruzione di una psicoterapia

Relatore: **Francesco Pratesi Telesio**, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale (CTCC), Firenze

Co-autori: **Sara Beccai**, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale (CTCC), Firenze

Giovedì 21 Settembre

PROGRAMMA

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-110

TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

Le Psicoterapie nei Contesti Forensi

Chair e Discussant: Antonello Bellomo, Psichiatra, Specializzazione in Criminologia e Psichiatria Forense, Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Master in Management Sanitario. Professore Ordinario Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Università degli Studi di Foggia

La responsabilità professionale dello psicoterapeuta nei contesti forensi

Relatore: Felice Carabellese, MD, Specialista in Psichiatria e Psichiatria Forense, Psicoterapeuta ad orientamento Analitico, Bari

Co-autori: Margari Anna, Scuola di Medicina, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari

Il trattamento riabilitativo e psicoterapico forense dell'autore di reato con patologia psichiatrica: caratteristiche cliniche e criminologiche nei pazienti della REMS di Pisticci

Relatore: Vincenzo Pierro, Psichiatra, Direttore ff UOC SPDC Azienda Sanitaria, Matera

Co-autori:

Magno, Antonella, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo comportamentale AIPC Bari, Psicologa Forense, Giudice onorario Tribunale per i Minorenni di Taranto, Direttivo SITCC Basilicata

Grattagliano, Ignazio, Psicologo, Criminologo, Psicoterapeuta, Professore Associato Cattedra di Criminologia Clinica e Psicopatologia Forense, Università degli Studi di Bari, Dipartimento FORPSICOM

Il consenso informato nella pratica psicoterapica e riabilitativa forense.

Relatore: Giulia Petroni, Laurea in medicina e chirurgia, specializzazione in Medicina legale Università degli Studi Roma 3

Co-autori: Marella, Gian Luca, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata";

Carabellese, Felice, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro";

Mandarelli, Gabriele, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

Sperimentazioni alla bigenitorialità in sede di CTU in tema di affido

Relatore: Lia Parente, Scuola di Medicina, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Laurea specialistica in Psicologia Clinica, Specializzazione in Psicoterapia Breve, Psicologo Forense e Psicodiagnosta Forense, Bari

Co-autori: Felice Francesco Carabellese, Scuola di Medicina, Università degli Studi di Bari Aldo Moro

Giovedì 21 Settembre

PROGRAMMA

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-082

TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Disturbi di personalità, strategie di regolazione emotiva e tecniche esperienziali a confronto

Chair: Mariangela Lopez, Laurea in psicologia, Specializzazione in Psicoterapia cognitivo-comportamentale, dottorato in Neurobiologia sperimentale, dirigente psicologa ASL, Bari

Discussant:

Robert Adir Samolsky Dekel, Laurea in Psicologia clinica e di comunità, Specializzazione in Psicoterapia, Psicoterapeuta, Docente Coordinatore di Corso presso Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, psicoterapeuta presso Centro Sinesis Bologna

Disturbo narcisistico di personalità, sfide nella gestione e nel trattamento: applicazione di tecniche esperienziali.

Relatore: Anna Gasparre, Laurea in Psicologia, Specializzazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale, Psicoterapeuta EMPEA, Centro Clinico e di ricerca in psicoterapia cognitivo-comportamentale, Bari

Co-autori:

Virginia Valentino, Laurea in psicologia dei processi cognitivi, Università di Napoli, specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Istituto A.T. Beck, Psicoterapeuta presso Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Giancarlo Di Maggio, Psichiatria, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Mindful Self-Compassion nei Disturbi di Personalità

Relatore: Romy Greco, Psicologa, specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, dirigente psicologa presso Centro Salute Mentale DSS 2, Fasano, ASL Brindisi

La paralisi della colpa. Rescripting con due tecniche esperienziali in un paziente con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

Relatore: Barbara Magnani, Neuropsicologa, specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, dottorato in Psicobiologia, Psicoterapeuta Centro Informa-Mente, Novellara (RE)

Co-autori: Giancarlo Di Maggio, Psichiatra, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Giovedì 21 Settembre

PROGRAMMA

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-100

TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Le competenze dello psicoterapeuta. Costruzione, mantenimento e cura

Chair: Maurizio Gorgoni, Psicologo, Psicoterapeuta, Dipartimento di Psicologia, "Sapienza" Università di Roma

Discussant:

Giuseppe Romano, Psicologo, Psicoterapeuta, Professore straordinario Università "G. Marconi", Roma, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC (Roma, Grosseto e Ancona)

Lo sviluppo della professione. Quale formazione per quali competenze

Relatore: Roberto Noccioli, Psicologo, Psicoterapeuta. Associazione di Terapia Cognitiva, Centro Multiverso Evolutivo, Roma

Co-autori: Davide Delfinio, Psicologo, Psicoterapeuta cognitivo costruttivista, Centro ME Multiverso Evolutivo, Studio Evolutiva, ACC di Roma, DSM-UOC TSMREE della ASL Roma1

Competenze in (tras)formazione ed evoluzione professionale

Relatore: Laura Belloni Sonzogni, Nous, Scuola di specializzazione cognitiva costruttivista orientata alla mindfulness, Milano

Le competenze del terapeuta nell'era digitale: uno studio esplorativo

Relatore: Giuseppe Agrusti, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto, Giunti Psychometrics, Firenze

Co-autori:

Anna Chiara Franquillo, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto;

Andrea Gragnani, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma - Scuola Italiana di Cognitivism Clinico SICC - Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari;

Giuseppe Femia, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC, SPC, IGB; **Giuseppe Romano**, Psicologo, Psicoterapeuta, Professore straordinario Università "G. Marconi" - Roma, Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC (Roma, Grosseto e Ancona)

Flessibilità, consapevolezza emotiva e cooperazione: competenze trasversali che accomunano i giovani terapeuti?

Relatore: Eleonora Soro, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Roma

Co-autori:

Alessandra Ventura, Psicologa, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Roma;

Federico Tucci, Psicologo, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Roma - Department of Physiology and Pharmacology "Vittorio Erspamer", Sapienza University of Rome;

Michela D'Argenzio, Psicologa, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Roma

Giovedì 21 Settembre

PROGRAMMA

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-022

TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

Trauma e psicopatologia: trattamenti integrati tra psicoterapia cognitiva ed EMDR

Chair e Discussant: Maurizio Falcone, Psichiatra, Centro Maièutica Salerno

Personalità dipendente e parafilia: un caso complesso dalla formulazione alla terapia cognitivo-evoluzionista integrata con EMDR

Relatore: Carla Iuliano, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitiva, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Napoli, SPC Reggio Calabria, AIPC Bari, Practitioner EMDR - Sessuologa Clinica, Napoli

Strategie Terapeutiche per il trattamento integrato CBT ed EMDR nel Disturbo Ossessivo Compulsivo

Relatore: Mara Fantinati, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Associazione EMDR Milano, Cooperativa La Quercia, Reggio Emilia, Modena

Co-autori: Loredana Musella, Centro Psicotraumatologia Studi Cognitivi Milano, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale Supervisore EMDR

Integrazione tra terapia EMDR e psicoterapia cognitiva dell'Autismo: meglio il tapping per me! Il caso clinico di F., una giovane paziente.

Relatore: Maria Marino, Psicologa, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Napoli, Università degli Studi Federico II, Università Suor Orsola Benincasa, Napoli

Giovedì 21 Settembre

PROGRAMMA

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15
CORPO AULE - AULA 3

SIMPOSIO S-047

Lungo la scala della purezza: la clinica del rango morale

Chair: Francesca D'Olimpio, Dipartimento di Psicologia, Università della Campania Luigi Vanvitelli, Caserta

Discussant:

Dalila De Vita, Dipartimento di Psicologia, Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Caserta

Il ruolo delle Emozioni Morali nella percezione del Rango morale del sé e propensione a Ossessioni e Compulsioni

Relatore: Daniela Pulsinelli, Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma, Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Roma

Co-autori:

Vittoria Zaccari, Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Roma, Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma;

Francesca D'Olimpio, Università della Campania Luigi Vanvitelli, Dipartimento di Psicologia;

Rogier Guyonne, Dipartimento di Scienze della Formazione, Università degli studi di Genova;

Francesco Mancini, Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Roma, Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma

Perchè c'è un diavolo (in me): moralità ed emozioni connesse nell'intreccio tra ossessione e paranoia

Relatore: Manuel Petrucci, Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Roma, Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma

Se non l'amo mi disprezzo: un caso di DOC da relazione

Relatore: Federica Di Censi, Scuola di Psicoterapia Cognitiva - APC, Roma

Giovedì 21 Settembre

PROGRAMMA

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15
CORPO AULE - AULA 5

SIMPOSIO S-041

Clinica dei Casi Complessi: modelli teorici e approcci terapeutici integrati

Chair e Discussant: Francesca Cavallo, Psicoterapeuta e Docente, Scuola di Psicoterapia Integrata, Bergamo, Pescara

Psicoterapia Integrata: le tecniche evidence-based e i bisogni del paziente

Relatore: Francesca Cavallo, Psicoterapeuta e Docente, Scuola Psicoterapia Integrata, Bergamo, Pescara

Co-autori:

Meschini L., Psicoterapeuta, Centro Clinico Montelupone, Porto San Giorgio;

Palmieri A., Psicoterapeuta, Centro Clinico Verona;

Altavilla A., Medico Chirurgo e Psicoterapeuta, ASST Milano

Approccio integrato in adolescente con diagnosi di DOC e stato mentale a rischio: la terapia CBT standard e la TMI (Terapia Metacognitiva Interpersonale)

Relatore: Laura Meschini, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Montelupone, Porto San Giorgio, Montelupone

Co-autori:

Palmieri A., Psicoterapeuta, Centro Clinico Verona;

Altavilla A., Medico Chirurgo e Psicoterapeuta, ASST Milano

Concettualizzazione e Interventi di CFT (Compassion Focused Therapy) e DBT (Dialectical Behavior Therapy) in un caso di Disturbo Borderline della Personalità.

Relatore: Alessandra Palmieri, Psicologa, Psicoterapeuta, Compassionate Mind Roma, Verona

Co-autori:

Meschini L., Psicoterapeuta, Centro Clinico Montelupone, Porto San Giorgio;

Altavilla A., Medico Chirurgo e Psicoterapeuta, ASST Milano

Ideazione suicidaria nell'età evolutiva: caso clinico con integrazione della terapia CBT e la Mindfulness

Relatore: Augusto Altavilla, Medico Chirurgo e Psicoterapeuta, CTC Como, Milano

Co-autori: Meschini L., Psicoterapeuta, Centro Clinico Montelupone, Porto San Giorgio;

Palmieri A., Psicoterapeuta, Centro Clinico Verona.

Giovedì 21 Settembre

PROGRAMMA

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15
CORPO AULE - AULA 6

SIMPOSIO S-067

Identità e sessualità: nuove sfide per la psicoterapia

Chair: Carlo Buonanno, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Discussant: Omar Bellanova, Psicologo, Psicoterapeuta Sessuologo, Centro Romano Psicoterapie Integrate Roma, Centro Enòsi Latina, Roma

Lo sviluppo dell'identità sessuale e la complessità della transizione

Relatore: Mirko Cario, specializzando in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Scuola SPC, Roma

Disforia di Genere in età evolutiva: sostenere la genitorialità.

Riflessioni e sfide per la terapia cognitiva.

Relatore: Laura Rigobello, APC Associazione Psicologia Cognitiva, Scuola Psicoterapia Cognitiva, Università Commerciale Luigi Bocconi, Pavia

Transizione di genere e disturbi dissociativi: il caso di A.

Relatore: Michele Procacci, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori: Ilaria Riccardi, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Identità sessuale e nuove prospettive di trattamento

Relatore: Omar Bellanova, Centro Romano di Psicoterapie Integrate, Centro Enòsi, Roma

Giovedì 21 Settembre

PROGRAMMA

21 Settembre, Giovedì 15.30-16.30 AULA MAGNA RETTORATO
MANIFESTAZIONE INAUGURALE

Apertura Lavori e Saluti Istituzionali

Fabio Monticelli, Presidente SITCC

Maria Grazia Foschino Barbaro, Chair del Congresso

Maria Cristina D'Adamo, Presidente Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Università LUM Giuseppe Degennaro

David Lazzari, Presidente Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

Rocco Palese, Assessore alla Salute Regione Puglia

Luca Scandale, Direttore Generale Agenzia Puglia Promozione

Antonio De Caro, Presidente ANCI

21 Settembre, Giovedì 16.30-18.15 AULA MAGNA RETTORATO
TAVOLA ROTONDA

Stato dell'Arte della Psicoterapia in Italia: traguardi e limiti

Chair: Fabio Monticelli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro Clinico de Sanctis, Roma

Discussant: Francesco Mancini, Psichiatra, Psicoterapeuta. Direttore della scuola di specializzazione in Psicoterapia cognitivo-comportamentale dell'Associazione di Psicologia Cognitiva (APC-SPC), Roma

La formazione alla professione di psicoterapeuta: competenze, metodi, obiettivi

Relatore: Cesare Maffei, Psichiatra, Psicoterapeuta, Professore Emerito di Psicologia Clinica, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Consulenza Psicologica versus Psicoterapia: i criteri di demarcazione

Relatore: Carlo Ricci, Psicologo, Psicoterapeuta, Istituto Walden e Università Pontificia Salesiana di Roma

La psicoterapia nella postmodernità Tecnoliquida: maturazione antropologica, bisogni emergenti e prassi terapeutiche

Relatore: Tonino Cantelmi, Psichiatra, Coordinatore GdL Salute Mentale, CNB presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma

Giovedì 21 Settembre

PROGRAMMA

21 Settembre, Giovedì 18.15-19.30 AULA MAGNA RETTORATO
TAVOLA ROTONDA

Violazione dei diritti, trauma e salute: ricerca e clinica

Chair: Savina Stoppa Beretta, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Cognitiva di Como, Past President e Didatta SITCC

Discussant: Antonio Onofri, Psichiatra, Centro Clinico de Sanctis, Didatta SITCC, Supervisore EMDR, Direttivo Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale Training School, Fondatore casa editrice e portale dedicato alla psicologia e psichiatria ApertaMenteWeb, Roma

Epigenetica della violenza sulla donna: trauma, plasticità genomica e prevenzione di precisione

Relatore: Simona Federica Maria Gaudi, Dipartimento di Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Analisi delle Adult Attachment Interview di vittime della violenza: il caso dei figli dei desaparecidos in Argentina

Relatore: Susanna Pallini, Psicologa, Psicoterapeuta, Professore Ordinario Dipartimento di Scienze della Formazione, Università di Roma Tre, Didatta SITCC

"Una vita in apnea" - Comprendere e curare il trauma degli orfani minorenni di crimini domestici

Relatore: Maria Grazia Foschino Barbaro, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva Bari, Coordinamento Rete Servizi Contrasto Violenza Infanzia della Regione Puglia, Consiglio direttivo e didatta SITCC, Consulta Scuole di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale

Ore 19.30 – Cocktail inaugurale

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-042

TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

Comprendere i bisogni: come integrare la prospettiva degli unmet needs nel lavoro clinico

Chair: Maurizio Brasini, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Discussant: Elena Bilotta, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

I bisogni interpersonali fondamentali: quali sono e come misurarli

Relatore: Mauro Giacomantonio, Università "La Sapienza" Roma - SPC, Roma

Co-autori:

Maurizio Brasini, SPC, Roma;

Valerio Pellegrini, Università "La Sapienza", Roma

Una riformulazione dei bisogni emotivi fondamentali all'interno del modello della Schema Therapy

Relatore: Barbara Basile, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

L'uomo che tratteneva troppo

Relatore: Michele Storti, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Ancona

“Il gioco è bello quando dura poco” – I bisogni di un paziente con disturbo borderline di personalità

Relatore: Sara Tranquilli, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori: Rachele Stacchiotti, SPC Ancona

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-099

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

Psicoterapia Sensomotoria: prospettive socioculturali

Chair: Stefania Fadda, Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Discussant: Alessandra Ciolfi, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Sensorimotor Psychotherapy Institute e Psicoterapia Sensomotoria Italia, Roma

La psicoterapia sensomotoria nella prospettiva socioculturale: i bias impliciti

Relatore: Esther Perez, Sensorimotor Psychotherapy Institute e Paseo del Obispo 3, Màlaga

Il ruolo del corpo nel trattamento del trauma

Relatore: Stefania Fadda, Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Il trattamento delle memorie corporee in CBT: un contributo della Psicoterapia Sensomotoria

Relatore: Alessandra Ciolfi, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Sensorimotor Psychotherapy Institute, Psicoterapia Sensomotoria Italia, Roma

La relazione implicita: gli enactment terapeutici

Relatore: Elisabetta Pizzi, Terzo Centro di Terapia Psicoterapia Cognitiva, Socio fondatore della Società Italiana Dialectical Behavior Therapy, Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-094

TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

Valutazione clinica di aspetti cognitivi nei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA): ambiti e metodi emergenti per la pianificazione del trattamento

Chair e Discussant: Elena Tomba, Psicologa, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca in Psichiatria, Professoressa Associata Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

L'utilizzo di modelli di network sintomatologico per lo studio di fattori clinici, cognitivi e di benessere in un campione a rischio di Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

Relatore: Giuliano Tomei, Psicologo, Dottorando presso Università di Bologna

Co-autori: Elisa Storelli; Elena Tomba - Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Equilibrio cognitivo e benessere psicologico nei disturbi del comportamento della nutrizione e dell'alimentazione: una network analysis

Relatore: Lucia Tecuta, Psicologa, Psicoterapeuta, dottore di Ricerca in Psicologia Clinica, ricercatrice presso Università di Bologna

Co-autori:

Giuliano Tomei, Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna;

Raymond DiGiuseppe, St. John's University, New York;

Romana Schumann, Centro Gruber, Bologna;

Donatella Ballardini, Centro Gruber, Bologna;

Rachele Ceconello, Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna;

Elena Tomba, Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

TMI-DCA: un caso clinico

Relatore: Francesca Giglio, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale di Roma, Bologna

Co-autori:

Fioravanti Gloria, Centro Trattamento Integrato Disturbi Alimentari e Obesità, Verona;

Popolo Raffaele, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-034

TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

ADHD nell'adulto tra sintomi dissociativi e traumi complessi

Chair: Rosario Esposito, Didatta SPC Napoli, Didatta SITCC Napoli

Discussant: Giuseppe Nicolò, Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL Roma 5; fondatore del Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Intervento psicoeducazionale e psicosociale nell'ADHD dell'adulto

Relatore: Antonio Onofri, Psichiatra, Didatta SITCC, Supervisore EMDR, Direttivo Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale Training School di Roma, Jesi e Spoleto, Fondatore portale web www.ApertaMenteWeb.com, Centro Clinico de Sanctis, Roma

Co-autori: Silvia Gubbini, Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP) ASL Roma 5, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e Servizio Ambulatoriale per il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) in età adulta, Ospedale SS. Gonfalone, Monterotondo (Roma)

ADHD nell'adulto

Relatore: Serena Griffo, DSMDP ASL Roma 5, SICC Roma, Artena

Co-autori:

Sangiovanni, Loredana; DSMDP ASL Roma 5;

Marino, Giovanni; DSMDP ASL Roma 5;

Riggio, Francesco; DSMDP ASL Roma 5;

Mentuccia, Valentina; DSMDP ASL Roma 5, SICC Roma;

Laura, Bernabei; DSMDP ASL Roma 5;

Nicolò, Giuseppe; DSMDP ASL Roma 5

Sintomi dissociativi nei pazienti con DCA. ADHD come fattore di aggravamento?

Relatore: Gloria Fioravanti, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Trattamento Integrato Disturbi Alimentari Obesità, Verona

Co-autori:

Capuozzo, Alessandra; Psicologa, Psicoterapeuta Cognitiva, SITCC Campania;

Dimaggio, Giancarlo; Centro TMI Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA



ADHD dalla nascita all'età adulta: complessità o semplificazione?

Relatori:

Alessandra Capuozzo, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitiva, SITCC Campania;

Bruno Intreccialagli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Secondo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Napoli

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-109

TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Il paziente con malattia cronica: interventi nel ciclo di vita

Chair: Annamaria Petito, Psicologa, Psicoterapeuta, Prof.ssa ordinaria di Psicologia Clinica, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Università di Foggia, Docente AIPC Bari

Discussant: Maria Grazia Foschino Barbaro, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva Bari

L'intervento cognitivo comportamentale in pazienti affetti da cefalee croniche

Relatore: Melania Rita Difino, Psicologa, specializzata AIPC Bari, Università di Foggia

Co-autori:

Genzano, Nadia, Università di Foggia, specializzanda I anno AIPC Bari;

Martucci, Elisabetta, Universo Salute Opera Don Uva, Bisceglie;

Mancini, Carmen, Universo Salute Opera Don Uva, Foggia;

Petito, Annamaria, Università di Foggia;

Limone, Pierpaolo, Università Pegaso

Emotional Skills Training e Training di Rilassamento di Gruppo in pazienti affetti da patologie cardiovascolari – Un protocollo di intervento sperimentale (ESTCARDIO)

Relatore: Melania Severo, Psicologa, specializzanda IV anno AIPC Bari, Università di Foggia

Co-autori:

Leccese, Adriana, Specializzanda IV anno AIPC Bari, Università di Foggia;

Mancini, Carmen, Universo Salute Opera Don Uva, Foggia;

Martucci, Elisabetta, Universo Salute Opera Don Uva, Bisceglie;

Petito, Annamaria, Università di Foggia

La malattia cronica in età evolutiva: il caso di Sara e del suo "Pac Man ingombrante"

Relatore: Stefania Ferrante, Psicologa, Psicoterapeuta; Associazione Beppe Valerio Onlus, Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Co-autori: Vitale, Grazia Tiziana, Dirigente Psicologo U.O.S.S.D. Psicologia, A.O.U. Policlinico Giovanni XXIII Bari

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA



L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) per le malattie croniche: una rassegna sistematica della letteratura

Relatore: **Barbara Barcaccia**, Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta AIPC e SPC, Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-083

TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Ruoli e funzioni della ruminazione: evidenze empiriche e pratica clinica

Chair: Antonella Magno, Psicologa, Psicoterapeuta AIPC Bari, Tribunale per i Minorenni di Taranto, Direttivo SITCC Basilicata, Matera

Discussant: Angelo Maria Saliani, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio Didatta SITCC, Docente e Didatta APC, SPC, SICC, AIPC, Roma

Ruminazione e scopi: evidenze scientifiche e cliniche

Relatore: Roberta Trincas, Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo CSM ASL RM3 Municipio XII, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Roma

Ruminazione e altri processi cognitivi perseverativi nei disturbi di personalità: ruolo e trattamento secondo la Terapia Metacognitiva Interpersonale

Relatore: Manuela Pasinetti, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori: Ottavi Paolo; Popolo Raffaele; Dimaggio Giancarlo - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Il ruolo delle differenze individuali dei genitori rispetto alla socializzazione parentale

delle emozioni e ai sintomi internalizzanti ed esternalizzanti dei figli.

Relatore: Clementina Comitale, Psicologa, Research fellow, Sapienza Università degli Studi di Roma

Co-autori: Di Giunta Laura; Lunetti Carolina**; Basili Emanuele*; Giulia Gliozzo**; Chiara Riccioni**; Alessia Teresa Virzi****

**Dipartimento Di Psicologia, Sapienza Università degli Studi di Roma

* Psicologo

Il ruolo della ruminazione rabbiosa in adolescenza: una review sistematica

Relatore: Antonella Nigri, Psicologa, Specializzanda IV anno AIPC, Bari

Co-autori:

Magno Antonella, Psicologa, Psicoterapeuta AIPC Bari, Tribunale per i Minorenni Taranto, Direttivo SITCC Basilicata;

Saliani Angelo Maria, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio Didatta SITCC, Docente e Didatta APC, SPC, SICC, AIPC;

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

Foschino Barbaro Maria Grazia, Direttore Scuola di Specializzazione AIPC Bari, Direttivo SITCC Nazionale;

Nigri Antonella, Specializzanda IV anno AIPC, Bari;

Capasso Angela, Specializzanda II anno SPC, Napoli;

Di Bisceglie Giacinta, Specializzanda III anno AIPC, Bari;

Lamorte Doriana, Specializzanda I anno AIPC, Bari;

Lastilla Stefano, Specializzando I anno AIPC, Bari;

Lobascio Adriana, Specializzanda III anno AIPC, Bari;

Loconsole Annalisa, Specializzanda IV anno AIPC, Bari

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-013

TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

La Sex Addiction tra definizione, fattori di rischio e trattamento: nuove prospettive

Chair: Silvia Miceli, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione presso CTC Torino, tirocinante psicoterapeuta presso Ser.D di Giaveno, ASL TO3, Torino

Discussant: Marco Chiapparino, Psicologo presso Ser.D di Imperia (IM) e il Servizio Prevenzione e Promozione della Salute nella scuola a Bussana di Sanremo (IM), ASL 1 Imperiese - Psicoterapeuta in formazione presso CTC Torino

La Sex Addiction come fenomeno in evoluzione nella società. Quali fattori di rischio?

Relatore: Sabrina Rizzo, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione presso CTC Torino, tirocinante psicoterapeuta presso Ser.D di Giaveno, ASL TO3, Torino

Sex Addiction: buone prassi e trattamento.

Relatore: Luca Rossi, Psicologo, Psicoterapeuta, SC Psicologia ASL TO3 A.F. Dipendenze, Sessuologo Clinico, Docente Scuola di Psicoterapia Cognitiva CTC Torino, Coordinatore Referente AIPD (Area di interesse psicoterapia delle dipendenze) SITCC

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-079

TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

Luoghi di origine e autobiografia: strumenti di indagine e valutazione tra contesti clinici e criticità sociali

Chair: Silvio Lenzi, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Discussant: Antonella Centonze, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale Roma

Le mappe dei luoghi di origine: da strumento di ricerca a occasione di incontro e cambiamento

Relatore: Silvio Lenzi, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Co-autori: Mazzeo, Giulia, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio ordinario SITCC, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

Rappresentazione, narrazione e condivisione di sé: dai luoghi di origine all'espansione della conoscenza di sé

Relatore: Federico Oppi, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio ordinario SITCC, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Co-autori:

Mazzeo, Giulia, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio Ordinario SITCC, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva;

D'Angelo, Annalisa, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio Ordinario SITCC;

Lenzi, Silvio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

Luoghi d'origine, migrazione e luoghi d'arrivo. cornici teoriche e strumenti operativi

Relatore: Alessandra Pagani, Psicologo, Allieva SBPC, Socio Corrispondente SITCC, Mondolfo

Co-autori: Micheletti, Alice, Psicologa, Allieva SPC, Socio Corrispondente SITCC

Luoghi d'origine e trasferimento

Relatore: Linda Battilani, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio Ordinario SITCC, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Reggio Emilia

Co-autori:



Venerdì 22 Settembre PROGRAMMA

Landini, Andrea, Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta, Didatta SITCC;
Samolsky Dekel, Robert Adir, Psicologo, Psicoterapeuta, rappresentante regionale SITCC Emilia Romagna, Docente coordinatore Corso Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Centro Sinesis Bologna

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

09.00-10.15

SIMPOSIO S-089

CORPO AULE - AULA 3

La relazione terapeutica in età evolutiva

Chair: Anna Opera, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Napoli

Discussant: Carlo Buonanno, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Lo stato dell'arte della relazione terapeutica in età evolutiva

Relatore: Giovanna Bongo, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli

Co-autori:

Opera Anna, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli;

Buonanno Carlo, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC;

Troncone Alda, Prof. Associato di Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia, Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli

Non integrazione, disregolazione emotiva ed impulsività in adolescenza: gestione della relazione terapeutica

Relatore: Ilaria Riccardi, Psicologa, Specialista in Psicologia Clinica, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva e SICC, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, Roma

Co-autori:

Semerari Antonio, Psichiatra, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva e SICC, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, Roma;

Carcione Antonio, Psichiatra, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva e SICC, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, Roma;

Nicolò Giuseppe, Psichiatra, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva e SICC, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, Dipartimento Salute mentale Roma 5;

Conti Laura, Psicologa, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva;

Fiore Donatella, Psichiatra, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva.

Aggancio e relazione terapeutica nella psicoterapia cognitivo-comportamentale dell'adolescente ad alto rischio di esordio psicotico

Relatore: Maria Pontillo, Dirigente Psicologo UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Professore a contratto Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

La relazione terapeutica come contesto per l'apertura esperienziale e il cambiamento comportamentale in età evolutiva attraverso i processi dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) e della Functional Analytic Psychotherapy (FAP)

Relatore: Emanuele Rossi, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (APC, SPC, IGB, AIPC, SICC), Association for Contextual Behavioral Science (ACBS)

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-040

CORPO AULE - AULA 4

Disturbo ossessivo – compulsivo, valutazione delle caratteristiche diagnostiche e interventi terapeutici

Chair: Elena Cavalieri, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale CTCC, Firenze

Discussant: Silvia Quercioli, Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale CTCC, Firenze, Studio Professionale di Neuroscienze, Pistoia

La terapia cognitiva e comportamentale nell'ambito del Disturbo Ossessivo – Compulsivo

Relatore: Francesco Pratesi Telesio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale CTCC, Firenze

Co-autori: Giaquinta Nicoletta, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale CTCC Firenze, Associazione Italiana Disturbo da Escoriazione e Tricotillomania AIDET

Sono o non sono? Quando il pensiero ossessivo invade la sessualità

Relatore: Sibilla Giangreco, Psicologa, Psicoterapeuta, Specializzazione in Sessuologia, Centro Clinico ALETEIA di Enna, Acicastello e Palermo, Delegata Regione Sicilia per il Centro Italiano di Sessuologia CIS

Terapia Cognitiva basata sulla Mindfulness per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo: razionale e studi clinici di efficacia

Relatore: Luca Bodini, Psicologo, IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Verona; Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona

Co-autori: Fabrizio Didonna, Psicologo, Psicoterapeuta, Professore a contratto di Psicologia Clinica, Università di Padova, Direttore Centro Italiano di Terapia Cognitiva-Mindfulness per il DOC e il Trauma, Vicenza

Trattare il self-talk colpevolizzante del DOC con il dialogo socratico drammatizzato: il caso di Sara

Relatore: Valeria Biffi, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

Co-autori:

Simeone Michele, Psicologo, Psicoterapeuta, Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari;

Saliani Angelo Maria, Psicologo, Psichiatra, Didatta SITCC, Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva - APC-SPC;

Mancini Francesco, Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva - APC-SPC

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15
CORPO AULE - AULA 5

SIMPOSIO S-051

Il ruolo del perfezionismo nella psicopatologia: dai fattori eziologici alle implicazioni in patologie differenti e in psicoterapia

Chair: Francesca D'Olimpio, Dipartimento di Psicologia, Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta

Discussant: Antonino Carcione, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma

Quali fattori favoriscono lo sviluppo delle condotte perfezionistiche in età evolutiva?

Relatore: Di Giulio Claudia, Psicologa, Psicoterapeuta TSMREE XIV Municipio di Roma;

Co-autori:

Cristiana Patrizi, Psicoterapeuta Equipe per l'Età Evolutiva, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC – SPC, Didatta SITCC. Gruppo di studio «Perfezionismo in età evolutiva», Roma

Masci Silvia, Psicologa, Psicoterapeuta;

Semeraro Valeria, Psicoterapeuta Equipe per l'Età Evolutiva, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC – SPC, Docente SITCC.

It's never enough: Il ruolo del perfezionismo nel disturbo ossessivo-compulsivo

Relatore: Cinzia Giorgetta, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC, Verona

Co-autori:

Ciringione Luciana, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Verona;

Mancini Francesco, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Roma

La sottile interazione tra narcisismo e perfezionismo: uno studio a due fasi in un campione non clinico

Relatore: Sara Bui, Psicologa, Psicoterapeuta, Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze della Salute; Centro di Psicologia e Psicoterapia, Tages Onlus, Firenze

Co-autori: Cavalletti Veronica, Centro di Psicologia e Psicoterapia, Tages Onlus, Firenze;

Hewitt Paul L., Perfectionism and Psychopathology Lab, The University of British Columbia, Vancouver, Canada;

Cheli Simone, Centro di Psicologia e Psicoterapia, Tages Onlus, Firenze

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

Narcisismo vulnerabile: il perfezionismo potrebbe non essere solo al servizio dell'autostima individuale

Relatore: Fabio Moroni, Psicologo, Psicoterapeuta, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori:

Pellecchia Giovanni, Psicologo, Psicoterapeuta, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Bilotta Elena, Psicologo, Psicoterapeuta, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Carcione Antonino, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Nicolò Giuseppe, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Semerari Antonio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15
CORPO AULE - AULA 6

SIMPOSIO S-018

Inibizione sessuale e disturbo ossessivo compulsivo: tra ricerca e clinica

Chair: Maurizio Sabia, Medico Psicoterapeuta; Responsabile Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Napoli; già Responsabile struttura intermedia riabilitativa Camaldoli Hospital, Napoli

Discussant: Teresa Cosentino, Psicologa, Psicoterapeuta; Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

La sessualità nel Disturbo Ossessivo Compulsivo: una rassegna della letteratura

Relatore: Dalila De Vita, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione; Dipartimento di psicologia, Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli

Co-autori:

Tudisco Fabrizia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli;

Buonanno Carlo, Associazione di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Inibizione sessuale e sintomatologia ossessiva: il ruolo della sensibilità alla colpa e al disgusto

Relatore: Fabrizia Tudisco, Psicologa, Psicoterapeuta; Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli

Co-autori:

Buonanno Carlo, Associazione di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Costaiola Angela, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli;

Iuliano Carla, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Napoli, SPC Reggio Calabria, AIPC Bari;

Opera Anna, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli;

Riccardi Gabriella, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli;

Pizzini Barbara, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli; Università Giustino Fortunato, Benevento;

Veronica Sanges, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli;

Annamaria Striano, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli

Disgusto, colpa e sessualità nel Disturbo Ossessivo Compulsivo: il caso di B.

Relatore: Veronica Sanges, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli

Co-autori: Tudisco Fabrizia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli;

Buonanno Carlo, Associazione di Psicoterapia Cognitiva, Roma



Venerdì 22 Settembre PROGRAMMA

Le implicazioni sessuali del Disturbo Ossessivo Compulsivo da Relazione: dalla formulazione del caso al trattamento

Relatore: **Carla Iuliano**, Psicologa, Psicoterapeuta; Practitioner EMDR; Sessuologa Clinica;
Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Napoli, SPC Reggio Calabria, AIPC Bari

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì - 10.15-11.30
TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Disturbi di personalità: casi clinici per discutere di disturbi diversi e modelli di intervento

Chair: Elena Prunetti, Psicologa, Psicoterapeuta, didatta APC-SPC, socio didatta SITCC, referente del centro CBT-DBT Padova

Discussant: Roberta Rossi, Psicologa, Psicoterapeuta, Unità di Psichiatria, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

I disturbi di personalità: solitudine e ritiro sociale, implicazioni per il trattamento

Relatore: Michele Procacci, Psichiatra, Psicoterapeuta, didatta SPC e SICC, socio didatta SITCC, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Il disturbo narcisistico di personalità trattato con la Terapia Metacognitiva Interpersonale

Relatore: Giancarlo Dimaggio, Psichiatra, Psicoterapeuta, socio didatta SITCC, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Concettualizzazione del caso in DBT & MBT: un approccio integrato per il trattamento del disturbo borderline di personalità

Relatore: Elena Dordoni, Psicologa, Psicoterapeuta, APC-SPC, socio ordinario SITCC, Brescia

Co-autori: Prunetti Elena, Psicologa, Psicoterapeuta, didatta APC-SPC, socio didatta SITCC, referente del centro CBT-DBT, Padova

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì - 10.15-11.30
TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Riabilitazione e clinica dei pazienti psichiatrici

Chair: Maurizio Sabia, Psicoterapeuta, Responsabile sede Scuola Psicoterapia Cognitiva, Napoli; già Responsabile Struttura Intermedia Riabilitativa Camaldoli Hospital, Napoli

Discussant: Saverio Ruberti, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, già Direttore DSM Azienda Socio Sanitaria Territoriale Nord Milano SMS, Monza

Raccomandazioni di buone pratiche in Riabilitazione Psicosociale: il progetto SIRP

Relatore: Domenico Semisa, Psichiatra, Dipartimento Salute Mentale ASL Bari

Interventi riabilitativi basati sulle evidenze nei pazienti psichiatrici autori di reato

Relatore: Antonello Bellomo, Università degli Studi di Foggia/OORR Policlinico Riuniti di Foggia

Co-autori: Scarpa Franco, Sadun Daniele, Castelletti Luca

Gli interventi CBT evidence based nella cura delle psicosi: i risultati di una metanalisi COCHRANE sulla CBT di gruppo nella schizofrenia.

Relatore: Antonio Pinto, Dirigente Medico Psichiatra, UOSM Pollena DSM ASL NA 3 Sud, Responsabile Area Riabilitazione, Napoli

Co-autori: Guaiana Giuseppe, MD Department of Psychiatry and Epidemiology & Biostatistics, Western University, St Thomas, Canada

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì - 10.15-11.30
TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Impasse terapeutiche: soluzioni a confronto

Chair e Discussant: Maurizio Brasini, Psicologo, Psicoterapeuta, Docente e Didatta SPC, APC, Roma – IGB Palermo - Socio Didatta SITCC

Relatori:

Carlo Buonanno, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Stefania Cammino, Medico Psicoterapeuta, Direttrice Didattica CTC Centro Terapia Cognitiva, Milano

Michele Simeone, Psicologo, Psicoterapeuta. Docente Scuole di Psicoterapia Cognitiva AIPC di Bari e APC di Lecce. Centro Clinico AIPC Bari. Direttivo SITCC Puglia, Bari

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì - 10.15-11.30
TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO
TAVOLA ROTONDA

La Dipendenza Affettiva Patologica e la violenza nelle relazioni intime

Chair: **Teresa Cosentino**, Psicoterapeuta, Scuola di Psicologia Cognitiva, Roma

Discussant: **Angelo Maria Saliani**, Psicologo, Psicoterapeuta, docente e didatta APC, SPC, SICC, Roma – AIPC Bari - Socio Didatta SITCC

Intrappolati nell'amore

Relatore: **Manuel Villegas**, Dottore in Psicologia, già Professore Ordinario Facoltà di Psicologia Università di Barcellona

Un modello cognitivo della Dipendenza Affettiva Patologica e della Violenza nelle Relazioni Intime

Relatore: **Erica Pugliese**, PhD, Psicoterapeuta, Scuola di Psicologia Cognitiva di Roma, Presidente Associazione Millemé - Violenza di Genere e Dipendenze Affettive, Haarlem (The Netherlands)

Co-autori:

Angelo Maria Saliani, Psicologo, Psicoterapeuta, docente e didatta APC, SPC, SICC, Roma – AIPC Bari - Socio Didatta SITCC;

Oriana Mosca, Ph.D., Ricercatrice in Psicologia Sociale presso l'Università di Cagliari, Specialista in Psicologia della Salute;

Fridanna Maricchiolo, PhD., Professoressa Associata in Psicologia Sociale presso l'Università Roma Tre;

Francesco Mancini, Professore presso l'università Guglielmo Marconi di Roma.

Gaslighting: una sofisticata forma di manipolazione

Relatore: **Claudia Perdighe**, Psicoterapeuta e Didatta Sitcc, Scuola di Psicologia Cognitiva di Roma

Co-autori:

Erica Pugliese, Psicoterapeuta, Scuola di Psicologia Cognitiva di Roma, Presidente Associazione Millemé - Violenza di Genere e Dipendenze Affettive;

Angelo Maria Saliani, Psicologo, Psicoterapeuta, docente e didatta APC, SPC, SICC, Roma – AIPC Bari - Socio Didatta SITCC;

Francesco Mancini, Professore presso l'Università Guglielmo Marconi di Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì - 12.00-13.00

AULA MAGNA RETTORATO

PLENARIA con traduzione simultanea

Formulazione del Caso nei Disturbi di Personalità

Chair: Livia Colle, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Professore Associato Dipartimento di Psicologia Università degli Studi di Torino

Discussant: Antonino Carcione, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC), Roma

Relatore: Ueli Kramer, Ricercatore in Psicoterapia e Psicoterapeuta, Clinico presso il Dipartimento di Psichiatria (Istituto di Psicoterapia e Servizio Generale di Psichiatria), Università di Losanna, Svizzera. Presidente ESSPD (*European Society for the Study of Personality Disorders*)

22 Settembre, Venerdì - 13.00-14.00

TORRE ROSSI

POSTER SESSION - Vedi dettaglio

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-092

TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

TF-CBT: versatilità ed efficacia nelle applicazioni cliniche

Chair: **Maria Grazia Foschino Barbaro**, Psicologa, Psicoterapeuta, AIPC Bari;
Coordinamento Servizi Contrasto alla violenza all'infanzia Regione Puglia, Bari

Discussant: **Marvita Goffredo**, Psicologa Psicoterapeuta, AIPC Bari

La TF CBT nelle situazioni di trauma in corso: il progetto TF-CBT Ucraina

Relatore: **Zlatina Kostova**, Psicologa, Psicoterapeuta, Direttrice della Formazione e Docente in Psichiatria, Lifeline For Kids, Dipartimento di Psichiatria, University of Massachusetts, Chan Medical School, USA, Grafton

Non pensavo potesse essere successo proprio a noi: l'importanza del coinvolgimento dei caregiver nella cura del trauma

Relatore: **Michele Pellegrini**, Psicologo, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo UOSD Psicologia, AOU Policlinico-Giovanni XXIII Bari; Docente APC, Lecce e AIPC, Bari

“Non voglio parlarne, non ci penso”. Tecniche e strategie per affrontare l'evitamento con la TF-CBT

Relatore: **Valeria Semeraro**, Psicologa, Psicoterapeuta, Equipe per l'età evolutiva APC-SPC, Siena

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-011

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

Il Disturbo Bipolare: approfondimenti clinici e di ricerca

Chair: Andrea Gragnani, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma; Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC; Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Discussant: Sergio Longo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Associazione di Psicologia Cognitiva APC Lecce, Presidente Associazione Psicoterapia Cognitiva APC-APS Lecce

Il Disturbo Bipolare attraverso il caso di Annamaria: profilo cognitivo

Relatore: Andrea Gragnani, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma; Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC; Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Co-autori:

Stefania Iazzetta, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto;

Lisa Lari, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto;

Saettoni Marco, Psichiatra, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Grosseto, Dirigente medico I livello ASL Toscana Nordovest

Il ruolo della ricostruzione longitudinale nel trattamento del paziente con Disturbo Bipolare

Relatore: Stefania Iazzetta, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Grosseto

Co-autori:

Lisa Lari, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Grosseto

Saettoni Marco, Psichiatra, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Grosseto, Dirigente medico I livello ASL Toscana Nordovest;

Gragnani Andrea, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma e Grosseto, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Lo spettro bipolare: un intervento breve di gruppo per la prevenzione delle ricadute

Relatore: Lucia Destino, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione di Psicologia Cognitiva APC Lecce, Vice-presidente Associazione Psicoterapia Cognitiva APS, Lecce

Co-autori: Sergio Longo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Associazione di Psicologia Cognitiva APC Lecce, Presidente Associazione Psicoterapia Cognitiva APS Lecce

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

La cognizione sociale nel disturbo bipolare in fase di eutimia: dai circuiti neurali ai fattori di mantenimento

Relatore: Libera Siciliano, Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università di Roma "Sapienza", Laboratorio per lo studio delle Atassie, IRCCS Fondazione Santa Lucia, Roma

Co-autori:

Leggio Maria, Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università di Roma "Sapienza", Laboratorio per lo studio delle Atassie, IRCCS Fondazione Santa Lucia, Roma;

Olivito Giusy, Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università di Roma "Sapienza", Laboratorio per lo studio delle Atassie, IRCCS Fondazione Santa Lucia, Roma;

Lupo Michela, Psicologa, Psicoterapeuta, Servizio di Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva, ASL Roma 2;

Saettoni Marco, Psichiatra, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto, Dirigente medico I livello ASL Toscana Nordovest;

Graggani Andrea, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma e Grosseto; Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC; Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-068

TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

La Terapia Metacognitiva Interpersonale nei setting multipli

Chair: Raffaele Popolo, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Discussant: Marika Ferri, Studi Cognitivi, San Benedetto del Tronto

Assessment e contratto nella terapia di coppia secondo la TMI

Relatore: Loris Andreotti, Psicoterapeuta, Milano

Co-autori: Dimaggio Giancarlo, Popolo Raffaele - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Il training di abilità sociali per la schizofrenia basato sulla metacognizione

Relatore: Paolo Ottavi, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori: Pasinetti Manuela, Popolo Raffaele - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

La TMI-G in un contesto privato: l'esperienza del Centro TMI di Napoli

Relatore: Anna Maria Capodanno, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Napoli

Co-autori: Ugolino Marika, Popolo Raffaele - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Il training metacognitivo interpersonale basato sulla mindfulness per pazienti con disturbi di personalità

Relatore: Domenico Errico, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Napoli

Co-autori: Pasinetti Manuela, Passarella Tiziana, Ottavi Paolo - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-097

TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

Lo psicoterapeuta onnipotente tra entusiasmo ed esaltazione.

Chair e Discussant: Fabio Monticelli, Psichiatra, Centro Clinico de Sanctis, Roma

Su ali di cera

Relatore: Lucia Tombolini, Psichiatra, APC, ARPAS, Roma

Il terapeuta oracolo e taumaturgo: onnipotenza ed esaltazione

Relatore: Alessandro Poiré, Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo Clinico, Centro Clinico San Giorgio, Genova

Castelli di carte, castelli di sabbia ...

La complessità come fattore protettivo per il terapeuta consapevole

Relatore: Fabio Aldo Pietro Furlani, Psicoterapeuta. Centro Terapia Cognitiva Como, Milano, Torino. Studio Torinese Psicologia Cognitiva.

Un terapeuta (quasi) perfetto. Luci ed ombre di un mestiere (quasi) come un altro.

Relatore: Bruno Intreccialagli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Secondo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-019

TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Il dialogo dello psicologo psicoterapeuta cognitivo comportamentale con gli altri professionisti della salute. Alcune esperienze nel campo clinico.

Chair: Ivan De Marco, Psicologo, Psicoterapeuta, didatta SITCC, sessuologo clinico FISS, terapeuta EMDR, vicepresidente SIPCP, Docente Aggiunto di Psicologia clinica e dinamica presso IUSTO affiliato Pontificia Studiorum Universitas Salesiana, Pinerolo

Discussant: Angelo Zappalà, Psicologo, Psicoterapeuta, CBT.ACADEMY, Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva Comportamentale in ambito clinico e forense, IUSTO Università Pontificia Salesiana, Torino

L'intervento psicoterapeutico breve nell'ambito delle cure primarie, il contributo cognitivista

Relatore: Angelo Crea, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro Clinico Crocetta, SC Psicologia ASL VC, Vercelli

Lo psicoterapeuta e il ginecologo/il neuropsichiatra infantile insieme nel lavoro con gli adulti. La gestione del progetto di cura e della compliance con il paziente sessuologico e nel parent training: esempi clinici

Relatore: Sara Guidi, Psicologa, Psicoterapeuta, Socia SITCC, Sessuologa Clinica. Terapeuta EMDR I e II livello, Terapeuta Sensorimotor I livello, Terapeuta TMI, Associazione Italiana Vulvodinia, Genova

Psicoterapeuta e pediatra insieme nel lavoro con i minori. La costruzione della vera domanda per il bambino o l'adolescente che potrebbe non saperla o non riuscire a raccontarla: esempi clinici

Relatore: Alessandro Petrini, Psicologo, Psicoterapeuta, Genova

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-044

TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

La medicina psicosociale in tempo di crisi

Chair: Lucio Sibilia, Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Neurologia e Psichiatria, Ex-docente "La Sapienza" Università di Roma, Psicoterapeuta didatta e Professore Universitario, Presidente del Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP) **Discussant: Antonio Pinto**, Psichiatra, Dirigente Medico Presso UOSM Pollena (Na), DSM ASL Na3 Sud, Didatta SITCC Docente APC/SPC/AIPC, Napoli

Le morti evitabili: modelli e metodi di analisi e intervento.

Relatore: Lucio Sibilia, Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Neurologia e Psichiatria, Ex-docente "La Sapienza", Università di Roma, Psicoterapeuta didatta e Professore Universitario, Presidente del Centro per la Ricerca in Psicoterapia CRP

L'effetto nocebo tra medicina e psicologia

Relatore: Stefania Borgo, Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Neurologia e Psichiatria, Ex-docente "La Sapienza" Università di Roma, Psicoterapeuta didatta e Professore Universitario, Centro per la Ricerca in Psicoterapia CRP, Roma

Nuove Terapie da integrare in Psicoterapia, basate su Sostanze Psicotrope di Derivazione Vegetale

Relatore: Tullio Scrimali, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta e Professore Universitario, Università di Catania e Scuola ALETEIA di Enna. Direttore di Centro Clinico ALETEIA di Enna, Acicastello e Catania

Problemi d'amore in psicoterapia cognitiva sociale: questioni ricorrenti e cambiamenti susseguenti alla pandemia e alla crisi

Relatore: Francesco Aquilar, Psicologo, Psicoterapeuta, Presidente AIPCOS Napoli

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-014

TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

Ricerca neuropsicologica e Disturbi dell’Alimentazione: nuovi protocolli d’intervento nella cura dell’Anoressia Nervosa

Chair: Armando Cotugno, Psichiatra, Psicoterapeuta, UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare, ASL Roma1; Centro Clinico ASTREA, Roma

Discussant: Patrizia Todisco, Medicina Interna, Psichiatria e Psicoterapia, Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i Disturbi dell’Alimentazione, Villa Margherita, Arcugnano (VI)

Spettro Autistico e Anoressia Nervosa: metacognizione, funzioni esecutive ed elaborazione delle informazioni nella neurodivergenza e nei disturbi alimentari restrittivi. Comorbidità, differenze e intersezioni.

Relatore: Maria Marino, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC di Napoli; Università degli Studi Federico II, Napoli; Università Suor Orsola Benincasa, Napoli

Rappresentazioni corporee conflittuali e monitoraggio cognitivo nell’Anoressia Nervosa

Relatore: Gabriele Fusco, Psicologo, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma "La Sapienza"

Co-autori: Bufalari Ilaria, Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Università di Roma "La Sapienza"

Caratteristiche neuro-cognitive ed emotive nell’Anoressia Nervosa: l’approccio CREST

Relatore: Elisa Bonello, Psicologia Clinica e Psicoterapia, Azienda Ospedaliera di Padova, Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i Disturbi dell’Alimentazione, Villa Margherita, Arcugnano (VI)

Co-autori:

Paolo Meneguzzo, Dipartimento di Neuroscienze Padova;

Patrizia Todisco, Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i Disturbi dell’Alimentazione - Villa Margherita, Arcugnano (VI)

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15
CORPO AULE - AULA 3

SIMPOSIO S-057

L'utilità della supervisione: prospettive cognitive a confronto

Chair: Silvio Lenzi, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta della Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale Direttore SBPC, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Discussant: Antonino Carcione, Psichiatra, Socio didatta e Past-President Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma

L'orientamento alla elaborazione conoscitiva come metodologia di supervisione

Relatore: Roberta Rossini, Psicologa, Psicoterapeuta, UMEE ambito Ancona ASUR Marche; Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Centro Terapia Cognitiva Ancona

Co-autori:

Lenzi Silvio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta della Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale Direttore SBPC, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva;

Samolsky-Dekel Adir, Psicologo, SBPC Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva;

Oppi Federico, Psicologo, Psicoterapeuta, SBPC Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

Vantaggi e svantaggi della supervisione in gruppo: un'analisi empirica

Relatore: Federico Oppi, Psicologo, Psicoterapeuta, S.B.P.C. Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva. Casa di cura "Ai Colli", Bologna

Co-autori:

Rossini Roberta, Psicologa, Psicoterapeuta, UMEE ambito Ancona ASUR Marche; Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva; Centro Terapia Cognitiva Ancona;

Lenzi Silvio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta della Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale Direttore SBPC, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva;

Samolsky-Dekel Adir, Psicologo, Psicoterapeuta, SBPC, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

Due terapeute e un supervisore: la gestione congiunta di un paziente con disturbi di personalità borderline e narcisistico

Relatore: Daila Capilupi, Psicologa, Psicoterapeuta, SBPC Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Co-autori:

Lizzerini Luana, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Studi Cognitivi Modena;

Dimaggio Giancarlo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15
CORPO AULE - AULA 4

SIMPOSIO S-058

Io sono stile libero! Approccio costruttivista al trattamento e alla clinica dei pazienti con sindromi genetiche e malattie rare, croniche e neuroautoimmuni

Chair: Fabiola Pisciotta, Psicologa, Psicoterapeuta, UOS Patologie da dipendenza ASL Roma2; V centro terapia cognitiva Multiverso Roma

Discussant: Maurizio Gorgoni, Psicologo, Psicoterapeuta, Dipartimento di Psicologia, "Sapienza" Università di Roma

Sostegno alla genitorialità nella comunicazione della diagnosi di sindrome di Klinefelter al proprio figlio e case history

Relatore: Antonella Esposito, Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile Centro Thèlema - Psicoterapia e Riabilitazione, Roma

Il ruolo della psicoterapia nel trattamento della sclerosi multipla e delle malattie di origine neuro-auto-immune

Relatore: Massimo Esposito, Psicologo, Psicoterapeuta, V Centro di Terapia Cognitiva Multiverso Roma; Associazione di Terapia Cognitiva; Didatta SITCC

L'importanza dell'intervento multidisciplinare e della psicoterapia nel trattamento dell'endometriosi

Relatore: Concetta Viviana Cona, Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo Progetto 15 octies Cure Primarie P.O. Niscemi ASP di Caltanissetta; Studio Psicologia e Psicoterapia, Caltanissetta

Co-autori: Pistone Stefania, Psicologa, Psicoterapeuta, Libero Professionista presso il CSM e NPI ASP 4 di Enna, Distretto di Agira

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15
CORPO AULE - AULA 5

SIMPOSIO S-091

La misofonia: “semplice” sensibilità selettiva al suono o disturbo da intolleranza ai suoni?

Chair: Giuseppe Romano, Psicologo, Psicoterapeuta, Professore straordinario Università “G. Marconi” Roma, Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC (Roma, Grosseto e Ancona), SICC (Roma), APC (Verona), IGB (Palermo)

Discussant: Carlo Buonanno, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC (Napoli e Ancona)

Misofonia: definizione, eziologia e sintomi. Una revisione sistematica della letteratura secondo il metodo Prisma

Relatore: Lucia Fiumalbi, Psicologa, specializzanda in Psicoterapia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto

Co-autori:

Antonio Imbesi, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Reggio Calabria;
Raffaele Isgro, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Reggio Calabria;
Valeria Pecoraro, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Reggio Calabria;
Caterina Scarano, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Reggio Calabria;
Emanuela Trichilo, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Reggio Calabria;
Monica Mercuriu, Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC e APC;
Giuseppe Romano, Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC e APC

Strumenti per la valutazione della Misofonia: una revisione sistematica della letteratura secondo il metodo Prisma

Relatore: Michela Fazi, Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Co-autori:

Sofia Mattioli, Associazione di Psicologia Cognitiva APC, Roma;
Lucia Fiumalbi, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto; Gianna Di Loreto, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto;
Serena Paladini, Associazione di Psicologia Cognitiva APC, Lecce;
Giuseppe Romano, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC;
Monica Mercuriu, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC.

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

Misofonia e comorbidità: revisione della letteratura

Relatore: Chiara Tonasso, Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia, Associazione di Psicologia Cognitiva APC, Verona

Co-autori:

Amato Maria Verdiana, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Reggio Calabria;

Vanessa Nocito, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Reggio Calabria;

Monica Mercuriu, Scuole di Psicoterapia APC-SPC;

Giuseppe Romano, Scuole di Psicoterapia APC-SPC

Il trattamento della misofonia: una revisione sistematica delle evidenze di maggiore efficacia

Relatore: Cristina Curcio, Psicologa, dottoranda di ricerca presso l'Università Federico II di Napoli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli, II anno

Co-autori:

Uvelli Allison, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto;

Cincidda Clizia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto;

Capuano Ilaria Nicandra, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli;

Sabato Maria Chiara, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Lecce;

Mercuriu Monica, Didatta e Docente Network Scuole APC e SPC;

Romano Giuseppe, Didatta e Docente Network Scuole APC e SPC

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15
CORPO AULE - AULA 6

SIMPOSIO S-088

La complessità dei legami nella violenza domestica tra partner

Chair e Discussant: **Ilaria Baiardini**, Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Genova

Riduzionismo clinico ed entropia domestica

Relatore: **Chiara Bellardi**, Psicologa, Psicoterapeuta, Area Trauma di Modena

La rabbia nel mantenimento del legame affettivo

Relatore: **Antonio Fenelli**, Psichiatra, Psicoterapeuta, Scuola ATC Cagliari, studio Multiverso Roma

Co-autori:

Gorgoni, Maurizio, Psicologo, Psicoterapeuta, Università di Roma La "Sapienza", Dipartimento di Psicologia Roma;

Pisciotta, Fabiola, Scuola ATC Cagliari, studio Multiverso Roma;

Esposito, Massimo, Scuola ATC Cagliari, studio Multiverso Roma;

Volpi, Cecilia, Scuola ATC Cagliari, studio Multiverso Roma

La gabbia invisibile e la sedia vuota. I fattori di mantenimento e gli ostacoli allo scioglimento di un legame traumatizzante

Relatore: **Laura Belloni Sonzogni**, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva-Costruttivista Milano, Centro Noesi Lodi, Psicopolis ODV, Rumorosse APS

Co-autori:

Giorgio Rezzonico, Psicologo, Psicoterapeuta, Psichiatra, Università Milano Bicocca;

Di Luca, Annalisa, Trauma e Sistemi, AISTED;

Giommi, Fabio, Psicologo, Psicoterapeuta, Nous, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva-Costruttivista, Milano

Codipendenza e dinamiche di reciprocità relazionale nelle procedure giudiziarie a tutela dei minori

Relatore: **Massimo Portas**, Scuola ATC Cagliari

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì - 15.15-16.30
TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Vulnerabilità in adolescenza

Chair: Lorenza Isola, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Didatta SITCC, Roma

Discussant: Riccardo Bertaccini, Psicologo, Psicoterapeuta, UONPIA AUSL Romagna (Forlì), Centro Terapia Cognitiva Forlì, docente Scuola Bolognese Psicoterapia Cognitiva, didatta SITCC, Forlì

Contrastare forme di bullismo scolastico attraverso interventi di psicoeducazione ad orientamento cognitivo-comportamentale

Relatore: Annamaria Petito, Psicologa, Psicoterapeuta, Prof.ssa ordinaria di Psicologia Clinica, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Università di Foggia, Docente AIPC sede di Bari, Foggia

Co-autori: Iuso, Salvatore, Dipartimento di Studi Umanistici Università di Foggia

Sex matters: differenti vulnerabilità per maschi e femmine?

Relatore: Pietro Muratori, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Pisa

Fragilità familiari e vulnerabilità adolescenziali: modelli di "non" funzionamento familiare e ripercussioni sul percorso adolescenziale

Relatore: Giuseppe Romano, Psicologo, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Università "G. Marconi" Roma, Didatta SITCC, Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì - 15.15-16.30
TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Il Corpo Malato

Chair: Bruno G. Bara, Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

Discussant: Ilaria Baiardini, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Genova

La psicoterapia cognitiva ai tempi del determinismo. Esercizi a corpo libero.

Relatore: Fabio A. P. Furlani, Centro Terapia Cognitiva Como Milano Torino, Monza

“E vissero per sempre felici e contenti”. E quando non succede? Infertilità: impatto psicologico e intervento

Relatore: Claudia Perdighe, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autore: Francesco Mancini, Psichiatra, Psicoterapeuta. Direttore della scuola di specializzazione in Psicoterapia cognitivo-comportamentale dell'Associazione di Psicologia Cognitiva (APC-SPC), Roma

Vulvodinia ed endometriosi: risvolti psicosessuali ed aspetti terapeutici

Relatore: Gaia Polloni, Psicologa, Psicoterapeuta e Sessuologa Clinica, Centro Terapia Cognitiva (CTC) di Como e Milano

Chi è il paziente dal corpo malato?

Relatore: Pietro Porcelli, Psicologo, Psicoterapeuta, Università di Chieti

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì - 15.15-16.30
TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Impasse terapeutiche: soluzioni a confronto

Chair: Angelo Maria Saliani, Psicologo, Psicoterapeuta, docente e didatta APC, SPC, SICC, Roma – AIPC Bari - Socio Didatta SITCC

Discussant: Maurizio Brasini, Psicologo, Psicoterapeuta, Docente e Didatta SPC, APC, Roma – IGB Palermo - Socio Didatta SITCC

Relatori:

Francesca Baggio, Psicologa, Psicoterapeuta, Cittadella (PD)

Paola Pazzano, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva di Bari, Centro di Psicoterapia Cognitiva Ecopoiesis di Reggio Calabria, Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) di Reggio Calabria, Bari

Stefania Fadda, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì - 15.15-16.30 TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO
TAVOLA ROTONDA

Dialoghi sul cognitivismo clinico

Chair: Fabio Monticelli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro Clinico de Sanctis, Roma

Discussant: Silvio Lenzi, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Perché diversi cognivismi?

Relatore: Antonio Semerari, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva - Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC), Roma

Dal comportamento al processo

Relatore: Paolo Moderato, Professore Emerito di Psicologia, IULM, Milano

E' il cognitivismo clinico davvero importante?

Relatore: Aristide Saggino, Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento Università di Chieti-Pescara, Chieti

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45

SIMPOSIO S-087

TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

Terapia Metacognitiva Interpersonale nel disturbo borderline di personalità: risultati clinici e di neuroimaging dello studio CLIMAMITHE. Uno studio clinico randomizzato

Chair: Michele Procacci, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma

Discussant: Francesco Mancini, Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Metacognizione: una dimensione transdiagnostica sottostante alla patologia di personalità

Relatore: Antonio Semerari, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma

Co-autori: Livia Colle^{1,2}; Laura Conti¹; Donatella Fiore¹; Giuseppe Nicol¹; Michele Procacci¹; Ilaria Riccardi¹; Antonino Carcione¹; CLIMAMITHE study group

1 Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC)

2 Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

Obiettivi, disegno e metodo dell'RCT CLIMAMITHE.

Relatore: Giuseppe Nicolò, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma

Co-autori: Roberta Rossi²; Clarissa Ferrari³; Livia Colle^{1,4}; Laura Conti¹; Donatella Fiore¹; Laura R. Magni²; Antonio Semerari¹; Mariangela Lanfredi²; Laura Pedrini²; Michele Procacci¹; Ilaria Riccardi¹; Antonio, Semerari¹; Antonino Carcione¹; CLIMAMITHE study group.

1 Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC;

2 Unità di Psichiatria, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia;

3 Servizio di Statistica, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia;

4 Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

Cambiamenti clinici dopo la TMI: risultati dallo studio CLIMAMITHE

Relatore: Antonino Carcione, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma

Co-autori: Antonio Semerari¹; Livia Colle^{1,4}; Laura Conti¹; Clarissa Ferrari³; Donatella Fiore¹; Mariangela Lanfredi²; Laura R. Magni²; Giuseppe Nicolò¹; Laura Pedrini²; Michele Procacci¹; Ilaria Riccardi¹; Roberta Rossi²; CLIMAMITHE study group.

1 Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC;

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

2 Unità di Psichiatria, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia;
3 Servizio di Statistica, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia;
4 Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

Cambiamenti dei correlati neurobiologici dopo TMI: risultati dallo studio CLIMAMITHE

Relatore: Roberta Rossi, Psicologa, Psicoterapeuta, Unità di Psichiatria, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

Co-autori: Daniele Corbo²; Michela Pievani³; Laura R. Magni¹; Giuseppe Nicolò⁴; Giulia Quattrini³; Luisella Bocchio-Chiavetto⁵; Ilaria Riccardi⁴; Antonio Semerari⁴; Antonino Carcione⁴; CLIMAMITHE study group.

1 Unità di Psichiatria, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC;

2 Dipartimento di Medicina Molecolare e Traslazionale, Università di Brescia;

3 LENITEM, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia;

4 Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma;

5 Dipartimento di Scienze Teoriche ed Applicate, Università eCampus, Novedrate, Como

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45

SIMPOSIO S-069

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

La relazione tra C- PTSD disturbi di personalità e dissociazione – diagnosi, valutazione e intervento

Chair: Antonella Centonze, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Discussant: Raffaele Popolo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Quali sintomi dissociativi stiamo valutando? Come funziona la TADS- Interview

Relatore: Giovanni Tagliavini, Psichiatra, Psicoterapeuta, AISTED, ESTD, AreaTrauma, Milano

Co-autori:

Matteo Cavalletti, Psicologo, Psicoterapeuta, AISTED, AreaTrauma, ESTD;

Suzette Boon, Psicologa, Psicoterapeuta, PhD, Paesi Bassi, ESTD;

Maria Paola Boldrini, Psicologa, Psicoterapeuta, AISTED, AreaTrauma, ESTD;

Alessandra Catania, Psicologa, Psicoterapeuta, AISTED, AreaTrauma, ESTD;

Valeria Fusco, Psicologa, Psicoterapeuta, AISTED, AreaTrauma, ESTD;

Nicoletta Serra, Psicologa, Psicoterapeuta, AISTED, AreaTrauma, ESTD

Un modello di intervento per il C-PTSD – La Terapia Metacognitiva Interpersonale

Relatore: Virginia Failoni, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori:

Antonella Centonze, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Giancarlo Dimaggio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Raffaele Popolo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Concettualizzare il caso a partire dalla diagnosi di Disturbo Dissociativo Strutturale

Relatore: Maria Paola Boldrini, Psicologa, Psicoterapeuta, AISTED, AreaTrauma, ESTD;

Co-autori:

Matteo Cavalletti, Psicologo, Psicoterapeuta, AISTED, AreaTrauma, ESTD;

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

Nicoletta Serra, Psicologa, Psicoterapeuta, AISTED, AreaTrauma, ESTD;

Giovanni Tagliavini, Psichiatra, Psicoterapeuta, Presidente AISTED, AreaTrauma, ESTD.

Trauma Complesso e Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità: un caso clinico trattato in ottica TMI

Relatore: Domenico Errico, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Napoli;

Co-autori:

Anna Maria Capodanno, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Napoli;

Antonella Centonze, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Giancarlo Dimaggio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Raffaele Popolo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45

SIMPOSIO S-063

TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

I disturbi depressivi in età evolutiva: prevenirli, riconoscerli e trattarli

Chair: Giuseppe Romano, Psicologo, Psicoterapeuta, Professore straordinario Università "G. Marconi", Roma; Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma, Grosseto e Ancona

Discussant: Maria Pontillo, Dirigente psicologo presso unità di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Ospedale pediatrico Bambino Gesù, professore a contratto Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

I disturbi depressivi in età evolutiva come si manifestano nel corso dello sviluppo: caratteristiche sintomatologiche, neurofisiologiche, neuropsicologiche e comorbidità

Relatore: Davide Delfino, Psicologo, Psicoterapeuta, ASL1 DSM UOC TSMREE, Centro Multiverso Evolutivo, Studio Evolutiva e Evolutiva DSA, Roma

Co-autori:

Valentina Fiori, psicologa, psicoterapeuta, Studio Evolutiva e ricercatrice presso Fondazione Santa Lucia Roma;

Maria Antonietta Calpagnano, Psicologa, Psicoterapeuta, Studio Evolutiva e I.S.I.D.E.A onlus Roma;

Katia Aringolo, Psicologa, Psicoterapeuta, certificazione 1° Livello Theraplay, terapeuta EMDR e Schema Therapy, direttrice Studio Evolutiva e Evolutiva DSA, docente Scuola psicoterapia Humanitas-Univ. San Raffaele e Istituto Beck

I Disturbi del puerperio: trattare la mamma per effettuare un intervento di prevenzione sulla salute mentale del bambino

Relatore: Loredana Di Carlo, Medico Psicoterapeuta, in formazione specialistica, Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università Tor Vergata, Roma

Co-autori:

Donata Caira, Dirigente Medico Psichiatra ASL Roma 6, Psicoterapeuta, Docente Scuola; Psicoterapia Humanitas-Univ. San Raffaele, Roma;

Cecilia Fusco, Dirigente Medico Psichiatra, ASL ROMA 1 e Psicoterapeuta

Trattare i disturbi depressivi nel bambino e nell'adolescente: accogliere, validare, regolare gli stati interni e cooperare con i genitori e la scuola

Relatore: Katia Aringolo, Psicologa, Psicoterapeuta, certificazione 1° Livello Theraplay, terapeuta EMDR e Schema Therapy, direttrice Studio Evolutiva e Evolutiva DSA, docente Scuola Psicoterapia Humanitas-Univ. San Raffaele e Istituto Beck, Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

Co-autori:

Alessandra Micheloni, Psicologa, Psicoterapeuta, Terapeuta EMDR, insegnante Mindfulness, Studio Evolutiva Roma;

Milena Milani, Psicologa, Psicoterapeuta, bilingual Therapy, certificazione 1 e 2 livello Theraplay, Milano

Mindfulness e depressione negli adolescenti

Relatore: Stefania D'Angerio, Psicologa, Psicoterapeuta, Studio Evolutiva, docente scuola specializzazione SPC, insegnante Mindfulness e Psicoterapeuta DBT, Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45

SIMPOSIO S-111

TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

Disturbo ossessivo compulsivo, timore di colpa e disimpegno morale

Chair: **Claudia Perdighe**, Psicologo, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Discussant: **Roberto Noccioli**, Psicologo, Psicoterapeuta. Associazione di Terapia Cognitiva, Centro Multiverso Evolutivo, Roma

Meccanismi di disimpegno morale nel disturbo ossessivo-compulsivo

Relatore: **Ramona Fimiani**, Laurea Magistrale in Psicopatologia Dinamica dello Sviluppo, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma, Dottoranda in Psicologia Dinamica e Clinica, Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori:

Papa, Carolina, Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma;

Perdighe, Claudia, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Mancini, Francesco, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Il ruolo del timore di colpa e dell'inferential confusion nel disturbo ossessivo compulsivo

Relatore: **Simone Peverieri**, Psicologo, Specializzando in Psicoterapia, SPC, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Ancona

Co-autori:

Mancini, Alessandra, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva;

David, Monica, Psicologa, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva;

Granziol, Umberto, Psicologo, Psicoterapeuta, Ricercatore Università di Padova, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva;

Mancini, Francesco, Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva

Il ruolo del disgusto nel giudizio morale: uno studio sperimentale in età evolutiva

Relatore: **Martina Giordani**, Psicologa, Psicoterapeuta, SICC - Società Italiana di Cognitivismo Clinico, Roma; Laurea Magistrale in Psicologia, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma



Venerdì 22 Settembre PROGRAMMA

Co-autori:

Romano, Giuseppe, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio didatta SITCC, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Università "G. Marconi" Roma;

Federica Russo, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45

SIMPOSIO S-025

TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Storie traumatiche e comportamenti alimentari disfunzionali: casi clinici ed esperienze di trattamento

Chair: Giulia Rancati, Laurea in Psicologia, Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva e Cognitivo Comportamentale Studi Cognitivi; Psicoterapeuta presso Casa di Cura Villa Esperia, Università Bocconi Milano

Discussant: Laura Lamonaca Rigobello, Laurea in Psicologica, specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale, SPC Verona; didatta SPC, Università Bocconi Milano

Significato terapeutico dell'elaborazione del trauma: un caso clinico

Relatore: Marco Pastorini, Psicologo, specializzazione in Psicoterapia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, STPC Torino

La psicoeducazione sul trauma in un percorso riabilitativo per pazienti obesi e bariatrici

Relatore: Luca Celotti, Psicologa, Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Cognitivo Comportamentale Studi Cognitivi, Casa di Cura Villa Esperia, Milano

Co-autori: Rancati Giulia, Casa di Cura Villa Esperia, Università Bocconi, Milano

Il peso del vuoto: il "feeling fat" nella letteratura sui disturbi dell'alimentazione

Relatore: Fabiana Maffettone, Laurea in Psicologia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli

Co-autori:

Anna Opera, Psicoterapeuta, Centro Clinico SPC Napoli, codidatta Scuola di Specializzazione Psicoterapia Cognitiva SPC Napoli;

Carlo Buonanno, didatta Scuola di Specializzazione Psicoterapia Cognitiva APC-SPC;

Alda Troncone, Prof. Associato di Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia, Università della Campania "Luigi Vanvitelli"

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45

SIMPOSIO S-036

TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Interventi mindfulness-based, nuove prospettive con adulti e bambini

Chair e Discussant: Pietro Muratori, IRCCS Fondazione Stella Maris, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Pisa

La mindfulness ed il senso del corpo: l'effetto di training intensivi su interocezione, percezione dei propri confini corporei e compassione di sé

Relatore: Francesca Scafuto, Università di Udine

Cessazione del fumo di sigarette di tabacco in individui resistenti alle terapie tradizionali; uno studio pilota di intervento mindfulness-based

Relatore: Ciro Conversano, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa

Co-autori: Ciacchini, Rebecca; Orrù, Graziella; Sabbatini, Silvia; Villani, Silvia; Bessi, Valentina; Gemignani, Angelo; Pistelli, Francesco - Università di Pisa

Mindfulness per bambini con Disturbo del Comportamento

Relatore: Rebecca Ciacchini, Laurea in Psicologia Clinica e della Salute, Psicologa, Dottoranda in Theoretical and Applied Neuroscience, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa

Co-autori:

Annarita Milone, IRCCS Fondazione Stella Maris;

Pietro Muratori, IRCCS Fondazione Stella Maris, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva;

Ciro Conversano, Università di Pisa;

Silvia Villani, Università di Pisa

Self compassion in bambini di età scolare, come valutarla e perchè coltivarla

Relatore: Muratori Pietro, IRCCS Fondazione Stella Maris, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Siena

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45

SIMPOSIO S-049

TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

Trattare le difficoltà sessuali nella terapia di coppia: dall'analisi dei bisogni alle strategie d'intervento nella pratica clinica

Chair: Chiara Lamuraglia, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro clinico Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva, AIPC Bari, Referente regionale SITCC Puglia

Discussant: Cinzia Giorgetta, Laurea in Psicologia, Dottore di Ricerca, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Verona

Basic Instinct: il sesso al di là della pulsione primaria

Relatore: Maurizio Brasini, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

La Sessualità nella Terapia di Coppia con l'uso della Schema Therapy: un caso clinico

Relatore: Monica Dalla Valle, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale DBT Padova

Dal matrimonio bianco alla scoperta di sé col mindful sex

Relatore: Michele Massimo Laforgia, Psicologo, Psicoterapeuta, Bari

Terapia mansionale integrata: quando il paziente è la coppia

Relatore: Azzurra Carrozzo, Psicologa, Psicoterapeuta, Lecce

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45

SIMPOSIO S-035

TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

ADHD nel trattamento psicoterapico e integrato

Chair: Rosario Esposito, Didatta SPC Napoli, Didatta SITCC

Discussant: Bruno Intreccialagli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Secondo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Disregolazione emotiva e Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) in età adulta

Relatore: Salvatore Rizzato, Dipartimento Salute Mentale ASL Roma 4, DSM Ambulatori ADHD in età adulta

Co-autori:

Miriam, Miraldi, ASL Roma 1, UOC Accoglienza, Tutela e Promozione della Salute;

Serena, Sorice, ASL Roma 1, DSM UOC Prevenzione e Interventi Precoci Salute Mentale;

Vito, Pinzone, ASL Roma 4, DSM Ambulatori ADHD in età adulta

Verso un rallentare consapevole: strategie di supporto per l'ADHD a confronto

Relatore: Carmen Napolitano, Psicoterapeuta, AIDAI Campania

Co-autori:

Simone, Mosca, Psicologo, Musicoterapeuta PMTR;

Federica Nicla, La Barba, Psicologa, AIDAI Lazio

ADHD negli adulti: la valutazione clinica e testologica

Relatore: Alessandra Capuozzo, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitiva, SITCC Campania, Napoli

Co-autori:

Tomei, Luciano, Centro Agro Aversano, Trentola Ducenta;

Esposito, Rosario, Didatta SPC Napoli, Didatta SITCC

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45
CORPO AULE - AULA 3

SIMPOSIO S-008

Formulazione del caso ed interventi terapeutici nella Schema Therapy

Chair: Katia Tenore, Psicologa, Psicoterapeuta, trainer e supervisor ISST, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Italian Academy of Schema Therapy, Università Guglielmo Marconi, Roma

Discussant: Vittoria Zaccari, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Università Guglielmo Marconi, Roma

Schemi e tratti di personalità disfunzionali a confronto in pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi d'ansia e disturbo di personalità borderline

Relatore: Barbara Basile, Psicologa, Psicoterapeuta, trainer e supervisore ISST, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Italian Academy of Schema Therapy, Roma

Co-autori: Gragnani Andrea^{1,2}, **Mancini Francesco**^{1,2,3}, **D'Olimpio Francesca**⁴, **Femia Giuseppe**¹

1 Schools of Cognitive Psychotherapy (SPC), Rome;

2 Italian Academy of Schema Therapy (IAST), Rome;

3 Università Guglielmo Marconi, Roma;

4 Laboratorio di Valutazione dei Processi Cognitivi Normali e Patologici, Dipartimento di Psicologia, Seconda Università di Napoli, Caserta

Schema therapy: Assesment e concettualizzazione di un caso con disturbo alimentare

Relatore: Laura Beccia, Psicologa, Psicoterapeuta, trainer e supervisore ISST, Società Italiana di Schema Therapy (S.I.S.T)

La relazione terapeutica con i pazienti difficili in Schema Therapy

Relatore: Ambra Malentacchi, Trainer e Supervisore ISST, Centro Clinico, Firenze

Cosa ostacola l'Adulto sano? Uno studio esplorativo sul ruolo di mediazione delle variabili meta-emotive nella relazione tra schemi e mode

Relatore: Alessandra Mancini, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC, Roma; Italian Academy of Schema Therapy, IAST, Roma; Praxis für Psychotherapie Manfred-von-Richthofen-Str. 9, Berlino

Co-autori: Luppino Olga Ines^{1,2}, **Tenore Katia**^{1,2}, **Mancini Francesco**^{1,2,3}

1 Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC, Roma; 2 Italian Academy of Schema Therapy, IAST, Roma; 3 Università Guglielmo Marconi, Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45
CORPO AULE - AULA 4

SIMPOSIO S-046

Per fare certe cose ci vuole ancora un metodo? Metodo e Tecnica in psicoterapia

Chair: Cecilia Volpi, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione di Terapia Cognitiva; V Centro di Terapia Cognitiva Multiverso Roma, Didatta SITCC

Discussant: Maria Teresa Rocchi, Psichiatra, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Didatta SITCC

Dalla tecnica della moviola alla Terapia di Elaborazione Conoscitiva: utilità e limiti di indicazioni procedurali per la conversazione terapeutica

Relatore: Silvio Lenzi, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Co-autori:

Rossini, Roberta, Psicologa, Psicoterapeuta, Docente Coordinatrice di corso presso Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC; UMEE Ancona – AST Ancona;

Adir Robert Samolsky Dekel, Laurea in Psicologia, Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Costruttivista, Psicoterapeuta, Docente Coordinatore di Corso, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Psicoterapeuta presso Centro Sinesis Bologna

Il rilevamento sistematico delle motivazioni interpersonali nel dialogo clinico

Relatore: Claudio Iannucci, Psichiatra, Associazione di Terapia Cognitiva; Didatta SITCC, Roma

Gli organizzatori dell'esperienza nella sua complessità. Sequenzializzare rigoroso e strategico come metodo per un'applicazione efficace delle tecniche di intervento

Relatore: Massimo Esposito, Psicologo, Psicoterapeuta, V Centro di Terapia Cognitiva Multiverso, Roma; Associazione di Terapia Cognitiva; Didatta SITCC, Roma

Co-autori: Fabiola Pisciotta, Psicologo, Psicoterapeuta, V Centro di Terapia Cognitiva Multiverso, Roma; Associazione di Terapia Cognitiva; Ordinario SITCC

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45
CORPO AULE - AULA 5

SIMPOSIO S-105

Il Disturbo ossessivo compulsivo in età evolutiva. Tra vulnerabilità, pervasività e comorbidità

Chair: Giuseppe Grossi, Psicologo, Psicoterapeuta, SPC, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma, CPR InMovimento, Fondi

Discussant: Emanuele Rossi, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC, SPC, Association for Contextual Behavioral Science ACBS

Il caso di Giulio: quando il senso di responsabilità incontra l'esplosione di una pandemia mondiale

Relatore: Sara Rustici, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro di psicoterapia Cognitiva, Grosseto

Co-autori: Ercolani Giordana, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC, Roma

La Schema therapy per l'infanzia e l'adolescenza. L'Inner House nel trattamento del DOC: uno studio su casi singoli

Relatore: Lavinia Lombardi, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma

Co-autori:

Ercolani Giordana, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma;

Romano Giuseppe, Psicologo e Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma, Professore Straordinario Università "G. Marconi" Roma, Centro Clinico "Marco Aurelio" Roma

Quando il DOC si prende tutto. Il trattamento intensivo per intervenire su un caso grave di Disturbo Ossessivo Compulsivo in adolescenza

Relatore: Giordana Ercolani, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma, Consulente presso il Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva -TSMREE XIV della ASL Roma1

Co-autori:

Romano Giuseppe, Psicologo, Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma, Professore Straordinario Università "G. Marconi" Roma, Centro Clinico "Marco Aurelio" Roma;

Russo Federica, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma;

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

Jarach Jacopo, Psicologo e Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma

Misofonia e DOC in Età Evolutiva: Strumenti di Valutazione e Protocolli di Intervento

Relatore: Sofia Mattioli, Associazione di Psicologia Cognitiva APC Roma, Foligno

Co-autori:

Michela Fazi, Lucia Fiumalbi, Maria Verdiana Amato, Ilaria Nicandra Capuano, Clizia Cincidda, Cristina Curcio, Gianna Di Loreto, Angela Filocamo, Edoardo Fossati, Antonio Imbesi, Raffaele Isgrò, Alessia Minissale, Vanessa Nocito, Serena Paladini, Valeria Pecoraro, Camilla Pesaresi, Carolina Pinci, Caterina Scarano, Chiara Spadafora, Maria Chiara Sabato, Chiara Tonasso, Emanuela Trichilo, Allison Uvelli - Rete scuole APC-SPC;

Mercuriu Monica, Psicologo e Psicoterapeuta, SPC Scuola di psicoterapia cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma;

Romano Giuseppe, Psicologo, Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma, Professore Straordinario Università "G. Marconi" Roma, Centro Clinico "Marco Aurelio" Roma

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45
CORPO AULE - AULA 6

SIMPOSIO S-085

Più è accurata la mappa, più è sicuro il viaggio: assessment e trattamento dei disturbi di personalità

Chair: Andrea Gragnani, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma; Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC; Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Discussant: Donatella Fiore, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

“Assessment terapeutico” e drop-out nei pazienti complessi

Relatore: Gaetano Mangiola, Centro Clinico Ecoipoiesis, Reggio Calabria; Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Reggio Calabria

Co-autori: Augusta Luana¹; Barbara Federica^{1,2}; Bartolo Emanuela¹; Chirico Doriana¹; Cento Luca¹; Conti Laura¹; De Santis Giuseppe¹; Drago Nancy¹; Felicetti Mariateresa¹; Giordano Annalisa^{1,2}; Labate Chiara²; Lavilla Federica¹; Lo Giudice Carla^{1,2}; Lucà Ylenia¹; Milano Rossella Maria¹; Morena Paola^{1,2}; Pazzano Paola^{1,2}; Pucci Silvia²; Zampaglione Milena¹

1 Centro Clinico Ecoipoiesis, Reggio Calabria

2 Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Reggio Calabria

L’iper-investimento su scopi e antiscopi e la psicopatologia: quale relazione? Uno studio preliminare condotto mediante S-AS, PID-5 e SCL-90-R

Relatori:

Giuseppe Femia, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC, SPC, IGB

Isabella Federico, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Co-autori: Gragnani Andrea²; D’Olimpio Francesca³; Rogier Guyonne⁴; Mancini Francesco^{2,5}

2 Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC, SPC, AIPC, SICC, IGB;

3 Dipartimento di Psicologia, Università della Campania “Luigi Vanvitelli”;

4 Dipartimento di Scienze della Formazione, Università degli studi di Genova;

5 Università Guglielmo Marconi

MMPI-2 e PID-5 a confronto: scale cliniche e funzionamento della personalità mediante un caso clinico

Relatore: Emanuele Del Castello, Didatta SPC e Docente di Psicodiagnostica SPC, Capua

Co-autori: Giuseppe Femia, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC, SPC, IGB

Venerdì 22 Settembre

PROGRAMMA

Il ruolo della noia come emozione cruciale nel funzionamento di alcune dimensioni personologiche

Relatore: Anna Chiara Franquillo, Laurea in Psicologia Clinica, dottorato di ricerca, specializzazione in Psicoterapia SPC Grosseto

Co-autori: Giuseppe Femia¹; Valerio Pellegrini²; Estelle Leombruni¹; Marco Sættoni^{1,3,4}; Andrea Gragnani^{1,3}

1 Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva (APC-SPC), Roma;

2 Department of Developmental and Social Psychology, Sapienza University of Rome;

3 Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Grosseto;

4 ASL Toscana Nordovest, Pisa

18.00-19.30 - ASSEMBLEA DEI DIDATTI SITCC
AULA ROSSI – TORRE ROSSI

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15

SIMPOSIO S-050

TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

Di cosa parliamo quando parliamo di dissociazione? Nuove prospettive e antichi dilemmi

Chair: Maurizio Brasini, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Discussant: Tullio Scrimali, Università di Catania, Scuola ALETEIA di Enna

Le attuali prospettive sul costrutto di dissociazione

Relatore: Rachele Stacchiotti, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Ancona

Il conflitto intrapsichico: un'alternativa parsimoniosa all'ipotesi dissociativa

Relatore: Francesco Mancini, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori: Mauro Giacomantonio, Università "La Sapienza", Roma

Maladaptive daydreaming e fenomeni dissociativi

Relatore: Giulia Bongiovanni, IGB Istituto Gabriele Buccola, Palermo

Co-autori: Paolo Spina, Ornella Bellomia - IGB Palermo

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15

SIMPOSIO S-017

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

Dal giudizio all'accettazione: gli interventi esperienziali per promuovere l'autocompassione in psicoterapia

Chair: Michela Alibrandi, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Genova

Discussant: Simone Cheli, Department of Psychology, St. John's University, Roma

Compassione, salute mentale e social safeness durante la pandemia da COVID-19: evidenze da uno studio longitudinale in 21 nazioni

Relatore: Marta Floridi, Psicologa, II° anno SPC Grosseto, Tages Onlus Firenze

Co-autori:

Marcela Matos, Psicologa, Psicoterapeuta, Università di Coimbra, Centro di Ricerca in Neuropsicologia e Intervento Cognitivo-Comportamentale;

Veronica Cavalletti, Psicologa, Psicoterapeuta, Tages Onlus;

Simone Cheli, Psicologo, Psicoterapeuta, Tages Onlus; Università di Firenze

Intervento basato sulla mindfulness e sulla compassione per ridurre il distress psicologico negli infermieri in prima linea durante la pandemia da COVID-19: razionalità, fattibilità e studi clinici di efficacia

Relatore: Luca Bodini, Psicologo, IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Verona; Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona

Co-autori:

Simone Cheli, Psicologo, Psicoterapeuta, Tages Onlus; Università di Firenze;

Bonetto Chiara, Funzionario tecnico statistico, Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona;

Lasalvia Antonio, Professore Associato di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona, Dirigente medico presso l'UOC Psichiatria dell'AOUI Verona

La compassion Focused Therapy in infanzia: applicazioni cliniche tra limiti e opportunità

Relatore: Carlotta Bertini, Psicoterapeuta Tages Onlus, Firenze

Co-autori:

Giulia Mori, Psicologa, Psicoterapeuta, Tages Onlus;

Simone Cheli, Psicologo, Psicoterapeuta, Tages Onlus, Università di Firenze

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

L'attivazione della self compassion nel paziente attraverso la visione di sé sofferente, mediata dai neuroni specchio: Self Mirroring Therapy e Video Imagery Rescripting in ottica di Terapia Metacognitiva Interpersonale

Relatore: Michela Alibrandi, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Genova

Co-autori:

Dimaggio Giancarlo, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Centonze Antonella, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Bettoli Simona, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Genova

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

09.00-10.15

SIMPOSIO S-027

TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

Teorie della personalità in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale

Chair: **Giorgio Rezzonico**, Psichiatra, Professore ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà Medica dell'Università degli Studi di Milano – Bicocca. Past President e Didatta SITCC

Discussant: **Antonio Semerari**, Psichiatra, Didatta SITCC, Terzo Centro di Terapia Cognitiva, Roma

Validazione di un questionario per la valutazione della personalità basato sui Sistemi Motivazionali Interpersonali (MISEQ)

Relatore: **Rosario Esposito**, Psicologo, Didatta SITCC, Didatta SPC Napoli

Co-autori: **Prevete, Stefania**, Psicologa, SPC Napoli

Il contributo dell'Acceptance and Commitment Therapy e della scienza contestuale nell'ambito della personalità e dei disturbi ad essa correlati

Relatore: **Emanuele Rossi**, Psicologo, Socio SITCC, Docente SPC, Member Association for Contextual Behavioral Science ACBS

Co-autori: **Dimaggio, Giancarlo**, Psichiatra, Didatta SITCC, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Teorie della personalità nella Terapia Metacognitiva Interpersonale

Relatore: **Emanuela Di Pietro**, Psicologa, Centro di Terapia Meacognitiva Interpersonale, Torino

Co-autori: **Dimaggio, Giancarlo**, Psichiatra, Didatta SITCC, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Variazione dei Sistemi Motivazionali Interpersonali e delle Funzioni Metacognitive negli Stati Mentali e nella costruzione della Alleanza Terapeutica

Relatore: **Maurizio Falcone**, Psichiatra, Didatta SITCC, Didatta SPC Napoli

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15

SIMPOSIO S-078

TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

Un caso clinico in età evolutiva, tre esperti a confronto

Chair: Carlo Buonanno, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Discussant: Pietro Muratori, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Pisa

Relatori:

Bianca Rita Berti, Psicologa, Psicoterapeuta, UFSMIA USL Nord Ovest Toscana, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Università di Pisa

Marika Ferri, Psicologa, Psicoterapeuta, Studi Cognitivi San Benedetto Del Tronto

Giuseppe Romano, Università "G. Marconi", Roma, Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC (Roma, Grosseto e Ancona)

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

09.00-10.15

SIMPOSIO S-038

TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Un Setting Consapevole

Chair: Adriana Pelliccia, Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta SITTC, Centro di Terapia Cognitiva, Como

Discussant: Maria Rosa Ponti, Psicologa, Psicoterapeuta, Studio Multiverso, Sassari; Psicologa scolastica, formazione sistemica e cognitivista, Università di Sassari; Referente SITCC Sardegna

Setting e ciclo di vita del terapeuta

Relatore: Antonio Fenelli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Scuola ATC Cagliari; Studio Multiverso Roma

Co-autori: Maurizio Gorgoni, Fabiola Pisciotta, Massimo Portas, Scuola Atc Cagliari, Massimo Esposito, Cecilia Volpi - Scuola Atc Cagliari, Studio Multiverso Roma

Oltre lo spazio

Relatore: Claudia Lonati, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Cognitiva, Como

Il Setting non è solo regole

Relatore: Marzia Mattei, Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Centro di Terapia Cognitiva, Como

Dottore dove mi siedo? ...

Relatore: Gianluca Provvedi, Psicologo, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Centro Studi in Psicoterapia Cognitiva, Firenze

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15

SIMPOSIO S-029

TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

La concettualizzazione del caso secondo la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI): formulazione e intervento in diversi disturbi

Chair: Antonella Centonze, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Discussant: Silvio Lenzi, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Dipendenza Affettiva: il caso di Milena riletto secondo il modello TMI

Relatore: Caterina Diani, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Indipendenze, Verona

Co-autori: D'Urzo Maddalena, Pasinetti Manuela, Popolo Raffaele - Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale

Violenza Domestica e Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI): presentazione di un caso singolo secondo il modello della TMI e meccanismi di mantenimento

Relatore: Andrea Pasetto, Psicologo, Psicoterapeuta, Spazio di Ascolto N.A.V. Comune di Verona

Co-autori: Dimaggio Giancarlo, Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale

Modello di mantenimento dei Disturbi dell'Alimentazione secondo la Terapia Metacognitiva Interpersonale

Relatore: Melania Marini, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori: Fioravanti Gloria, Centro Trattamento Integrato Disturbi Alimentari e Obesità Verona;

Galasso Vivia, Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale;

Cacciatore Addolorata, Psicologa Psicoterapeuta Lecce;

Popolo Raffaele, Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale;

Dimaggio Giancarlo, Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale

La TMI nel Disturbo Schizotipico di Personalità

Relatore: Virginia Failoni, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori: Popolo Raffaele, Dimaggio Giancarlo, Catania Dario - Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15

SIMPOSIO S-012

TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

Disturbo da gioco d'azzardo online: analisi del fenomeno e nuove sfide per il trattamento

Chair: Fabiola Pisciotta, Psicologa, Psicoterapeuta, UOS Patologie da dipendenza D5 ASL Roma 2, V centro terapia cognitiva Multiverso, Roma

Discussant: Matteo Masi, Psicologo, Psicoterapeuta, Ser.D di Bordighera e CSM di Ventimiglia, ASL 1 Imperiese

Gioco d'azzardo online: evoluzione del fenomeno

Relatore: Silvia Miceli, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione presso CTC Torino, tirocinante psicoterapeuta presso Ser.D di Giaveno, ASL TO3

Disturbo da gioco d'azzardo nel digitale: differenze e similitudini tra le piattaforme online

Relatore: Marco Chiapparino, Psicologo, Ser.D di Imperia (IM) e Servizio Prevenzione e Promozione della Salute nella scuola a Bussana di Sanremo (IM), ASL 1 Imperiese, Psicoterapeuta in formazione, CTC Torino

DGA online e trattamento: un nuovo approccio per una nuova sfida

Relatore: Luca Rossi, Psicologo, Psicoterapeuta, SC Psicologia ASL TO3 A.F. Dipendenze; Sessuologo Clinico, Docente Scuola di Psicoterapia Cognitiva CTC sede di Torino; Coordinatore Referente AIPD (Area di interesse psicoterapia delle dipendenze) SITCC

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato 9.00-10.15 SIMPOSIO S-043
TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

Disturbo antisociale di personalità: dagli schemi di funzionamento alla relazione terapeutica

Chair: Andrea Gragnani, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma; Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC; Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Discussant: Giuseppe Nicolò, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva; ASL Roma 5; Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, SICC

Relazione tra vulnerabilità cognitiva e ambientale nel Disturbo Antisociale di Personalità: una revisione sistematica della letteratura

Relatore: Marianna Aceto, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma; Università Telematica Guglielmo Marconi, Roma

Co-autori:

Federico Isabella, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma;

Brasini Maurizio, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma;

Gragnani Andrea, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma; Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC; Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Cosimo, il giustiziere

Relatore: Sara Beccai, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitivo-comportamentale CTCC, Firenze

“M’odia, non m’odia”: Il sentimento di odio nella relazione terapeutica con il paziente antisociale

Relatore: Elena Bilotta, Psicologa, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori: Nicolò Giuseppe, Semerari Antonio - Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

La valutazione del Disturbo antisociale di personalità: dalla diagnosi alla valutazione del rischio di recidiva aggressiva/criminale

Relatore: Brunella Lagrotteria, Psicologa, Psicoterapeuta, ASL RM5 DSMDP; Università di Roma LUMSA; Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15
CORPO AULE - AULA 3

SIMPOSIO S-073

Disturbo Ossessivo Compulsivo: protocolli di intervento, procedure e tecniche di intervento innovative

Chair: **Elena Prunetti**, Psicoterapeuta, Didatta SITCC APC-SPC; Responsabile Centro di Psicoterapia CBT DBT di Padova

Discussant: **Teresa Cosentino**, Psicologa, Psicoterapeuta. Docente SPC-APC, Roma

Cognitive Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: results of an outcome naturalistic study

Relatore: **Vittoria Zaccari**, Psicologia Clinica e di Comunità, Università Europea di Roma. Specializzata in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma. Dottoranda di ricerca in Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma. Professore a contratto, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma. Socio SITCC e consigliere SITCC Lazio.

Co-autori: **Vittoria Zaccari**^{1,2}, **Andrea Gragnani**¹, **Giuseppe Femia**¹, **Valerio Pellegrini**^{1,3}, **Katia Tenore**¹, **Stefania Fadda**¹, **Olga I. Luppini**¹, **Barbara Basil**¹, **Teresa Cosentino**¹, **Claudia Perdighe**^{1,2}, **Giuseppe Roman**^{1,2}, **Angelo M. Saliani**¹, **Francesco Mancini**^{1,2}

1 Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Roma;

2 Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma;

3 Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione dell'Università Sapienza di Roma

Protocollo di intervento individuale di Compassion Focus Therapy in persone con diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Relatore: **Daniele Tresso**, Psicoterapeuta. Laureato in Psicologia Clinico-dinamica, Università degli studi di Padova. Centro di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale DBT Padova e Vicenza

Co-autori: **Nicola Petrocchi**^{§#}, **Barbara Cesarelli**^{*}, **Giovanni Bassanelli**^{*}, **Teresa Cosentino**[#], **Elena Prunetti**^{*#}.

**Centro di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale DBT Padova;*

§ Compassionate Mind Italia;

Scuola di Psicoterapia Cognitiva

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

Trattare Il disturbo ossessivo-compulsivo ricucendo la sensibilità' alla Colpa: dati preliminari di tre studi single-Case

Relatore: **Angelo Maria Saliari**, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio Didatta SITCC. Docente e Didatta APC, SPC, SICC, AIPC. Presidente SITCC Lazio.

Co-autori: **F. D'Olimpio**[°], **V. Zaccari**^{*^}, **G. Femia**^{*}, **B. Astiaso Garcia**^{*^}, **S. Fadda**^{*}, **A. Gragnani**^{*}, **G. Grossi**^{*}, **O. Luppino**^{*}, **G. Mangiola**^{*}, **C. Perdighe**^{*}, **K. Tenore**^{*}, **F. Mancini**^{*^}

* Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Roma;

° Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Caserta;

^ Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15

SIMPOSIO S-028

CORPO AULE - AULA 4

Prendersi cura di chi si prende cura: come lavorare con le figure di accudimento

Chair e Discussant: Francesca Baggio, Psicologa, Psicoterapeuta, didatta Associazione Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Padova

L'intervento di Parent Training secondo l'approccio REBT in un caso di Disturbo Ossessivo Compulsivo in età evolutiva

Relatore: Sara Bernardelli, Psicologa, Psicoterapeuta, didatta Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Albert Ellis Institute New York, Verona

La comunità educativa: quando chi si prende cura non è la famiglia. Un'esperienza di formazione, supervisione e supporto ad educatori di una comunità per minori

Relatore: Giulia Rancati, Laurea in Psicologia, Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva e Cognitivo Comportamentale Studi Cognitivi; psicoterapeuta presso Casa di Cura Villa Esperia, Università Bocconi Milano

Co-autori: Laura Rigobello, Psicologo, Psicoterapeuta, didatta Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Team DBT Pavia, Università Commerciale Bocconi

La seduta con genitori feriti e, a volte, incalzati dalla giustizia

Relatore: Michele Masotto, Psicologo, Psicoterapeuta, didatta Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Associazione Facilitazione genitoriale, Verona

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato	9.00-10.15	SIMPOSIO S-095
CORPO AULE - AULA 5		

Casi clinici complessi: tra la crisi di procedure e tecniche e il ragionamento clinico

Chair: Giuseppe Grossi, APC-SPC, Rome, CPR InMovimento, Fondi

Discussant: Veronica Sanges, SPC, Napoli

“Dottore ho paura di lei!”. Un caso di disturbo ossessivo compulsivo con fenomeni dissociativi e percezioni persecutorie

Relatore: Enrico Iuliano, APC-SPC, Roma; CPR InMovimento, Fondi

Fattori e processi che ostacolano la terapia: il caso di R.

Relatore: Fabrizia Tudisco, SPC Napoli

“La terapia del tutto”. Un caso di Disturbo ossessivo compulsivo e Disturbo Borderline di personalità

Relatore: Luca Cieri, APC-SPC, Roma, ASL Roma 5; Istituto Psicopatologia, Roma

Il trattamento di un caso di Disturbo Ossessivo Compulsivo con importante ritiro sociale, in un ragazzo domiciliato presso una struttura residenziale psichiatrica per minori

Relatore: Michele La Sala, SPC Napoli, CPR InMovimento, Fondi

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15
CORPO AULE - AULA 6

SIMPOSIO S-064

Ritiro sociale: psicopatologia, caratteristiche cliniche, genitorialità

Chair: Fabio Moroni, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Discussant: Manuel Petrucci, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Ritiro Sociale: Cosa fare? Chi deve fare? Come deve fare?

Relatore: Michele Procacci, Psichiatra, Psicoterapeuta, ASL RM1, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Giovani con ritiro sociale: casi clinici a confronto e caratteristiche peculiari

Relatore: Barbara Paoli, Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo; ASL RM3, Municipio XII – D4 – Centro di Salute Mentale, Roma

L'impatto del ritiro sociale sui genitori: un gruppo di sostegno in ottica cognitivo-comportamentale

Relatore: Roberta Trincas, Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo; ASL RM3, Municipio XII – D4 – CSM; Scuole di Psicoterapia Cognitiva S.r.l., Roma

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato - 10.15-11.30
TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA TAVOLA ROTONDA

Il ruolo del meta-emotional problem nella psicopatologia

Chair e Discussant: Giuseppe Romano, Psicologo, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Università "G. Marconi" Roma, Didatta SITCC, Roma

Il meta-emotional problem nei disturbi d'ansia e dell'umore: dalla ricerca alla clinica

Relatore: Andrea Gragnani, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma e Grosseto; Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC; Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari, Roma

Co-autori: Federica Visco Comandini, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Meta-emotional problem e Disturbi di Personalità: quale relazione?

Relatore: Antonino Carcione, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC), Roma

Meta-emotional problem nella schizofrenia: dalla psicopatologia alla psicoterapia

Relatore: Tullio Michele Scrimali, Psichiatria, Psicoterapeuta didatta, Università di Catania e Centro Clinico ALETEIA di Enna, Acicastello e Palermo, Catania ed Enna

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato - 10.15-11.30
TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Casi clinici complessi: modelli a confronto

Chair: Daila Capilupi, Psicologa, Psicoterapeuta, Bologna

Discussant: Carla Maria Vandoni, Psicologa, Psicoterapeuta, STPC Scuola Torinese
Psicoterapia Cognitiva, Torino

Un caso di schizofrenia paranoide: dal terrore di tutto al coraggio di abbracciare la vita

Relatore: Barbara Barcaccia, Laurea in Psicologia e laurea in Filosofia, Dottore di ricerca (PhD), Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale. Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC e Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva AIPC. Sapienza Università di Roma

Il trattamento di un caso complesso in TMI attraverso le videotecniche: self mirroring therapy e video imagery rescripting

Relatore: Michela Alibrandi, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva di Genova

Co-autori:

Barbara Magnani, Laurea in Neuropsicologia, specializzazione in Psicoterapia cCognitivo-Comportamentale, dottorato in Psicobiologia, Psicoterapeuta Centro Informa-Mente

Giancarlo Dimaggio, Psichiatra, Psicoterapeuta, socio didatta SITCC, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale Roma

Disturbi di personalità complessi e Terapia Metacognitiva Interpersonale: obiettivi, strategie e tattiche. Problematicità della relazione terapeutica

Relatore: Donatella Fiore, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato - 10.15-11.30
TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Impasse terapeutiche: soluzioni a confronto

Chair e Discussant: Angelo Maria Saliani, Psicologo, Psicoterapeuta, docente e didatta APC, SPC, SICC, Roma – AIPC Bari - Socio Didatta SITCC

Relatori:

Katia Tenore, Psicologa, Psicoterapeuta, trainer e supervisore ISST, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Italian Academy of Schema Therapy, Università Guglielmo Marconi, Roma

Giuseppe Grossi, Psicologo, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di psicoterapia cognitiva Roma; CPR InMovimento, Fondi

Raffaele Popolo, Psichiatra, Psicoterapeuta, DSM ASL Roma 1, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato - 10.15-11.30
TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO
TAVOLA ROTONDA

La dimensione verticale: potere, conflitto e ordine morale al di là del sistema del rango

Chair: Francesco Mancini, Psichiatra, Psicoterapeuta. Direttore della scuola di specializzazione in Psicoterapia cognitivo-comportamentale dell'Associazione di Psicologia Cognitiva (APC-SPC), Roma

Discussant: Mauro Giacomantonio, Università degli Studi di Roma "Sapienza", Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, ROMA

Natura, consapevolezza e coraggio del rapporto di tutela e suo tradimento

Relatore: Cristiano Castelfranchi, CNR, Roma

Quando parliamo di rango, parliamo davvero di rango? Un invito a ripensare le basi evoluzionistiche della psicoterapia

Relatore: Simone Cheli, Department of Psychology, St. John's University, Roma - TAGES Onlus, Firenze

Per seguir virtute e canoscenza: un elogio del rango e del potere sociale

Relatore: Manuel Petrucci, Scuola Di Psicoterapia Cognitiva Spc, Roma

Tutela e abuso nella relazione terapeutica

Relatore: Maurizio Brasini, Psicologo, Psicoterapeuta, Docente e Didatta SPC, APC, Roma – IGB Palermo - Socio Didatta SITCC

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Venerdì - 12.00-13.00 AULA MAGNA RETTORATO
PLENARIA con traduzione simultanea

45 anni di ricerca in Psicoterapia sulla Depressione: panoramica di un percorso di ricerca Meta-analitico

Chair: Antonio Semerari, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva - Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC), Roma

Discussant: Simone Cheli, Department of Psychology, St. John's University, Roma - TAGES Onlus, Firenze

Relatore: Pim Cuijpers, Professore di psicologia clinica presso la Vrije Universiteit Amsterdam, Paesi Bassi, e direttore del Centro di collaborazione dell'OMS per la ricerca e la diffusione degli interventi psicologici ad Amsterdam

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato - 13.00-14.00 TORRE ROSSI, AULA ROSSI
Riunione Sezioni Regionali

23 Settembre, Sabato 14.00-15.15 SIMPOSIO S-004
TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

È possibile fare studi di efficacia in Italia? Alcune esperienze tra difficoltà e best practices

Chair: Simone Cheli, Psicologo, Psicoterapeuta, Tages Onlus & Università di Firenze

Discussant: Maurizio Brasini, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

L'esperienza di Tages Onlus nel trattamento dei tratti perfezionistici e schizotipici

Relatore: Simone Cheli, Psicologo, Psicoterapeuta, Tages Onlus & Università, Firenze

Co-autori: Veronica Cavalletti, Centri Clinici Tages, Firenze

Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (MBCT for OCD): presentazione di due studi di efficacia, Open Trial e RCT, realizzati rispettivamente in un contesto italiano ed estero

Relatore: Luca Bodini, Psicologo, IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Verona, Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona

Co-autori: Fabrizio Didonna, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro Italiano di Terapia Cognitiva-Mindfulness per il DOC e il Trauma

Terapia Metacognitiva Interpersonale: efficacia preliminare e trial randomizzati

Relatore: Giancarlo Dimaggio, Psichiatra, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

14.00-15.15

SIMPOSIO S-076

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

La DBT in differenti contesti e pazienti: esperienze e implementazioni a confronto

Chair: Ilaria Riccardi, Psicologa, Specializzazione in Psicologia Clinica e Psicoterapia Cognitivo Comportamentale, dottorato di ricerca in Neurobiologia della plasticità neurale, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma

Discussant: Andrea Gragnani, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC

Il trattamento skill training DBT per i disturbi gravi di personalità nei servizi della salute mentale e dipendenze patologiche dell' Emilia Romagna

Relatore: Gianluca Farfaneti, Responsabile SDD Psicologia Clinica e Psicopatologia, Forlì-Cesena, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Forlì-Cesena

Co-autori: Michele Sanza, Psichiatra, Direttore Dipartimento Salute Mentale, Forlì

“Ragazze interrotte”: l'esperienza della DBT in un Servizio per adolescenti con gravi disturbi del comportamento e della regolazione emotiva

Relatore: Annarita Milone, Direttore di UOS IRCCS Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI

Co-autori:

Lisa Polidori, Laurea in Psicologia, specializzazione in Psicologia Clinica e Psicoterapia, Dirigente psicologo UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva IRCCS Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI;

Placini Francesca, Dirigente medico UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva IRCCS Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI;

Ruglioni Laura, Dirigente psicologo UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva IRCCS Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI;

Valente Elena, Dirigente psicologo UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva IRCCS Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI.

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

L'esperienza della DBT nel contesto carcerario: un'applicazione con detenuti giovani adulti

Relatore: **Donatella Fiore**, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Co-autori: **Lavinia Barone**, Laurea in Psicologia, Laurea in filosofia, Specializzazione e Dottorato in Psicologia, Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Professore ordinario, Università degli Studi di Pavia

Un programma di prevenzione primaria: introduzione alle DBT Skills nelle scuole

Relatore: **Paola Pazzano**, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva di Bari, Centro di Psicoterapia Cognitiva Ecopoiesis, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Reggio Calabria

Co-autori: **Giordano Annalisa, Milano Rossella Maria, Mangiola Gaetano** - Centro di Psicoterapia Cognitiva Ecopoiesis, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Reggio Calabria

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

14.00-15.15

SIMPOSIO S-108

TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

Il trattamento intensivo del Disturbo Ossessivo Compulsivo

Chair: Giuseppe Romano, Psicologo, Psicoterapeuta, Professore straordinario Università "G. Marconi" Roma, Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC Roma, Grosseto e Ancona, SICC Roma, APC Verona, IGB Palermo

Discussant: Gaetano Mangiola, Centro Clinico Ecoipoiesis, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Reggio Calabria

Effetti a lungo termine di un trattamento intensivo del disturbo ossessivo compulsivo associato a trattamento dei familiari

Relatore: Francesca Mancini, Psicologa, psicoterapeuta, Centro Clinico Verona

Co-autori:

Turri, Alice, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro Clinico Verona;

Biondani, Irene, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro Clinico Verona;

Mancini, Francesco, Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC

Trattamento di 4 giorni di Bergen: un'esperienza norvegese

Relatore: Paola Spera, Psicologa, Psicoterapeuta, Dritto al Punto STP, Verona

Co-autori: Francesca Mancini, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Verona

Diana, una ragazza ricorsa al trattamento intensivo

Relatore: Benedetto Astiaso Garcia, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori:

Romano Giuseppe, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Nuzzo Ilaria, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto;

Segatori Eugenia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma;

Mancini Francesco, Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC e APC

Il trattamento intensivo del DOC: descrizione del protocollo e dati di esito

Relatore: Giuseppe Romano, Psicologo, Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma; Università "G. Marconi", Roma

Co-autori: Mancini, Francesco, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva;

Ercolani, Giordana, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva;

Tenore, Katia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, IAST, Italian Academy Schema Therapy;

Astiaso Garcia, Benedetto, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

14.00-15.15

SIMPOSIO S-096

TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

Complex Post-Traumatic Stress Disorder: proposte terapeutiche ed efficacia dei trattamenti

Chair: Erica Pugliese, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma. Presidente Associazione Millemè - Violenza di Genere e Dipendenze Affettive, Roma

Discussant: Stefania Fadda, Scuole di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma

cPTSD: diagnostic criteria, assessment and treatment: a narrative review from a cognitive-behavioral perspective

Relatore: Federica Visco-Comandini, Centro Psychè (Medici per i diritti umani) e Associazione di Psicoterapia Cognitiva APC, Roma

Co-autori:

Luciana Ciringione, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Verona

Cannito Loreta, SPC, Ancona;

Cornacchia Lucia, SPC, Roma;

Gino Fabiana, SPC, Grosseto;

Di Domenico Sara, SPC, Roma;

Albanese Marzia, SPC, Roma;

Fadda Stefania, SPC;

Pugliese Erica, SPC, Roma;

Visco-Comandini Federica, SPC, Roma

Hai paura del buio? Il trattamento degli incubi di una vittima di tortura

Relatore: Marzia Albanese, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, SPC Roma

Il caso di Daniel: "Chi sono? Non lo so..so solo che dentro di me è come se fossi in guerra

Relatore: Anna Maria Petta, Associazione Crossing Dialogues, Roma

Aisha: il corpo come veicolo del trauma

Relatore: Federica Visco-Comandini, Centro Psychè, Medici per i diritti umani, e Associazione di Psicoterapia Cognitiva APC, Roma

Co-autori: Ciolfi Alessandra, Associazione di Psicoterapia Cognitiva APC

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

14.00-15.15

SIMPOSIO S-066

TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

Disregolazione Emotiva in Adolescenza

Chair: Alessia Laforgia, Centro Clinico AIPC, Bari

Discussant: Giorgia Simoncini Malucelli, Sleep Medicine Unit, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma

Disgusto Verso sé stessi e autolesionismo Nsel DBP

Relatore: Ferlisi Gabriele, Psicologo, Psicoterapeuta, Órmos Centro di Psicoterapia Cognitiva, Università degli Studi di Bari

Co-autori: Palmisano Giovanni Luca, CRISI scarl Onlus, Università Bona Sforza

Autolesionismo e fattori di rischio: la personalità e gli eventi avversi

Relatore: Arturo Catalano, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro Clinico AIPC Bari, Centro Gipsi Fondazione E.P.A.S.S.S., Bari

Co-autori:

Laforgia Alessia, Centro Clinico AIPC Bari;

Foschino Barbaro Maria Grazia, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, AIPC Bari

Dimensionalità d'attaccamento e regolazione emotiva. Impatto sulla vulnerabilità all'ansia sociale e ai disturbi alimentari

Relatore: Marcantonio Gagliardi, Psicologo, Psicoterapeuta, University of Greenwich, London, UK

Alessitimia e instabilità emotiva: uno studio osservazionale negli adolescenti

Relatore: Adriana Leccese, Psicologa, Specializzanda Psicoterapeuta, AIPC Bari, Università di Foggia

Co-autori:

Lucia Monacis, Università di Foggia;

Antonella Calvio, Specializzata AIPC Bari, Università di Foggia;

Melania Severo, Specializzanda Psicoterapeuta IV anno, AIPC Bari, Università di Foggia;

Giusi Antonia Toto, Università di Foggia;

Annamaria Petito, Docente AIPC Bari, Università di Foggia;

Pierpaolo Limone, Università Pegaso

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato - 14.00-15.15 **TORRE ROSSI E CORPO AULE**
COMUNICAZIONI LIBERE
Vedi dettaglio

23 Settembre, Sabato **15.15-16.30** **SIMPOSIO S-054**
TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

L'utilizzo degli interventi Terapeutico-Riabilitativi all'interno del Sistema Sanitario Nazionale: applicabilità e sostenibilità

Chair: Vincenzo Russo, Psicologo clinico, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma1, UOC Salute Mentale 1 distretto, Roma

Discussant: Giuseppe Nicolò, Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore DSM ASL Roma5, Terzo Centro di Terapia Cognitiva, Roma

Trattamento di gruppo dei Disturbi Emotivi Comuni nei Servizi di Salute Mentale

Relatore: Vincenzo Russo, Psicologo clinico, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma1, UOC.Salute Mentale 1 distretto

Co-autori: Iliaria Martelli Venturi, Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma1, U.O.C. Salute Mentale 14 distretto

Social Skill Training: dalla teoria all'applicazione nei Servizi

Relatore: Laura Bernabei, Dirigente Psicologo, Psicoterapeuta DSM-DP, ASL Roma 5; Direttore Didattico Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Sapienza Università di Roma

Applicazione di un protocollo basato sull'Acceptance and Commitment Therapy in un Servizio di tutela e Salute Mentale dell'Asl Roma 6.

Risultati e Prospettive Future.

Relatore: Maria Caccetta, Dirigente Psicologo Asl Roma 6, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale SPC, Istruttrice di Mindfulness, Formatrice Centro Studi Erickson, Roma

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-020

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

Maltrattamenti infantili e traumi come fattori di rischio e di mantenimento nei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DA): quali prospettiva di cura

Chair: **Patrizia Todisco**, Medicina Interna e Psichiatria, Psicoterapeuta, Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i Disturbi dell'Alimentazione, Villa Margherita, Arcugnano (VI)

Discussant: **Silvia Rinaldi**, Medico Chirurgo, Psicoterapeuta, Specializzazione in Psicologia Clinica e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva; Didatta SITCC, Professore a contratto Università degli Studi dell'Insubria e Docente Scuola di Specializzazione CTC, Varese

Gli eventi traumatici nei Disturbi dell'Alimentazione: update della letteratura

Relatore: **Patrizia Todisco**, Laurea In Medicina, Medicina Interna e Psichiatria, Psicoterapeuta, Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i Disturbi dell'Alimentazione, Villa Margherita, Arcugnano (VI)

Comportamenti autolesivi e disturbi dell'alimentazione: quale rapporto? Una revisione alla luce dei dati epidemiologici relativi alla pandemia Covid-19

Relatore: **Armando Cotugno**, Psichiatra, Psicoterapeuta; Responsabile UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare; Centro Clinico Astrea, Roma

Trattamento trauma informed dell'AN secondo il modello di N. Seijo: un caso clinico

Relatore: **Maria Paola Boldrini**, Psicologia Clinica e di Comunità; Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale; ESTD President elect and Chair of Education Committee Trainer, Supervisor AreaTrauma, Modena

Mindfulness come elemento regolatore – dati di una ricerca clinica

Relatore: **Anna Pillan**, Psicologa Clinica, Psicoterapeuta Sistemico Relazionale e Familiare; Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i Disturbi dell'Alimentazione, Villa Margherita, Arcugnano (VI)

Co-autori: **Bucci Enrica**, Psicologa Clinica, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale;

Cazzola Chiara, Psicologa Clinica, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale;

Buscaglia Francesca, Psicologa Clinica, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale;

Garolla Alice, Psicologa Clinica, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i Disturbi dell'Alimentazione, Villa Margherita, Arcugnano (VI)

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato 15.15-16.30 SIMPOSIO S-062
TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

Identità di genere, sessualità e relazioni interpersonali: tematiche attuali in psicoterapia e sessuologia

Chair: Cecilia Volpi, Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta SITCC. Scuola ATC Cagliari, Studio Multiverso Roma

Discussant: Antonio Fenelli, Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, Didatta SITCC. Scuola ATC Cagliari, Studio Multiverso Roma

To be non-binary or not to be? Evader per non soffrire: due storie parallele

Relatore: Angelo Maria Inverso, Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, Didatta SITCC. AUSL Valle D'Aosta, Ivrea

L'approccio clinico nella varianza e nella disforia di genere

Relatore: Gaia Polloni, Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa Clinica, Didatta CTC Como, Milano e Torino. Centro Terapia Cognitiva, Como

I cambiamenti delle relazioni affettive e sessuali in clinica e nelle scuole di specializzazione

Relatore: Ivan De Marco, Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo Clinico, Didatta SITCC. IUSTO affiliato Pontificia Studiorum Universitas Salesiana, Pinerolo (TO)

Sex Robot. L'inizio di una nuova era della sessualità?

Relatore: Angelo Zappalà, Psicologo, Psicoterapeuta, Criminologo Clinico. CBT Academy, IUSTO Università Pontificia Salesiana di Torino

Co-autori: Cabula Ilaria, CBT Academy, Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva Comportamentale in ambito clinico e forense, Torino

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-098

TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

Le scuole di specializzazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale: modelli di formazione a confronto

Chair: Marta Sconci, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Terapia Cognitiva di Como e Milano, Centri Psicologia Clinica, Milano

Discussant: Carlo Ricci, Psicologo, Psicoterapeuta, Consulta Scuole di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale, Istituto Walden, Università Pontificia Salesiana di Roma

La formazione in Psicoterapia Cognitivo Costruttivista Relazionale: la dimensione del saper fare e del saper essere

Relatore: Eleonora Rosi, Psicologa, specializzanda in Psicoterapia, Scuola di Specializzazione Centro di Terapia Cognitiva, Child Psychopathology Unit, Scientific Institute, IRCCS Eugenio Medea, Como

Co-autori: Arianna Bonanomi¹; Jessica Galli¹; Giulia Giribono¹; Martina Meroni¹; Anna Messina^{1,3}; Eleonora Moro¹; Erika Raggi¹; Claudia Rubis¹; Francesca Terzaghi¹; Natascha Usai¹

1 Scuola di Specializzazione Centro di Terapia Cognitiva;

3 Faculty of Biomedical Sciences, Institute of Public Health, Università della Svizzera italiana, Lugano.

Sinergia tra ricerca e pratica clinica evidence-based

Relatore: Arianna Belloli, Dottoranda di ricerca in Psicologia e Psicologa-psicoterapeuta in formazione, Sigmund Freud University Milano-Vienna, Studi Cognitivi Milano

Co-autori:

Matilde Buattini, Sigmund Freud University Milano-Vienna, Studi Cognitivi Milano;

Alessio Mantovani, Sigmund Freud University Milano-Vienna;

Giovanni Maria Ruggiero, Sigmund Freud University Milano-Vienna, Studi Cognitivi Milano, Consulta Scuole di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale

TMI vs. CBT standard: cosa rende un terapeuta più efficace?

Relatore: Doriana Chirico, Psicologa, specializzanda in Psicoterapia, Scuola di Specializzazione SPC, Reggio Calabria, Centro di Psicoterapia Cognitiva Associazione Ecoipoiesis, Reggio Calabria

Co-autori: Augusta Luana^{5,6}; De Santis Giuseppe^{5,6}; Drago Nancy^{5,6}; Lavilla Federica^{5,6}; Conti Laura^{1,3,4}; Mangiola Gaetano^{1,2,5}

1 Didatta SITCC; 2 Didatta SPC; 3 Didatta SPC/APC; 4 Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva;

5 Centro di Psicoterapia Cognitiva Associazione Ecoipoiesis; 6 Scuola di Specializzazione SPC

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

Diventare un buon terapeuta: esplorazione del percorso formativo

Relatore: **Marco Angelillo**, Psicologo, specializzando in psicoterapia, Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Co-autori: **Annalisa Loconsole**¹; **Carolina Papa**^{2,3}; **Gianluca Cruciani**²; **Ludovica Briotti**⁴; **Claudia Perdighe**²; **Mariagrazia Foschino Barbaro**^{1,5}; **Livia Colle**^{1,6}; **Barbara Barcaccia**^{1,2,3}

1 Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari;

2 Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma;

3 Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma;

4 Fondazione Villa Maraini Onlus, Roma;

5 Consulta Scuole di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale;

6 Terzo Centro di Psicoterapia, Roma

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-102

TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

L'utilizzo dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) con gli adolescenti: esperienze cliniche a confronto

Chair: Emanuele Rossi, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC, Association for Contextual Behavioral Science ACBS, Pesaro

Discussant: Lorenza Isola, Psicologa, Psicoterapeuta, Equipe per l'Età Evolutiva, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC, Didatta SITCC

L'Acceptance and Commitment Therapy nella terapia del perfezionismo maladattivo in età evolutiva: uno studio pilota

Relatore: Cristiana Patrizi, Psicoterapeuta Equipe per l'Età Evolutiva, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC, Didatta SITCC

Co-autori:

Semeraro Valeria, Psicologa, Psicoterapeuta Equipe per l'Età Evolutiva, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC, Docente SITCC;

Masci Silvia, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC;

Di Giulia Claudia, Psicoterapeuta TSMREE XIV Municipio di Roma

Il caso di S.: i valori come bussola per la terapia e per la vita

Relatore: Dalila Gigante, Psicologa clinica, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

V.A.I. Aurora: Un percorso di promozione di Volontà, Accettazione e Impegno attraverso i sei passi della matrice ACT

Relatore: Valentina Ronzi, Scuola di Psicoterapia Cognitiva IGB, Association for Contextual Behavioral Science ACBS, Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva SITCC, Palermo

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato 15.15-16.30 SIMPOSIO S-033
TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Dalla relazione ai protocolli, il lavoro specifico di alcuni psicoterapeuti cognitivisti sui fattori aspecifici

Chair: Francesco Pratesi Telesio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale CTCC, Firenze

Discussant: Tullio Michele Scrimali, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Professore Università di Catania e Scuola ALETEIA di Enna, Direttore Centro Clinico Aleteia di Enna, Acicastello, Catania

La Psicoterapia tra bonobo e scimpanzé

Relatore: Ferdinando Galassi, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, S.O.D. Psichiatria Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi AOUC, Firenze, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale CTCC, Firenze

La psicoterapia nello spazio: incontri ravvicinati tra paziente e terapeuta

Relatore: Bruno Intreccialagli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Secondo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Il terapeuta “coraggioso”: se la neurobiologia guida la presenza del terapeuta

Relatore: Sara Beccai, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale CTCC, Firenze

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-005

TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Violenza di Genere: cosa stiamo sbagliando?

Chair: Francesca Cavallo, Psicoterapeuta, Rappresentante Regionale SITCC Abruzzo, Dottore di Ricerca in Neuroscienze, Sessuologa Clinica Università dell'Aquila, Pescara

Discussant: Iaria Baiardini, Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Genova

I numeri della violenza di genere. Come stiamo affrontando il fenomeno: leggi e risultati

Relatore: Beatrice Sabatelli, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro TMI, Roma

Co-autori:

Lenzi D., Centro TMI Roma;

Golia M., CTU/CTP Napoli;

Capodanno A.M., Psicoterapeuta, Centro TMI Napoli;

Pasetto A., Centro Petra Verona.

“Protocolli di intervento efficaci per le vittime: esempi clinici e proposte”

Relatore: Delia Lenzi, Neurologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale Roma, Associazione Millemè violenza di genere, Roma

Co-autori:

Marchi L., Centro Psicoclinico Pisa;

Golia M., CTU/CTP Napoli;

Capodanno A.M., Psicoterapeuta, Centro TMI Napoli;

Pasetto A., Centro Petra Verona

“Percorsi di cura per gli autori di violenza: l'approccio metacognitivo”

Relatore: Andrea Pasetto, Psicoterapeuta, Spazio uomini N.A.V. (Non Agire Violenza), Centro Petra, Verona

Co-autori:

Marchi L., Centro Psicoclinico Pisa;

Lenzi D., Associazione Millemè violenza di genere, Roma;

Golia M., CTU/CTP Napoli;

Capodanno A.M., Psicoterapeuta, Centro TMI Napoli

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

Criticità e limiti dei protocolli attuali: cosa stiamo sbagliando?

Relatore: Francesca Cavallo, Psicoterapeuta, Rappresentante Regionale SITCC Abruzzo,
Dottore di Ricerca in Neuroscienze, Sessuologa Clinica Università dell'Aquila

Co-autori:

Marchi L., Centro Psicoclinico, Pisa;

Lenzi D., Associazione Millemè violenza di genere, Roma;

Capodanno A.M., Psicoterapeuta, Centro TMI, Napoli;

Pasetto A., Centro Petra, Verona

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato 15.15-16.30 SIMPOSIO S-107
TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

CTC. Centro Terapia Cognitiva = Costruire Tendenza Culturale. I Laboratori Scientifico Culturali del CTC tra crescita personale e collaborazione nella navigazione della complessità

Chair: Marzia Mattei, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Terapia Cognitiva, Como, Milano, Torino

Discussant: Fabio Aldo Pietro Furlani, Medico, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali, Centro Terapia Cognitiva, Como, Milano, Torino; Studio Torinese Psicologia Cognitiva

Gli intrecci dei Laboratori Scientifico Culturali del Centro Terapia Cognitiva. Effetti del caregiving sull'equilibrio familiare: come interviene la malattia sulle dinamiche relazionali tra genitori e figli nelle varie fasi del ciclo di vita?

Relatore: Roberta Vaccaro, Psicologa, Neuropsicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Cognitiva, Como, Fondo per l'Alzheimer e le Demenze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Co-autori:

Simona Abbondanza, Psicologa, Neuropsicologa, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva, Como Milano Torino; Ginco coop soc, Como; Centro Riabilitativo ABILI, Milano

Cardani Isabella, Psicologa, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva, Como Milano Torino; Asst- Lariana;

Rizzi Marta, Psicologa, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva, Como Milano Torino.

Ampliare i punti d'osservazione sul lutto, per ampliare le opportunità di cura in psicoterapia

Relatore: Augusto Salvatore Altavilla, Medico, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva, Como Milano Torino

Co-autori: Manerchia Grazia, Psicologa, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva, Como Milano Torino

Il sistema motivazionale interpersonale cooperativo nel calcio

Relatore: Daniele Crosta, Psicologo, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva, Como Milano Torino

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

Co-autori:

Cardani Isabella, Psicologa, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva
Como Milano Torino; Asst- Lariana;

Morosi Elisa, Psicologa, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva
Como Milano Torino, Polo di Psicologia s.r.l.;

Vacchi Laura, Psicologa Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva
Como Milano Torino, Università degli Studi di Milano-Bicocca;

Robbioni Samuele, Psicopedagogo e Formatore;

Senes Matteo, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato	15.15-16.30	SIMPOSIO S-056
	CORPO AULE - AULA 3	

TAM (Three Axis Model): un modello a tre assi per la concettualizzazione del caso in un'ottica evolutiva e costruttivista. Nuovi sviluppi.

Chair: **Filippo Nicola Frassi**, Psicologo, Psicoterapeuta, Associazione Studi Cognitivi Pandora (LU), Centro Psicoterapia Cognitiva, Pontedera (PI)

Discussant: **Michele Procacci**, Psichiatra, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Presentazione concettuale del modello TAM

Relatore: **Riccardo Bertaccini**, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Centro di Terapia Cognitiva Forlì, Azienda USL Romagna, Forlì

Co-autori:

Furio Lambruschi, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Centro Terapia Cognitiva, Forlì;
Lisa Polidori, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, IRCCS Fondazione Stella Maris.

L'intervista TAM-I e la Scala di Valutazione TAM-S

Relatore: **Giuliano Cuoghi**, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Centro Terapia Cognitiva di Bologna

Co-autori:

Bianca R. Berti, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Università degli Studi di Pisa, Azienda USL Nord-Ovest Toscana;

Sabrina Delbarba, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Centro Terapia Cognitiva di Forlì.

Il sistema di codifica del modello TAM

Relatore: **Melvin Piro**, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Centro Terapia Cognitiva di Forlì

Co-autori: **Andrea Epifani**, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC.

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-023

CORPO AULE - AULA 4

Psicoterapia e neuromodulazione cerebrale non invasiva: opportunità e sfide di un approccio integrato ed innovativo al trattamento delle dipendenze

Chair: **Manuela Pasinetti**, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Discussant: **Luca Rossi**, Psicologo, Psicoterapeuta, SC Psicologia ASL TO3 A.F. Dipendenze, Sessuologo Clinico, Docente Scuola di Psicoterapia Cognitiva CTC Torino, Coordinatore Referente AIPD (Area di interesse psicoterapia delle dipendenze) SITCC

Psicoterapia cognitivo-comportamentale e stimolazione magnetica transcranica nei disturbi da dipendenza: efficacia di un approccio terapeutico integrato

Relatore: **Werner Maria Natta**, Psichiatra, Psicoterapeuta, Professore a contratto di Psichiatria per il Servizio Sociale, Università del Piemonte Orientale, Direttore Sanitario Brain and Care, Torino

Co-autori:

Mattei Cristina, Brain and Care;

Madeo Graziella, Brain and Care;

De Giovanni Antonio, Brain and Care;

Rossi Luca, SC Psicologia ASL TO3 A.F. Dipendenze;

Zanardi Gabriele, Brain and Care;

Bonci Antonello, Brain and Care

Analisi delle ricadute e dei drop-out in soggetti con dipendenza da cocaina che hanno seguito un protocollo di Stimolazione Magnetica Transcranica ripetitiva

Relatore: **Silvia Perrone**, Psicologa, Psicoterapeuta, PSINEURO - Istituto Neuroscienze Cliniche Lecce, Membro Comitato Scientifico "Advanced Center for Hermeneutics and Applied Phenomenology", Università del Salento

Co-autori: **Caggia Giovanni**; **De Luca Giulia** - Istituto NeuroScienze Cliniche – PSINEURO

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-032

CORPO AULE - AULA 5

Il lutto complicato: modelli cognitivi, personalità e trattamento

Chair: **Stefania Fadda**, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Discussant: **Roberta Trincas**, Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo; CSM ASL RM3 - Municipio XII; Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Lutto complicato e tratti di personalità

Relatore: **Vanessa De Tommaso**, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Grosseto

Co-autori:

Bernaudo Antonella, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Lecce;

Bonina Francesca, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Reggio Calabria;

Trincas Roberta, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Fadda Stefania, Scuole di Psicoterapia Cognitiva

Il caso di Giusy, un lutto che diventa identità

Relatore: **Silvia Rosafio**, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Lecce, Centro Nova Mentis, Lecce

Co-autori: **Trincas Roberta, Fadda Stefania** - Scuole di Psicoterapia Cognitiva

Tua per sempre: Storia di un legame permanente

Relatore: **Daila Capilupi**, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di psicoterapia Cognitiva, Bologna

La psicoterapia trauma focused nel lutto traumatico in età evolutiva.

Il caso di Marta, un'orfana di femminicidio

Relatore: **Marvita Goffredo**, Psicologa, psicoterapeuta, AIPC Bari

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-081

CORPO AULE - AULA 6

Ricerca e clinica della disregolazione emotiva in età evolutiva

Chair: Carlo Buonanno, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Discussant: Vittoria Zaccari, Laurea in Psicologia, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma

Il ruolo dei tratti callous unemotional e dei giudizi morali nello sviluppo di condotte aggressive, in un campione clinico di bambini con disturbo da deficit di attenzione/ipertattività e disturbo dello spettro autistico

Relatore: Giuseppe Grossi, Laurea in Psicologia, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Centro di Psicoterapia e Riabilitazione, CPR InMovimento, Fondi

Co-autori:

Pizzini Barbara, Università telematica Giustino Fortunato;

Strappini Francesca, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Dipartimento di Filosofia e Comunicazione, Università di Bologna;

Socci Valentina, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Dipartimento di scienze cliniche applicate e biotecnologiche, Università degli Studi dell'Aquila;

Iuliano Enrico, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Centro di Psicoterapia e Riabilitazione, CPR InMovimento, Fondi;

Porfirio Maria Cristina, Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma;

Mazzone Luigi, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma;

Bruno Ginevra, Università degli Studi di Roma, Tor Vergata;

Buonanno Carlo, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC.

Il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente: Marco e la rabbia del piccolo Hulk

Relatore: Veronica Nunziante, Laurea in Psicologia, IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli

Co-autori: Buonanno Carlo, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC

Disregolazione emotiva in preadolescenza. Un'esperienza di integrazione ACT e DBT applicata al contesto terapeutico di gruppo

Relatore: Martina Zaccaria, Laurea in Psicologia, Psicoterapeuta, Scuola Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

Co-autori:

Ercolani Giordana, Scuola di psicoterapia cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma;

Romano Giuseppe, Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma, Università "G. Marconi" Roma, Centro Clinico "Marco Aurelio" Roma

Test of Self-Conscious Affect for Adolescents (TOSCA-A): validazione della versione italiana in un campione di adolescenti

Relatore: Martina Simonelli, Laurea in Psicologia, IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC, Roma

Co-autori:

Buonanno Carlo, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC;

Grossi Giuseppe, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Roma, Centro di Psicoterapia e Riabilitazione CPR InMovimento, Fondi;

Iuliano Enrico, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Roma, Centro di Psicoterapia e Riabilitazione CPR InMovimento, Fondi;

Socci Valentina, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Roma, Università degli Studi dell'Aquila;

Strappini Francesca, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Roma, Università di Bologna.

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato - 16.30-17.45
TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Dissociazione e Integrazione

Chair: Rita B. Ardito, PhD, Psicologa, Psicoterapeuta, Professore Associato di Psicologia clinica, Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

Discussant: Mauro Adenzato, PhD. Professore Ordinario di Psicologia generale, Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

Dalla disintegrazione traumatica alla dissociazione degli stati di sé

Relatore: Benedetto Farina, Psichiatra, Psicoterapeuta, Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Università Europea di Roma e Centro Clinico Janet, Roma

Quotidiane Dissociazioni

Relatore: Antonio Fenelli, Neuropsichiatra, Psicoterapeuta. Scuola ATC Cagliari, Studio Multiverso Roma

Alexithymia e dissociazione nella clinica psicosomatica

Relatore: Piero Porcelli, Psicologo, Psicoterapeuta, Professore Ordinario di Psicologia clinica, Università di Chieti

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato - 16.30-17.45
TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Perversioni e autori di reato: vulnerabilità e aspetti forensi e clinici

Chair: Antonietta Curci, Professoressa ordinaria di “Psicologia Generale” e “Psicologia Forense” presso l’Università degli Studi di Bari Aldo Moro. Coordinatrice del Master Universitario di II livello in Psicologia Giuridica e Neuropsicologia Forense dell’Università degli Studi di Bari

Discussant: Ivan De Marco, Psicologo, Psicoterapeuta, didatta SITCC, sessuologo clinico FISS, vicepresidente SIPCP, responsabile del Centro Studi Autopoiesi, Docente Aggiunto di Psicologia clinica e dinamica presso IUSTO, affiliato Pontificia Studiorum Universitas Salesiana, Pinerolo (TO)

La relazione terapeutica col paziente perverso

Relatore: Fabio Monticelli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro Clinico de Sanctis, Roma

Strumenti per l’identificazione degli interessi sessuali devianti

Relatore: Angelo Zappalà, IUSTO Università Pontificia Salesiana, Abo Akademi University, Turku, Finland, Torino

Autori di reato e percorsi forensi: quali prospettive e quali trattamenti

Relatore: Giuseppe Nicolò, ASL Roma 5, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva Roma, SICC, Roma

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato - 16.30-17.45
TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Impasse terapeutiche: soluzioni a confronto

Chair: Maurizio Brasini, Psicologo, Psicoterapeuta, Docente e Didatta SPC, APC, Roma – IGB Palermo - Socio Didatta SITCC

Discussant: Angelo Maria Saliani, Psicologo, Psicoterapeuta, docente e didatta APC, SPC, SICC, Roma – AIPC Bari - Socio Didatta SITCC

Relatori:

Barbara Basile, Psicologa, Psicoterapeuta CBT, trainer e supervisore in Schema Therapy, direttrice Italian Academy of Schema Therapy (IAST), Roma

Lucia Tombolini, Psichiatra, Psicoterapeuta, APC, ARPAS, Roma

Alessandro Poiré, Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo Clinico, Centro Clinico San Giorgio, Genova

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato - 16.30-17.45
TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO
TAVOLA ROTONDA

Strategie e interventi per il sostegno alla genitorialità in condizioni di rischio: evidenze empiriche e pratica clinica

Chair: Chiara Lamuraglia, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro clinico Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva (AIPC Bari), Referente regionale SITCC Puglia, Bari

Discussant: Gabrielle Coppola, Psicologa, Psicoterapeuta, Professore Ordinario di "Psicologia dello sviluppo", Dipartimento di scienze della formazione, psicologia, comunicazione, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

Genitorialità vulnerabile, tra clinica e disagio sociale. Il Servizio territoriale che accoglie e si prende cura

Relatore: Anna Maria Angelilli, Neuropsichiatra Infantile, Dirigente Medico DSM-UOC TSMREE Asl Roma 1, Roma

Co-autori:

Tacconi Marilena, Psicologa, Psicoterapeuta, Asl Roma 1;

Ercolani Giordana, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC- Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma;

De Luca Danila Maria, Neuropsichiatra Infantile, Asl Roma 1, Spineto

Il circolo della Sicurezza: lavorare con i genitori per la prevenzione e il trattamento dei disturbi della regolazione emotiva. Interventi nei contesti privati e nei servizi territoriali

Relatore: Francesca Manaresi, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Astrea Roma

Co-autori: Marianecchi Antonella, Episcopo Annalida - Associazione Astrea Roma

Punti di forza e criticità delle diverse forme di accoglienza extra-familiare: dai dati di ricerca alle scelte operative

Relatore: Rosalinda Cassibba, Professore Ordinario di "Psicologia dello Sviluppo", Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

Co-autori: Balenzano, Caterina; Coppola, Gabrielle; Costantini, Alessandro; Silletti, Fabiola; Taurino, Alessandro; Musso, Pasquale - Università di Bari

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato 17.45-19.00 SIMPOSIO S-074
TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

Narcisismo e antisocialità, differenze e continuità fra infanzia, adolescenza ed età adulta

Chair e Discussant: Pietro Muratori, IRCCS Fondazione Stella Maris, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

Menti immorali: i disturbi da comportamento dirompente

Relatore: Carlo Buonanno, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori:

Giuseppe Grossi, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, CPR in Movimento-Fondi

Francesca Strappini, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico;

Pietro Muratori, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

ADHD, Disturbo della Condotta e Antisocialità, quale continuità?

Relatore: Giuseppe Nicolò, Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL Roma 5; fondatore del Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Narcisismo in età evolutiva: definizione, manifestazioni e precursori parentali

Relatore: Gabrielle Coppola, Università di Bari

Co-autori: Rosalinda Cassibba, Cristina Semeraro - Università degli Studi di Bari

Il narcisismo o i narcisismi? Quale continuità dall'infanzia e adolescenza all'età adulta nello sviluppo del Disturbo Narcisistico di Personalità?

Relatore: Antonino Carcione, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, Roma

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato 17.45-19.00 SIMPOSIO S-009
TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

L'applicazione delle tecniche immaginative e il lavoro sui mode sani nella Schema Therapy

Chair: Barbara Basile, Psicologa, Psicoterapeuta, trainer e supervisore ISST, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Italian Academy of Schema Therapy, Roma

Discussant: Laura Beccia, Società Italiana di Schema Therapy SIST, Saronno

Il ruolo delle esperienze precoci nella sensibilità al disgusto: uno studio preliminare sulle memorie morali

Relatore: Alessandra Mancini, Psicologa, Psicoterapeuta, trainer e supervisore ISST, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Italian Academy of Schema Therapy, Roma

Co-autori:

Luppino Olga Ines, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC Roma, Italian Academy of Schema Therapy, IAST, Roma;

Tenore Katia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC Roma, Italian Academy of Schema Therapy, IAST, Roma;

Mancini Francesco, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Italian Academy of Schema Therapy, Roma, Università Guglielmo Marconi, Roma

Il trattamento di Imagery Rescripting di gruppo in telematica sulle memorie infantili: Efficacia e riduzione del Problema meta-emotivo

Relatore: Katia Tenore, Psicologa, Psicoterapeuta, trainer e supervisore ISST, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC Roma, Italian Academy of Schema Therapy, IAST, Roma

Co-autori:

Mancini Alessandra, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC Roma, Italian Academy of Schema Therapy, IAST, Roma;

Luppino Olga Ines, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC Roma, Italian Academy of Schema Therapy, IAST, Roma;

Umberto Granziol, Department of General Psychology, University of Padova;

Mancini Francesco, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC Roma, Italian Academy of Schema Therapy, IAST, Roma, Università Guglielmo Marconi, Roma

Il lavoro con le parti sane in Schema Therapy

Relatore: Elena Rosin, CBT Italia e ISST, Piave Del Grappa

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

Approccio Cognitivo-Comportamentale Standard e approccio Schema Therapy a confronto nel trattamento di pazienti tardo-adolescenti affetti da disturbo antisociale di personalità e coinvolti in furti e rapine aggravate e inseriti in comunità penale educative

Relatori:

Melania Lugli, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Psicologa Clinico-Forense, Terapeuta livello avanzato, supervisore e trainer certificata ISST, socio fondatore Associazione di Psicologia e Psicoterapia Science and Method, Co-direttrice Scuola di Specializzazione in Psicoterapia ACABS, Socio fondatore ACISF, Accademia Italiana di Scienze Forensi, membro AAFS, Accademia Americana di Scienze Forensi;

Daide Bregoli, Psicologo Clinico-Forense, Etnopsicologo, specializzando Scuola di Psicoterapia ACABS, titolare Fattoria Sociale Dosso Sant'Andrea, consulente Psicologo Cooperativa "l'alternativa"

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato 17.45-19.00 SIMPOSIO S-080
TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

"La vita che vorrei": procedure innovative di assessment e di intervento terapeutico per adolescenti con gravi comportamenti impulsivi e disregolati

Chair: Riccardo Bertaccini, Psicologo, Psicoterapeuta, UO Neuropsichiatria Infantile AUSL Romagna, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

Discussant: Francesca Manaresi, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Astrea Roma

Assessment attraverso la Three Axis Model -Interview (TAM-I): il caso clinico di un adolescente con grave disregolazione emotiva e comportamentale

Relatore: Bianca Rita Berti, Psicologo, Psicoterapeuta, UFSMIA USL Nord Ovest Toscana, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Università di Pisa

Co-autori: Lambruschi Furio, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva; Gruppo di ricerca TAM, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

Non integrazione, impulsività e disregolazione emotiva nel Disturbo del Comportamento Suicidario, Parasuicidarietà e Autolesività non suicidaria in adolescenza

Relatore: Donatella Fiore, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma

Co-autori:

Riccardi, Ilaria, Psicologa, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia di Roma, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, SICC;

Carcione, Nino, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, SICC;

Nicolò, Giuseppe, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, SICC, ASL Roma 5 ;

Amadei, Giulio, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma;

Bucci, Ilaria, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma;

Foglia, Ludovica, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma;

Tarallo, Federica, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma.

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

“S4FE: Skills for Freedom and Efficacy:” regolare le emozioni in adolescenza attraverso una APP

Relatore: Lisa Polidori, Psicologo, Psicoterapeuta, UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva, IRCCS Fondazione Stella Maris Calambrone-PI, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

Co-autori:

Milone, Annarita, Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva IRCCS, Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI;

Placini, Francesca, Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva IRCCS, Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI;

Ruglioni, Laura, Psicologo, Psicoterapeuta, UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva IRCCS, Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI;

Valente, Elena, Psicologo, Psicoterapeuta, UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva IRCCS, Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato 17.45-19.00 SIMPOSIO S-071
TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

Il Lutto in Psicoterapia: modelli clinici a confronto

Chair: Adir Robert Samolsky Dekel, Laurea in Psicologia, Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Costruttivista, Psicoterapeuta, Docente Coordinatore di Corso, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Psicoterapeuta presso Centro Sinesis Bologna

Discussant: Antonio Onofri, Psichiatra, Didatta SITCC, Supervisore EMDR, Direttivo Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale Training School, Fondatore casa editrice e portale dedicato alla psicologia e psichiatria ApertaMenteWeb, Centro clinico de Sanctis

Lutto complicato e Psicopatologia: esemplificazione clinica

Relatore: Linda Battilani, laurea in Psicologia, specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Costruttivista, SBPC, Family Relations Institute

Co-autori: Samolsky Dekel Robert Adir, Laurea in Psicologia, Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Costruttivista, Psicoterapeuta, Docente Coordinatore di Corso, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Psicoterapeuta presso Centro Sinesis Bologna

Interventi per il lutto complicato

Relatore: Antonella Centonze, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori: Popolo Raffaele, Psichiatra - **Dimaggio Giancarlo**, Psichiatra - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale

Eludere la perdita per mantenere il controllo

Relatore: Melania Raccichini, laurea in Psicologia, specializzazione in Psicoterapia, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Ancona; Fondazione ANT Italia Onlus, Bologna

Co-autori: Trincas Roberta, laurea in Psicologia, specializzazione in Psicoterapia, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Dirigente psicologo CSM ASL RM3 Municipio XII;

Fadda Stefania, laurea in Psicologia, specializzazione in Psicoterapia, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Schema therapy e lutto complicato: il lavoro con le tecniche esperienziali

Relatore: Anna Opera, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico SPC Napoli, codidatta SPC Napoli

Co-autori: Riccardi Gabriella, Psicoterapeuta Centro Clinico SPC Napoli, codidatta SPC Napoli;

Esposito Rosario, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, didatta SPC Napoli

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

17.45-19.00

SIMPOSIO S-075

TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

L'integrazione come strategia di intervento sulle resistenze: contesti clinici a confronto

Chair: Carla Maria Vandoni, Psicologa, Psicoterapeuta, STPC, Scuola Torinese di Psicoterapia Cognitiva, CTC, Centro Terapia Cognitiva, Torino

Discussant: Fabio Pietro Furlani, CTC, Centro Terapia Cognitiva, Como e Milano, STPC, Scuola Torinese di Psicoterapia Cognitiva), Monza

L'integrazione della malattia: dal modello Bio-Medico all'overlap Psiche Soma

Relatore: Rossana Botto, Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento Neuroscienze, Università degli studi di Torino, Centro Clinico Maria Vittoria, Torino

Il puzzle della consapevolezza: una possibile risorsa all'integrazione

Relatore: Chiara Marmo, Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento di Psicologia, Università degli studi di Torino, STPC, Scuola Torinese di Psicoterapia Cognitiva, CTC, Centro Terapia Cognitiva di Como e Milano, Centro Clinico Maria Vittoria, Torino

L'intervento sulla famiglia nella presa in carico del paziente evolutivo

Relatore: Federica Carleo, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Maria Vittoria, Torino

Il caso di D. La traumatizzazione precoce e l'integrazione delle parti del sè: teatralizzazione, resistenza al cambiamento e relazione terapeutica

Relatore: Erika Bonetto, Psicologa, Psicoterapeuta, STPC, Scuola Torinese Psicoterapia Cognitiva, CTC, Centro Terapia Cognitiva, Torino, Centro Clinico Maria Vittoria, Torino

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato 17.45-19.00 SIMPOSIO S-015
TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Adolescenti, giovani adulti e famiglie disregolate: tra casi clinici e strategie di intervento

Chair: Elena Dordoni, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, APC-SPC, socio ordinario SITCC

Discussant: Elena Prunetti, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, didatta APC-SPC, socio didatta SITCC, referente del centro CBT-DBT, Padova

Adolescenti e disregolazione emotiva: una proposta di innesto alla terapia cognitivo-comportamentale standard

Relatore: Elisa Bertoletti, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, socio aderente SITCC, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC, Verona. Libera professionista, studio "Il Bucaneve"

Co-autori: Stefania Ciaccia, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, socio aderente SITCC, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC, Verona. Libera professionista, studio "Il Bucaneve"

Programma di trattamento DBT SUD per pazienti che regolano le emozioni attraverso l'abuso di sostanze

Relatore: Tania Fanelli, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, socio aderente SITCC, Brescia

Co-autori: Bagattini Chiara, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, sezione di Neurochirurgia, dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Scienze del Movimento, Università degli Studi di Verona

Disregolazione emotiva in una paziente giovane adulta: un esempio di integrazione tra tecniche cognitivo-comportamentali e Schema Therapy

Relatore: Francesca Cervati, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, socio aderente SITCC, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, APC Verona. Libera professionista, studio "Il Bucaneve"

Co-autori: Stefania Ciaccia, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, socio aderente SITCC, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, APC Verona. Libera professionista, studio "Il Bucaneve"

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

Mentalizzazione e genitorialità: l'importanza di tenere a mente la mente del proprio figlio

Relatore: **Laura Bertoli**, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo – Comportamentale, socio aderente SITCC, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, APC Verona.
Responsabile d'area Gaia SCS Onlus

Co-autori: **Dolfini Giulia**, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo – Comportamentale, socio aderente SITCC, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, APC Verona. Libera professionista, Studio NOUS

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato 17.45-19.00 SIMPOSIO S-070
TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

Interventi di prevenzione primaria a scuola attraverso progetti di formazione agli insegnanti

Chair: Marika Ferri, Psicologa, Psicoterapeuta, Studi Cognitivi San Benedetto del Tronto

Discussant: Giuliano Cuoghi, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Centro Terapia Cognitiva Bologna

La prevenzione dei disturbi depressivi nel contesto scolastico: il progetto "emozionarsi per emozio-nare"

Relatore: Katia Aringolo, Psicologa, Psicoterapeuta, Studio evolutiva, Roma; Scuola specializzazione Età Evolutiva Humanitas, Roma

Co-autori: Micheloni Alessandra; D'Angerio Stefania; Albrizio Marina; Longo Laura - Studio evolutiva, Roma.

La gestione della complessità della classe: possibili strategie di intervento nei diversi ordini di scuola a partire dalla percezione degli insegnanti

Relatore: Lucia Candria, Psicologa, Psicoterapeuta, Studi Cognitivi San Benedetto del Tronto

Co-autori: Sciore Roberta; Ferri Marika; Mezzaluna Clarice - Studi Cognitivi San Benedetto del Tronto

L'insegnante riflessivo: lavorare con le competenze riflessive dell'insegnante per comprendere e gestire i comportamenti difficili a scuola

Relatore: Melvin Piro, Psicologo, psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, SBPC, Centro Terapia Cognitiva Forlì, CTC Forlì

Co-autori: Lambruschi Furio, Direttore SBPC, Centro Terapia Cognitiva Forlì, Didatta SITCC e SBPC

La mindfulness a scuola: un programma di prevenzione per le prime classi della scuola primaria

Relatore: Laura Pannunzi, Psicologa, Psicoterapeuta, Servizio NPIA - USL Umbria 2, Terni

Co-autori: Bertacchi Iacopo, Scuola Psicoterapia Humanitas LUMSA Roma, Accademia Neuropsicologia dello Sviluppo Reggio Emilia;

Giuli Consuelo, Istituto Comprensivo Puccini, Lucca;

Muratori Pietro, IRCCS Fondazione Stella Maris, Università degli studi di Pisa

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

17.45-19.00

SIMPOSIO S-084

TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

Chi ha paura del terapeuta creativo?

Chair: Mauro Giacomantonio, Università degli Studi di Roma "Sapienza"

Discussant: Maurizio Brasini, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

“Terapeuti, non Santi: Lo stigma nei professionisti della Salute Mentale”

Relatore: Elena Bilotta, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Il test di Rorschach secondo una mente cognitivista

Relatore: Giuseppe Femia, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Due personaggi in cerca d'autore nel caso di E.

Relatore: Vanessa Statilani, APC Associazione Di Psicologia Cognitiva, Lecce

Co-autori:

Giuseppe Femia, Psicologo, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Co-didatta SPC Grosseto;

Lucia Destino, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Co-didatta APC Lecce,
Vicepresidente Associazione Psicoterapia Cognitiva

Letteratura e Metacognizione: implicazioni per la pratica clinica. Uno studio pilota

Relatore: Lucia Destino, APC Associazione Psicologia Cognitiva, Lecce

Co-autori:

Francesco Emanuele Pizzoleo, Psicologo, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Studio di
Psicoterapia Cognitiva “T3rzo Piano”, Maglie (Le)

Vanessa Statilani, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione, III anno Associazione di Psicologia
Cognitiva, Lecce

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

17.45-19.00

SIMPOSIO S-052

CORPO AULE - AULA 3

La voce del corpo in psicoterapia

Chair: **Carla Antoniotti**, Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Costruttivista Nous, Milano; Università Milano-Bicocca, Bergamo

Discussant: **Paolo Ottavi**, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Il corpo e la sua immagine nei disturbi dell'alimentazione

Relatore: **Patrizia Todisco**, Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i disturbi dell'Alimentazione, Villa Margherita-Kos, Arcugnano (VI)

Il Lavoro esperienziale sul livello implicito in psicoterapia cognitiva.

Una pratica con il Focusing

Relatore: **Angelo Maria Inverso**, AUSL Valle d'Aosta, Ivrea

Le risorse somatiche come strumento di cambiamento nel lavoro psicoterapeutico

Relatore: **Silvia Rinaldi**, Scuola di Medicina, Università degli Studi dell'Insubria, Scuola di Specializzazione CTC Como e Milano

Come 'Dare la voce al corpo' in psicoterapia?

Relatore: **Laura Fortunati**, NOUS, Scuola di Psicoterapia Cognitiva Costruttivista, Milano

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

17.45-19.00
CORPO AULE - AULA 4

SIMPOSIO S-021

Applicazioni del modello di concettualizzazione LIBET: verso una prospettiva esplorativa, evidence-based e transteorica

Chair: Arianna Belloli, Laurea magistrale in Psicologia Clinica, Sigmund Freud University, Milano; Dottoranda di ricerca in Psicologia, Sigmund Freud University, Vienna; Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale in formazione, Studi Cognitivi, Milano

Discussant: Walter Sapuppo, Psicologo, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, didatta presso Studi Cognitivi e docente presso Sigmund Freud University, Milano

L'implementazione del modello LIBET (Life Themes and Semi-Adaptive Plans - Implications of Biased Beliefs, Elicitation and Treatment) al protocollo di terapia Cognitivo Comportamentale Migliorata (CBT-E)

Relatore: Arianna Belloli, Laurea magistrale in psicologia clinica, Sigmund Freud University, Milano; Dottoranda di ricerca in psicologia, Sigmund Freud University, Vienna; Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale in formazione, Studi Cognitivi, Bergamo

Co-autori: Sassaroli, Sandra: fondatrice e presidente del gruppo Studi Cognitivi

Ecological Momentary Assessment (EMA) e Natural Language Processing (NLP): un approccio ecologico alla formulazione clinica del caso

Relatore: Matilde Buattini, Laurea magistrale in psicologia clinica, Sigmund Freud University, Milano; Dottoranda di ricerca in Psicologia, Sigmund Freud University, Vienna; Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale in formazione, Studi Cognitivi, Milano

Co-autori: Caselli Gabriele: Psicologo, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, didatta e supervisore Studi Cognitivi, docente Sigmund Freud University, Milano

"Concordo che non siamo concordi": confronto tra concordanza/discordanza formulazione del caso e rotture/riparazioni alleanza terapeutica

Relatore: Alessio Mantovani, Laurea triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche, Sigmund Freud University, Milano

Co-autori: Ruggiero, Giovanni Maria: Presidente del Comitato Scientifico di Studi Cognitivi

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

17.45-19.00

SIMPOSIO S-030

CORPO AULE - AULA 5

Quattro terapeuti per un paziente: strategie e tecniche di diversi terapeuti e approcci in psicoterapia cognitiva

Chair e Discussant: Luca Celotti, Psicologo, Psicoterapeuta, Casa di Cura Villa Esperia, Pavia

Intervento REBT sull'emozione della rabbia

Relatore: Sara Bernardelli, Psicologa, Psicoterapeuta, didatta Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Albert Ellis Institute New York

Diary Card e Catena Comportamentale in seduta: un esempio di applicazione clinica per il monitoraggio e il trattamento della sofferenza emotiva e dei comportamenti problematici

Relatore: Laura Rigobello, Psicologa, Psicoterapeuta, didatta Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Team DBT Pavia, Università Commerciale Bocconi

Co-autori: Rancati Giulia, Casa di Cura Villa Esperia e Università Commerciale Luigi Bocconi

Strategie terapeutiche con la rabbia

Relatore: Michele Masotto, Psicologo, Psicoterapeuta, didatta Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Associazione Facilitazione Genitoriale

Agire e non reagire

Relatore: Francesca Baggio, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva

Sabato 23 Settembre

PROGRAMMA

23 Settembre, Sabato

17.45-19.00
CORPO AULE - AULA 6

SIMPOSIO S-053

Quale psicoterapia per unire ricerca, clinica, riabilitazione e impegno sociale?

Chair: Adele De Pascale, già Prof. Aggr. di Psicologia Clinica, Facoltà di Farmacia e Medicina, Sapienza Università di Roma; APR Accademia di Psicoterapia, Psichiatria e Psicologia culturale Post-Razionalista, Roma

Discussant: Francesco Mancini, Direttore Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Un approccio in termini di sistemi complessi: un approccio post-razionalista

Relatore: Adele De Pascale, già Prof. Aggr. di Psicologia Clinica, Facoltà di Farmacia e Medicina, Sapienza Università di Roma; APR Accademia di Psicoterapia, Psichiatria e Psicologia culturale Post-Razionalista, Roma

I bisogni individuali, familiari e sociali del bambino nella pediatria generale

Relatore: Elisabetta Intini, Pediatra di famiglia ASL, Bari

I bisogni individuali, familiari e sociali del bambino nell'ambito della nutrizione pediatrica

Relatore: Andrea Vania, già Responsabile del Centro di Dietologia e Nutrizione Pediatrica, Policlinico Umberto I, Roma; già Professore Aggregato di Pediatria, Sapienza Università di Roma

Una clinica individuale, familiare e sociale: il caso di Giada

Relatore: Giulia Riccobono, APR, Accademia di Psicoterapia, Psichiatria e Psicologia culturale Post-Razionalista, Roma

19.00-20.00 - ASSEMBLEA DEI SOCI SITCC

AULA 1 – PIANO TERRA – TORRE ROSSI

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-065

TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

Non riesco a non pensare ai difetti del mio partner / di mio figlio: il Disturbo Ossessivo-compulsivo incentrato sulle relazioni

Chair: **Barbara Barcaccia**, Psicologa, Psicoterapeuta, Dottore di ricerca, Didatta SPC Roma e AIPC Bari

Discussant: **Francesco Mancini**, Neuropsichiatra infantile e Psicoterapeuta, Direttore delle Scuole di Psicoterapia Cognitiva

Relationship obsessive compulsive disorder (ROCD) symptoms: A review of recent findings

Relatore: **Guy Doron**, PhD Associate Professor Director, ROCD research unit (ROCD-RU; Baruch Ivcher School of Psychology Reichman University (IDC), Herzliya, Israele

Orientamento morale della colpa e tratti di personalità nel DOC da relazione romantica

Relatore: **Elisabetta Ricciardi**, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, Università degli Studi di Bari; Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva, AIPC

Co-autori: **Luigi Tinella**, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione. Università degli studi di Bari 'Aldo Moro'.

DOC Relazionale nella Diade Genitore Figlio: Analisi della letteratura ed implicazioni nella pratica clinica

Relatore: **Fabiana Maffettone**, Psicologa, allieva terzo anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Napoli

Co-autori: **Cosentino Teresa**, Docente Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Napoli

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-055

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

La psicopatologia nell'adolescente e nel giovane adulto: traiettorie di sviluppo, funzionamento di personalità e strategie di fronteggiamento

Chair: **Filippo Perrini**, Psicologo, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL Roma 6, TSMREE; Istituto A.T. Beck, Roma

Discussant: **Antonio Semerari**, Psichiatra, Terzo Centro di Psicoterapia, Roma

Esperienze avverse e personalità nell'adolescente con comportamenti suicidari e parasuicidari: ritiro sociale e odio verso se stessi

Relatore: **Filippo Perrini**, Psicologo, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL Roma 6, TSMREE; Istituto A.T. Beck, Roma

Co-autori: **Bianca Berloco; Maria Caccetta; Maria Angela Catania; Mariangela D'Aiети; Serena Galiffa; Maria Marzio; Miriam Troianiello; Diana Di Pietro** - Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL Roma 6, TSMREE

Narcisismo e odio eterodiretto

Relatore: **Giovanni Pellecchia**, Psicologo, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori: **Elena Bilotta¹; Antonino Carcione^{1,2}; Fabio Moroni¹; Michele Procacci^{1,2,4}; Giuseppe Nicolò^{1, 2, 3}; Antonio Semerari^{1, 2}**

1 Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

2 Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, SICC

3 Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma 5

4 Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma 1

Orientamento sessuale e identità di genere nel setting clinico con l'adolescente

Relatore: **Roberta Rubbino**, Psicologa, Psicoterapeuta, Istituto A.T. Beck, Roma

Co-autori: **Antonella Montano**, Istituto A.T. Beck

La Valutazione della Personalità in Adolescenza mediante la Level of Personality Functioning-Questionnaire 12-18

Relatore: **Silvia Bussone**, Psicologa, Psicoterapeuta, Università Telematica Internazionale Uninettuno, Roma

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA



Co-autori: Kirstin Goth¹; Antonino Carcione²; Ilaria Riccardi²; Filippo Perrini^{3,4}

1 Psychiatric University Clinics Basel, Switzerland;

2 Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

3 Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL Roma 6, TSMREE;

4 Istituto A.T. Beck, Roma e Caserta

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

24 Settembre, Domenica 9.00-10.15 SIMPOSIO S-059
TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

Nuovi sviluppi nel trattamento dei Disturbi Alimentari, tra dimensioni psicopatologiche e prove di efficacia

Chair: Raffaele Popolo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale e DSM ASL Roma 1

Discussant: Stefania D'Angerio, Psicologa, Psicoterapeuta, Studio Evolutiva, Roma

L'approccio Cognitivo-Interpersonale alla cura dei Disturbi dell'Alimentazione: uno studio dei Cicli Interpersonali e delle Attivazioni Motivazionali

Relatore: Armando Cotugno, Psichiatra, Psicoterapeuta, UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare, ASL Roma1; Centro Clinico ASTREA, Roma

Co-autori: Liotti Marianna, Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Roma, "La Sapienza"

Disturbi della personalità e Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione: dalla diagnosi nosografica alle impasse nel trattamento

Relatore: Walter Sapuppo, Psicologo, Psicoterapeuta, Tenured Lecturer Sigmund Freud University, Milano; Studi Cognitivi, Milano

Co-autori: Margherita Boltri; Claudia Maria Mineo; Giulia Spiniello - Sigmund Freud University, Milano.

Terapia Metacognitiva Interpersonale - DCA vs CBT-E: risultati di un trial clinico randomizzato pilota

Relatore: Gloria Fioravanti, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Trattamento Integrato Disturbi Alimentari e Obesità (CTI) e Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale Roma

Co-autori:

Nicolis Martina, Centro di Trattamento Integrato Disturbi Alimentari e Obesità (CTI) di Gloria Fioravanti;

Travagnin Francesca, Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso e Centro di Trattamento Integrato Disturbi Alimentari e obesità (CTI);

Angus MacBeth, Department of Clinical Psychology, School of Health in Social Science, The University of Edinburgh, Medical School;

Dimaggio Giancarlo, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Popolo Raffaele, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma.

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA



Il ruolo dell'alessitimia nella comorbilità tra Disturbi dell'Alimentazione e Disturbi di Personalità

Relatore: Francesca Travagnin, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso e Centro di Trattamento Integrato Disturbi Alimentari e Obesità, CTI, Genova

Co-autori: Fioravanti Gloria, Centro di Trattamento Integrato Disturbi Alimentari e Obesità, CTI, e Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-104

TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

Il contributo della relazione terapeutica nell'efficacia del trattamento: fattori che promuovono e ostacolano l'alleanza terapeutica

Chair: **Erica Pugliese**, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma. Presidente Associazione Millemè, Violenza di Genere e Dipendenze Affettive, Roma

Discussant: **Angelo Maria Saliani**, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma. Socio didatta della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva

L'alleanza terapeutica nella terapia cognitivo-comportamentale per il disturbo ossessivo-compulsivo: una review sistematica e meta-analisi

Relatore: **Francesca Strappini**, PhD in Neuroscienze Cognitive, Sapienza Università di Roma. Assegnista di ricerca, Dipartimento di Filosofia e Comunicazione dell'Università di Bologna. Psicologa allieva del IV anno, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma

Co-autori:

Valentina Socci, Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche, Università degli Studi dell'Aquila;

Angelo Maria Saliani, Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma;

Giuseppe Grossi, Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma;

Francesco Mancini, Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma, Dipartimento di Scienze Umane, Università degli studi Guglielmo Marconi, Roma.

Un approccio allo studio della responsività appropriata: gli effetti del superamento dei test dei pazienti in psicoterapia

Relatore: **Ramona Fimiani**, Dottoranda di ricerca in Psicologia Dinamica e Clinica, Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma. Psicologa allieva del IV anno, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma. Professionista CMT presso il Control-Mastery Theory Italian Group (CMT-ig)

Co-autori: **Francesco Gazzillo**, Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma, Control-Mastery Theory Italian Group (CMT-IG), Roma.

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

Chi è l'abusante? Un racconto a due voci sulle rotture dell'alleanza terapeutica nel trauma relazionale

Relatore: Carolina Papa, Dottoranda di ricerca in Psicologia e Neuroscienze Sociali, Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma. Psicologa allieva del IV anno, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Co-autori:

Erica Pugliese, Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma - Millemé, Violenza di Genere e Dipendenze Affettive, Roma;

Ramona Fimiani, Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma; Control-Mastery Theory Italian Group, Roma; Centro Romano di Psicoterapie Integrate, Roma;

Claudia Perdighe, Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma.

La rottura dell'alleanza terapeutica: analisi di un dropout, alla luce della teoria dei sistemi motivazionali interpersonali, per mancato o incompleto monitoraggio del terapeuta

Relatore: Matteo Cioci, Psicologo, Psicoterapeuta, Centri clinici "Di Bolina" e "Il Cerchio Magico" Macerata; Gruppo di lavoro "Sistemi Motivazionali Interpersonali", responsabile Dott. Fabio Monticelli, Macerata

Co-autori:

Fabio Monticelli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Ancona; STPC Studio Torinese Psicologia Cognitiva, Torino; Centro clinico Janet, Roma;

Erika Melchiorri, Centro clinico Il Punto, Pesaro;

Laura Mismetti, USL Umbria 1 - Servizio dipendenze, Spoleto;

Marianna Russo, Azienda Sanitaria Locale della provincia di Foggia.

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-093

TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Psicoterapia e Autismo: un intervento possibile

Chair: **Giulia Giovagnoli**, Neuroscienze Cognitive, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Centro Aita, Roma

Discussant: **Michele Procacci**, Psichiatra, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Disturbi Dello Spettro Autistico e Disturbi di Personalità: Diagnosi Differenziale e Comorbidità

Relatore: **Romina Castaldo**, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Centro regionale Piemonte Disturbi Spettro Autistico in età adulta, Torino

Metacognizione e Disturbo dello Spettro Autistico: Risvolti Clinici e Terapeutici

Relatore: **Giulia Giovagnoli**, Neuroscienze cognitive, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Centro Aita, Roma

Co-autori: **Gallo Simona**, Psicoterapeuta Cognitivo-comportamentale, Centro Aita, Roma

Psicoterapia e autismo: obiettivi e adattamenti dell'approccio cognitivo comportamentale

Relatore: **Ivan Murtas**, Psicologo, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Studio Caretto e Associati; Laboratorio Apprendimento, Roma

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-045

TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Complessità e Psicoterapia Cognitiva. Dai Sistemi Complessi alla Pratica Clinica

Chair e Discussant: Tullio Michele Scrimali, Psichiatria, Psicoterapeuta, Università di Catania, Polo Clinico ed Universitario degli Erei, Ente del Terzo Settore, Enna

La riabilitazione nutrizionale, biofeedback assistita, nel trattamento cognitivo complesso dei disturbi della nutrizione e della alimentazione.

Relatore: Tullio Michele Scrimali, Psichiatria, Psicoterapeuta, Università di Catania, Polo Clinico ed Universitario degli Erei, Ente del Terzo Settore, Enna

La Narrativa del corpo nelle disfunzioni sessuali; dal setting individuale ai Gruppi "Emotivi Anonimi"

Relatore: Sibilla Giangreco, Centro Clinico ALETEIA, Palermo

Neuroscienze Applicate in Psicotraumatologia

Relatore: Nicoletta Lanza, Centro Clinico ALETEIA, Acicastello

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

24 Settembre, Domenica

09.00-10.15

SIMPOSIO S-031

TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

Interventi a favore del benessere psicologico

Chair: Sergio Longo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Docente APC Lecce, Presidente Associazione Psicoterapia Cognitiva APS, Centro Clinico APC Lecce

Discussant: Donatella Loiacono, Psicologa, Psicoterapeuta, AIPC Bari

La Scala degli Atteggiamenti Disfunzionali (Das): norme italiane per uno Strumento Utile e Strategico nella Terapia Cognitivo-Comportamentale

Relatore: Muriel Frascella, Psicologa, Psicoterapeuta, Lecce

Co-autori: Gian Luigi Dell'Erba, Psicologo, Psicoterapeuta, Didatta APC Lecce, Didatta AIPC Bari, Dirigente Psicologo CSM Campi Salentina (Le)

Fattori di personalità e psicologia positiva: una ricerca su una popolazione clinica e non clinica

Relatore: Muriel Frascella, Psicologa, Psicoterapeuta, Lecce

Co-autori:

Gian Luigi Dell'Erba, Psicologo, Psicoterapeuta, Didatta APC Lecce, Didatta AIPC Bari, Dirigente Psicologo CSM Campi Salentina (Le);

Marco Leo, Psicologo, Psicoterapeuta;

Milena Muya, Psicologa, Psicoterapeuta, Docente APC Lecce, Centro Clinico APC Lecce.

Coltivare resilienza: un intervento di prevenzione del disagio mentale e gestione delle emozioni, nella scuola

Relatore: Sergio Longo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Docente APC Lecce, Presidente Associazione Psicoterapia Cognitiva APS, Centro Clinico APC, Lecce

Co-autori: Carolina Capone, Psicologa, Psicoterapeuta, Segretaria Associazione Psicoterapia Cognitiva APS Lecce;

Michela Garzia, Psicologa, Psicoterapeuta;

Simona Di Bello, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione.

Rubik – Tutte le Facce del Supporto Psicologico ai Giovani. Analisi di un'esperienza

Relatore: Amalia D'Alesio, Psicologo, Psicoterapeuta, AIPC BARI, Ass restart, Bari

Co-autori: Donatella Loiacono, Psicologa, Psicoterapeuta AIPC Bari

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-106

TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

Terapie cognitivo-comportamentali di terza onda in contesti di gruppo: interventi ACT e DBT per la promozione di salute e benessere

Chair: Emanuele Rossi, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC, Association for Contextual Behavioral Science ACBS, Didatta SITTC, Pesaro

Discussant: Valeria Semeraro, Psicologa, Psicoterapeuta, Equipe per l'età evolutiva, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC, Didatta SITTC, Siena

Flessibilità psicologica come mediatore tra eventi avversi, autostima e qualità di vita: analisi ed intervento

Relatore: Leonardo Fazio, Laurea in Psicologia, Dottorato di Ricerca in Neurobiologia Sperimentale, Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista Post-Razionalista, Ricercatore Universitario di tipo B in Psicologia Clinica, Università LUM 'G. Degennaro', Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Co-autori: Cristina Semeraro^c, Marianna Russo^{b,d}, Teresa Claudia Pennacchio^b, Martina Asselti^b, Ignazio Grattagliano^c, Rosalinda Cassibba^c, Alessandro Bertolino^{b,e}, Linda Antonella Antonucci^b e Giulio Pergola^{b,f,g}

a Università LUM 'G. Degennaro', Dipartimento di Medicina e Chirurgia;

b Università degli Studi di Bari 'A. Moro', Dipartimento di Biomedicina Traslazionale e Neuroscienze;

c Università degli Studi di Bari 'A. Moro', Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione;

d ASL FG, Consultorio Familiare, Vieste (FG);

e Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico, Bari;

f Lieber Institute for Brain Development, Johns Hopkins Medical Campus, Baltimore, MD (USA);

g Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland (USA)

Lo Skills Training Multifamiliare: un esempio di integrazione con il protocollo DBT standard

Relatore: Rossella Maria Milano, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Ecoipoiesis, Reggio Calabria

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

Co-autori:

Bartolo Emanuela, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Ecoipoiesis, Reggio Calabria;

Felicetti Mariateresa, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Ecoipoiesis, Reggio Calabria;

Morena Paola, Centro Clinico Ecoipoiesis Reggio Calabria, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Reggio Calabria;

Zampaglione Milena, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Ecoipoiesis, Reggio Calabria

Promuovere il benessere negli adolescenti: un intervento di gruppo mirato al miglioramento delle relazioni interpersonali nei ragazzi con Disturbo Specifico di Apprendimento

Relatore: Giuseppe Grossi, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Associazione di Psicologia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC e SPC, CPR in Movimento Fondi

Co-autori:

Villirillo Caterina, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Associazione di Psicologia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC e SPC, Centro Clinico Marco Aurelio Roma;

Nardone Serena, Psicologa, Psicoterapeuta presso CPR in Movimento Fondi;

Martina Simonelli, Psicologa, Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Associazione di Psicologia Cognitiva Roma

Valutazione dei processi di flessibilità psicologica in un gruppo di gestione dello stress

Relatore: Paola Fraternali, Laurea in Psicologia, Master II livello in Psicopatologia dell'Apprendimento, specializzanda IV anno, SPC Ancona, Psicologa Centro Clinico "Liberamente" Castelfidardo

Co-autori:

Micheletti Alice, Psicologa, specializzanda in psicoterapia IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Ancona, socio corrispondente SITCC;

Ambrogiani Vanessa, Psicologa, specializzanda in psicoterapia IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Ancona, socio corrispondente SITCC;

Verdura Elisabetta, Psicologa, specializzanda in psicoterapia IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Ancona, socio corrispondente SITCC;

Rossi Emanuele, Psicologo, Psicoterapeuta, docente e didatta Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (APC, SPC), socio didatta SITTC

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-077

CORPO AULE - AULA 3

Strategie di coping disfunzionali e tecniche somatiche in psicoterapia e psichiatria: casi clinici

Chair: Michela Alibrandi, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Genova

Discussant: Ilaria Baiardini, Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento di Medicina Interna Università di Genova

Dal coping alla mastery: le tecniche esperienziali per promuovere nuove strategie di regolazione emotiva in un paziente con disturbo di personalità, in Terapia Metacognitiva Interpersonale

Relatore: Francesca Giglio, Laurea in Psicologia, specializzazione in Psicoterapia, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori:

Alibrandi Michela, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Genova;

Dimaggio Giancarlo, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

La stimolazione magnetica transcranica nelle dipendenze: effetti a breve e medio termine del trattamento sulle strategie di coping di una paziente con disturbo da uso di cocaina

Relatore: Werner Maria Natta, Brain and Care, Torino

Co-autori:

Mattei Cristina, Brain and Care, Torino;

Madeo Graziella, Brain and Care, Rimini

Zanardi Gabriele, Brain and Care, Torino

Bonci Antonello, GIA Miami

“La versione migliore di me stesso” : il perfezionismo come strategia di coping in un paziente con disturbo di personalità e il suo trattamento in Terapia Metacognitiva Interpersonale attraverso Self Mirroring Therapy e Video Imagery Rescripting

Relatore: Michela Alibrandi, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva, Genova



Domenica 24 Settembre PROGRAMMA

Co-autori:

Bugliarelli Giorgio, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Genova;

Dimaggio Giancarlo, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Popolo Raffaele, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-039

CORPO AULE - AULA 4

Il ruolo delle emozioni nel trattamento dell'insonnia

Chair: Maurizio Gorgoni, Psicologo, Psicoterapeuta, Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Discussant: Andrea Galbiati, Psicologo, Psicoterapeuta; Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Efficacia della terapia cognitivo comportamentale per l'insonnia "standard" (CBT-I) su sintomi affettivi

Relatore: Andrea Balesio, Laurea Magistrale in Psicologia della Salute Clinica e di Comunità, Specializzazione in Valutazione psicologica e consulenza (counselling), Ricercatore (RTDa) in Psicologia Clinica; Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Il ruolo della regolazione delle emozioni nel disturbo di insonnia e nel suo trattamento

Relatore: Debora Meneo, Psicologa, Dottorato in Psicofisiologia, Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Professore Associato, Psicoterapeuta; Dipartimento di Scienze Umane, Università G. Marconi, Roma; Dipartimento di Psichiatria e Psicoterapia, Università di Friburgo (Germania); Clinica per la Psicoterapia del Sonno

Mantenere alta l'autostima è un duro lavoro che ci toglie il sonno.

Figuriamoci se dobbiamo preoccuparci anche di quella degli altri

Relatore: Fabio Moroni, Psicologo, Psicoterapeuta; Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-048

CORPO AULE - AULA 5

Il trauma post-migratorio di adulti e minori migranti: modelli di intervento dall'accoglienza alla cura

Chair: Marzia Albanese, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia SPC, Roma

Discussant: Maria Grazia Foschino Barbaro, Coordinamento Rete Servizi contro violenza all'infanzia, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva, Bari

Da naufraghi ad esploratori: stili di coping e difficoltà di vita post migratoria in minori stranieri non accompagnati

Relatore: Daniele Lagatta, Centro Clinico AIPC, Bari

Co-autori: Sgaramella Alessandra, Foschino Barbaro Maria Grazia - Centro Clinico AIPC Bari

Salute mentale e migrazione: il ruolo del sistema di accoglienza

Relatore: Federica Visco Comandini, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Psychè, Medici per i diritti umani (MEDU) Roma; Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Co-autori: Barbieri Alberto, Centro Clinico Psychè Medici per i diritti umani MEDU, Roma

Violenze, traumi e minori migranti. Un modello di intervento in ottica transculturale per la rete dei servizi

Relatore: Alessia Laforgia, Centro Clinico Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Co-autori: Foschino Barbaro Maria Grazia, Centro Clinico Psicoterapia AIPC, Bari

Take a tea (Training Emotivo Assertivo): proposta di intervento nel sistema di accoglienza dei migranti in Italia

Relatore: Francesco Pavani, Associazione di Psicologia Cognitiva, APC Verona

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-103

CORPO AULE - AULA 6

Il ruolo della resilienza nel paziente organico: coping, adattamento e benessere

Chair: Annamaria Petito, Psicologa, Psicoterapeuta, Prof.ssa ordinaria di Psicologia Clinica, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Università di Foggia, Docente AIPC, Bari

Discussant: Alessandro Costantini, Psicologo, Psicoterapeuta, Professore Associato in Psicologia dello Sviluppo. Dipartimento di Scienze Politiche, Università degli Studi di Bari A. Moro

L'Elaborazione Conoscitiva nel fronteggiamento delle malattie organiche croniche

Relatore: Robert Adir Samolsky Dekel, Psicoterapeuta, Docente Coordinatore di Corso presso Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Psicoterapeuta presso Centro Sinesis, Bologna

Co-autori:

Battilani, Linda, laurea in Psicologia, specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Costruttivista, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Family Relations Institute;

Oppi, Federico, Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, casa di cura "Ai Colli";

Rossini, Roberta, Psicologa, Psicoterapeuta, Docente Coordinatrice di corso presso Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC; UMEE Ancona – AST Ancona;

Lenzi, Silvio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Sinesis Centro per la ricerca in scienze e terapie cognitive, Bologna

L'intervento Strengths Based CBT online nei pazienti post-covid

Relatore: Antonella Calvio, Psicologa, Psicoterapeuta, Dottoranda di ricerca in Neuroscience and Education, Università degli Studi di Foggia

Co-autori:

Difino, Melania Rita, Psicologa, Psicoterapeuta, Dottoranda di ricerca, Università degli Studi di Foggia;

Iuso, Salvatore, Psicologo, Psicoterapeuta, RTD-A, Università degli Studi di Foggia;

Ferrante, Stefania, Psicologa, Psicoterapeuta Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva, AIPC Bari;

Petito, Annamaria, Psicologa, Psicoterapeuta, Docente AIPC Bari, Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Università degli Studi di Foggia;

Foschino Barbaro Maria Grazia, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva, Bari

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

"Parola ai Bambini. Progettare l'antidoto alla paura attraverso la narrazione": strumenti per promuovere la resilienza nei bambini con malattia cronica e nei loro genitori

Relatore: Stefania Ferrante, Psicologa, Psicoterapeuta; UOSSD Psicologia AOU Policlinico
Giovanni XXIII, Bari, Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Co-autori:

Filograsso, Francesca, Psicoterapeuta in formazione, Scuola di Psicoterapia Cognitiva AIPC Bari II
anno;

Castoro, Germana, Psicologia Università degli Studi di Bari; UOSSD Psicologia AOU Policlinico
Giovanni XXIII Bari, Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale SPC, Napoli;

Foschino Barbaro, Maria Grazia, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva, Bari.

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

24 Settembre, Domenica - 10.30-11.30 AULA MAGNA RETTORATO
TAVOLA ROTONDA

PREMIO SITCC GIOVANI – Seconda Edizione del Premio Rising Stars

Chair: **Ilaria Baiardini**, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Genova

Discussant: **Francesco Mancini**, Psichiatra, Psicoterapeuta. Direttore della scuola di specializzazione in Psicoterapia cognitivo-comportamentale dell'Associazione di Psicologia Cognitiva (APC-SPC), Roma

'This is the last episode': the association between problematic binge-watching and loneliness, emotion regulation, and sleep-related factors in poor sleepers (published by 'Journal of Sleep Research' 2022; e.13747)

Relatore: **Valentina Alfonsi**, Department of Psychology, Sapienza University of Rome

Co-autori:

Giorgia Varallo², Serena Scarpelli¹, Maurizio Gorgoni^{1,3}, Maria Filosa⁴, Luigi De Gennaro^{1,3}, Alessandro Musetti⁴, Christian Franceschini²

1 Department of Psychology, Sapienza University of Rome;

2 Department of Medicine and Surgery, University of Parma;

3 IRCSS Fondazione Santa Lucia, Rome;

4 Department of Humanities, Social Sciences and Cultural Industries, University of Parma

Corresponding authors: *Valentina Alfonsi and Giorgia Varallo*

Emotional Dysregulation in Adults from 10 World Societies: An Epidemiological Latent Class Analysis of the Adult-Self-Report (published by the International Journal of Clinical and Healthy Psychology – 2022)

Corresponding Author: **Eleonora Rosi**, Scientific Institute, IRCCSE. Medea, Developmental Psychopathology Unit, Bosisio Parini, Lecco

Co-autori:

Valentina Bianchi^a, Leslie Rescorla^{b1}, Silvia Grazioli^a, Maddalena Mauri^{ac}, Alessandra Frigerio^a, Thomas M. Achenbach^d, Masha Y. Ivanova^d, Ladislav Csemy^e, Jeroen Decoster^f, Johnny R.J. Fontaine^f, Yasuko Funabiki^g, David M. Ndeteh^h, KyungJa Ohⁱ, Marina M. da Rocha^j, Roma Simulioniene^k, Elvira Sokoli^l, Massimo Molteni^a, Maria Nobile^a

a Scientific Institute, IRCCSE. Medea, Developmental Psychopathology Unit, Italy;

b Department of Psychology, Bryn Mawr College, USA;

c PhD School in Neuroscience, School of Medicine and Surgery, University of Milano-Bicocca, Italy;

d Department of Psychiatry, Larner College of Medicine, University of Vermont, USA;

e Prague Psychiatric Centre, Laboratory of Social Psychiatry, Czech Republic;

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

f Department of Work, Organization, and Society, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ghent University, Belgium;

g Department of Psychiatry, Kyoto University Hospital, Japan;

h Africa Mental Health Foundation, Nairobi, Kenya;

i Department of Psychology, Yonsei University, South Korea;

j Instituto de Psicologia, University of Sao Paulo, Brazil;

k Department of Psychology, Klaipeda University, Lithuania;

l Department of Psychology, University of Tirana, Albania;

Relationship Obsessive Compulsive Disorder (R-OCD): The role of relationship duration, fear of guilt and personality traits

(published by the Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders – Elsevier 2023)

Corresponding Author: Luigi Tinella, Department of Educational Science, Psychology, Communication, University of Studies of Bari, SPC, Rome

Co-autori:

Luca Lunardi^b, Laura Rigobello^b, Andrea Bosco^a, Francesco Mancini^{bc}

a Department of Educational Sciences, Psychology, Communication, University of Bari;

b Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (SPC), Rome;

c Department of Human Sciences, Guglielmo Marconi University, Rome

Domenica 24 Settembre

PROGRAMMA

24 Settembre, Domenica - 11.30-12.45 AULA MAGNA RETTORATO
TAVOLA ROTONDA

Qual è il posto della relazione in psicoterapia? Padrone di casa, invitato, cameriere?

Chair: Silvio Lenzi, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Discussant: Armando Cotugno, Psichiatra, Psicoterapeuta; Responsabile UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare; Centro Clinico Astrea, Roma

Vita spericolata da terapeuta: costruzione e gestione della relazione col paziente

Relatore: Bruno G. Bara, Medico specialista in Psicologia Medica e Didatta SITCC, Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

Il monitoraggio del dialogo terapeutico

Relatore: Fabio Monticelli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Centro Clinico Janet, Roma

Cosa cura nella relazione?

Relatore: Antonio Semerari, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva - Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC), Roma

La definizione della relazione terapeutica come fattore "aspecifico" della psicoterapia è ambigua e fuorviante. Il termine aspecifici, infatti viene usato in almeno tre sensi diversi: come sinonimo di comune, come contrapposto a "tecnico", come sinonimo di indipendente dalla psicopatologia. Si argomenterà che mentre nel senso di comune il concetto, sia pur banale, non presenta problemi, negli altri due sensi da luogo a sottovalutazioni e a fraintendimenti. Su questa base verranno illustrate e commentate le diverse teorie che si sono sviluppate nel tempo per descrivere e spiegare l'effetto terapeutico della relazione.

12.45-13.00 - CHIUSURA DEL CONGRESSO
AULA MAGNA RETTORATO

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre, Sabato - 14.00-14.10 TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Stefania Ferrante

CL-36 - Cognitive, emotional and daily functioning domains involved in decision-making among patients with mild cognitive impairment: a systematic review

Relatore: Chiara Abbatantuono, Department of Translational Biomedicine and Neuroscience Department, University of Bari "Aldo Moro"

Co-autori:

Alfeo, Federica - Laurea in Psicologia clinica, in specializzazione presso slop (secondo anno, sede padova), dottoranda di ricerca presso Department of Education, Psychology, Communication, University of Bari "Aldo Moro";

Gintili, Giorgia - Department of Translational Biomedicine and Neuroscience Department, University of Bari "Aldo Moro";

De Caro, Maria Fara - Department of Translational Biomedicine and Neuroscience Department, University of Bari "Aldo Moro";

Lanciano, Tiziana - Department of Education, Psychology, Communication, University of Bari "Aldo Moro";

Curci, Antonietta - Department of Education, Psychology, Communication, University of Bari "Aldo Moro";

Taurisano, Paolo - Department of Translational Biomedicine and Neuroscience Department, University of Bari "Aldo Moro".

23 Settembre, Sabato - 14.10-14.20 TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Stefania Ferrante

CL-23 - Psicopatia, aggressività proattiva, compassione e teoria della mente: evidenze sulla relazione con il sistema nervoso autonomo

Relatore: Danilo Atripaldi - Psicologo, Associazione TAM – Tieni A Mente OdV, S. Giorgio a Cremano (NA); Prima Clinica Neurologica, AOU Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli", Napoli; Scuola di Psicoterapia Cognitiva, II anno, Napoli

Co-autori:

Ricciardi E.^{4,5}, **Franquillo, A.**⁶, **Basile, B.**^{7,8}

4- Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva AIPC, IV anno, Sede di Bari;

5- Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, Università di Bari "Aldo Moro";

6- Scuola di Psicoterapia cognitiva SPC, II anno, Sede di Grosseto;

7- Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma;

8- Italian Academy of Schema Therapy (IAST), Roma

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre, Sabato - 14.20-14.30 TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Stefania Ferrante

CL-71 - Assertività e capacità di comunicazione efficace: ruolo dello psicologo nei contesti sanitari

Relatore: Danilo Atripaldi - Psicologo, Associazione TAM – Tieni A Mente OdV, S. Giorgio a Cremano (NA); Prima Clinica Neurologica, AOU Università degli Studi della Campania “L. Vanvitelli”, Napoli; Il anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Napoli

Co-autori:

Curcio, Cristina, Psicologa, Dipartimento Studi Umanistici, Università Federico II, Napoli; Il anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Napoli);

Ambrogio, Sonia, Psicologa, Laboratorio di Neuropsichiatria, Dipartimento di Neurologia Clinica e Comportamentale, IRCCS Fondazione Santa Lucia, Roma; Il anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Napoli;

Cosentino, Teresa, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma; IRCCS Fondazione Santa Lucia, Roma;

*Gli autori hanno contribuito equamente alla stesura.

23 Settembre, Sabato - 14.30-14.40 TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Stefania Ferrante

CL-78 - Le qualità umane e relazionali di un terapeuta eccellente

Relatore: Carlotta De Chirico - Psicologa, specializzanda training II Anno AIPC, Bari

Co-autori:

*De Chirico Carlotta; *D'Alesio Amalia; *Diperna Claudia; *Disabato Lucia; *Filograsso Francesca; *Prudente Melania; *Riccio Agnese; **La Gioia Liana; **Foschino Maria Grazia; ***Barcaccia Barbara.

*Psicologa, specializzanda training II Anno AIPC, Bari;

**Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari;

*** Psicologa-Psicoterapeuta, Didatta AIPC-Bari e SPC-Roma, Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre, Sabato - 14.40-15.00 TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Stefania Ferrante

CL-03 - Potenziamento con CBT in pazienti schizofrenici stabilizzati: follow up a 6 mesi su abilità metacognitive, disregolazione emotiva, funzionamento psicosociale e qualità della vita

Relatore: Fabiola Raffone - Laurea Psicologia Clinica LM-51, Scuola di Psicoterapia SPC II anno, Asl Napoli 1 Centro

Co-autori:

Michele D'Orsi; Manlio Russo; Vassilis Martiadis - Asl Napoli 1 Centro, Dipartimento di Salute Mentale, Centro di Salute Mentale DS 25, Napoli

23 Settembre, Sabato - 14.00-14.10 TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Dalila Gigante

CL-64 - Metacognizione e Disturbi di Personalità

Relatore: Giulio Amadei - Laurea in Psicologia Clinica, Specializzando in Psicoterapia Cognitiva, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori:

Bilotta Elena, Bucci Ilaria, Nicolò Giuseppe, Michele Procacci, Antonio Semerari, Antonino Carcione - Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

23 Settembre, Sabato - 14.10-14.20 TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Dalila Gigante

CL-18 - Tratti di personalità e disturbi sessuali: quale relazione?

Relatore: Sara Bui - Psicologa, Psicoterapeuta, Università degli studi di Firenze, Dipartimento di Scienze della Salute, Firenze

Co-autori:

Cheli Simone, Centro di Psicologia e Psicoterapia Tages Onlus, Firenze;

Davide Déttore, Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze della Salute, Firenze

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre, Sabato - 14.20-14.30 TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Dalila Gigante

CL-87 - Valutare l'efficacia di un intervento transdiagnostico di realtà virtuale nella prevenzione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: uno studio pilota

Relatore: Valentina Gardini - Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Co-autori:

Edoardo Del Conte, Elena Tomba - Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

23 Settembre, Sabato - 14.30-14.40 TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Dalila Gigante

CL-27 - Impulsività e stili alimentari negli adolescenti: uno studio osservazionale

Relatore: Nadia Genzano - Psicologa, Specializzanda AIPC BARI, Dottoranda Università di Foggia

Co-autori:

Lucia Monacis, Prof.ssa di Psicologia Generale, Università di Foggia;

Nicoletta Trotta, Dottoranda, Università Vanvitelli;

Salvatore Iuso, Psicologo, Psicoterapeuta, Università di Foggia;

Giusi Toto, Prof.ssa di Psicologia Clinica, Università di Foggia;

Annamaria Petito, Prof.ssa di Psicologia Clinica, Università di Foggia;

Pierpaolo Limone, Rettore, Università Pegaso

23 Settembre, Sabato - 14.40-14.50 TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Dalila Gigante

CL-59 - Ruminazione rabbiosa e aggressività nel narcisismo grandioso e vulnerabile: uno studio esplorativo

Relatore: Antonella Magno - Psicologa, Psicoterapeuta, AIPC Bari, Tribunale dei Minori Taranto, Direttivo SITCC Basilicata, Matera

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre, Sabato - 14.50-15.00 TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO
Chair e Discussant: Dalila Gigante

CL-43 - Isteria: il dolore va in scena. Il caso di S. tra limiti diagnostici e trattamento

Relatore: **Silvia Rosafio** - Laurea in Psicologia Clinica e della salute, Psicoterapeuta, Responsabile Dipartimento disturbi della personalità Centro Nova Mentis, Lecce

23 Settembre, Sabato - 14.00-14.10 TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO
Chair e Discussant: Liana La Gioia

CL-90 - Efficacia di un protocollo 'online' di promozione del benessere basato sul programma MBSR: Uno studio sperimentale

Relatore: **Barbara Barcaccia** - Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta AIPC, Bari, e SITCC, Roma; Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Co-autori:

Micaela Di Consiglio; Carolina Papa; Marco Bassi de Toni; Alessandro Couyoumdjian - Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

23 Settembre, Sabato - 14.10-14.20 TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO
Chair e Discussant: Liana La Gioia

CL-24 - Colpa e vergogna nel lutto complicato

Relatore: **Roberta De Caroli** - Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Scuole di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori:

Trincas Roberta, PhD, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Dirigente Psicologo; Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Roma; ASL RM 3, CSM, Roma;

Stefania Fadda, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale; Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Claudio Contrada, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Federica Osso, Psicologa, specializzanda presso Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Lucia Maggini, Psicologa, specializzanda presso scuole di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Grosseto

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

Elisabetta Verdura, Psicologa, specializzanda presso scuole di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Ancona;

Claudia Tripiciano, Psicologa, specializzanda presso scuole di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Grosseto.

23 Settembre, Sabato - 14.20-14.30 TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Liana La Gioia

CL-37 - Disturbo di insonnia e Sleep State Misperception (SSM): correlati elettrofisiologici e comportamentali

Relatore: Elisabetta Fasiello - Laurea in Psicologia, Ricercatrice, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma SSapienza

Co-autori:

Gorgoni Maurizio, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza;

Galbiati Andrea, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche e Dipartimento di Neurologia, Centro Disturbi del Sonno, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano, Facoltà di Psicologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano;

Sforza Marco, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano;

Berra Francesca, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano;

Scarpelli Serena, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza;

Alfonsi Valentina, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza;

Annarumma Ludovica, Body and Action Lab, IRCSS Fondazione Santa Lucia, Roma;

Casoni Francesca, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche e Dipartimento di Neurologia, Centro Disturbi del Sonno, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano;

Zucconi Marco, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche e Dipartimento di Neurologia, Centro Disturbi del Sonno, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano;

Castronovo Vincenza, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche e Dipartimento di Neurologia, Centro Disturbi del Sonno, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano;

Ferini-Strambi Luigi, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche e Dipartimento di Neurologia, Centro Disturbi del Sonno, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano;

De Gennaro Luigi, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza, Body and Action Lab, IRCSS Fondazione Santa Lucia, Roma.

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre, Sabato - 14.30-14.40 TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Liana La Gioia

CL-20 - Personalizzazione uditiva del trattamento EMDR per alleviare gli effetti del trauma: uno studio di fattibilità

Relatore: Joy Grifoni - Psicologa, Psicoterapeuta in formazione, Dottoranda presso Uninettuno, Terni

Co-autori:

Grifoni Joy^{1,6}, Brancucci Alfredo⁵, L'Abbate Teresa^{1,6}, Bertoli Massimo^{1,3,6}, Perichilli Giada¹, Paulon Luca^{1,4}, Cerniglia Luca⁶, Pagani Marco^{1,6}, Tecchio Franca^{1,6}

1 Laboratory of Electrophysiology for Translational Neuroscience Let's, Institute of Cognitive Sciences and Technologies ISTC, Consiglio Nazionale Delle Ricerche CNR, Rome;

3 Department of Neuroscience, Imaging and Clinical Sciences, University 'G. D'annunzio' of Chieti-Pescara;

4 Engineer Freelance, Rome;

6 International Telematic University Uninettuno, Rome.

23 Settembre, Sabato - 14.40-14.40 TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Liana La Gioia

CL-65 - L'eco di uno sparo: storia di un trauma, il caso clinico di Leonardo

Relatore: Rosita Mirgaldi - Laurea in Psicologia Clinica, Specializzanda in Psicoterapia (IV anno AIPC, Bari) presso UOSD Psicologia dell'A.O.U Policlinico-Giovanni XXIII , Bari

Co-autori:

Germana Castoro, Phd Psicologia Università degli Studi di Bari, UOSD Psicologia dell'A.O.U Policlinico-Giovanni XXIII, Bari, Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale SPC, Napoli

23 Settembre, Sabato - 14.40-14.50 TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Liana La Gioia

CL-57 - I processi dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT): la defusione cognitiva protegge il benessere e la fusione predice la psicopatologia

Relatore: Elisabetta Ricciardi - AIPC, Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva, Bari, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione dell'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

Co-autori:

Lo Buono Viviana¹, **Pellegrini Valerio**², **Gatto Sergio**³, **Foschino Barbaro Maria Grazia**³, **Barcaccia Barbara**^{2,3,4}

1 Specializzando/a IV anno AIPC, Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva, Bari;

2 Sapienza Università di Roma;

3 Docente AIPC, Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva, Bari;

4 SPC, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

23 Settembre, Sabato

14.00-14.10

CORPO AULE - AULA 3

Chair e Discussant: Leonarda Valentina Vergatti

CL-77 - Blind testing: consapevolezza enterocettiva e disturbo da 'binge eating'

Relatore: Carola Beatrice Maria Ardizzone - Laurea Magistrale In Psicologia Clinica, Psicologo, Department of Clinical Neurosciences, IRCCS San Raffaele-Ville Turro, Milano

Co-autori:

Erzegovesi Stefano¹, **Martoni Riccard**^{1,2}, **Ogliari Anna**^{1,3}

1 Department of Clinical Neurosciences, IRCCS San Raffaele-Ville Turro, Milano;

2 Centro Terapia Cognitiva;

3 Child in Mind Lab, University "Vita-Salute San Raffaele", Milano.

23 Settembre, Sabato

14.10-14.20

CORPO AULE - AULA 3

Chair e Discussant: Leonarda Valentina Vergatti

CL-38 - I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione: origini evolucionistiche e costruzione dei significati

Relatore: Vittorio Arrigoni - Laurea in Psicologia Clinica - Specializzando in Psicoterapia, Centro Terapia Cognitiva, Como - Responsabile Clinico presso Centro Alimentazione Emotiva, Cantù

Co-autori:

Francesca Bellorini, Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo presso la Neuropsichiatria Infanzia, ASST Lariana

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre, Sabato

14.20-14.30

CORPO AULE - AULA 3

Chair e Discussant: Leonarda Valentina Vergatti

CL-14 - Endometriosi, immagine corporea e rischio di sviluppare disturbi dell'alimentazione: confronto tra un gruppo di donne con endometriosi e un gruppo di donne senza la patologia

Relatore: **Silvia Cerea** - Laurea in Psicologia Clinica, dottorato di ricerca in Scienze Psicologiche, Psicoterapeuta, Dipartimento di Psicologia Generale, Università degli Studi di Padova

Co-autori:

Cerea Silvia^{1,2}, **Rapisarda Martina**¹, **Moro Tatiana**², **Spinello Gioi**², **Sampieri Alessandro**², **Audino Palma**³, **Calchi Novati Sofia**¹, **Ghisi MartA**^{1,4}

1 Dipartimento di Psicologia Generale, Università degli Studi di Padova;

2 Dipartimento di Scienze Biomediche, Università degli Studi di Padova;

3 Azienda Unità Sanitaria Locale Latina, Regione Lazio;

4 Unità Operativa Complessa di Psicologia Ospedaliera, Azienda Ospedale Università degli Studi di Padova

23 Settembre, Sabato

14.30-14.40

CORPO AULE - AULA 3

Chair e Discussant: Leonarda Valentina Vergatti

CL-76 - Condotte alimentari e funzionamento sessuale femminile: l'impatto dell'immagine corporea e il ruolo del tocco sociale-affettivo

Relatore: **Giulia Columpsi** - Laurea in Psicologia Clinica, Psicologo, Department of Clinical Neurosciences, IRCCS San Raffele-Ville Turro, Milano

Co-autori:

Erzegovesi Stefano¹, **Martoni Riccardo Maria**^{1,2}, **Ogliari Anna**^{1,3}, **Compere-Tempestini Rebecca Viola**¹

1 Department of Clinical Neurosciences, IRCCS San Raffele-Ville Turro, Milano;

2 Centro Terapia Cognitiva;

3 Child in Mind Lab, University "Vita-Salute San Raffaele", Milano

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre, Sabato 14.40-14.50 CORPO AULE - AULA 3
Chair e Discussant: Leonarda Valentina Vergatti

CL-73 - L'unione fa la forza; Psicoterapia Postruttivista Post Razionalista e intervento educativo in adolescenti con DCA grave

Relatore: **Benedetta Goretti** - Laurea in Psicologia, specializzazione in Psicologia Clinica e training in Psicoterapia Post Razionalista, Centro Olos, Firenze

23 Settembre, Sabato 14.50-15.50 CORPO AULE - AULA 3
Chair e Discussant: Leonarda Valentina Vergatti

CL-84 - Differenze di genere in credenze razionali e benessere psicologico in pazienti con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: uno studio controllato

Relatore: **Elena Lo Dato** - Laurea in Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Co-autori:

Tecuta Lucia; Tomba Elena - Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

23 Settembre, Sabato 14.00-14.10 CORPO AULE - AULA 4
Chair e Discussant: Michele Simeone

CL-80 - Scenari e prospettive epidemiologiche in epoca post-pandemica: i dati di un servizio territoriale di Neuropsichiatria Infantile

Relatore: **Anna Maria Angelilli** - Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, Dirigente Medico responsabile coordinamento TSMREE Santa Maria della Pietà e referente aziendale Appropriatezza Trattamenti Riabilitativi in età evolutiva EROG, Roma

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre, Sabato 14.10-14.20 CORPO AULE - AULA 4
Chair e Discussant: Michele Simeone

CL-41 - La gestione della disabilità nei contesti ospedalieri: la prospettiva di caregiver, personale sanitario e persone con disabilità a confronto

Relatore: **Gabrielle Coppola** - Psicologo, Psicoterapeuta, Professore ordinario in Psicologia dello sviluppo, Dipartimento ForPsiCom, Università degli Studi di Bari Aldo Moro

Co-autori:

Manfredi Francesco, Dirigente Medico alta specialità in Disabilità e Neurortopedia dell'età evolutiva, UOC Ortopedia e Traumatologia AOU Policlinico Consorziiale, Presidio Ospedaliero Pediatrico Giovanni XXIII Bari;

Bellacicco Mariagrazia, laureata presso il CdS Magistrale in Psicologia, Dipartimento ForPsiCom, Università degli Studi di Bari Aldo Moro;

D'Errico Francesca, Professore associato di Psicologia Sociale, Dipartimento ForPsiCom, Università degli Studi di Bari Aldo Moro;

Mirgaldi Rosita, Psicologa, specializzanda presso AIPC, Bari;

Brudaglio Flora, dirigente medico Psichiatra, UOSVD CSM Andria Canosa DSM ASL BAT;

Leonetti Nunzia, dirigente medico Pediatra, UOC di Pediatria e Neonatologia, Presidio Ospedaliero di Andria ASL BAT.

23 Settembre, Sabato 14.20-14.30 CORPO AULE - AULA 4
Chair e Discussant: Michele Simeone

CL-81 - "Nati due volte": dati preliminari della relazione esistente tra psicopatologia e modalità di esperienza adottiva

Relatore: **Filippo Nicola Frassi** - Psicoterapeuta, Associazione Culturale Studi Cognitivi Pandora, Lucca

Co-autori:

Del Nero C.*°, Ciandri S.*°, Del Forno B. *°, Sabettoni M. *°

*Associazione Culturale Studi Cognitivi Pandora, Lucca;

° Centro Psicoterapia Cognitiva, Pontedera

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre, Sabato 14.30-14.40 CORPO AULE - AULA 4

Chair e Discussant: Michele Simeone

CL-45 - Minori stranieri non accompagnati (MSNA): protocollo multidisciplinare, trauma migratorio (vulnerabilità), percorsi di assistenza ed esiti psicopatologici secondo il modello dell'ASL di Taranto

Relatore: Sergio Gatto - Psicologo, Psicoterapeuta, Servizio di Psicologia Clinica, Dipartimento Salute Mentale ASL, Taranto

Co-autori:

Mauceri Renato, Leopardi Francesca, Chiloiro Dora - Servizio di Psicologia Clinica, Dipartimento Salute Mentale ASL, Taranto

23 Settembre, Sabato 14.40-14.50 CORPO AULE - AULA 4

Chair e Discussant: Michele Simeone

CL-16 - Take Your Minute: pause attive e meditazione a scuola

Quando brevi pause attive e momenti di meditazione in classe possono migliorare il benessere psico-fisico di insegnanti e ragazzi, le performance scolastiche, l'apprendimento e l'attenzione degli studenti.

Relatore: Barbara Nano - Psicologa, Psicoterapeuta, S.C. Neuro-Psichiatria Infantile ASL CN1, Ospedale DI Mondovì

Co-autori:

Fioretto Franco, Direttore Dipartimento Interaziendale Materno Infantile e S.C. Neuropsichiatria Infantile ASL CN1;

Quercio Marco, Direttore S.C. Medicina Fisica e Riabilitazione area sud Mondovì;

Ferraris Sonia, Coordinatore Gestionale FKT Dipartimento Medico Generale Area Riabilitativa ASL CN1;

Badino Enrica, Psicologa, Psicoterapeuta, S.C. Neuropsichiatria Infantile ASL CN1; Costamagna

Giorgia, Psicologa, specializzanda in Psicoterapia, S.C. Neuropsichiatria Infantile ASL CN1;

Dutto Federico, Psicologo, specializzando in Psicoterapia S.C. Neuropsichiatria Infantile ASL CN1;

Galleano Veronica, fkt mfr ASL CN1;

Ferrero Raffaella, fkt mfr ASL CN1;

Marini Emanuela, fkt mfr ASL CN1;

Bonelli Cecilia, tirocinante fkt mfr ASL CN1.

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre, Sabato **14.50-15.00** **CORPO AULE - AULA 4**
Chair e Discussant: Michele Simeone

CL-69 - Intervento di Supporto Psicologico Territoriale. Un modello di co-terapia

Relatore: Manuela Turco - Psicologa, Psicoterapeuta; Psicologo Dirigente presso il servizio di Neuropsichiatria Infantile, ASLCN1; libero professionista, Mondovì (Cuneo)

Co-autori:

Barbara Nano, Psicologa, Psicoterapeuta;

Elisa Colombi, Neuropsichiatra Infantile;

Franco Fioretto, Neuropsichiatra Infantile, Direttore del Dipartimento Materno-Infantile ASLCN1

23 Settembre, Sabato **14.00-14.10** **CORPO AULE - AULA 5**
Chair e Discussant: Marvita Goffredo

CL-06 - Craving: Trattamento Integrato e Terapia di Gruppo

Relatore: Mara Fantinati - Cooperativa La Quercia, Reggio Emilia, Modena

Co-autori: Giulia Gazzotti, Educatrice e Coordinatore Centro Diurno, Cooperativa La Quercia, Reggio Emilia

23 Settembre, Sabato **14.10-14.20** **CORPO AULE - AULA 5**
Chair e Discussant: Marvita Goffredo

CL-13 - Maternità e dipendenze: una revisione critica della letteratura

Relatore: Gaia Cassese - Psicologa, Psicoterapeuta in formazione, Nola

Co-autori: Giannini, Rosa, Psicologa, Psicoterapeuta, terapeuta EMDR, formazione DBT e TMI, consulente presso ASL Napoli 3 sud, Pomigliano D'arco

23 Settembre, Sabato **14.20-14.30** **CORPO AULE - AULA 5**
Chair e Discussant: Marvita Goffredo

CL-47 - L'assertività e le competenze relazionali del terapeuta: cosa dice la ricerca

Relatore: Gaia Cassese - Psicologa, specializzanda in Psicoterapia, Scuole di Psicoterapia APC/SPC, Roma

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

Co-autori:

Osso Federica*; **Pasquale Annalisa***; **Fimiani Ramona***; **Baggio Francesca°**; **Cosentino Teresa°**; **Perdighe Claudia°**.

* Specializzande allieve Scuole di Psicoterapia Cognitiva APC e SPC;

° Docenti e didatte Scuole di Psicoterapia Cognitiva APC e SPC

23 Settembre, Sabato **14.30-14.40** **CORPO AULE - AULA 5**
Chair e Discussant: Marvita Goffredo

CL-67 - Adolescenti iperconnessi: paura di essere esclusi da esperienze gratificanti (FoMO) e dipendenza dai social network

Relatore: Francesca Filograsso - Psicoterapeuta in formazione, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, AIPC Bari II anno

Co-autori:

Maria Lucia Disabato, Psicologa, training II Anno AIPC, Bari;

Maria Grazia Foschino Barbaro, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva (AIPC), Bari, Coordinamento dei Servizi per il contrasto della violenza all'infanzia, Regione Puglia;

Barbara Barcaccia, Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta AIPC, Bari e SPC, Roma; Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

23 Settembre, Sabato **14.40-14.50** **CORPO AULE - AULA 5**
Chair e Discussant: Marvita Goffredo

CL-85 - Il biofeedback HRV come intervento complementare di gruppo nel trattamento del craving

Relatore: Mattia Nese - dottorato di ricerca in Psicologia, Psicoterapeuta, Sigmund Freud University, Milano

Co-autori:

Basciano Alessandro, Università Sigmund Freud, Milano;

Riboli Greta, Università Sigmund Freud, Vienna;

Brighetti Gianni, Università Sigmund Freud, Milano;

Borlimi Rosita, Università Sigmund Freud, Milano

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre, Sabato **14.50-15.00** **CORPO AULE - AULA 5**
Chair e Discussant: Marvita Goffredo

CL-82 - Il ruolo dell'impulsività come mediatore tra l'alessitimia e la dissociazione in un campione di utenti disintossicati, ricoverati in comunità per disturbo da uso di sostanze e alcool: un modello di equazione strutturale.

Relatore: **Giovanni Luca Palmisano** - Psicologo, Psicoterapeuta, APC Lecce, PhD in Clinical Psychology, CRISi scarl Onlus, Università Bona Sforza, Bari

Co-autori:

Ferlisi Gabriele, Psicologo, psicoterapeuta, Ormos centro di Psicoterapia Cognitiva;

Alessandro Oronzo Caffò, Psicologo, PhD in Cognitive Psychology, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro";

Johan Vanderlinden, PhD in Clinical Psychology, Psicologo, Psicoterapeuta, KU Leuven, Belgio

23 Settembre, Sabato **14.00-14.10** **CORPO AULE - AULA 6**
Chair e Discussant: Chiara Lamuraglia

CL-32 - Altruismo e depressione: quale relazione?

Relatore: **Stefano Cattan**, SPC Roma, Centro Clinico Psychè;

Co-autori:

Marco Angelillo, Carlo- AIPC, Bari;

D'Innocenzo, Antonella, SPC Roma;

Rainone, Antonella, SPC Roma;

Mancini, Francesco, SPC Roma;

Visco-Comandini, Federica, SPC Roma, Centro Clinico Psychè.

23 Settembre, Sabato **14.10-14.20** **CORPO AULE - AULA 6**
Chair e Discussant: Chiara Lamuraglia

CL-51 - Microaggressioni e microinvalidazioni inconsapevoli nella relazione terapeutica: impatto degli stereotipi culturali su processo ed esito della terapia

Relatore: **Carla Barile** - Psichiatra, Psicoterapeuta, Docente STPC e CTC, Torino

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

Co-autori:

Paola Cimbolli, PhD Psicoterapeuta Centro Clinico Nemo, Fondazione Policlinico A. Gemelli IRCCS, Roma;

Monica De Marchis, Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta SITCC ;

Antonella Ivaldi, Psicologa, Psicoterapeuta, Gruppo-analista, Socia-Didatta SITCC, Socia-Didatta ISIPSe, Presidente di TeoriAperta;

Federica Mansutti, Psicologa, Psicoterapeuta Docente APC;

Giulia Tirelli, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Costruttivista Sessuologa Clinica;

Lisa Reano, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivista, Sessuologa Clinica

23 Settembre, Sabato **14.20-14.30** **CORPO AULE - AULA 6**
Chair e Discussant: Chiara Lamuraglia

CL-88 - I videogames come strumento a supporto della CBT

Relatore: Roberto Desiderio - Psicologo clinico, Psicoterapeuta in formazione presso la Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Rimini

23 Settembre, Sabato **14.30-14.40** **CORPO AULE - AULA 6**
Chair e Discussant: Chiara Lamuraglia

CL-62 - L'impatto psicologico del COVID-19 nei pazienti pediatrici con malattia cronica: uno studio multicentrico

Relatore: Michele Pellegrini - Psicologo, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo UOSD Psicologia, AOU Policlinico-Giovanni XXIII Bari; Docente APC Lecce e AIPC Bari

Co-autori:

Simonetta Gentile¹, **Michele Pellegrini**², **Cinzia Correale**³, **Oriana Papa**⁴, **Rosanna Martin**⁵, **Cristina Venturino**⁶, **Rossella Sterpone**⁷, **Teresa Sergio**⁸, **Simona Cappelletti**³

1 Già Responsabile UOSD Psicologia Clinica, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma;

2 UOSD Psicologia, AOU Policlinico-Giovanni XXIII; AIPC Bari;

3 UOC Neurologia Clinica e Sperimentale, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma;

4 UOSD Psicologia Ospedaliera, Ospedale Pediatrico Salesi;

5 Servizio di Psicologia Ospedaliera Pediatrica, IRCCS AOU Meyer;

6 UOSD Centro di Psicologia, IRCCS Giannina Gaslini;

7 UOSD Psicologia, AON SS. Antonio e Biagio e Arrigo;

8 Psicoterapeuta in Formazione IV anno AIPC, Bari

23 Settembre - 14.00 - 15.15

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre, Sabato **14.40-14.50** **CORPO AULE - AULA 6**
Chair e Discussant: Chiara Lamuraglia

CL-50 - “Il laboratorio di Dexter”: un caso di disturbo ossessivo compulsivo e disturbo dello spettro autistico ad alto funzionamento

Relatore: Annalisa Loconsole - Laurea in Psicologia clinica, Psicologa, AIPC Bari

Co-autori:

Angelillo Marco, AIPC Bari;

Misceo Federica, AIPC Bari;

Simeone Michele, Centro di Psicoterapia Cognitiva, AIPC Bari

23 Settembre, Sabato **14.50-15.00** **CORPO AULE - AULA 6**
Chair e Discussant: Chiara Lamuraglia

CL-P48 - Il caso di M. - caso di skin picking in una persona anziana

Relatore: Alessandra Lupo - Psicoterapeuta, Centro di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma

23 Settembre, Sabato **15.00-15.10** **CORPO AULE - AULA 6**
Chair e Discussant: Chiara Lamuraglia

CL-39 - La sessualità contemporanea: nuovi trend e nuove problematiche sessuali

Relatore: Gaia Polloni - Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa Clinica, Terapeuta

Practitioner EMDR, Docente nelle Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Centro Terapia Cognitiva di Como, Milano e Torino e nella Scuola di Specializzazione in Sessuologia AISPA di Milano, Como

22 Settembre - 13.00 - 14.00

POSTERS

22 Settembre, Venerdì 13.00-14.00

TORRE ROSSI – AULA 1 – PIANO TERRA

Chair: Michele Pellegrini Discussant: Annalisa Bello

P-28 - Alterazioni del sonno nei pazienti con Disturbo dello Spettro dell'Autismo: prevalenza, fattori predittivi e ruolo del co-sleeping

Autore: Valentina Alfonsi - Laurea in Psicologia, Dottore di Ricerca e Psicoterapeuta, Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Co-autori:

Serena Scarpelli (1); Deny Menghini (2); Francesca Giumello (1,2); Maurizio Gorgoni (1,3), Ludovica Annarumma (1,3); Stefano Vicari (2), Luigi De Gennaro (1,3).

(1) Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma;

(2) Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma;

(3) Fondazione Santa Lucia IRCCS, Roma

P-70 - Disregolazione emotivo comportamentale in età evolutiva: esperienza territoriale della Dialectical Behaviour Therapy per adolescenti (DBT–A) nel trattamento del deficit di attenzione iperattività ed impulsività (ADHD)

Autore: Anna Maria Angelilli - Laurea in Medicina e Chirurgia, specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, Psicoterapeuta, dirigente medico responsabile coordinamento TSMREE Santa Maria della Pietà e referente aziendale appropriatezza trattamenti riabilitativi in età evolutiva erogati dal piano accreditato, Unità Operativa Complessa Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva, Dipartimento Salute Mentale, ASL Roma 1

Co-autori:

Ercolani Giordana, Psicologa, Psicoterapeuta, Cooperativa Nuova Sair - Cotrad, TSMREE Santa Maria della Pietà, Unità Operativa Complessa Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva, Dipartimento Salute Mentale ASL Roma1;

Fanelli Olga, Educatrice Professionale e Pedagogista, Cooperativa Nuova Sair - Cotrad, TSMREE Santa Maria della Pietà, Unità Operativa Complessa Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva, Dipartimento Salute Mentale, ASL Roma 1;

Piatti Rosalba, Psicologa, Psicoterapeuta, Cooperativa Nuova Sair - Cotrad, TSMREE Santa Maria della Pietà, Unità Operativa Complessa Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva, Dipartimento Salute Mentale ASL Roma1;

Taglia Claudia, Educatrice Professionale, Cooperativa Nuova Sair - Cotrad, TSMREE Santa Maria della Pietà, Unità Operativa Complessa Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva, Dipartimento Salute Mentale, ASL Roma 1;

Tacconi Marilena, Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo e Referente Formazione Unità Operativa Complessa Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva, Dipartimento Salute Mentale, ASL Roma 1;

Spinetoli Bruno, Direttore Unità Operativa Complessa Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva, Dipartimento Salute Mentale, ASL Roma 1

P-30 - Scrivere per non rimuginare? Gli effetti psicofisiologici dell'esposizione scritta alle preoccupazioni

Autore: Linda Barberis - Psicologa, Sigmund Freud University, Casale Monferrato

Co-autori:

Riboli, Greta; Brighetti, Gianni; Borlimi, Rosita; Nese, Mattia - Sigmund Freud University

P-83 - Corpo e libertà. Nove culture in dialogo attraverso i sensi: danza e fotografia narrativa come linguaggi di sorellanza

Autore: Laura Belloni Sonzogni - Psicologa, Psicoterapeuta, Nous scuola di specializzazione Cognitiva Costruttivista orientata alla Mindfulness, Milano, Psicopolis ODV, Rumorosse APS, Lodi

Co-autori:

Abro, Suhaee, Nuova Officina della Danza, Torino;

Negri, Silvia, Psicologa, Psicoterapeuta, Servizio Accoglienza Integrazione (SAI) del Comune di Lodi;

Camino, Nicole, Educatrice e Mediatrice Culturale, SAI di Lodi;

Garbarini, Paola, Psicologa, Psicoterapeuta, SAI di Lodi

P-74 - Livelli di Mindfulness e affettività: relazione tra soggetti dipendenti da Internet e soggetti non dipendenti da Internet

Autore: Isabella Blanco - Laurea in Medicina e Chirurgia, specialista in Radiodiagnostica, specializzando in Psichiatria presso Università degli Studi di Messina, specializzando in Psichiatria Cognitivo-comportamentale al primo anno, filiale di Reggio Calabria

P-09 - Sintomi dello spettro autistico in pazienti con anoressia nervosa e denutrizione severa: uno studio pilota

Autore: Margherita Boltri - Servizio di Nutrizione Clinica, Paul Brousse Hospital, Villejuif, Francia; Dipartimento di Psicologia, Università Sigmund Freud, Milano; Studi Cognitivi, Milano

Co-autori: Claudia Maria Mineo, Dipartimento di Psicologia, Università Sigmund Freud Milano;

Walter Sapuppo, Studi Cognitivi Milano, Dipartimento di Psicologia, Università Sigmund Freud Milano;

Marion Leboyer, Istituto Mondor per la Ricerca Biomedica, Créteil, Francia;

Mouna Hanachi, Servizio di Nutrizione Clinica, Ospedale Paul Brousse, Villejuif, Francia

22 Settembre - 13.00 - 14.00

POSTERS

P-44 - La terapia di coppia focalizzata sulle emozioni (EFT) di S. Johnson

Autore: Barbara Boselli – Psicologa, Psicoterapeuta Supervisore EFT Italia, Milano

Co-autori:

Alterra Giulia, Pagani Andrea - EFT Italia

P-40 - “La forza al femminile”: un progetto informativo e psicoeducativo rivolto a pazienti oncologiche con tumore al seno

Autore: Rossana Botto - Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Torino

Co-autori:

Fulvia Pedani, Presidente A.N.D.O.S. Onlus;

Maria Rosa Stanizzo, SSD Psicologia Clinica, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

P-08 - Valutazione del tempo di *recovery* di attivazioni psicofisiologiche prodotte da *mental imagery*: uno studio sperimentale

Autore: Irene Brianzoni - Dottoranda in Psicologia, Sigmund Freud University, Milano

Co-autori:

Borlimi Rosita, PhD, Psicoterapeuta, Sigmund Freud University;

Riboli Greta, PhD, Psicoterapeuta, Sigmund Freud University;

Nese Mattia, PhD, Psicoterapeuta, Sigmund Freud University

P-79 - Maternità e dipendenze: una revisione critica della letteratura

Autore: Gaia Cassese - Psicologa, Psicodiagnosta, Specializzanda SPC, Nola

Co-autori:

Giannini, Rosa, Psicologa, Psicoterapeuta, consulente presso ASL Napoli 3 Sud, Pomigliano D'Arco

P-55 - Studio osservazionale trasversale dei livelli di mindfulness e maturità dei meccanismi di difesa nell'ambito della patologia psichiatrica

Autore: Rebecca Ciacchini - Laurea in Psicologia Clinica e della Salute, Psicologa, Dottoranda in Theoretical and Applied Neuroscience, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'area critica, Università di Pisa

Co-autori:

Miniati, Mario, Dipartimento di medicina clinica e sperimentale, Università di Pisa;

Orrù, Graziella, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa;

Di Giuseppe, Mariagrazia, Dipartimento di Storia, Beni Culturali, Formazione e Società, Università di Roma Tor Vergata;

22 Settembre - 13.00 - 14.00

POSTERS

Rano, Matteo, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa;

Grenno, Giovanna, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa;

Conversano, Ciro, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa;

Gemignani, Angelo, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa.

22 Settembre - 13.00 - 14.00

POSTERS

22 Settembre, Venerdì 13.00-14.00

TORRE ROSSI – AULA 2 – PIANO TERRA

Chair: Arturo Catalano

Discussant: Lucia Destino

P-04 - Psicoterapia in un setting multiculturale: intervento di gruppo per caregivers di pazienti pediatrici oncoematologici sottoposti a trapianto di cellule staminali emopoietiche (TCSE)

Autore: Flavia Consolini - Psicologo, Psicoterapeuta, SSD Onco Ematologia Pediatrica-Prete, IRCCS Policlinico Sant'Orsola di Bologna

Co-autori:

Sara Rossi, Psicologa, Psicoterapeuta, SSD Onco Ematologia Pediatrica-Prete, IRCCS Policlinico S. Orsola di Bologna;

Vitalba Lo Re, Psicologa, Psicoterapeuta, SSD Onco Ematologia Pediatrica-Prete, IRCCS Policlinico Sant'Orsola di Bologna;

Arianna Gemini, tirocinante post lauream, SSD Onco Ematologia Pediatrica-Prete, IRCCS Policlinico Sant'Orsola di Bologna;

Marica Talucci, tirocinante post lauream, SSD Onco Ematologia Pediatrica-Prete, IRCCS Policlinico Sant'Orsola di Bologna;

Ilaria Puglisi, Psicologa, Psicoterapeuta, SSD Onco Ematologia Pediatrica-Prete, IRCCS Policlinico Sant'Orsola di Bologna.

P-21 - L'intervento clinico in Psicologia di Cure Primarie. Primi risultati di una ricerca pilota in Piemonte

Autore: Angelo Crea - Psicologo, Psicoterapeuta, Centro Clinico Crocetta, SC Psicologia ASL VC, SIPCP Società Italiana Psicologia di Cure Primarie, Vercelli

Co-autori:

Alessandro Carbocci, Centro Clinico Crocetta, Servizi Clinici, sede di Vercelli; SIPCP Società Italiana di Psicologia delle cure primarie;

Ilaria Cottu, Centro Clinico Crocetta, Servizi Clinici, sede di Vercelli; SIPCP Società Italiana di Psicologia delle cure primarie;

Giorgia Bosco, Associazione Iris, Torino; SIPCP Società Italiana di Psicologia delle cure primarie;

Alessia Decker, Associazione Iris, Torino; SIPCP Società Italiana di Psicologia delle cure primarie;

Emanuela Di Pietro, Terapia Metacognitiva Interpersonale, sede di Torino, SIPCP Società Italiana di Psicologia delle cure primarie;

Ivan De Marco, Istituto Universitario Salesiano di Torino, Centro Studi Autopoiesi.

P-89 - ACT per nerd: la cultura geek in favore della flessibilità psicologica

Autore: **Roberto Desiderio** - Psicologo clinico, Psicoterapeuta in formazione presso la Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Rimini

P-05 - Craving: Trattamento in Terapia di Gruppo

Autore: **Mara Fantinati** - Cooperativa La Quercia, Reggio Emilia, Modena

Co-autori:

Dr.ssa **Giulia Gazzotti**

P-66 - L'impatto psicologico delle malattie croniche infantili: uno studio esplorativo

Autore: **Francesca Filograsso** - Psicoterapeuta in formazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva - AIPC Bari II anno, Bari

Co-autori:

Silvia Papparusso²; **Stefania Ferrante**³, **Grazia Tiziana Vitale**⁴, **Germana Castoro**⁵

¹Psicoterapeuta in formazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva - AIPC Bari II anno;

²Psicoterapeuta in formazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva - AIPC Bari VI anno;

³Psicologa borsista U.O.S.S.D. Psicologia A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII, Bari, Centro Clinico di psicoterapia cognitiva (AIPC), Bari;

⁴Psicologa U.O.S.S.D. Psicologia A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII, Bari, Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale APC, Lecce;

⁵Phd Psicologia Università degli Studi di Bari, UOSD Psicologia A.O.U Policlinico-Giovanni XXIII (Bari), Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale SPC, Napoli

P-52 - La validazione italiana dell'International Trauma Questionnaire – child adolescent version (ITQ-CA)

Autore: **Marvita Goffredo** - Psicologo, Psicoterapeuta, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva (AIPC), Bari

Co-autori:

Pasquale Musso - Professore Associato, Dipartimento Di Scienze Della Formazione, Psicologia, Comunicazione dell'Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari;

Alessandro Costantini – Psicologo, Psicoterapeuta, Professore Associato Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari;

Roberta Gasparri - Laureanda Dipartimento Di Scienze Della Formazione, Psicologia, Comunicazione dell'Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari;

Cristiano Laricchiuta - Laureando Dipartimento Di Scienze Della Formazione, Psicologia, Comunicazione dell'Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari;

Maira Lorusso - Laureanda Dipartimento Di Scienze Della Formazione, Psicologia, Comunicazione dell'Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari;

22 Settembre - 13.00 - 14.00

POSTERS

Maria Grazia Foschino Barbaro – Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile Scuola di Specializzazione AIPC, Bari;

Gabrielle Coppola – Psicologa, Psicoterapeuta, Professore Ordinario Dipartimento Di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione dell'Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari.

P-68 - il colore della vergogna: Linda, un caso di fobia sociale

Autore: Liana La Gioia - Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva, (AIPC) Bari

Co-autori:

Tedone Rosa, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale

P-75 - Approccio Cognitivo-Neuropsicologico Integrato nel Disturbo Post-Traumatico Da Stress e Trauma Cranico: un caso clinico

Autore: Gianvito Lagravinese - Psicoterapeuta, Istituti Clinici a Carattere Scientifico Maugeri, Bari

Co-autori:

Narracci Alessia, Psicologo, Istituti Clinici a Carattere Scientifico Maugeri, Bari;

Minafra Brigida, Neurologo, Istituti Clinici a Carattere Scientifico Maugeri, Bari

P-58 - Inside Out: la consapevolezza di pensieri, emozioni e comportamenti nel percorso universitario

Autore: Stefano Macchi - Psicologo, Psicoterapeuta, Crema

Co-autori:

Buffa Federica, Franch Mariangela, Martini Umberto, Masotti Paola - Università di Trento

P-46 - L'approccio trauma informed care nel trauma complesso in età infantile e adolescenziale: una ricognizione del panorama attuale

Autore: Silvia Mastrapasqua - 1°anno Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva, Bari

Co-autori:

Misceo Federica, 3°anno Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva, Bari;

Loconsole Annalisa, 4°anno Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva, Bari;

Angelillo Marco, 4°anno Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva, Bari;

Foschino Barbaro Maria Grazia, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva, Bari

P-72 - ADHD nell'adulto: dimensioni psicopatologiche

Autore: Valentina Mentuccia - Laurea in Psicologia, Specializzanda in psicoterapia presso la Scuola italiana di Cognitivismo Clinico (SICC), Segni (RM)

Co-autori:

Sangiovanni Loredana, DSMDP ASL Roma 5;

22 Settembre - 13.00 - 14.00

POSTERS

Riggio Francesco, DSMDP ASL Roma 5;
Marino Giovanni, DSMDP ASL Roma 5;
Sagliano Teresa, DSMDP ASL Roma 5;
Griffo Serena, specializzanda in psicoterapia presso la SICC;
Bernabei Laura, DSMDP ASL Roma 5;
Nicolò Giuseppe, DSMDP ASL Roma 5

22 Settembre - 13.00 - 14.00

POSTERS

22 Settembre, Venerdì 13.00-14.00

TORRE ROSSI – AULA ROSSI – PIANO TERRA

Chair: Alessandro Costantini

Discussant: Sergio Gatto

P-49 - L'intolleranza al sonno di Carla. un caso clinico di disturbo di insonnia e cbt-i

Autore: Chiara Mignogna – Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma

Co-autori:

Buonanno Carlo, Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma;

Baglioni Chiara, Università degli Studi "G. Marconi" Roma, Dipartimento di Psichiatria e Psicologia, Centro Medico, Università di Friburgo, Germania

P-11 - Autolesività non suicidaria in pazienti con disturbi dell'alimentazione e della nutrizione: una revisione sistematica

Autore: Claudia Maria Mineo - Laurea Magistrale in Psicologia Clinica, Sigmund Freud University, Milano

Co-autori:

Margherita Boltri, Dipartimento di Psicologia, Sigmund Freud University, Milano;

Walter Sapuppo, Studi Cognitivi Milano, Dipartimento di Psicologia, Sigmund Freud University, Milano.

P-10 - Strumenti di valutazione del disturbo da escoriazione (Skin Picking) utilizzati in ambito clinico: una revisione della letteratura

Autore: Claudia Maria Mineo - Laurea Magistrale in Psicologia Clinica, Sigmund Freud University, Milano

Co-autori:

Chiara Sbrizzi, Studi Cognitivi Milano;

Margherita Boltri, Dipartimento di Psicologia, Università Sigmund Freud, Milano;

Walter Sapuppo, Studi Cognitivi Milano, Dipartimento di Psicologia, Università Sigmund Freud, Milano.

P-54 - Favorire l'attaccamento sicuro nei bambini. Percorso per neo mamme all'interno del Consultorio Familiare dell' ASLcn1 con il metodo Circle of Security Parenting

Autore: Barbara Nano – Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento Materno Infantile ASLCN1, NPI e Consultorio familiare, Ospedale di Mondovì CN, Mondovì

Co-autori:

Alice Gullino, Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento Materno Infantile, NPI e Consultorio familiare, ASLCN1

P-29 - Analisi del profilo psicofisiologico e linguistico individuale in una sessione di esposizione scritta

Autore: Mattia Nese - Dottorato di Ricerca in Psicologia, Psicoterapeuta, Sigmund Freud University, Milano

Co-autori:

Barberis, Linda; Riboli, Greta; Brighetti, Gianni; Borlimi, Rosita - Sigmund Freud University, Milano

P-07 - Uso di tecnologie digitali per lo studio delle abilità metacognitive: Eyes test, Happé test e risposte psicofisiologiche

Autore: Ludovica Prato - Dottoranda in psicologia, Sigmund Freud University, Milano

Co-autori:

Borlimi Rosita, PhD, Psicoterapeuta, Sigmund Freud University;

Riboli G. PhD, Psicoterapeuta, Sigmund Freud University;

Nese Mattia PhD, Psicoterapeuta, Sigmund Freud University

P-61 - Autolesionismo e fattori di rischio: revisione della letteratura

Autore: Carmela Prudente, Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia Aipc, Bari

Co-autori:

Alessia Laforgia – Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Aipc, Bari;

Catalano Arturo, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro Clinico Aipc, Bari;

Carlucci Francesca, Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia, Aipc, Bari;

Melo Mariangela, Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia Aipc, Bari;

Semeraro Carla, Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia Aipc, Bari;

Tagliente Serena, Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia Aipc, Bari;

Foschino Barbaro Maria Grazia, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Specializzazione in psicoterapia cognitiva (AIPC), Bari

22 Settembre - 13.00 - 14.00

POSTERS

P-12 - “Piccolo è prezioso”: studio preliminare sugli esiti relativi ad alcune dimensioni (disregolazione emotiva, dissociazione, metacognizione) del percorso terapeutico riabilitativo con modello di trattamento multidisciplinare complesso offerto nella comunità

Autore: Paola Riso - PhD, Laurea in Psicologia, Responsabile Area Ricerca Comunità Terapeutica-Riabilitativa IL VOLO, Centro Studi Carlo Perris - Monticello Brianza (LC), Genova

Co-autori:

Vimercati, Paola, Responsabile Psicodiagnosi, Comunità Terapeutica-riabilitativa IL VOLO, Centro Studi Carlo Perris, Monticello Brianza (LC);

Pagani, Raffaele, Case Manager, Comunità Terapeutica-riabilitativa IL VOLO, Centro Studi Carlo Perris, Monticello Brianza (LC);

Damiano, Salvatore, Vice-direttore Sanitario, Comunità Terapeutica-riabilitativa IL VOLO, Centro Studi Carlo Perris, Monticello Brianza (LC);

Rezzonico, Giorgio, Direttore Scientifico, Comunità Terapeutica-riabilitativa IL VOLO, Centro Studi Carlo Perris, Monticello Brianza (LC).

P-22 - Cambiamenti dell'attività onirica durante la pandemia: uno studio longitudinale sulla popolazione italiana

Autore: Serena Scarpelli - Laurea in Psicologia della Salute, Clinica e di Comunità, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca in Psicologia e Scienza Cognitiva, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza

Co-autori:

Alfonsi, Valentina, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza;

Camaioni, Milena, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza;

Gorgoni, Maurizio, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza;

Albano, Antonio, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma;

Musetti, Alessandro, Dipartimento di Scienze Umanistiche, Sociali e Industrie Culturali, Università di Parma;

Quattropiani, Maria Catena, Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Università di Catania;

Plazzi, Giuseppe, Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia;

De Gennaro, Luigi, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza;

Franceschini, Christian, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma

P-94 - Disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (DDAI) e disturbo antisociale di personalità: una review della letteratura scientifica

Autore: Eduardo Maria Schettino - Laurea Magistrale in Psicologia Clinica, Psicoterapia Cognitiva SPC (in corso), Master universitario di II livello in Neuropsicologia dello sviluppo e dei disturbi dell'apprendimento, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

Co-autori:

Pippo Anna Chiara, Laurea Magistrale in Psicologia Clinica, Università la Sapienza di Roma, Psicoterapia Cognitiva SPC (in corso), Master universitario di II livello in Psicodiagnostica clinica e forense, Cooperativa sociale Il Sorriso onlus, Consorzio Cooperative sociali (RTI autismo);

Pistone Luca, Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Psichiatria (in corso), Psicoterapia Cognitiva SPC (in corso), AOU Federico II;

Ricco Maria Rosaria, Laurea Magistrale in Psicologia Clinica, Analista del comportamento, Psicoterapia Cognitiva SPC (in corso), Neapolisanit s.r.l., Aias sez.Nola, Cooperativa Bolla di Sapone;

Lamberti Fabrizio, Laurea magistrale in Psicologia dei Processi cognitivi, Master universitario di II livello in Neuropsicologia dell'età evolutiva e dei disturbi dell'apprendimento, Psicoterapia Cognitiva SPC (in corso)

Con il contributo dei trainer del Primo anno 2022/2023 di SPC Napoli: **Antonio Pinto e Roberto Pedone.**

P-17 - Profilo emotivo e comportamentale nella narcolessia di tipo 1 in età pediatrica: uno studio caso-controllo

Autore: Giorgia Simoncini Malucelli - Laurea Magistrale in Neuroscienze Cognitive e Riabilitazione Psicologica, Psicologo, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Diploma di Medicina del Sonno, attività clinica e di ricerca presso Sleep Medicine Unit - Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Department of Neurosciences, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Co-autori:

Anna Mercante^{2,3}, Fabio Pizza^{3,4}, Valerio Brunetti^{1,5}, Stefano Vandì^{3,4}, Giulia Neccia³, Christian Franceschini⁶, Giacomo Della Marca^{1,5}, Catello Vollono^{1,7}, Daniela Pia Rosaria Chieffo^{8,9}, Giuseppe Plazzi^{3,10}.

1 Department of Neurosciences, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;

2 Pediatric Neurology and Neurophysiology Unit, Department of Women's and Children's Health, University Hospital of Padua;

3 IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna;

4 Department of Biomedical and Neuromotor Sciences, University of Bologna;

5 UOC di Neurologia, Dipartimento di Scienze dell'Invecchiamento, Neurologiche, Ortopediche e della Testa-Collo, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma;

6 Department of Medicine and Surgery, University of Parma;

22 Settembre - 13.00 - 14.00

POSTERS

7 UOC di Neurofisiopatologia, Dipartimento di Neuroscienze, Organi di Senso e Torace, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma;
8 Clinical Psychology Unit, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma;
9 Department Women Children and Public Health, Catholic University of Sacred Heart, Roma;
10 Department of Biomedical, Metabolic and Neural Sciences, University of Modena and Reggio Emilia, Modena

P-95 - Il ruolo del nervo vago nell'elaborazione di memorie emotive

Autore: Allison Uvelli - Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università di Siena - II anno SPC Grosseto, Siena-Grosseto

Co-autori:

Ajello Claudia, II anno IGB, Palermo;

Sardella Alberto, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Messina, III anno SPC Reggio Calabria;

Cannito Loreta, Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Foggia;

Basile Barbara, Scuole di Psicoterapia Cognitiva - Italian Academy of Schema Therapy (IAST) Roma

ABSTRACTS



PLENARIE TAVOLE ROTONDE

21 Settembre, Giovedì 16.30-18.15 AULA MAGNA RETTORATO
TAVOLA ROTONDA

Stato dell'Arte della Psicoterapia in Italia: traguardi e limiti

Chair: Fabio Monticelli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro Clinico de Sanctis, Roma

Discussant: Francesco Mancini, Psichiatra, Psicoterapeuta. Direttore della scuola di specializzazione in Psicoterapia cognitivo-comportamentale dell'Associazione di Psicologia Cognitiva (APC-SPC), Roma

La tavola rotonda intende mettere a fuoco luci ed ombre dell'attuale stato della psicoterapia. Lo stato attuale della psicoterapia è caratterizzato da scenari che mutano rapidamente e che richiedono l'aggiornamento professionale continuo da parte degli psicoterapeuti.

Gli scenari che mutano sono rappresentati dal maggior livello di complessità dei disturbi psicopatologici dei pazienti e dal proliferare di modelli di intervento. Tra le luci possiamo considerare sia il numero che l'altissimo profilo formativo presentato dagli psicoterapeuti in Italia; tra le ombre, ad esempio, è doveroso considerare che la richiesta di psicoterapia tra gli adolescenti e gli adulti è aumentata in modo significativo, in parte per la maggiore consapevolezza da parte dei pazienti della propria sofferenza e dall'altra per gli importanti eventi di dimensioni mondiali che hanno funestato gli ultimi tempi, come ad esempio la pandemia e la guerra. Tra le ombre è ad esempio doveroso considerare che l'accesso alla psicoterapia nelle strutture del sistema sanitario nazionale è assai spesso difficoltoso ed insufficiente a soddisfare le richieste di psicoterapia da parte degli utenti.

La formazione alla professione di psicoterapeuta: competenze, metodi, obiettivi

Relatore: Cesare Maffei, Psichiatra, Psicoterapeuta, Professore Emerito di Psicologia Clinica, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

L'Italia è la nazione europea con il maggior numero di psicologi. Circa la metà di essi ha acquisito il titolo di psicoterapeuta e l'area di maggiore attività professionale è, a vario titolo, quella della salute. E' difficile valutare quanti siano poi i professionisti che effettivamente esercitano, è comunque un dato di fatto che gli psicologi e gli psicoterapeuti aumentano ogni anno in maniera considerevole.

La professione di psicologo è oggi a tutti gli effetti una professione sanitaria, tuttavia che cosa ciò effettivamente implichi non è completamente chiaro. E' indubbio che la psicoterapia, per definizione, sia una attività sanitaria, di elevata e crescente importanza sociale. A fronte di ciò, è indispensabile chiedersi se la formazione professionale, fornita per la massima parte da un sistema di Scuole private, sia in grado di dare una risposta qualitativamente e quantitativamente valida. Per quanto riguarda la prima domanda, la risposta sta nel favorire una evoluzione del sistema della formazione verso una definizione delle competenze dello psicoterapeuta e dei metodi per l'acquisizione di esse e per la verifica del loro mantenimento nel tempo. Le psicoterapie stanno evolvendo verso una maggiore scientificità, tuttavia è necessario avere chiaro in che cosa consista la pratica basata sull'evidenza scientifica, concetto che rischia spesso di essere uno slogan, piuttosto che una seria applicazione di tutte le tappe necessarie per passare dalla ricerca scientifica alla traslazione dei

risultati di essa nella pratica clinica corrente (processo di implementation). Per quanto riguarda la seconda, vi è un enorme sbilanciamento tra la professione in ambito privato e l'offerta della sanità pubblica, dove lavorano a pieno titolo meno di seimila psicologi (seppure vi siano poi vari tipi di collaborazione a contratto da parte di liberi professionisti).

Superfluo ribadire la problematicità di ciò alla luce delle richieste della popolazione in un periodo molto problematico dal punto di vista socioeconomico. La psicoterapia è uno strumento di cura potente, ma è anche un'arma pericolosa quando è nelle mani di professionisti incompetenti. Se il chirurgo è un 'hard killer', perchè può uccidere commettendo degli errori che possono essere identificati, lo psicoterapeuta è potenzialmente un 'soft killer', le cui responsabilità non sono agevolmente identificabili. Le parole non fanno uscire sangue. Domandiamoci quanto siamo consapevoli dei danni che possiamo generare e proviamo a parlare di noi, della nostra professionalità, delle nostre responsabilità, della nostra etica professionale. Questa è la prima competenza da acquisire saldamente.

Consulenza Psicologica versus Psicoterapia: i criteri di demarcazione

Relatore: Carlo Ricci, Psicologo, Psicoterapeuta, Istituto Walden e Università Pontificia Salesiana di Roma

La consulenza psicologia e la psicoterapia sono due ambiti di intervento della psicologia applicata. Per alcuni i due ambiti potrebbero apparire in continuità fra di loro, collocandosi in una prospettiva dimensionale, mentre per altri appartengono a due domini ben distinti iscrivibili in una prospettiva categoriale. Sul piano scientifico ed etico la prima posizione non sembra essere sostenibile, mentre molte sono le argomentazioni a sostegno della seconda. La relazione cercherà di fornire tali argomentazioni che permetteranno di individuare, con la massima chiarezza possibile, i criteri di demarcazione tra i due ambiti. Criteri che si riferiscono alle caratteristiche del destinatario dell'intervento; alla formazione di chi lo propone; al setting; durata; orientamento, ecc. Il fine ultimo è quello di fornire un contributo che aiuti a fare chiarezza sulle competenze specifiche dello psicoterapeuta, sia di area psicologica che medica, ben distinte e distinguibili da quelle dello psicologo non specializzato in psicoterapia.

La psicoterapia nella postmodernità Tecnoliquida: maturazione antropologica, bisogni emergenti e prassi terapeutiche

Relatore: Tonino Cantelmi, Psichiatra, Coordinatore GdL Salute Mentale, CNB presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma

Viene presentato il paradigma della postmodernità Tecnoliquida e le spinte psicosociali prevalenti nella costruzione dell'identità oggi. Alla luce del paradigma presentato e dei bisogni emergenti, vengono rivalutate le prassi terapeutiche.

PLENARIE TAVOLE ROTONDE

21 Settembre, Giovedì 18.15-19.30 AULA MAGNA RETTORATO
TAVOLA ROTONDA

Violazione dei diritti, trauma e salute: ricerca e clinica

Chair: Savina Stoppa Beretta, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Cognitiva di Como, Past President e Didatta SITCC

Discussant: Antonio Onofri, Psichiatra, Centro Clinico de Sanctis, Didatta SITCC, Supervisore EMDR, Direttivo Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale Training School, Fondatore casa editrice e portale dedicato alla psicologia e psichiatria ApertaMenteWeb, Roma

I nostri tempi sono attraversati drammaticamente da guerre, aumento delle disuguaglianze, delle discriminazioni, delle violenze domestiche, fenomeni che richiamano gli psicoterapeuti per interpretare, comprendere, mitigare e curare gli esiti traumatici dalle violazioni dei diritti a livello individuale e sociale, orientando al tempo stesso l'opinione pubblica, la politica e la cultura. Queste circostanze emotivamente inevitabili e insostenibili, di natura interpersonale, se persistenti espongono a polivittimizazioni e originano traumi complessi che secondo l'ICD 11 (WHO, 2018) presentano gravi compromissioni in una serie di aree di funzionamento (Regolazione delle emozioni e controllo degli impulsi, stati dissociativi; rappresentazioni negative di sé associate a senso di colpa e vergogna, incapacità di fidarsi, elevata sospettosità e isolamento sociale). Dai figli dei desaparecidos alla violenza sulle donne e sull'infanzia, la tavola rotonda presenta i contributi della ricerca e della clinica nel ciclo di vita.

Il primo contributo su "Epigenetica della violenza sulla donna: trauma, plasticità genomica e prevenzione di precisione" presenta i dati dello studio pilota EpiWE - Epigenetics for Women che ha avuto lo scopo di identificare le modificazioni epigenetiche in 10 geni coinvolti nella complessa architettura genomica associata ai disturbi correlati allo stress, quali il Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Studiare il genoma e identificare marker epigenetici rappresenta un approccio innovativo per comprendere gli effetti della violenza sulla salute psicofisica delle donne così da strutturare piani di prevenzione e cura.

Il secondo contributo "Analisi delle Adult Attachment Interview di vittime della violenza: il caso dei figli dei desaparecidos in Argentina" illustra gli stati mentali prevalenti e la peculiarità delle narrazioni delle donne vittime di violenza domestica ma anche i racconti dei figli dei desaparecidos tipici per le modalità di comunicazione distorta circa la propria storia personale. L'utilizzo dell'Adult Attachment Interview, al di là della mera codifica standard, consente un'analisi qualitativa atta a cogliere aspetti peculiari delle esperienze d'attaccamento traumatiche e del loro stato della mente in un target esposto a condizioni estreme.

Il terzo contributo "Una vita in apnea. Comprendere e curare il trauma dei minorenni orfani di crimini domestici" presenta la complessa e drammatica esperienza dei cosiddetti "orfani speciali" esposti a violenze e crimini domestici, perdite multiple con conseguenti esiti traumatici che interferiscono pesantemente con gli adattamenti futuri e l'elaborazione del lutto. Saranno discussi i dati preliminari di uno studio longitudinale su un gruppo di orfani speciali minorenni seguiti e monitorati con interventi clinici, di tutela e protezione richiamati dalle normative vigenti, a partire dal ritrovamento del cadavere del genitore, in genere la madre.

Epigenetica della violenza sulla donna: trauma, plasticità genomica e prevenzione di precisione

Relatore: Simona Federica Maria Gaudi, Dipartimento di Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il fenomeno della violenza contro le donne persiste nel nostro Paese in modo grave e diffuso in tutti gli strati sociali, con conseguenze che perdurano nel tempo, compromettendo la salute psicofisica della donna e coinvolgendo anche le persone vicine alla donna sopravvissuta alla violenza, in primis i figli. La letteratura scientifica degli ultimi decenni dimostra come la violenza, evento altamente stressante, sia in grado di compromettere nel breve e lungo periodo lo stato di salute, alterando la struttura e la funzionalità del nostro genoma. Studiare il genoma e identificare marker epigenetici rappresenta un approccio innovativo per comprendere gli effetti della violenza sulla salute psicofisica delle donne. Lo studio pilota che abbiamo condotto, EpiWE - Epigenetics for Women, ha avuto lo scopo di identificare le modificazioni epigenetiche in 10 geni coinvolti nella complessa architettura genomica associata ai disturbi correlati allo stress, quali il Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Sono stati identificati tre geni differenzialmente espressi che rappresentano la prima indicazione sull'eziologia del PTSD in seguito a violenza e contemporaneamente, potrebbero identificare altri pathway biologici potenzialmente coinvolti nell'insorgenza di altre patologie complesse non trasmissibili. Lo studio EpiWE vede coinvolte diverse professionalità che dovranno proporre strategie innovative e/o d'interconnessione al fine di garantire alla donna assistenza nel lungo periodo, per comprendere tutte le conseguenze sulla salute delle donne e per attuare programmi di prevenzione di precisione con ricadute positive anche sul servizio sanitario nazionale.

Analisi delle Adult Attachment Interview di vittime della violenza: il caso dei figli dei desaparecidos in Argentina

Relatore: Susanna Pallini, Psicologa, Psicoterapeuta, Professore Ordinario Dipartimento di Scienze della Formazione, Università di Roma Tre, Didatta SITCC

Tale intervento fa riferimento alla ricerca svolta con Cecilia de Baggis, per quanto riguarda i figli dei desaparecidos e con Marianna Liotti, Benedetto Farina e Annamaria Speranza per quanto riguarda le vittime di violenza domestica.

L'utilizzo dell'Adult Attachment Interview nell'analisi delle esperienze d'attaccamento nelle vittime di trauma va bene al di là della mera codifica standard, ma consente un'analisi qualitativa atta a cogliere aspetti peculiari delle esperienze d'attaccamento traumatiche e del loro stato della mente. Tale metodologia mista è particolarmente utile sia nell'analisi dei vissuti delle donne vittime di violenza domestica, che nel caso dell'analisi di vittime di eventi traumatici eccezionali, come i figli dei desaparecidos in Argentina. Alcuni di loro sono nati in centri di detenzione da madri detenute che durante la gravidanza hanno subito torture e abusi e poi adottati illegalmente da famiglie vicine ai militari, mentre altri, nati prima dell'arresto dei loro genitori, hanno vissuto con i loro genitori o nonni superstiti a loro volta traumatizzati e in lutto per la perdita dei loro cari. Oltre ad essere prevalenti stati della mente disorganizzati/irrisolti, aspetti comuni a tali trascritti sono la narrazione di esperienze dissociative infantili, la negazione/normalizzazione trauma, la risata sul dolore, l'autosufficienza compulsiva e la disregolazione emotiva, mentre tipici di tutti i racconti dei figli dei desaparecidos sono modalità di comunicazione distorta quali la menzogna e il non detto. Infine, tutti coloro che descrivevano dei caregivers abusanti, ma solo un terzo di coloro che descrivevano caregivers

PLENARIE TAVOLE ROTONDE

spaventati/spaventanti o con un lutto non risolto erano caratterizzati da uno stato mentale disorganizzato/irrisolto.

"Una vita in apnea" - Comprendere e curare il trauma degli orfani minorenni di crimini domestici

Relatore: Maria Grazia Foschino Barbaro, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva Bari, Coordinamento Rete Servizi Contrasto Violenza Infanzia della Regione Puglia, Consiglio direttivo e didatta SITCC, Consulta Scuole di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale

Se la perdita di un genitore nell'infanzia e nell'adolescenza si configura sempre come un'esperienza estremamente destabilizzante, la morte di un genitore, in genere la madre, per mano del padre, assume un carattere di traumaticità pervasiva. Questo crimine domestico in genere è l'epilogo di una storia familiare di violenza assistita, trascuratezza e maltrattamenti, in cui i bambini fanno esperienza di un contesto di accudimento primario fonte di pericolo, che fallisce nelle proprie funzioni di cura e di protezione. Questa condizione li espone ad un trauma complesso (Liotti & Farina, 2011)) a cui segue una doppia perdita genitoriale, spesso la madre vittima e il padre detenuto o morto suicida, perdite multiple, problemi sociali e giudiziari, caratterizzano questi figli come orfani "speciali" (Baldry, 2018). Nel caso di orfani minorenni, agli stress peri e post traumatici secondari si aggiunge spesso un assordante congiura del silenzio, comunicazioni distorte e false sul destino dei genitori, aumentando il conseguente danno evolutivo (Bruni, 2022). La qualità degli adattamenti futuri risentirà delle esperienze sfavorevoli vissute prima dell'omicidio e della qualità del contesto relazionale e di caregiving successivo.

Gli psicoterapeuti coinvolti oltre alle competenze diagnostiche e terapeutiche specifiche dovranno fronteggiare sia processi decisionali complessi, relativi alla comunicazione sull'omicidio, all'affidamento, al ripristino delle routine, alla tutela, al conflitto delle famiglie allargate e alle modalità di contatto con il genitore reo, sia integrarsi con la rete dei diversi attori e istituzioni presenti. Non disponiamo di linee guida e studi che orientino i clinici sulla complessa condizione di questo target di popolazione. Alcuni studi hanno descritto gli esiti psicopatologici più frequenti a breve e medio termine riferibili al Disturbo Post-traumatico da Stress e al Childhood Traumatic Grief, condizione in cui i caratteristici sintomi correlati al trauma interferiscono con la capacità di elaborare adeguatamente il lutto.

Il presente lavoro, oltre ad offrire una panoramica della letteratura sugli esiti nell'infanzia e in adolescenza dei crimini domestici e sui trattamenti CBT disponibili, illustrerà i dati preliminari di uno studio longitudinale relativo a un gruppo di orfani speciali pugliesi. Saranno presentati gli strumenti di assessment, gli interventi clinici e multiagenzia (Goffredo et al., 2017, 2019), a partire dal ritrovamento del cadavere, in favore degli orfani e dei caregiver, oltre alle azioni di advocacy attuate in Puglia. Saranno discussi i dati preliminari sull'impatto della esposizione alla violenza pregressa e al crimine domestico sul funzionamento psicologico e sugli adattamenti monitorati nel corso degli anni e sugli attaccamenti in adolescenza, rilevati con l'utilizzo dell'Intervista sull'Attaccamento nella Latenza (IAL, Ammaniti e al., 1990).

22 Settembre, Venerdì - 10.15-11.30
TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Disturbi di personalità: casi clinici per discutere di disturbi diversi e modelli di intervento

Chair: **Elena Prunetti**, Psicologa, Psicoterapeuta, didatta APC-SPC, socio didatta SITCC, referente del centro CBT-DBT Padova

Discussant: **Roberta Rossi**, Psicologa, Psicoterapeuta, Unità di Psichiatria, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

La concettualizzazione e il trattamento dei pazienti con disturbo di personalità rappresenta una sfida intricata e complessa, anche in relazione al sistema articolato che caratterizza il funzionamento psicopatologico di queste condizioni.

La storia di vita, eventuali episodi traumatici, il contesto di attaccamento e più in generale l'ambiente in cui il soggetto cresce si costituiscono come tasselli determinanti nella strutturazione del funzionamento psicopatologico, andando ad impattare in modo consistente sulla costruzione delle rappresentazioni del Sé e dell'Altro.

All'interno della Tavola Rotonda verranno presentati, attraverso l'utilizzo di casi clinici esplicativi, alcuni tra i più accreditati modelli di concettualizzazione e trattamento dei disturbi di personalità.

Nello specifico verrà proposto il trattamento del ritiro sociale, come esito di disturbi della personalità e quindi come importante indicatore di psicopatologia all'interno della formulazione del caso, nell'ottica del modello della Terapia Metacognitiva Interpersonale.

Si tratterà inoltre l'intervento nella concettualizzazione e nel trattamento del disturbo narcisistico di personalità e del narcisismo patologico, nell'ottica della Terapia Metacognitiva Interpersonale, con un focus specifico sugli elementi centrali che caratterizzano funzionamento ed intervento.

In ultimo verrà approfondita l'integrazione, nella concettualizzazione del caso, di due tra i principali modelli di trattamento del disturbo borderline di personalità: Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT) e Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (MBT), analizzando specifiche tecniche di assessment tra loro combinate, nel dialogo clinico con il paziente.

I disturbi di personalità: solitudine e ritiro sociale, implicazioni per il trattamento

Relatore: **Michele Procacci**, Psichiatra, Psicoterapeuta, didatta SPC e SICCC, socio didatta SITCC, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

La solitudine è un fenomeno presente nella vita di ogni individuo, per alcuni è una gabbia psicologica da cui è difficile uscire per incontrare gli altri. Se alcuni rifuggono nella solitudine come ristoro dallo stress quotidiano, altri lo patiscono con ansia e dolore di non condividere le relazioni sociali. Il ritiro sociale è la manifestazione più eclatante di questa incapacità individuale, costituendo un costrutto multidimensionale che implica carenze motivazionali, di espressività emotiva e di incompetenze relazionali.

In questa relazione, attraverso dei casi clinici di pazienti con disturbi di personalità, mostreremo come queste condizioni di asocialità fanno parte del profilo clinico e come debbano essere considerate parte rilevante della formulazione del caso.

La Terapia Metacognitiva Interpersonale è stata utilizzata nel curare questi pazienti, ne illustreremo le strategie e gli interventi integrati.

Il disturbo narcisistico di personalità trattato con la Terapia Metacognitiva Interpersonale

Relatore: Giancarlo Dimaggio, Psichiatra, Psicoterapeuta, socio didatta SITCC, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Il disturbo narcisistico di personalità (DNP) e il narcisismo patologico (NP) è diffuso e allo stesso tempo ha ricevuto attenzione insufficiente in termini di ricerca di efficacia. Esistono però alcuni modelli di intervento che si basano su una concezione specifica del DNP e del NP e che si prestano alla verifica empirica. Mi focalizzo qui sulla Terapia Metacognitiva Interpersonale (Dimaggio et al., 2007) utilizzata secondo le procedure decisionali manualizzate (Dimaggio et al, 2013:2019) e su un modello del narcisismo in cui sono illustrati i principi generali di trattamento per tali disturbi (Dimaggio, 2021). In questa chiave gli elementi centrali da affrontare sono: 1) schemi interpersonali maladattivi; b) scarsa autoriflessività e tendenza a intellettualizzare; c) disturbi dell'agency dalla sua carenza all'iperagentività; d) coping maladattivi; e) ridotta capacità di capire l'altro ed essere empatici. Mostrerò come affrontare questi problemi attraverso un caso trattato in TMI.

Concettualizzazione del caso in DBT & MBT: un approccio integrato per il trattamento del disturbo borderline di personalità

Relatore: Elena Dordoni, Psicologa, Psicoterapeuta, APC-SPC, socio ordinario SITCC, Brescia

Co-autori: Prunetti Elena, Psicologa, Psicoterapeuta, didatta APC-SPC, socio didatta SITCC, referente del centro CBT-DBT, Padova

La concettualizzazione del caso rappresenta un momento cruciale del processo psicoterapeutico poiché si configura come lo strumento elettivo per la comprensione del funzionamento psicopatologico del paziente e rappresenta, inoltre, un passaggio fondante la costruzione dell'alleanza terapeutica, laddove la condivisione con il paziente delle proprie caratteristiche di funzionamento interno favorisce una maggiore compliance alla proposta di intervento e alla realizzazione di un reale cambiamento nelle condotte problematiche.

Verranno illustrati due tra i principali modelli teorici e di trattamento del disturbo borderline di personalità, ovvero la Terapia Dialettico-Comportamentale (Dialectical Behavioral Therapy – DBT) ideata da M. M. Linehan e la Terapia Basata sulla Mentalizzazione (Mentalization Based Therapy – MBT) di A. Bateman e P. Fonagy, focalizzandoci sulla concettualizzazione del caso come un passaggio determinante e sostanziale nel percorso terapeutico e, a tal proposito, in entrambi gli approcci la concettualizzazione rappresenta un valido e duraturo strumento sia di assessment che, nel proseguo del trattamento, di intervento.

Attraverso l'utilizzo esplicativo di un caso clinico verrà presentato l'utilizzo combinato dei due principali strumenti per la concettualizzazione del caso: la catena comportamentale nella DBT e i crolli di mentalizzazione e le modalità prementalizzanti nella MBT.

Nella fattispecie l'intervento si propone di mostrare come sia possibile integrare le due tecniche di indagine con lo scopo di ottenere una maggiore chiarezza rispetto alle caratteristiche distintive del paziente.

22 Settembre, Venerdì - 10.15-11.30
TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Riabilitazione e clinica dei pazienti psichiatrici

Chair: Maurizio Sabia, Psicoterapeuta, Responsabile sede Scuola Psicoterapia Cognitiva, Napoli; già Responsabile Struttura Intermedia Riabilitativa Camaldoli Hospital, Napoli

Discussant: Saverio Ruberti, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, già Direttore DSM Azienda Socio Sanitaria Territoriale Nord Milano SMS, Monza

Già da tempo il trattamento dei disturbi psichiatrici è andato oltre il buio della siepe sintomatologica. La stabilizzazione del quadro clinico ed il contrasto alla cronicità sono solo il punto di partenza della presa in carico di progetti che devono, invece, tendere al recovery della persona affetta da disagio mentale. Nei fatti recovery è da intendersi: permettere alle persone con disagio mentale di riprendere quanto più possibile non solo un funzionamento autonomo, ma soprattutto riappropriarsi dei propri significati e delle proprie aspettative assumendosi pienamente, laddove possibile, la responsabilità della propria vita. Ai livelli di intervento farmacologico e/o psicoterapico (individuali e di gruppo) si sono, dunque, affiancati nel tempo interventi e pratiche di riabilitazione psicosociale. Tutto questo ha portato cinque conseguenze salutari nella prassi operativa dei disturbi psichiatrici. La prima sugli operatori: non più isolati specialisti, ma equipe di esperti che in modo cooperativo uniscono i loro Saperi al fine del raggiungimento di un obiettivo comune. La seconda sul focus dell'intervento: non più un anonimo disturbo con un elenco di sintomi, disabilità o handicap, ma la persona con disagio da aiutare a riprendere il proprio percorso di vita. La terza sull'inclusione sociale: il "liberi tutti" dal chiuso delle strutture e delle proprie stanze non solo ha consentito l'uscita dalla gabbia dello stigma, ma ha, altresì, permesso agli esperti ed ai loro utenti la possibilità di confrontarsi, sperimentare ed operare nei vari contesti sociali. La quarta sul target dei disturbi da trattare: all'iniziale spettro schizofrenico si sono aggiunti anche quelli dell'umore e di personalità e, comunque, tutti quelli che comportino una disabilità/inabilità o un handicap. La quinta sulla necessità di una Valutazione Basata sull'Evidenza: all'esplosione della libertà di operare, infatti, si sono susseguite una serie di modalità e pratiche creative ma disomogenee nella prassi e nei risultati.

Quest'ultimo punto rappresenta il focus della presente Tavola Rotonda. Si presenteranno Raccomandazioni di buone pratiche nella riabilitazione psicosociale sulla base di evidenze scientifiche, esperienze e sostenibilità promosse dalla Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (Domenico Semisa). Saranno presi in considerazione, poi, interventi riabilitativi basati sull'evidenza di persone affette da disagio mentale autori di reato in cui il focus dell'intervento diventa l'appropriatezza delle cure e non la neutralizzazione della pericolosità sociale (Antonello Bellomo). Saranno presentati, inoltre, i risultati di una metanalisi aventi come obiettivo lo studio dell'efficacia della CBT di gruppo applicata alla psicosi rispetto alle cure standard o ad altri interventi psicosociali per persone con Disturbo Schizofrenico e Disturbo Schizoaffettivo (Antonio Pinto). Infine, risultati e prospettive saranno temi di discussione con i relatori (Saverio Ruberti).

Raccomandazioni di buone pratiche in Riabilitazione Psicosociale: il progetto SIRP

Relatore: Domenico Semisa, Psichiatra, Dipartimento Salute Mentale ASL Bari

La riabilitazione psicosociale è una disciplina in continua evoluzione, che agisce sul confine tra patologia, disabilità ed ambiente con l'obiettivo del migliore recupero possibile di una vita piena di significato. La visione olistica su cui si fonda, e la complessità operativa che ne deriva, rendono talora difficile discriminare interventi efficaci e non autoreferenziali, coniugando evidenze scientifiche, esperienze e sostenibilità nella realtà dei Servizi e nel contesto di vita dei pazienti. La Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (SIRP) nel periodo 2018-2022 ha condotto un progetto finalizzato a produrre raccomandazioni di buone pratiche nella riabilitazione psicosociale di pazienti adulti fondate sulle più aggiornate conoscenze disponibili, valorizzando altresì pratiche che raccolgono ampi consensi, e tali da poter essere realmente applicate nei servizi di salute mentale italiani. Sono state trattate 5 aree: definizione di riabilitazione e progetto riabilitativo: attività ed interventi; riabilitazione di pazienti psichiatrici autori di reato; partecipazione ed integrazione sociosanitaria; interazione tra psicofarmaci e riabilitazione. Le raccomandazioni prodotte sono state recentemente pubblicate. Nella relazione verrà presentata la metodologia di lavoro, che ha coinvolto attivamente tutti i soggetti coinvolti nella riabilitazione psicosociale sia nella elaborazione delle raccomandazioni sia nella loro revisione critica da parte di soggetti terzi esterni ai gruppi di lavoro. Si presenteranno poi -a titolo di esempio- alcune raccomandazioni, evidenziandone la struttura ed il senso.

Interventi riabilitativi basati sulle evidenze nei pazienti psichiatrici autori di reato

Relatore: Antonello Bellomo, Università degli Studi di Foggia/OORR Policlinico Riuniti di Foggia

Co-autori: Scarpa Franco, Sadun Daniele, Castelletti Luca

Il sistema di cure per i soggetti inseriti all'interno del circuito delle Misure di Sicurezza emerso dopo la riforma non ha corrispettivi, per la sua impronta innovatrice e a tutela dei diritti alla salute dei cittadini, con i corrispondenti sistemi psichiatrico-forensi presenti negli altri Paesi europei. La centralità del diritto alla salute sancito dalla Costituzione e quindi di cure omologhe ai soggetti in carico per disagio mentale non autori di reato, ha spostato il focus della nuova psichiatria forense italiana dalla "neutralizzazione" della pericolosità sociale ai temi dell'appropriatezza delle cure. Il dibattito italiano, che incrocia quello in letteratura internazionale, riguarda i gradi di omogeneità e congruità, delle buone pratiche di cura e riabilitazione psicosociale già in possesso della psichiatria generale con il trattamento dei soggetti autori di reato.

Gli interventi CBT evidence based nella cura delle psicosi: i risultati di una metanalisi COCHRANE sulla CBT di gruppo nella schizofrenia.

Relatore: Antonio Pinto, Dirigente Medico Psichiatra, UOSM Pollena DSM ASL NA 3 Sud, Responsabile Area Riabilitazione, Napoli

Co-autori: Guaiana Giuseppe, MD Department of Psychiatry and Epidemiology & Biostatistics, Western University, St Thomas, Canada

Il trattamento e la concettualizzazione delle psicosi ha subito negli ultimi anni un profondo e radicale cambiamento. Studi e ricerche effettuate e raccolte in questi ultimi 20 anni hanno portato alla conclusione che veri e propri setting strutturati sono possibili, efficaci e ben tollerati dai pazienti. Inizialmente gli studi hanno focalizzato l'attenzione sull'efficacia della TCC sui sintomi resistenti ai trattamenti farmacologici producendo risultati positivi ed incoraggianti. Successivamente in parallelo alle acquisizioni sull'importanza dell'intervento precoce, la TCC si è dimostrata un utile e fondamentale strumento di intervento per il trattamento sia di pazienti all'esordio di una psicosi, sia di quei pazienti che non ancora entrati in una fase psicotica strutturata si cerca di rallentarne e/o impedirne lo Switch ad una psicosi conclamata.

Dall'intervento sulla sintomatologia l'attenzione si è spostata dunque sulla prevenzione e sulle capacità funzionali dell'individuo, che, se opportunamente trattate e potenziate, potranno consentirgli un outcome favorevole ed ottime possibilità di adattamento.

Tra gli studi di efficacia effettuati sul trattamento della schizofrenia vi sono inoltre quelli che riguardano gli interventi di gruppo.

Verranno presentati i risultati di una metanalisi avente come obiettivo lo studio dell'efficacia e l'accettabilità della CBT di gruppo applicata alla psicosi (CBTp) rispetto alle cure standard o ad altri interventi psicosociali, per le persone con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo.

Criteria di selezione

Studi randomizzati e controllati che assegnavano adulti con schizofrenia a ricevere la CBT di gruppo per la schizofrenia, rispetto alle cure standard, o qualsiasi altro intervento psicosociale (gruppo o individuo) sono stati selezionati.

Risultati principali

La revisione sistematica comprende 24 studi (1900 partecipanti).

Tutti gli studi hanno confrontato la CBTp di gruppo con i trattamenti che una persona con schizofrenia normalmente riceverebbe in un servizio di salute mentale standard (assistenza standard) o qualsiasi altro intervento psicosociale (di gruppo o individuale). Nessuno degli studi ha confrontato la CBTp di gruppo con la CBTp individuale. Il rischio complessivo di bias all'interno degli studi è stato da moderato a basso. Non abbiamo trovato studi che riportano dati per il nostro risultato primario (cambiamento clinicamente rilevante).

Per quanto riguarda il numero di dropout, per la CBTp di gruppo non emerge una differenza alle cure standard o ad altri interventi psicosociali (RR 1,22, IC 95% da 0,94 a 1,59; studi = 13, partecipanti = 1267; I2 = 9%). La CBTp di gruppo può avere qualche vantaggio rispetto alle cure standard o ad altri interventi psicosociali per lo stato mentale generale alla fine del trattamento per i punteggi degli endpoint sulla scala della sindrome positiva e negativa (PANSS) totale (MD -3,73, IC 95% da -4,63 a -2,83; studi = 12, partecipanti = 1036; I2 = 5%; evidenza di bassa certezza). La CBTp di gruppo sembra avere scarso o nessun effetto sui sintomi PANSS positivi (MD -0,45, IC 95% da -1,30 a 0,40; studi = 8, partecipanti = 539; I2 = 0%) e sui punteggi dei sintomi PANSS negativi alla fine del trattamento (MD -0,73, IC 95% da -1,68 a 0,21; studi = 9, partecipanti = 768; I2 = 65%). La CBTp di gruppo sembra avere un vantaggio rispetto alle cure standard o ad altri interventi psicosociali sul funzionamento globale misurato dalla valutazione globale del funzionamento (GAF; MD -3,61, IC 95% da -6,37 a -0,84; studi = 5, partecipanti = 254; I2 = 0%; evidenza di certezza moderata), Personal and Social Performance Scale (PSP; MD 3,30, IC 95% da 2,00 a 4,60; studi = 1, partecipanti = 100) e Social Disability Screening Schedule (SDSS; MD -1,27, IC 95% da -2,46 a -0,08; studi = 1, partecipanti = 116). I dati sull'uso del servizio erano equivoci senza differenze reali tra i gruppi di trattamento per il numero di partecipanti ricoverati in ospedale (RR 0,78, IC 95% da 0,38 a 1,60; studi = 3, partecipanti = 235; I2 = 34%). Non c'era alcuna chiara differenza tra CBTp di gruppo e cure standard o altri punteggi degli endpoint di interventi psicosociali sulla depressione e sugli esiti della qualità della vita, ad eccezione della qualità della vita misurata dallo strumento di valutazione della qualità della vita dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHOQOL-BREF) Sottoscala

PLENARIE TAVOLE ROTONDE

del dominio psicologico (MD -4,64, IC 95% da -9,04 a -0,24; studi = 2, partecipanti = 132; I2 = 77%). Gli studi non hanno riportato ricadute o effetti avversi.

Conclusioni degli autori

La CBTp di gruppo non sembra essere migliore o peggiore dell'assistenza standard o di altri interventi psicosociali per le persone con schizofrenia in termini di abbandono precoce dello studio, uso dei servizi e qualità generale della vita. La CBTp di gruppo sembra essere più efficace delle cure standard o di altri interventi psicosociali sullo stato mentale generale e sui punteggi di funzionamento globale. Questi risultati potrebbero non essere ampiamente applicabili poiché ogni studio aveva una dimensione del campione bassa. Pertanto, al momento non è possibile trarre conclusioni definitive sull'efficacia della CBTp di gruppo per le persone con schizofrenia. È necessaria una ricerca di qualità più elevata, che riporti dati utilizzabili e pertinenti.

22 Settembre, Venerdì - 10.15-11.30
TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Impasse terapeutiche: soluzioni a confronto

Chair e Discussant: Maurizio Brasini, Psicologo, Psicoterapeuta, Docente e Didatta SPC, APC, Roma – IGB Palermo - Socio Didatta SITCC

Relatori:

Carlo Buonanno, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Stefania Cammino, Medico Psicoterapeuta, Direttrice Didattica CTC Centro Terapia Cognitiva, Milano

Michele Simeone, Psicologo, Psicoterapeuta. Docente Scuole di Psicoterapia Cognitiva AIPC di Bari e APC di Lecce. Centro Clinico AIPC Bari. Direttivo SITCC Puglia, Bari

Le difficoltà di ordine tecnico e relazionale che ostacolano, rallentano o impediscono il prosieguo di una psicoterapia sono da sempre oggetto di riflessione nel corso delle supervisioni didattiche e stimolo per la ricerca clinica. Un buon modello della psicopatologia, i principi che ispirano un intervento terapeutico e persino un protocollo ben strutturato e di comprovata efficacia non possono prescindere da ciò che accade nell'interazione tra il paziente e il suo terapeuta. Cosa fare quando qualcosa va storto in questa interazione? L'obiettivo con cui nasce questa tavola rotonda è di stimolare la riflessione e il dibattito sui momenti di stallo del processo terapeutico e sulle loro soluzioni. Partendo dalla visione di brevi video in cui sono rappresentate alcune impasse terapeutiche (tipiche e atipiche), i diversi relatori spiegheranno come le interpretano e cosa farebbero per superarle. Il tutto secondo la prospettiva originale del terapeuta, del suo approccio teorico e clinico e del suo stile personale. I dodici relatori coinvolti nelle quattro sessioni sono tutti terapeuti esperti e autorevoli rappresentanti delle diverse scuole del cognitivismo clinico italiano.

La tavola rotonda sarà composta da quattro sessioni distinte e a ciascuna di esse parteciperanno tre relatori. La struttura generale di ogni sessione sarà la seguente:

1 breve introduzione di un caso clinico da parte dei chairman dell'evento. Successivamente, verrà introdotto un brano di seduta con il paziente del caso appena illustrato, chiarendo in quale momento del processo terapeutico ci si trova. Durata, 5 minuti circa.

2 si "entra" nella stanza della psicoterapia. Concretamente: sarà mostrato un video che rappresenta un momento di impasse terapeutica. Il video sarà girato con largo anticipo dai chairman con attori che interpretano pazienti reali e inviato ai relatori almeno un paio di settimane prima del congresso. Durata della visione, 5 minuti circa.

3 ogni relatore propone la sua "soluzione" al problema clinico rappresentato (ogni relatore avrà a disposizione 10-15 minuti)

4 dibattito sulle soluzioni proposte. Durata, 15 minuti circa.

Questa struttura generale prevede due opzioni distinte in riferimento al punto 3 della scaletta, ossia quello relativo all'intervento dei relatori.

PLENARIE TAVOLE ROTONDE

Opzione A (con simulata):

1 breve introduzione di un caso clinico da parte dei chairman dell'evento. Durata, 5 minuti circa.

2 si "entra" nella stanza della psicoterapia. Concretamente: viene mostrato un video che rappresenta un momento di impasse terapeutica. Durata della visione, 5 minuti circa.

3a ciascuno dei relatori interagisce dal vivo per circa 10 minuti con il paziente del video provando a gestire e superare l'impasse in atto. In pratica, sarà simulata per qualche minuto una seduta. In questa opzione, l'attore che interpreta il paziente del video sarà presente alla tavola rotonda. Al termine della simulata, il relatore spende 4-5 minuti per spiegare il razionale del proprio intervento con l'aiuto di qualche slide. Durata totale 10-15 minuti.

4 dibattito sulle soluzioni proposte. Durata, 15 minuti circa.

Opzione B (senza simulata):

1 breve introduzione di un caso clinico da parte dei chairman dell'evento. Durata, 5 minuti circa.

2 si "entra" nella stanza della psicoterapia. Concretamente: sarà mostrato un video che rappresenta un momento di impasse terapeutica. Durata della visione, 5 minuti circa.

3b ciascuno dei relatori spiega con l'aiuto di qualche slide come interpreta e cosa farebbe/direbbe concretamente per gestire e superare l'impasse rappresentata nel video, e perchè (durata di ogni intervento, 10 minuti).

4 dibattito sulle soluzioni proposte. Durata, 15 minuti circa.

Le sessioni della tavola rotonda e i dibattiti che seguiranno non avranno lo scopo di individuare la soluzione corretta alle impasse terapeutiche che saranno di volta in volta proposte - di solito esistono modi diversi e altrettanto efficaci di affrontare un problema - , ma piuttosto quello di promuovere un confronto clinico e teorico tra modi di operare provenienti da case diverse del cognitivismo clinico.

22 Settembre, Venerdì - 10.15-11.30
TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO
TAVOLA ROTONDA

La Dipendenza Affettiva Patologica e la violenza nelle relazioni intime

Chair: Teresa Cosentino, Psicoterapeuta, Scuola di Psicologia Cognitiva, Roma

Discussant: Angelo Maria Saliari, Psicologo, Psicoterapeuta, docente e didatta APC, SPC, SICC, Roma – AIPC Bari - Socio Didatta SITCC

Negli ultimi decenni, la ricerca sulle dipendenze affettive e sugli effetti intrapsichici di relazioni intime disfunzionali ha conosciuto uno sviluppo notevole, anche grazie all'attenzione mediatica sul tema. A questo si affianca, dal punto di vista clinico, un crescente numero di pazienti che si rivolgono a psicoterapeuti e/o psichiatri in seguito alla comparsa di sintomi depressivi e ansiosi riconducibili a relazioni intime problematiche. La Dipendenza Affettiva Patologica può essere definita come una condizione relazionale nella quale un individuo (Dipendente Affettivo) sembra avere un legame apparentemente irrinunciabile con un partner problematico o maltrattante. Questo legame, che si caratterizza per la presenza nel tempo di alta conflittualità, abusi, violenza e/o manipolazioni, conduce alla compromissione della salute mentale delle persone implicate direttamente e non. La caratteristica elettiva della Dipendenza Affettiva Patologica è proprio l'incapacità dei partner di interrompere la relazione anche quando le conseguenze negative sono evidenti e riconosciute e il malessere generato raggiunge livelli piuttosto elevati o ancora quando a rischio è la propria vita. Il dipendente affettivo può infatti congelarsi nella relazione maladattiva, a lungo con ricadute anche gravi come quando il conflitto si trasforma in violenza relazionale o si decide di porre fine alla sofferenza con gesti estremi come il suicidio, il femminicidio o l'omicidio-suicidio del quale purtroppo le cronache sono ancora oggi piene.

Il presente simposio risponde alla domanda di numerosi clinici e accademici di una nuova prospettiva di comprensione del fenomeno e di intervento, basata su osservazioni cliniche e dati di ricerca, in grado di spiegare clinicamente il fenomeno della dipendenza affettiva, delle sue manifestazioni violente come il Gaslighting e la violenza fisica/sexuale, e di intervenire prima che gli esiti possano divenire irreversibili.

In linea con questo verrà presentato il libro di recente pubblicazione di Manuel Villegas "Atrapados en el amor: La dependencia afectiva" (Intrappolati nell'amore. La dipendenza affettiva). Sarà descritto per la prima volta un modello cognitivo sulle Dipendenze Affettive Patologiche e la violenza nelle relazioni intime e una scala di misura in grado di tracciare il profilo del dipendente affettivo tipico. Si approfondirà il tema del Gaslighting, una grave forma di manipolazione attraverso la descrizione di un caso clinico e infine sarà presentato un progetto finalizzato a far conoscere il trattamento psicologico di autori dei reati di violenza domestica e di genere.

Intrappolati nell'amore

Relatore: Manuel Villegas, Dottore in Psicologia, già Professore Ordinario Facoltà di Psicologia Università di Barcellona

L'amore genera legami molto forti, che spesso incatenano le persone in relazioni che possono essere distruttive. Tuttavia, l'amore evolve invariabilmente nel tempo e può farlo in direzioni opposte, quella del

consolidamento maturo e gratificante, o quella del deterioramento progressivo e destabilizzante. La dipendenza affettiva e l'abuso possono facilmente svilupparsi all'interno di queste relazioni. In questa relazione saranno considerati i rapporti tra i legami d'amore, le modalità strutturali delle relazioni coniugali e l'esperienza della dipendenza affettiva.

Un modello cognitivo della Dipendenza Affettiva Patologica e della Violenza nelle Relazioni Intime

Relatore: Erica Pugliese, PhD, Psicoterapeuta, Scuola di Psicologia Cognitiva di Roma, Presidente Associazione Millemé - Violenza di Genere e Dipendenze Affettive, Haarlem (The Netherlands)

Co-autori:

Angelo Maria Saliani, Psicologo, Psicoterapeuta, docente e didatta APC, SPC, SICC, Roma – AIPC Bari - Socio Didatta SITCC;

Oriana Mosca, Ph.D., Ricercatrice in Psicologia Sociale presso l'Università di Cagliari, Specialista in Psicologia della Salute;

Fridanna Maricchiolo, PhD., Professoressa Associata in Psicologia Sociale presso l'Università Roma Tre;

Francesco Mancini, Professore presso l'università Guglielmo Marconi di Roma.

Nell'ultimo decennio, la dipendenza affettiva patologica (PAD) - come fattore di rischio per la violenza nelle relazioni intime (IPV) - ha ricevuto una notevole attenzione da parte degli psicologi clinici e sociali. Tuttavia, la natura psicologica della PAD è stata descritta in termini discordanti in tutta la letteratura. Comprendere i fattori di rischio psicologico dell'IPV come la PAD, è un fattore protettivo essenziale per prevenire l'IPV e contribuire significativamente al raggiungimento del quinto obiettivo di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite, volto a eliminare "tutte le forme di violenza contro tutte le donne". Infatti, l'IPV influisce fortemente sulla salute (fisica e mentale) e sulla sostenibilità sociale del benessere. Tuttavia, gli studi empirici su questo argomento sono limitati e manca un modello teorico della PAD. Lo scopo di questo lavoro è di dare una chiara definizione del costrutto, teorizzare un primo modello cognitivo della PAD, descrivere i quattro tipi di Dipendente Affettivo tipico (Altruista, Indegno, Traumatico e Misto) e le rispettive caratteristiche psicologiche e, infine, presentare la PADS, una scala di misura specifica della dipendenza affettiva. Questo lavoro rappresenta un punto di partenza per un progetto più ampio volto alla costruzione di un protocollo cognitivo-comportamentale e di interventi sociali per la riduzione delle conseguenze negative sulle vittime di IPV.

Gaslighting: una sofisticata forma di manipolazione

Relatore: Claudia Perdighe, Psicoterapeuta e Didatta Sitcc, Scuola di Psicologia Cognitiva di Roma

Co-autori:

Erica Pugliese, Psicoterapeuta, Scuola di Psicologia Cognitiva di Roma, Presidente Associazione Millemé - Violenza di Genere e Dipendenze Affettive;

Angelo Maria Saliani, Psicologo, Psicoterapeuta, docente e didatta APC, SPC, SICC, Roma – AIPC Bari - Socio Didatta SITCC;

Francesco Mancini, Professore presso l'Università Guglielmo Marconi di Roma

Viene presentato il caso di una paziente vittima di gaslighting, da parte del partner. Il gaslighting è un comportamento manipolatorio, spesso difficile da identificare, in cui un individuo prova a controllare pensieri, emozioni e azioni di un'altra persona, fino ad alterarne l'intera percezione della realtà e di sé stesso.

Lo scopo dell'articolo è in primo luogo descrivere un fenomeno ancora poco conosciuto tra i clinici, dagli esiti potenzialmente molto avversi.

In secondo luogo, si vuole sottolineare il rischio di errori nella strategia terapeutica derivanti da un errore nella formulazione del caso. Nello specifico si vuole mettere a fuoco che il rischio di colludere con obiettivi strategicamente disfunzionali è particolarmente alto nella psicoterapia con pazienti vittime di abusi e relazioni fortemente disfunzionali, il cui funzionamento psicologico è già fortemente compromesso da queste relazioni.

Nel caso che viene descritto la paziente presenta pensieri e comportamenti paranoidei, che sono, però, già l'esito dell'abuso relazionale subito, cioè sintomi conseguenti l'abuso relazionale.

PLENARIE TAVOLE ROTONDE

22 Settembre, Venerdì 12.00-13.00 AULA MAGNA RETTORATO
PLENARIA con traduzione simultanea

Formulazione del Caso nei Disturbi di Personalità

Chair: Livia Colle, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Professore Associato Dipartimento di Psicologia Università degli Studi di Torino

Discussant: Antonino Carcione, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC), Roma

Relatore: Ueli Kramer, Ricercatore in Psicoterapia e Psicoterapeuta, Clinico presso il Dipartimento di Psichiatria (Istituto di Psicoterapia e Servizio Generale di Psichiatria), Università di Losanna, Svizzera. Presidente ESSPD (*European Society for the Study of Personality Disorders*)

La formulazione del caso è utile per gli psicoterapeuti per comprendere i comportamenti e le esperienze spesso opposte mostrate dai pazienti. Essere competenti nella formulazione di un caso aiuta il terapeuta a rimanere al centro del trattamento e a fornire un trattamento orientato ai bisogni del paziente.

Si passeranno in rassegna le metodologie di formulazione dei casi per casi particolarmente gravi di disturbi di personalità e come si può aiutare il terapeuta a diventare più competente nella consegna della terapia. Si esamineranno anche le prove della ricerca nel campo della formulazione del caso, discutendo gli effetti di quest'ultima sul processo e sull'esito in psicoterapia. Infine, verrà proposta e discussa, alla luce dell'evidenza empirica, una concezione della psicoterapia come trattamento individualizzato incentrato su percorsi funzionali di cambiamento.

22 Settembre, Venerdì - 15.15-16.30
TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Vulnerabilità in adolescenza

Chair: Lorenza Isola, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Didatta SITCC, Roma

Discussant: Riccardo Bertaccini, Psicologo, Psicoterapeuta, UONPIA AUSL Romagna (Forlì), Centro Terapia Cognitiva Forlì, docente Scuola Bolognese Psicoterapia Cognitiva, didatta SITCC, Forlì

La vulnerabilità psicologica di un individuo è costituita dall'insieme delle condizioni temperamentali e da specifiche esperienze di vita che rendono ragione della formazione di determinate sensibilità che nel tempo lo hanno reso più suscettibile o predisposto allo sviluppo di quel dato disturbo.

Ad esempio, è possibile rintracciare esperienze infantili di umiliazione, nella storia di vita di un soggetto con disturbo d'ansia sociale, o trovare episodi di punizione severa, spesso imprevedibili, che si concludevano con il "tenere il muso" anche per giorni, nella ricostruzione della vulnerabilità storica di un paziente con disturbo ossessivo compulsivo.

Ma cosa può rendere vulnerabile un adolescente? Quali esperienze forti può vivere un giovane preadolescente che poi, nel tempo, potrà sviluppare un disturbo?

Nel tentativo di comprendere se è possibile rintracciare alcuni fattori precipitanti che ontribuiscono a determinare lo scompenso verso forme di disagio più evidenti e importanti, la tavola rotonda vuole essere un'occasione di confronto fra clinici che, con un taglio differente e a partire da esperienze diverse, vogliono illuminare alcune condizioni di fragilità a cui possono essere esposti giovani soggetti in questa fase delicata della propria esistenza.

Contrastare forme di bullismo scolastico attraverso interventi di psicoeducazione ad orientamento cognitivo-comportamentale

Relatore: Annamaria Petito, Psicologa, Psicoterapeuta, Prof.ssa ordinaria di Psicologia Clinica, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Università di Foggia, Docente AIPC sede di Bari, Foggia

Co-autori: Iuso, Salvatore, Dipartimento di Studi Umanistici Università di Foggia

In ambito scolastico, il bullismo in generale e il bullismo omofobico e transfobico, costituiscono un problema socio-culturale ed educativo rilevante, che incide pesantemente sul benessere e sulla salute mentale degli e delle adolescenti a breve e a lungo termine. Quindi la strutturazione di specifici interventi preventivi dovrebbero essere auspicati ed indicati con urgenza nei contesti scolastici. I programmi di psicoeducazione e anti-bullismo possono prevenire la violenza tra gli studenti, affrontando i temi dell'espressione e della regolazione emotiva, in particolare della modulazione della rabbia, così come della riduzione dell'alesstitimia, contribuendo alla capacità di mentalizzazione degli studenti e delle studentesse, prevenendo in tal modo anche problemi interpersonali che nascono e si strutturano proprio durante l'adolescenza.

PLENARIE TAVOLE ROTONDE

Descriviamo l'impatto di un intervento psicoeducativo fornito a 90 studenti e 101 studentesse (N= 191), di età compresa tra i 12 e i 14 anni, con l'obiettivo di migliorare il riconoscimento e la regolazione emotiva e di ridurre la rabbia, nonché di ridurre l'alessitimia, al fine di prevenire episodi di aggressione e bullismo.

Prima (T0) e dopo (T1) l'intervento è stata eseguita una valutazione psicologica che comprendeva i livelli di alessitimia, misurati con la Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS,20), lo State-trait Anger Expression Inventory (STAXI), l'Empathy Quotient (EQ) e l'Emotion Regulation Questionnaire (ERQ).

Le studentesse hanno mostrato livelli più elevati di alessitimia al basale, mentre le altre caratteristiche (rabbia, quoziente di empatia e regolazione emotiva) non differivano tra i gruppi di sesso.

Il programma psicoeducativo ha aumentato significativamente il Quoziente di Empatia (+10,2%), la reappraisal della regolazione emotiva (+20,3%) e l'espressione assertiva della rabbia (+10,9%); l'alessitimia è diminuita in modo significativo dopo l'intervento in tutto il campione (-14,4%), soprattutto tra gli studenti con punteggio ≥ 61 alla TAS-20 (-48,2%). Possiamo concludere che la psicoeducazione ha ridotto significativamente i livelli di alessitimia e ha migliorato l'empatia e la regolazione emotiva tra gli adolescenti. Questi risultati possono suggerire un possibile impatto favorevole di questo intervento nella prevenzione del bullismo e della violenza in ambito scolastico.

Sex matters: differenti vulnerabilità per maschi e femmine?

Relatore: Pietro Muratori, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Pisa

Nel processo di diagnosi dei Disturbi Esternalizzanti sussiste un vero e proprio gender gap, da attribuire, almeno in parte, alla scarsa accuratezza dei manuali e degli strumenti diagnostici nel riconoscere le manifestazioni patologiche nelle femmine. Questa discrepanza è ancor più degna di attenzione considerando il cosiddetto "paradosso di genere", secondo cui un disturbo che è meno frequentemente osservato in un sesso tende a manifestarsi con sintomi più gravi, maggiore compromissione generale e più disturbi in comorbidità. La disparità nei due sessi nella stima delle difficoltà esternalizzanti potrebbe essere dovuta ad una serie di fattori interdipendenti quali, ad esempio, carenza di studi che comprendano campioni composti da sufficiente numero di bambine o ragazze. A partire da questo quadro, il mio intervento cercherà di condividere dati provenienti dalla letteratura riguardanti differenze eziologiche, fenotipiche e prognostiche tra maschi e femmine con diagnosi di Disturbi Esternalizzanti. Con l'ottica di integrare l'analisi di queste vulnerabilità sia in percorsi di valutazione sia in percorsi di trattamento.

Fragilità familiari e vulnerabilità adolescenziali: modelli di "non" funzionamento familiare e ripercussioni sul percorso adolescenziale

Relatore: Giuseppe Romano, Psicologo, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Università "G. Marconi" Roma, Didatta SITCC, Roma

Gli attuali adolescenti vivono in condizioni profondamente diverse da quelle del contesto in cui sono nati e cresciuti i loro genitori. Il cambiamento ha riguardato la società, i diversi valori di riferimento familiari ed è avvenuta una straordinaria modificazione che ha stravolto la modalità di relazionarsi, di comunicare e di educare.

Le credenze e i comportamenti dei genitori, che possono essere inclusi in una categoria più ampia, quella degli stili di parenting, sono cambiati poiché si sono dovuti adeguare alla trasformazione in atto. Ed è cambiato anche il concetto di competenza genitoriale, declinato sempre di più in termini strettamente psicologici (dando

ampio spazio alla componente cognitiva e affettiva), perdendo gradualmente la sua connotazione originaria che era quasi esclusivamente di natura pedagogica.

In questo contesto, il delicato periodo adolescenziale, fase di transizione che necessita di maggiori attenzioni educative ma al contempo di una forte sensibilità nel riuscire a fornirle, spesso è terreno di confronti e scontri fra generazioni che non si comprendono e che desiderano o, più frequentemente, pretendono di essere riconosciute nel loro diritto di avere punti di vista differenti riguardo i valori, i bisogni, le esigenze su cui deve fondarsi il rapporto educativo.

In questa cornice, la funzione genitoriale può essere non adeguatamente supportiva nel processo di crescita dei figli e costituire un terreno fertile su cui le fragilità familiari gettano le basi per favorire la costruzione di periodi di instabilità che, a volte, possono sfociare in veri e propri scompensi per il figlio. Non sempre, tuttavia, lo scompenso coincide con l'esordio sintomatico, ma diventa il momento in cui avviene il passaggio da un equilibrio premorboso a uno stato di crisi. Questo intervento alla tavola rotonda vuole delineare alcune condizioni di fragilità familiare che determinano la "non" realizzazione delle condizioni di parenting, ovvero di quell'insieme di comportamenti che attiene alle capacità di comprendere, aiutare e guidare il proprio figlio, sostenendone lo sviluppo dell'autonomia, dell'indipendenza e dell'agentività, in linea con il periodo evolutivo che sta attraversando.

PLENARIE TAVOLE ROTONDE

22 Settembre, Venerdì - 15.15-16.30
TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Il Corpo Malato

Chair: Bruno G. Bara, Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

Discussant: Ilaria Baiardini, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Genova

Il nostro corpo si ammala: ogni tanto, spesso, talvolta continuamente.

La medicina si occupa di sanare o di ridurre le ferite fisiche, ma la sofferenza che ciascuno di noi sente in malattia non è solo fisica. Cosa significherà questa infermità per me, per la mia immagine interiore e per quella esteriore, come influenzerà i rapporti che ho con i miei cari, gli amici, i colleghi, gli sconosciuti? A queste domande va data risposta, per alleviare il disagio psichico, che sempre si accompagna alla patologia fisica, e che spesso diventa la fonte maggiore di sofferenza personale.

Gli psicoterapeuti non hanno competenza specifica sulle patologie organiche e possono trovarsi disarmati di fronte a un paziente malato; come aiutarlo a gestire le emozioni scatenate da una diagnosi o da un evento che lo abbia messo in crisi? Come interagire coi medici curanti e con i caregiver coinvolti in un trattamento lungo e complesso?

La psicoterapia cognitiva ai tempi del determinismo. Esercizi a corpo libero.

Relatore: Fabio A. P. Furlani, Centro Terapia Cognitiva Como Milano Torino, Monza

Come sono armonizzabili, nella mente del terapeuta, le differenti mappe mentali e corporee per leggere il paziente? E come può quindi riuscire uno psicoterapeuta a mediare tra conoscenze e autenticità relazionale? Come vive il terapeuta il corpo malato del paziente mentre lavora con lui su emozioni cognitive e emozioni, appunto, incarnate? Cosa intende per 'corpo malato' quel terapeuta?

Domande. E poi riflessioni. Qui tra colleghi un confronto sui corpi, che più o meno malati sono comunque unici e irripetibili. Come ogni individuo. È paradossale sentirsi di dover difendere l'ontologia, ma sembra che siamo tutti un'unica amigdala e un unico fegato.

Lavorare con i protocolli preserva lo sguardo sulla persona? Può il pret a porter competere con l'abito sartoriale?

Ancora domande ... e ben venga, fintanto ce ne faremo difenderemo la libertà di intervento, nel rispetto della Scienza, e aiuteremo il terapeuta a coniugare le conoscenze, affinché abbia a non perdere il fondamentale Nord, il rispetto per il paziente.

“E vissero per sempre felici e contenti”. E quando non succede? Infertilità: impatto psicologico e intervento

Relatore: Claudia Perdighe, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autore: Francesco Mancini, Psichiatra, Psicoterapeuta. Direttore della scuola di specializzazione in Psicoterapia cognitivo-comportamentale dell'Associazione di Psicologia Cognitiva (APC-SPC), Roma

Una diagnosi di infertilità, con prognosi più o meno negativa, significa scoprire che quel “ebbero tanti bambini” non è un fatto naturale e automatico, almeno non per sé. Avere dei figli è visto come una parte normale del progetto di vita da una buona parte delle persone adulte, qualcosa di atteso e desiderabile. Non accedere a questo bene, implica la frustrazione di un desiderio e di un’aspettativa e, dunque, una sofferenza psicologica.

In questo intervento proveremo a capire che tipo di sofferenza, vale a dire quali emozioni e stati mentali, tipicamente si manifestano nel confrontarsi con questa esperienza e che strumenti di sostegno psicologico abbiamo a disposizione.

Vulvodinia ed endometriosi: risvolti psicosessuali ed aspetti terapeutici

Relatore: Gaia Polloni, Psicologa, Psicoterapeuta e Sessuologa Clinica, Centro Terapia Cognitiva (CTC) di Como e Milano

Il dolore genito-pelvico femminile include disturbi quali la vulvodinia e l’endometriosi. Con vulvodinia si intende un discomfort o un dolore vulvare, spesso descritto come bruciore urente, persistente da almeno 3 mesi, in assenza di cause organiche specifiche. L’endometriosi è invece una patologia ginecologica benigna, caratterizzata dalla presenza e dalla localizzazione anomala di tessuto endometriale al di fuori della cavità uterina. Sarà in parte per via delle influenze socio-culturali ed in parte per la scarsa conoscenza clinica che patologie complesse come la vulvodinia e l’endometriosi hanno un ritardo diagnostico medio di rispettivamente quasi 5 e più di 7 anni. Possiamo dunque facilmente intuire anche l’impatto psicologico di questo ritardo sulle pazienti affette da tali disturbi.

Diversi studi hanno riscontrato che donne affette da queste patologie riportavano una compromissione della qualità della vita, catastrofizzazione del dolore, sintomi depressivi ed ansiosi.

Inoltre, entrambe le malattie sono correlate al dolore sessuale. Nello specifico, la vulvodinia è strettamente legata alla dispareunia introitale mentre l’endometriosi alla dispareunia profonda. Questo si ripercuote inevitabilmente sul benessere delle pazienti, andando ad inficiare il rapporto con il proprio corpo, con la femminilità, l’intimità e, di conseguenza, anche le relazioni affettive.

Per questi motivi, sarà fondamentale lavorare anche sulla sfera sessuale ed utile allargare temporaneamente il setting alla coppia. Il presente lavoro metterà in evidenza i risvolti psicologici e sessuali di vulvodinia ed endometriosi e prenderà in esame alcuni aspetti fondamentali del trattamento terapeutico.

Chi è il paziente dal corpo malato?

Relatore: Pietro Porcelli, Psicologo, Psicoterapeuta, Università di Chieti

Non è scontato definire l’identità del “paziente dal corpo malato” in psicoterapia e non è scontato definire neanche l’identità dello psicoterapeuta. Il paziente ha le proprie convinzioni sull’attribuzione causale dei propri sintomi fisici, sulla fenomenologia delle manifestazioni sintomatologiche fisiche, sulla natura della malattia e sull’importanza che questa ha nella propria vita e nella relazione terapeutica. In breve, il paziente “porta” il proprio corpo in psicoterapia attraverso la propria narrativa di malattia e, insieme ad essa, inevitabilmente una richiesta di “struttura” e di senso, implicitamente o esplicitamente espressa. È questa narrativa di malattia del paziente a costituire l’oggetto specifico con cui si interfaccia lo psicoterapeuta. La definizione dell’identità del terapeuta è a sua volta influenzata, in questo specifico setting, tanto dalle proprie convinzioni (teoriche, cliniche, personali) quanto dalle situazioni particolari che hanno condotto alla richiesta di psicoterapia

PLENARIE TAVOLE ROTONDE



(paziente inviato dal medico, auto-invio, paziente già in psicoterapia per altri motivi). Sulla base di quest'insieme di elementi è possibile definire le condizioni per costruire un modello psicologico di malattia condiviso fra paziente e terapeuta.

22 Settembre, Venerdì - 15.15-16.30
TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Impasse terapeutiche: soluzioni a confronto

Chair: Angelo Maria Saliani, Psicologo, Psicoterapeuta, docente e didatta APC, SPC, SICC, Roma – AIPC Bari - Socio Didatta SITCC

Discussant: Maurizio Brasini, Psicologo, Psicoterapeuta, Docente e Didatta SPC, APC, Roma – IGB Palermo - Socio Didatta SITCC

Relatori:

Francesca Baggio, Psicologa, Psicoterapeuta, Cittadella (PD)

Paola Pazzano, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva di Bari, Centro di Psicoterapia Cognitiva Ecopoiesis di Reggio Calabria, Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) di Reggio Calabria, Bari

Stefania Fadda, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Le difficoltà di ordine tecnico e relazionale che ostacolano, rallentano o impediscono il prosieguo di una psicoterapia sono da sempre oggetto di riflessione nel corso delle supervisioni didattiche e stimolo per la ricerca clinica. Un buon modello della psicopatologia, i principi che ispirano un intervento terapeutico e persino un protocollo ben strutturato e di comprovata efficacia non possono prescindere da ciò che accade nell'interazione tra il paziente e il suo terapeuta. Cosa fare quando qualcosa va storto in questa interazione? L'obiettivo con cui nasce questa tavola rotonda è di stimolare la riflessione e il dibattito sui momenti di stallo del processo terapeutico e sulle loro soluzioni. Partendo dalla visione di brevi video in cui sono rappresentate alcune impasse terapeutiche (tipiche e atipiche), i diversi relatori spiegheranno come le interpretano e cosa farebbero per superarle. Il tutto secondo la prospettiva originale del terapeuta, del suo approccio teorico e clinico e del suo stile personale. I dodici relatori coinvolti nelle quattro sessioni sono tutti terapeuti esperti e autorevoli rappresentanti delle diverse scuole del cognitivismo clinico italiano.

La tavola rotonda sarà composta da quattro sessioni distinte e a ciascuna di esse parteciperanno tre relatori. La struttura generale di ogni sessione sarà la seguente:

1 breve introduzione di un caso clinico da parte del chairman dell'evento. Successivamente, verrà introdotto un brano di seduta con il paziente del caso appena illustrato, chiarendo in quale momento del processo terapeutico ci si trova. Durata, 5 minuti circa.

2 si "entra" nella stanza della psicoterapia. Concretamente: sarà mostrato un video che rappresenta un momento di impasse terapeutica. Il video sarà girato con largo anticipo dal chairman con attori che interpretano pazienti reali e inviato ai relatori almeno un paio di settimane prima del congresso. Durata della visione, 5 minuti circa.

3 ogni relatore propone la sua "soluzione" al problema clinico rappresentato (ogni relatore avrà a disposizione 10-15 minuti)

4 dibattito sulle soluzioni proposte. Durata, 15 minuti circa.

PLENARIE TAVOLE ROTONDE

Questa struttura generale prevede due opzioni distinte in riferimento al punto 3 della scaletta, ossia quello relativo all'intervento dei relatori.

Opzione A (con simulata):

1 breve introduzione di un caso clinico da parte dei chairman dell'evento. Durata, 5 minuti circa.

2 si "entra" nella stanza della psicoterapia. Concretamente: viene mostrato un video che rappresenta un momento di impasse terapeutica. Durata della visione, 5 minuti circa.

3a ciascuno dei relatori interagisce dal vivo per circa 10 minuti con il paziente del video provando a gestire e superare l'impasse in atto. In pratica, sarà simulata per qualche minuto una seduta. In questa opzione, l'attore che interpreta il paziente del video sarà presente alla tavola rotonda. Al termine della simulata, il relatore spende 4-5 minuti per spiegare il razionale del proprio intervento con l'aiuto di qualche slide. Durata totale 10-15 minuti.

4 dibattito sulle soluzioni proposte. Durata, 15 minuti circa.

Opzione B (senza simulata):

1 breve introduzione di un caso clinico da parte dei chairman dell'evento. Durata, 5 minuti circa.

2 si "entra" nella stanza della psicoterapia. Concretamente: sarà mostrato un video che rappresenta un momento di impasse terapeutica. Durata della visione, 5 minuti circa.

3b ciascuno dei relatori spiega con l'aiuto di qualche slide come interpreta e cosa farebbe/direbbe concretamente per gestire e superare l'impasse rappresentata nel video, e perchè (durata di ogni intervento, 10 minuti).

4 dibattito sulle soluzioni proposte. Durata, 15 minuti circa.

Le sessioni della tavola rotonda e i dibattiti che seguiranno non avranno lo scopo di individuare la soluzione corretta alle impasse terapeutiche che saranno di volta in volta proposte - di solito esistono modi diversi e altrettanto efficaci di affrontare un problema - , ma piuttosto quello di promuovere un confronto clinico e teorico tra modi di operare provenienti da case diverse del cognitivismo clinico.

22 Settembre, Venerdì 15.15-16.30 TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO
TAVOLA ROTONDA

Dialoghi sul cognitivismo clinico

Chair: Fabio Monticelli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro Clinico de Sanctis, Roma

Discussant: Silvio Lenzi, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Questa tavola rotonda prende spunto dalle mutazioni che hanno caratterizzato lo scenario della terapia cognitiva italiana negli ultimi anni. Benché la società italiana di terapia comportamentale cognitiva abbia sempre rappresentato un elemento di aggregazione di molte anime teoriche e modelli clinici diversi spesso contrapposti, negli ultimi anni si sono create delle condizioni particolari che hanno prodotto un disallineamento evidentemente intollerabile che ha portato a scissioni insanabili. La tavola rotonda si propone l'obiettivo di comprendere in maniera più approfondita tali motivazioni che hanno prodotto questi cambiamenti così significativi.

Perché diversi cognitivismi?

Relatore: Antonio Semerari, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva - Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC), Roma

Si sosterrà che esistono ragioni oggettive che spingono verso una frammentazione del cognitivismo clinico e alcune buone ragioni per contrastare questa tendenza. Verranno discusse le varie linee di frattura teoriche all'interno delle psicoterapie cognitive e comportamentali e verrà discussa la dicotomia del "grande dibattito" tecnica versus relazione. Si sosterrà la tesi che per sviluppare una possibile discussione integrativa tra i diversi approcci occorre partire dai modelli clinici dei diversi disturbi.

Dal comportamento al processo

Relatore: Paolo Moderato, Professore Emerito di Psicologia, IULM, Milano

Verrà discusso lo sviluppo contestualista, processualista, evolucionista della terapia comportamentale.

E' il cognitivismo clinico davvero importante?

Relatore: Aristide Saggino, Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento Università di Chieti-Pescara, Chieti

Obiettivo di questo intervento è quello di mettere in certo qual modo i puntini sulle "i". La psicoterapia scientifica è nata come terapia del comportamento (applied behaviour analysis), si è poi trasformata in psicoterapia cognitivo comportamentale (il nome preferito da Aaron T. Beck) ed in parallelo più che successivamente ha avuto uno sviluppo che definiamo solitamente psicoterapia cognitiva. Esistono però anche altre classificazioni definitorie quale ad esempio quella generazionale in base alla quale esisterebbero psicoterapie di prima generazione (essenzialmente comportamentali), di seconda generazione

PLENARIE TAVOLE ROTONDE

(essenzialmente cognitivo-comportamentali) e di terza generazione (ad esempio l'ACT). Questa classificazione non ha però nulla a che fare con la efficacia di questi approcci che è indipendente dalla loro storicità o "anzianità di servizio", nel senso che non è necessariamente vero che un approccio più recente sia più efficace di uno meno recente. Anzi è spesso vero il contrario, ossia che un intervento meno recente sia meglio validato per il semplicissimo motivo che i ricercatori hanno avuto più tempo per occuparsene. Se poi parliamo di verifica empirica, la situazione diventa ancora più confusionaria in quanto la verifica empirica riguarda i protocolli più che le psicoterapie ed i protocolli spesso includono tecniche prese da diverse metodologie di intervento. Aggiungiamo poi che tra i protocolli basati sull'evidenza non vi sono solo quelli cognitivo comportamentali, ma anche protocolli basati sugli approcci dinamico e relazionale. Un ulteriore problema è poi rappresentato da quegli orientamenti all'interno della CBT che svolgono vita propria, avendo persino proprie associazioni scientifiche (tanto per fare due nomi la schema therapy e la EMDR). Pertanto, massima è la confusione sotto il sole. In questo intervento si cerca di fare chiarezza su questi argomenti a partire da alcuni aspetti metodologici e scientifici dai quali non si può assolutamente prescindere.

23 Settembre, Sabato - 10.15-11.30
TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA TAVOLA ROTONDA

Il ruolo del meta-emotional problem nella psicopatologia

Chair e Discussant: Giuseppe Romano, Psicologo, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Università "G. Marconi" Roma, Didatta SITCC, Roma

Uno degli aspetti centrali della psicoterapia cognitiva è l'individuazione di variabili che contribuiscono all'insorgenza e al mantenimento della psicopatologia. La sofferenza emotiva è infatti spesso elicitata da eventi avversi sperimentati durante fasi critiche dello sviluppo che hanno contribuito a determinare una vulnerabilità psicologica per il futuro sviluppo di psicopatologie (Ellis, 1962). Negli ultimi anni diversi studi hanno confermato come la tendenza a esprimere valutazioni negative sul sé rappresenti un fattore transdiagnostico che favorisce l'attivazione e il mantenimento di comportamenti emotivi disfunzionali (Blatt, 2004; Gilbert et al., 2004; Schanche, 2013). Il termine meta-emotional problem (o problema secondario) fa riferimento alla valutazione negativa della propria condizione emotiva o comportamentale e ai conseguenti tentativi disfunzionali di risolverla (Ellis, 1962).

In questa tavola rotonda verrà descritto il ruolo del meta emotional problem in diverse dimensioni psicopatologiche: nei disturbi di personalità, nei disturbi dell'umore e di ansia e nella schizofrenia. Relativamente ai disturbi di personalità, è stato evidenziato come la componente meta-emotiva possa attivare processi ruminativi e incidere sulla capacità di riflettere sui propri stati emotivi in modo adeguato compromettendo anche la capacità di attivare strategie di padroneggiamento funzionali e adattive. Relativamente ai disturbi di ansia, gli studi pioniristi di Clark (1986) hanno evidenziato come il meta emotional problem agirebbe da fattore di mantenimento, rispetto all'attivazione dell'ansia, ed una sua modulazione sembrerebbe determinare una riduzione degli indicatori fisiologici dell'ansia (Coyoumdjian et al., 2016). In merito ai disturbi dell'umore, il meta emotional problem è stato indagato soprattutto in relazione alla ruminazione, considerata una caratteristica clinica della depressione (Nolen-Hoeksema, 1991). Questo fenomeno interferirebbe sul normale processo di rielaborazione del lutto (Rainone e Mancini, 2018) e costituirebbe un fattore di mantenimento della sintomatologia depressiva superiore rispetto alla presenza di credenza patogene (Visco-Comandini et al., 2021). Nella terza presentazione verranno evidenziate e discusse le implicazioni teoriche e cliniche del meta emotional problem nella schizofrenia alla luce del modello dell'Entropia della Mente (Scrimali, 2006 e 2008).

Il meta-emotional problem nei disturbi d'ansia e dell'umore: dalla ricerca alla clinica

Relatore: Andrea Gragnani, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma e Grosseto; Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC; Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari, Roma

Co-autori: Federica Visco Comandini, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Gli stati depressivi costituiscono una parte normale e fisiologica dell'esperienza di perdita, tuttavia è possibile individuare alcuni elementi che permettono di distinguere gli stati depressivi fisiologici da quelli patologici, nei

quali lo stato depressivo diventa disturbo non superabile e sempre più sproporzionato rispetto la perdita che l'ha innescato (Johnson-Laird et al., 2006). Tra queste variabili il problema secondario, o meta-emotional problem, sembra rivestire un ruolo di rilievo. Con il termine meta-emotional problem si fa riferimento alla valutazione negativa del proprio stato depressivo e ai conseguenti tentativi disfunzionali di risolverlo (Ellis, 1962).

Le ricerche sulla ruminazione, considerata una caratteristica clinica della depressione (Nolen-Hoeksema, 1991), hanno indagato in modo più dettagliato il ruolo di questa variabile nei disturbi dell'umore. Più specificatamente Rainone e Mancini (2018) hanno evidenziato come la valutazione negativa dei correlati fisiologici del lutto interferisca con il normale processo di rielaborazione, favorendo l'emersione della sintomatologia depressiva. Inoltre, Visco-Comandini e collaboratori (2021) hanno evidenziato come il meta-emotional problem contribuisca in modo significativo al mantenimento della sintomatologia depressiva in modo superiore rispetto alla presenza di credenza patogene. Questo dato sottolineerebbe come processi cognitivi disfunzionali focalizzati sui sintomi depressivi rivestano un ruolo preminente nella genesi e nel mantenimento della depressione.

Relativamente alla sintomatologia ansiosa, gli studi di Clark (1986) hanno evidenziato come l'attacco di panico derivi proprio dall'interpretazione catastrofica (i.e. meta emotional problem) di specifiche sensazioni fisiche, questa condizione comporterebbe un incremento dello stato emotivo ansioso che si evolverebbe nell'attacco di panico. Studi sperimentali successivi hanno dimostrato come la modulazione del meta-emotional problem ridurrebbe degli indicatori fisiologici di ansia durante l'esposizione a stimoli fobigeni (Coyoumdjian et al., 2016).

Sul piano clinico diventa pertanto fondamentale prendere in considerazioni proprio le valutazioni negative che i pazienti compiono sul loro stato emotivo e i tentativi disfunzionali che mettono in atto per modulare tali valutazioni, al fine di ridurre i fattori di vulnerabilità alla ricaduta.

Meta-emotional problem e Disturbi di Personalità: quale relazione?

Relatore: Antonino Carcione, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC), Roma

I pazienti con Disturbi di Personalità (DP) sono caratterizzati da una difficoltà relativamente stabile e pervasiva nella costruzione del Sé (Identità e Auto-direzionalità) e nel costruire e mantenere relazioni interpersonali valide (Empatia e Intimità), come ampiamente descritto dal Modello Alternativo per la Diagnosi di Disturbo di Personalità (AMPDP) del DSM 5-TR (APA, 2022). L'AMPD inserisce la disregolazione emotiva tra gli aspetti che contribuiscono a creare problemi nell'Identità. Una delle cause della disregolazione emotiva è la difficoltà a riconoscere le emozioni e/o a riconoscerle e descriverle adeguatamente. Per tale ragione è stato studiato il ruolo dell'alessitimia e del monitoraggio metacognitivo. Meno studiato nell'area dei DP è il ruolo svolto dalla paura delle proprie emozioni e dalle varie reazioni emotive ad esse che viene descritto da Gottman et al. (1966) come problema meta-emozionale. La componente meta-emotiva può attivare a sua volta ruminazione e incidere sulla capacità di riflettere sui propri stati emotivi in modo adeguato, per attivare strategie di padroneggiamento funzionali e adattive. La scarsità di studi su tale costrutto nell'area di DP non rende chiaro il ruolo svolto nel quadro psicopatologico e se possa essere considerato causa o conseguenza delle difficoltà metacognitive, descritte come un fattore generale sottostante alla patologia di personalità (Carcione, Nicolò e Semerari, 2016). In tale lavoro verrà dibattuto il ruolo delle meta-emozioni nei DP alla luce della letteratura esistente sia relativamente al problema meta-emozionale, sia ai DP e al ruolo che esso potrebbe svolgere nella genesi o nel mantenimento della patologia.

Meta-emotional problem nella schizofrenia: dalla psicopatologia alla psicoterapia

Relatore: Tullio Michele Scrimali, Psichiatria, Psicoterapeuta didatta, Università di Catania e Centro Clinico ALETEIA di Enna, Acicastello e Palermo, Catania ed Enna

Nell'ambito del modello Entropia della Mente (Entropy of Mind), sviluppato dall'Autore, per un'originale ed innovativa concettualizzazione, cognitiva e complessa, della condizione schizofrenica, descritta in Entropia della Mente ed Entropia Negativa (Scrimali, 2006 e 2008), è stato ampiamente analizzato e discusso il meta-emotional problem. Per Scrimali, particolare rilevanza, assume, nei pazienti psicotici, il dato di un funzionamento, insolitamente elevato e disordinato, con aumento dell'entropia complessiva, del canale tacito e della conoscenza emotiva, a scapito di quella cognitiva ed esplicita. Tale evidenza è stata documentata, dall'Autore, anche mediante la raccolta di dati neurobiologici, ottenuti grazie all'applicazione di metodiche di Neuroscienze Applicate, presso l'ALETEIA Lab for Applied Neuroscience di Enna, che saranno esposti, in sintesi, nel corso della relazione.

Nella presentazione verranno evidenziate e discusse, inoltre, le implicazioni cliniche di tali evidenze per l'attuazione di un protocollo integrato, CBT della schizofrenia, sviluppato dall'Autore, e denominato Entropia Negativa (Negative Entropy).

Una delle soluzioni individuate, da Scrimali, per il meta-emotional problem, nei pazienti psicotici, consiste nell'abbassare l'Entropia della Mente, regolando l'arousal e implementando le competenze metacognitive, cognitive e di mastery del paziente. Questi obiettivi vengono perseguiti con metodologie avanzate ed innovative, basate anche sull'impiego di computer e di originali device digitali quali il MindLAB Set (Scrimali, 2012).

Riferimenti bibliografici:

Scrimali T. (2006). Entropia della Mente ed Entropia Negativa. London: Karnac Books

Scrimali T. (2008). Entropy of Mind and Negative Entropy. Milano: Franco Angeli

Scrimali T. (2012). Neuroscience-based Cognitive Therapy. Chichester: Wiley

23 Settembre, Sabato - 10.15-11.30
TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Casi clinici complessi: modelli a confronto

Chair: Daila Capilupi, Psicologa, Psicoterapeuta, Bologna

Discussant: Carla Maria Vandoni, Psicologa, Psicoterapeuta, STPC Scuola Torinese
Psicoterapia Cognitiva, Torino

La Società Italiana di Terapia Cognitivo Comportamentale (SITCC) include modelli psicopatologici e di trattamento differenti, il cui fattore comune è rappresentato dalla clinica e dalla ricerca basate su prove di efficacia rispetto agli obiettivi, procedure, strategie e tecniche terapeutiche.

Questa tavola rotonda si propone di confrontare e condividere tre diversi modelli di concettualizzazione del caso e di approccio terapeutico, sottolineandone le specificità, le differenze e gli aspetti comuni.

Verranno presentati tre casi clinici complessi, concettualizzati secondo il proprio modello di trattamento: Barbara Barcaccia si focalizzerà su interventi di terza generazione, in particolare l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) e la Mindfulness; Maurizio Dodet presenterà la Self Meaning Psychotherapy, evoluzione del Cognitivism Costruttivista; Donatella Fiore illustrerà il Trattamento Metacognitivo Interpersonale.

Al termine dei lavori saranno presentate alcune riflessioni sulle possibili "contaminazioni" tra i modelli.

Un caso di schizofrenia paranoide: dal terrore di tutto al coraggio di abbracciare la vita

Relatore: Barbara Barcaccia, Laurea in Psicologia e laurea in Filosofia, Dottore di ricerca (PhD), Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale. Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC e Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva AIPC. Sapienza Università di Roma

Cataldo, quarantacinquenne con una lunga storia psichiatrica iniziata con un trattamento sanitario obbligatorio all'età di 21 anni, viene inviato in psicoterapia dalla struttura che lo segue per il trattamento farmacologico ormai da più di vent'anni. Chiede alla terapia di dargli "una vita normale". Tra sospettosità, diffidenza, ostilità, frustrazione, rotture dell'alleanza, comincia un po' alla volta a emergere il bisogno disperato di credere in qualcosa. La presenza di un padre ingombrante che a ogni tentativo di Cataldo di affacciarsi con meno paura sul mondo gli ricorda che ogni Uomo è ontologicamente malvagio e sicuramente gli farà del male, renderà il processo più tortuoso e impegnativo. Riuscirà con il tempo a comporre un'immagine del mondo come meno crudele, e di sé come meno vittima e più artefice della propria storia.

L'ideazione paranoide e depressiva un po' alla volta comincia a diventare gestibile: con tecniche di decentramento come la mindfulness e la de-fusione cognitiva, Cataldo riesce a non "obbedire" a quanto i pensieri lo esorterebbero a fare, come fuggire dalle situazioni sociali per il terrore di poter essere maltrattato o aggredito, o aggredire gli altri. Grazie al lavoro sui valori, trova la motivazione ad affrontare le difficoltà che la vita quotidiana gli pone, e con l'accettazione esperienziale impara a stare con il disagio, quando c'è, senza che questo costituisca un impedimento a costruire una vita che valga la pena vivere. Vuole essere coraggioso, vuole essere uno che sa affrontare la vita, anche se dice di "farsela sotto" per ogni cosa. Cataldo oggi non è

più in terapia, ma è supportato da colloqui di sostegno mensili, e ha raggiunto un buon livello di adattamento familiare e sociale; affronta le situazioni di vita quotidiana senza essere condizionato eccessivamente da pensieri ed emozioni negative, che, se pur presenti, non compromettono la sua qualità di vita.

Il trattamento di un caso complesso in TMI attraverso le videotecniche: self mirroring therapy e video imagery rescripting

Relatore: Michela Alibrandi, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva di Genova

Co-autori:

Barbara Magnani, Laurea in Neuropsicologia, specializzazione in Psicoterapia cCognitivo-Comportamentale, dottorato in Psicobiologia, Psicoterapeuta Centro Informa-Mente

Giancarlo Dimaggio, Psichiatra, Psicoterapeuta, socio didatta SITCC, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale Roma

Il termine "caso complesso" in psicoterapia si riferisce generalmente a situazioni di disturbi di personalità in compresenza con sintomi gravi, storia di traumi o difficoltà nel rispondere ai trattamenti standard.

Per questi pazienti diventa ancor più necessario riferirsi a modelli di trattamento con una formulazione del caso molto accurata e procedure rigorose che permettano di trattare sia i disturbi di personalità sia la sintomatologia.

In questo intervento si illustrerà l'utilizzo delle videotecniche (Self Mirroring Therapy e Video Imagery Rescripting) nel trattamento di una paziente con disturbo di personalità, in ottica di Terapia Metacognitiva Interpersonale (manualizzata da Dimaggio et al 2013, 2019). Attraverso il racconto e i video di momenti salienti della terapia, si mostrerà come essi abbiano facilitato nella paziente il riconoscimento delle proprie emozioni e la riscrittura di eventi dolorosi del passato, aiutandola a ritrovare un senso di sicurezza e riducendo la necessità di ricorrere a strategie di coping maladattive.

La Self Mirroring Therapy e la Video Imagery Rescripting sono tecniche che traggono le loro origini dal Videofeedback e portano nel setting terapeutico le conoscenze neuroscientifiche relative al sistema dei neuroni specchio.

Lo scopo è di aiutare il paziente a rivivere in modo incarnato le emozioni negative relative ad eventi dolorosi presenti e passati legati a schemi interpersonali disfunzionali, comprenderle e riscriverle attraverso il corpo.

Il principale strumento è la videoregistrazione del paziente durante la rievocazione in seduta di eventi narrativi problematici e l'osservazione dei video in un clima di collaborazione con il terapeuta.

Il paziente, vedendo le espressioni emotive del proprio volto, è agevolato nel riconoscere in modo intuitivo, somatico ed incarnato le proprie emozioni, attraverso il sistema dei neuroni specchio che normalmente usa per comprendere in maniera automatica ed esperienziale gli stati emotivi altrui. L'emozione viene vissuta e sentita attraverso il corpo e non solo elaborata cognitivamente.

La Terapia Metacognitiva Interpersonale fornisce una cornice teorica forte e strutturata, che facilita il terapeuta nella scelta del momento opportuno per l'applicazione delle tecniche e nello stabilire obiettivi desiderati coerenti con la fase di trattamento.

PLENARIE TAVOLE ROTONDE

Disturbi di personalità complessi e Terapia Metacognitiva Interpersonale: obiettivi, strategie e tattiche. Problematicità della relazione terapeutica

Relatore: Donatella Fiore, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

La Terapia Metacognitiva Interpersonale è un modello di intervento psicoterapeutico “evidence based”, sviluppato e manualizzato presso il Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma. La letteratura più recente evidenzia come la difficoltà nella metacognizione, intesa come la capacità di riflettere, ragionare e padroneggiare i propri e altrui stati mentali, rappresenti un fattore generale sottostante alla patologia della personalità.

L’obiettivo di questa presentazione è quello di illustrare obiettivi, strategie e tattiche della Terapia Metacognitiva Interpersonale con una particolare attenzione alle problematicità della relazione terapeutica con pazienti complessi.

Saranno presentate e discusse tranches cliniche.

23 Settembre, Sabato - 10.15-11.30
TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Impasse terapeutiche: soluzioni a confronto

Chair e Discussant: Angelo Maria Saliani, Psicologo, Psicoterapeuta, docente e didatta APC, SPC, SICC, Roma – AIPC Bari - Socio Didatta SITCC

Relatori:

Katia Tenore, Psicologa, Psicoterapeuta, trainer e supervisore ISST, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Italian Academy of Schema Therapy, Università Guglielmo Marconi, Roma

Giuseppe Grossi, Psicologo, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di psicoterapia cognitiva Roma; CPR InMovimento, Fondi

Raffaele Popolo, Psichiatra, Psicoterapeuta, DSM ASL Roma 1, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Le difficoltà di ordine tecnico e relazionale che ostacolano, rallentano o impediscono il prosieguo di una psicoterapia sono da sempre oggetto di riflessione nel corso delle supervisioni didattiche e stimolo per la ricerca clinica. Un buon modello della psicopatologia, i principi che ispirano un intervento terapeutico e persino un protocollo ben strutturato e di comprovata efficacia non possono prescindere da ciò che accade nell'interazione tra il paziente e il suo terapeuta. Cosa fare quando qualcosa va storto in questa interazione? L'obiettivo con cui nasce questa tavola rotonda è di stimolare la riflessione e il dibattito sui momenti di stallo del processo terapeutico e sulle loro soluzioni. Partendo dalla visione di brevi video in cui sono rappresentate alcune impasse terapeutiche (tipiche e atipiche), i diversi relatori spiegheranno come le interpretano e cosa farebbero per superarle. Il tutto secondo la prospettiva originale del terapeuta, del suo approccio teorico e clinico e del suo stile personale. I dodici relatori coinvolti nelle quattro sessioni sono tutti terapeuti esperti e autorevoli rappresentanti delle diverse scuole del cognitivismo clinico italiano.

La tavola rotonda sarà composta da quattro sessioni distinte e a ciascuna di esse parteciperanno tre relatori. La struttura generale di ogni sessione sarà la seguente:

1 breve introduzione di un caso clinico da parte dei chairman dell'evento. Successivamente, verrà introdotto un brano di seduta con il paziente del caso appena illustrato, chiarendo in quale momento del processo terapeutico ci si trova. Durata, 5 minuti circa.

2 si "entra" nella stanza della psicoterapia. Concretamente: sarà mostrato un video che rappresenta un momento di impasse terapeutica. Il video sarà girato con largo anticipo dai chairman con attori che interpretano pazienti reali e inviato ai relatori almeno un paio di settimane prima del congresso. Durata della visione, 5 minuti circa.

3 ogni relatore propone la sua "soluzione" al problema clinico rappresentato (ogni relatore avrà a disposizione 10-15 minuti)

4 dibattito sulle soluzioni proposte. Durata, 15 minuti circa.

Questa struttura generale prevede due opzioni distinte in riferimento al punto 3 della scaletta, ossia quello relativo all'intervento dei relatori.

PLENARIE TAVOLE ROTONDE

Opzione A (con simulata):

1 breve introduzione di un caso clinico da parte dei chairman dell'evento. Durata, 5 minuti circa.

2 si "entra" nella stanza della psicoterapia. Concretamente: viene mostrato un video che rappresenta un momento di impasse terapeutica. Durata della visione, 5 minuti circa.

3a ciascuno dei relatori interagisce dal vivo per circa 10 minuti con il paziente del video provando a gestire e superare l'impasse in atto. In pratica, sarà simulata per qualche minuto una seduta. In questa opzione, l'attore che interpreta il paziente del video sarà presente alla tavola rotonda. Al termine della simulata, il relatore spende 4-5 minuti per spiegare il razionale del proprio intervento con l'aiuto di qualche slide. Durata totale 10-15 minuti.

4 dibattito sulle soluzioni proposte. Durata, 15 minuti circa.

Opzione B (senza simulata):

1 breve introduzione di un caso clinico da parte dei chairman dell'evento. Durata, 5 minuti circa.

2 si "entra" nella stanza della psicoterapia. Concretamente: sarà mostrato un video che rappresenta un momento di impasse terapeutica. Durata della visione, 5 minuti circa.

3b ciascuno dei relatori spiega con l'aiuto di qualche slide come interpreta e cosa farebbe/direbbe concretamente per gestire e superare l'impasse rappresentata nel video, e perchè (durata di ogni intervento, 10 minuti).

4 dibattito sulle soluzioni proposte. Durata, 15 minuti circa.

Le sessioni della tavola rotonda e i dibattiti che seguiranno non avranno lo scopo di individuare la soluzione corretta alle impasse terapeutiche che saranno di volta in volta proposte - di solito esistono modi diversi e altrettanto efficaci di affrontare un problema - ma piuttosto quello di promuovere un confronto clinico e teorico tra modi di operare provenienti da case diverse del cognitivismo clinico.

23 Settembre, Sabato - 10.15-11.30
TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO
TAVOLA ROTONDA

La dimensione verticale: potere, conflitto e ordine morale al di là del sistema del rango

Chair: Francesco Mancini, Psichiatra, Psicoterapeuta. Direttore della scuola di specializzazione in Psicoterapia cognitivo-comportamentale dell'Associazione di Psicologia Cognitiva (APC-SPC), Roma

Discussant: Mauro Giacomantonio, Università degli Studi di Roma "Sapienza", Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, ROMA

Il presente simposio prende spunto dal nuovo volume di Cristiano Castelfranchi dal titolo "A theory of tutelary relationships" (Springer, 2023, come tributo al suo autore e come occasione di riflessione sull'ineludibilità delle dinamiche di potere e di interdipendenza nelle relazioni umane.

La relazione introduttiva, a cura dell'autore del libro, Prof. Cristiano Castelfranchi, sarà dedicata a fornire una definizione delle relazioni tutorie e ad illustrarne i principi regolatori fondati sulle teorie degli Scopi, dei Poteri e rapporti di Potere, di Dipendenza, di Interesse, di Aiuto (Adozione di Scopi).

Il secondo intervento, del dr. Simone Cheli, partirà dal costrutto evolucionistico del sistema del rango, adottato di frequente come base naturalistica per spiegare la tendenza alla dominanza sociale, alla prevaricazione, al conflitto orientato all'accaparramento delle risorse, per riconsiderare le fondamenta evolucionistiche di questioni relative all'organizzazione sociale, in una prospettiva più allineata alle attuali conoscenze sui principi regolatori dei sistemi dinamici.

Nella terza relazione, il Dr. Manuel Petrucci e il Prof. Francesco Mancini confuteranno l'assunto che l'esercizio del potere sia di per sé una cosa deprecabile e si concentreranno sull'importanza dei rapporti sociali basati sulla gerarchia e sul potere, proponendo una lettura del cosiddetto "rango" che non si limiti a considerarne unicamente le iniquità e gli abusi, sottolineandone altresì le funzioni coesive e gli aspetti valoriali.

Nella quarta ed ultima relazione, il Dr. Maurizio Brasini considererà la questione dell'abuso dalla prospettiva teorica di Castelfranchi, nel contesto specifico della relazione terapeutica. Si proporrà l'idea che, nella rappresentazione della relazione terapeutica in ambito cognitivista, il problema del potere tende ad essere semplificato o eluso, alla luce di una teoria ingenua ed ottimista della natura umana, e che invece l'assunzione consapevole della responsabilità, insita nell'esercizio di un potere all'interno di una relazione di aiuto, è il miglior antidoto contro il rischio di perpetrare un abuso.

Natura, consapevolezza e coraggio del rapporto di tutela e suo tradimento

Relatore: Cristiano Castelfranchi, CNR, Roma

L'obiettivo del contributo è proporre una chiara definizione e teoria delle relazioni "tutelari/tutorie", spiegando la loro rilevanza e ineliminabilità e bellezza ad ogni livello della socialità umana: dalle relazioni genitoriali e affettive, alla cooperazione e interazione sociale, alla politica e alla democrazia. Verrà proposta una critica delle teorie/concetti attuali di autori molto importanti (come Amartya Sen, Thaler & Sunstein, Foucault, von Hayek, ...), in particolare al diffuso uso di "paternalismo" connotato negativamente.

PLENARIE TAVOLE ROTONDE

Tale concetto/teoria deve essere fondato sulle teorie degli Scopi, dei Poteri e rapporti di Potere, di Dipendenza, di Interesse, di Aiuto (Adozione di Scopi).

Su tale base si possono individuare non solo la preziosità di queste relazioni ma anche le loro contraddizioni e pericoli; in vari domini (e discipline) come educazione (pedagogia), psichiatria, economia, norme, potere politico. E il timore di prendere coscienza di tale ruolo da parte degli operatori.

Es. è il rapporto volto a superare se stesso e costruire autonomia? O è volto (inconsiamente) a mantenere dipendenza e proprio ruolo? Sta l'istituzione tradendo la sua missione?

Quando parliamo di rango, parliamo davvero di rango? Un invito a ripensare le basi evoluzionistiche della psicoterapia.

Relatore: Simone Cheli, Department of Psychology, St. John's University, Roma - TAGES Onlus, Firenze

Il costrutto di rango sociale è forse il sistema motivazionale più dibattuto all'interno della psicoterapia, a partire da modelli basati su principi evoluzionistici o approcci che richiamano a dinamiche relazionali utilizzando un linguaggio etologico. Da un'analisi più attenta del significato o valore simbolico attribuito a questo significante emerge spesso una generalizzazione della sua applicabilità e una sovrapposizione con numerosi altri costrutti evoluzionistici. È facilmente ravvisabile come, ad esempio, si tenda ad utilizzare il label rango sociale per numerosi contesti competitivi che pertengono a generiche dimensioni di selezione naturale o sessuale (alto rango non implica sempre accesso prioritario alle risorse e competizione un posizionamento di rango). È altrettanto frequente che tale sistema motivazionale venga presentato come un assetto pre-esistente (ex-ante) alla dinamica relazionale nella quale emerge e nella quale si definisce come tale (ex-post) in quanto appunto rango sociale. Infine, si presuppone che quelli che definiamo sistemi motivazionali siano dati e consolidati dalla scienza attuale, mentre le evidenze ci dicono che neanche costrutti molto più studiati come le emozioni hanno chiari corrispettivi neurofisiologici e transculturali.

Per meglio orientarsi attraverso queste infinite variazioni, possiamo individuare almeno tre cornici interpretative che ci aiutino ad allineare la nostra definizione di rango sociale alle conoscenze esistenti in ambito evoluzionistico: funzione (scalare vs continua), relazione (causale vs sistemica), valenza (livello di attivazione). In prospettive ex-ante il rango viene infatti spesso assimilato a posizioni scalari in cui l'evento è esperito su base dicotomica (o vinco io o vinci tu) e similmente a formulazioni strettamente causale-lineari nei confronti degli assetti comportamentali e emotivi conseguenti (quello che faccio è causato da un'unica motivazione). Ne consegue una sovrapposizione tra rango e attivazione psicofisiologia assai frequentemente su base difensiva, dimenticandoci come in un branco una bassa attivazione connessa al rango sociale può addirittura permettere il self-soothing.

Al fine di riportare queste riflessioni all'interno di un quadro teorico coerente, si suggerisce di riconsiderare come le evidenze attuali in ambito biologico vertono in primis su principi generali evoluzionistici e sistemici. Da un lato i teorici dell'evoluzione invitano a distinguere tra dominanza e prestigio e tra diversi outcomes di questi (es. influenza sociale o fitness riproduttiva). Dall'altro lato, quello che in clinica si dà per scontato essere un sistema motivazionale è in realtà una qualità interpretativa emergente da un pattern dinamico e complesso. Quelle che ex-post definiamo motivazioni non pre-esistono alla dimensione sistemica nella quale sono emerse.

Per seguir virtute e canoscenza: un elogio del rango e del potere sociale

Relatore: Manuel Petrucci, Scuola Di Psicoterapia Cognitiva Spc, Roma

L'organizzazione gerarchica della società e le dinamiche di potere non hanno di per sé una valenza positiva o negativa. Tuttavia, in ambito psicopatologico si tende a privilegiare l'aspetto di dominio, aggressività e sopraffazione che la competizione per gli scopi può innescare all'interno delle relazioni, tralasciando alcune funzioni essenziali che il rango e il potere svolgono per gli individui e i gruppi. Il potere sociale, lungi dall'essere acquisito ed espresso esclusivamente mediante atti di sottomissione forzata, si basa su processi di attribuzione di valore e capacità che portano al riconoscimento spontaneo delle posizioni gerarchiche e a sentimenti di rispetto, stima e fiducia autentici. L'esercizio del potere, in virtù dell'interdipendenza tra i componenti della società, può condurre ad una moltiplicazione dei poteri, non ad una sottrazione ad alcuni in favore di altri. Anche quando tale esercizio avviene "dall'alto verso il basso", come in ogni relazione di tutela, e come può avvenire nella relazione terapeutica, può dar vita a processi di costruzione dei poteri personali al servizio della soddisfazione dei bisogni psicologici più importanti.

Tutela e abuso nella relazione terapeutica

Relatore: Maurizio Brasini, Psicologo, Psicoterapeuta, Docente e Didatta SPC, APC, Roma – IGB Palermo - Socio Didatta SITCC

Apparentemente, le questioni di potere nella relazione terapeutica, così storicamente rilevanti nel dibattito psicanalitico, in ambito sistemico e strategico, e persino nel counseling, non sono invece ritenute centrali in ambito cognitivista. Nel presente contributo, si adotterà la prospettiva teorica sulle relazioni tutelari offerta da Cristiano Castelfranchi nel suo ultimo libro (2022), per interrogarsi su questa lacuna, ragionando sulla funzione tutelare in terapia, in bilico tra il rischio da una parte di rendere dipendente il paziente o di compiere, talora anche in buona fede, un abuso nei suoi confronti, e dall'altra parte di abdicare di fronte all'assunzione di responsabilità e all'esercizio di un potere nella relazione. L'ipotesi che guida questo contributo è che, in particolare, la legittima preoccupazione di compiere un abuso ci possa mettere a disagio nei confronti della constatazione che quella del potere è una dimensione ineludibile nei rapporti umani, e che la relazione terapeutica sia particolarmente esposta ad essa poiché uno dei due partecipanti alla relazione ricerca un aiuto, affidandosi all'altro nella speranza di ottenere una guarigione dalla sofferenza.

A partire dalle constatazioni di Sandor Ferenczi (1933) sull'abuso come "confusione dei linguaggi", secondo cui: "è un errore terribile da parte della madre tentare di consolare il bambino con la seduzione, perché essa confonde il compito di accudimento con la sessualità", si esplorerà la qualità specifica della relazione abusante, proponendo l'ipotesi che nel caso della relazione terapeutica il timore di cadere in questo rischio, abbia condotto sempre più ad eludere o a semplificare il problema dell'esercizio di un potere che inevitabilmente implica l'assunzione di una posizione di responsabilità verso il paziente. Pur mantenendo saldo lo scopo della terapia di favorire l'autonomia del paziente, nella evidente necessità di non rendere dipendente il paziente né di compiere un abuso a suo danno, esiste d'altro canto anche il rischio di non assolvere a una fondamentale funzione di tutela o di farlo in una forma edulcorata e poco consapevole, in cui di volta in volta il paziente stesso o una teoria ottimista sulla natura umana indicano la strada da seguire per il suo miglior vantaggio. In questo modo, la funzione terapeutica risulta appiattita sulla compensazione del "deficit di accudimento", e le dinamiche di potere invece si riducono ad un effetto indesiderato, quello dell'esercizio del potere dell'uno contro l'altro (power over), quella competizione che per esempio in ottica multi-motivazionale viene descritta come operazione del sistema del rango, dipinto come il nemico naturale numero uno del processo terapeutico.

PLENARIE TAVOLE ROTONDE



In accordo con la teoria generale di Castelfranchi si sosterrà invece che il terapeuta non può sottrarsi alla responsabilità di rappresentarsi il bene del paziente, a volte anche in una forma che possa contrastare con quella del paziente stesso, e al dovere di perseguire quel bene accettando un piano di negoziazione, a volte conflittuale, con il paziente, nella continua e piena consapevolezza, ovvero nell'accettazione, del rischio dell'abuso.

Castelfranchi C. (2022), A theory of tutelary relationships. Springer.

Sandor Ferenczi (1933) "La confusione dei linguaggi tra la madre e il bambino". In S. Ferenczi, Opere, Vol IV. Raffaello Cortina, 2008.

23 Settembre, Venerdì - 12.00-13.00 AULA MAGNA RETTORATO
PLENARIA con traduzione simultanea

45 anni di ricerca in Psicoterapia sulla Depressione: panoramica di un percorso di ricerca Meta-analitico

Chair: Antonio Semerari, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva - Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC), Roma

Discussant: Simone Cheli, Department of Psychology, St. John's University, Roma - TAGES Onlus, Firenze

Relatore: Pim Cuijpers, Professore di psicologia clinica presso la Vrije Universiteit Amsterdam, Paesi Bassi, e direttore del Centro di collaborazione dell'OMS per la ricerca e la diffusione degli interventi psicologici ad Amsterdam

Più di 900 studi controllati randomizzati hanno esaminato gli effetti delle psicoterapie per la depressione e confrontato le psicoterapie con condizioni di controllo con la farmacoterapia e con trattamenti combinati. Questi studi hanno anche esaminato gli effetti delle terapie su gruppi target specifici, come donne con depressione perinatale, bambini e adolescenti, adulti più anziani, persone con disturbi medici generali e molti altri. Inoltre, gli effetti non sono stati esaminati solo sui sintomi depressivi, ma anche su altri esiti, come la qualità della vita, le limitazioni funzionali e il supporto sociale. In questa presentazione verranno presentati i risultati di un ampio progetto meta-analitico in cui si aggiungono continuamente nuove prove. Si dimostrerà che le terapie più importanti sono efficaci, che la maggior parte delle terapie ha effetti comparabili, che questi effetti rimangono significativi fino a un anno di follow-up e che le terapie sono efficaci nella maggior parte dei gruppi specifici. Ma anche che le meta-analisi dovrebbero essere considerate con cautela, perché sopravvalutano gli effetti delle terapie. Gli effetti delle terapie sono paragonabili a quelli della farmacoterapia, ma a lungo termine le psicoterapie sono più efficaci. La terapia combinata è più efficace di una sola a breve e a lungo termine.

PLENARIE TAVOLE ROTONDE

23 Settembre, Sabato - 16.30-17.45
TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Dissociazione e Integrazione

Chair: Rita B. Ardito, PhD, Psicologa, Psicoterapeuta, Professore Associato di Psicologia clinica, Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

Discussant: Mauro Adenzato, PhD. Professore Ordinario di Psicologia generale, Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

La Tavola rotonda ha l'obiettivo di mostrare come la dissociazione, lungi dall'essere una condizione unitaria, sia meglio descrivibile e concettualizzabile come un insieme di manifestazioni con alla base processi differenti. Le relazioni dei professionisti invitati alla Tavola rotonda mostreranno sia modelli complessi della psicopatologia dissociativa, fondati su un'analisi dei diversi processi patogenetici che ne sono alla base, sia modelli della mente in grado di spiegare la quotidiana dinamica tra stati integrati e momenti di dissociazione, dinamica che può essere osservata anche in condizioni non cliniche. A sostegno dei modelli proposti dai Relatori, saranno discusse esemplificazioni cliniche e mostrati dati provenienti dalla ricerca sperimentale.

Dalla disintegrazione traumatica alla dissociazione degli stati di sé

Relatore: Benedetto Farina, Psichiatra, Psicoterapeuta, Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Università Europea di Roma e Centro Clinico Janet, Roma

Sebbene la maggior parte dei clinici si riferisca comunemente alla dissociazione come a un concetto unitario, le prove empiriche cliniche e neuroscientifiche contraddicono totalmente l'approccio unidimensionale alla dissociazione. Al contrario, la maggior parte degli esperti indica che le manifestazioni psicopatologiche, che impropriamente sono descritte con il termine dissociazione, in realtà sono causate da processi patogenetici differenti coinvolti nel trauma dello sviluppo: la disintegrazione traumatica, le risposte di distacco e la dissociazione vera e propria. Verranno illustrate le prove psicopatologiche e neuroscientifiche a sostegno di questa tesi e la sua utilità clinica.

Quotidiane Dissociazioni

Relatore: Antonio Fenelli, Neuropsichiatra, Psicoterapeuta. Scuola ATC Cagliari, Studio Multiverso Roma

Si assume il Sé come un sistema composto da diversi sottoinsiemi in un equilibrio dinamico, la coerenza identitaria è data dalla possibilità che le diverse parti possano organizzarsi ed integrarsi in un continuo fluire di soluzioni di continuità. La flessibilità del sistema consente l'emergere di "quotidiane dissociazioni" in cui si possono sperimentare momenti particolarmente creativi ed emotivamente intensi come nel sogno ad occhi aperti, nell'uso della fantasia, nell'essere "rapiti" da stati emotivi. Nel rapporto con la corporeità una integrazione flessibile e armonica facilita la fruizione delle intense attivazioni del piacere legato alla sessualità,

in particolar modo per quanto riguarda l'esperienza orgasmica sia nella donna che nell'uomo. Un altro aspetto rilevante è la relazione con l'esperienza e la gestione del dolore.

Alexithymia e dissociazione nella clinica psicosomatica

Relatore: Piero Porcelli, Psicologo, Psicoterapeuta, Professore Ordinario di Psicologia clinica, Università di Chieti

Sono stati proposti numerosi modelli teorici per spiegare le patologie psicosomatiche, intese come patologie mediche di natura tanto organica quanto funzionale, le quali comportano un disagio soggettivo di rilievo clinico e importanti ripercussioni sulle funzioni psicosociali. È possibile individuare una sorta di denominatore comune nei vari modelli teorici proposti, definito dal meccanismo di base di dissociazione, secondo il quale parti diverse dell'autobiographical self (nel senso dato al costrutto da Damasio) vengono processate con diverse modalità. In base a questo meccanismo, l'alexithymia può essere definita come un deficit di mentalizzazione dell'affettività. Verranno presi in esame due modelli teoricamente diversi tra loro (il modello psicologico della Multiple Code Theory e quello neurobiologico del Perceptual Processing Model) applicati a un caso clinico di paziente affetto da rettocolite ulcerosa su cui si è innestata una sindrome para-ossessiva definita Bowel Obsession Syndrome.

23 Settembre, Sabato - 16.30-17.45
TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Perversioni e autori di reato: vulnerabilità e aspetti forensi e clinici

Chair: Antonietta Curci, Professoressa ordinaria di “Psicologia Generale” e “Psicologia Forense” presso l’Università degli Studi di Bari Aldo Moro. Coordinatrice del Master Universitario di II livello in Psicologia Giuridica e Neuropsicologia Forense dell’Università degli Studi di Bari

Discussant: Ivan De Marco, Psicologo, Psicoterapeuta, didatta SITCC, sessuologo clinico FISS, vicepresidente SIPCP, responsabile del Centro Studi Autopoiesi, Docente Aggiunto di Psicologia clinica e dinamica presso IUSTO, affiliato Pontificia Studiorum Universitas Salesiana, Pinerolo (TO)

La relazione dialettica tra ambito clinico-terapeutico e ambito psicoforense è un tema di grande complessità sul piano epistemologico, metodologico ed etico. In questa dialettica, il focus sulle perversioni sessuali ha una notevole rilevanza applicativa per via del ruolo chiave che diagnosi e trattamento possono avere nella prevenzione delle condotte devianti e delle loro recidive. I contributi presentati nel simposio hanno come obiettivo comune fornire una panoramica delle principali evidenze scientifiche in tema di assessment delle perversioni sessuali e delle relative ipotesi di trattamento, nella considerazione che il professionista che si interfaccia con pazienti portatori di problematiche di questo tipo si trova, tra l’altro, a dover affrontare un conflitto etico tra cura e repulsione. Soltanto una formazione professionale che poggi su solide basi scientifiche può proteggere dal rischio di facili riduzionismi e soluzioni terapeutiche inefficaci, che corrono il rischio di amplificare anziché ridimensionare i costi psicologici e sociali dell’azione deviante.

La relazione terapeutica col paziente perverso

Relatore: Fabio Monticelli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro Clinico de Sanctis, Roma

Il perverso non è da considerarsi soltanto un paziente “difficile”; spesso, alle difficoltà legate alla gestione della patologia di base, si aggiungono l’intensità e la particolare natura ostile ed intrusiva dell’erotizzazione della relazione terapeutica, che risultano di difficile gestione per il terapeuta (Monticelli 2005). In altri casi, durante il trattamento di un paziente che manifesta fantasie pedofile, o che ha messo in atto veri e propri agiti verso bambini, il terapeuta può sentirsi impotente e costretto dal suo ruolo ad assumere atteggiamenti di comprensione e cura verso un individuo incline ad eseguire o fantasticare crimini così orrendi, sentendosi obbligato a confrontarsi in prima persona con il senso etico del proprio operare professionale.

Il terapeuta, nell’affrontare una terapia con pazienti di questo genere, spesso deve far fronte alla profonda ambivalenza percepita tra il corretto esercizio della professione, al quale sono affidate le cure di chi attua o coltiva fantasie di crimini orrendi verso bambini, ed il naturale istinto di sottrarsi ad un simile compito.

Il terapeuta può oscillare tra il desiderio di ascoltare il paziente allo scopo di condonarlo, trovando una spiegazione scientifica ai suoi comportamenti e fantasie abusanti, provando, d’altra parte, la tentazione di condannarlo sul piano morale, assumendo posizioni pregiudiziali e persecutorie.

Sbilanciarsi verso l'una o l'altra posizione può risultare molto rischioso e il giusto equilibrio tra esse può apparire molto difficile da calibrare.

Strumenti per l'identificazione degli interessi sessuali devianti

Relatore: Angelo Zappalà, IUSTO Università Pontificia Salesiana, Abo Akademi University, Turku, Finland, Torino

Gli interessi sessuali devianti (ISD) sono un forte predittore per la previsione della recidiva degli autori di reati sessuali (Hanson & Bussière, 1998, Hanson & Morton-Bourgon, 2004, 2005). Disporre di uno strumento valido e affidabile che misuri gli ISD gioca un ruolo cruciale sia nella valutazione del rischio di recidiva sia per il monitoraggio del trattamento.

Esistono tre metodi per la valutazione degli ISD (Kalmus & Beech, 2005): psicofisiologici; non psicofisiologici e attenzionali. Sono passati in rassegna punti di forza e debolezza di questi metodi e il loro impiego nel contesto clinico e forense.

Autori di reato e percorsi forensi: quali prospettive e quali trattamenti

Relatore: Giuseppe Nicolò, ASL Roma 5, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva Roma, SICC, Roma

Il Tema degli autori di reato affetti da disturbi psichiatrici è sempre più emergente. Si affronterà nella relazione presentata il problema della normativa vigente, delle implicazioni per le discipline sanitarie e verranno illustrati i percorsi di cura e i trattamenti che evidenziano una efficacia nel contenere le manifestazioni di violenza eteroaggressive.

PLENARIE TAVOLE ROTONDE

23 Settembre, Sabato - 16.30-17.45
TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA
TAVOLA ROTONDA

Impasse terapeutiche: soluzioni a confronto

Chair: Maurizio Brasini, Psicologo, Psicoterapeuta, Docente e Didatta SPC, APC, Roma – IGB Palermo - Socio Didatta SITCC

Discussant: Angelo Maria Saliani, Psicologo, Psicoterapeuta, docente e didatta APC, SPC, SICC, Roma – AIPC Bari - Socio Didatta SITCC

Relatori:

Barbara Basile, Psicologa, Psicoterapeuta CBT, trainer e supervisore in Schema Therapy, direttrice Italian Academy of Schema Therapy (IAST), Roma

Lucia Tombolini, Psichiatra, Psicoterapeuta, APC, ARPAS, Roma

Alessandro Poiré, Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo Clinico, Centro Clinico San Giorgio, Genova

Le difficoltà di ordine tecnico e relazionale che ostacolano, rallentano o impediscono il prosieguo di una psicoterapia sono da sempre oggetto di riflessione nel corso delle supervisioni didattiche e stimolo per la ricerca clinica. Un buon modello della psicopatologia, i principi che ispirano un intervento terapeutico e persino un protocollo ben strutturato e di comprovata efficacia non possono prescindere da ciò che accade nell'interazione tra il paziente e il suo terapeuta. Cosa fare quando qualcosa va storto in questa interazione? L'obiettivo con cui nasce questa tavola rotonda è di stimolare la riflessione e il dibattito sui momenti di stallo del processo terapeutico e sulle loro soluzioni. Partendo dalla visione di brevi video in cui sono rappresentate alcune impasse terapeutiche (tipiche e atipiche), i diversi relatori spiegheranno come le interpretano e cosa farebbero per superarle. Il tutto secondo la prospettiva originale del terapeuta, del suo approccio teorico e clinico e del suo stile personale. I dodici relatori coinvolti nelle quattro sessioni sono tutti terapeuti esperti e autorevoli rappresentanti delle diverse scuole del cognitivismo clinico italiano.

La tavola rotonda sarà composta da quattro sessioni distinte e a ciascuna di esse parteciperanno tre relatori. La struttura generale di ogni sessione sarà la seguente:

1 breve introduzione di un caso clinico da parte dei chairman dell'evento. Successivamente, verrà introdotto un brano di seduta con il paziente del caso appena illustrato, chiarendo in quale momento del processo terapeutico ci si trova. Durata, 5 minuti circa.

2 si "entra" nella stanza della psicoterapia. Concretamente: sarà mostrato un video che rappresenta un momento di impasse terapeutica. Il video sarà girato con largo anticipo dai chairman con attori che interpretano pazienti reali e inviato ai relatori almeno un paio di settimane prima del congresso. Durata della visione, 5 minuti circa.

3 ogni relatore propone la sua "soluzione" al problema clinico rappresentato (ogni relatore avrà a disposizione 10-15 minuti)

4 dibattito sulle soluzioni proposte. Durata, 15 minuti circa.

Questa struttura generale prevede due opzioni distinte in riferimento al punto 3 della scaletta, ossia quello relativo all'intervento dei relatori.

Opzione A (con simulata):

1 breve introduzione di un caso clinico da parte dei chairman dell'evento. Durata, 5 minuti circa.

2 si "entra" nella stanza della psicoterapia. Concretamente: viene mostrato un video che rappresenta un momento di impasse terapeutica. Durata della visione, 5 minuti circa.

3a ciascuno dei relatori interagisce dal vivo per circa 10 minuti con il paziente del video provando a gestire e superare l'impasse in atto. In pratica, sarà simulata per qualche minuto una seduta. In questa opzione, l'attore che interpreta il paziente del video sarà presente alla tavola rotonda. Al termine della simulata, il relatore spende 4-5 minuti per spiegare il razionale del proprio intervento con l'aiuto di qualche slide. Durata totale 10-15 minuti.

4 dibattito sulle soluzioni proposte. Durata, 15 minuti circa.

Opzione B (senza simulata):

1 breve introduzione di un caso clinico da parte dei chairman dell'evento. Durata, 5 minuti circa.

2 si "entra" nella stanza della psicoterapia. Concretamente: sarà mostrato un video che rappresenta un momento di impasse terapeutica. Durata della visione, 5 minuti circa.

3b ciascuno dei relatori spiega con l'aiuto di qualche slide come interpreta e cosa farebbe/direbbe concretamente per gestire e superare l'impasse rappresentata nel video, e perchè (durata di ogni intervento, 10 minuti).

4 dibattito sulle soluzioni proposte. Durata, 15 minuti circa.

Le sessioni della tavola rotonda e i dibattiti che seguiranno non avranno lo scopo di individuare la soluzione corretta alle impasse terapeutiche che saranno di volta in volta proposte - di solito esistono modi diversi e altrettanto efficaci di affrontare un problema - , ma piuttosto quello di promuovere un confronto clinico e teorico tra modi di operare provenienti da case diverse del cognitivismo clinico.

23 Settembre, Sabato - 16.30-17.45
TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO
TAVOLA ROTONDA

Strategie e interventi per il sostegno alla genitorialità in condizioni di rischio: evidenze empiriche e pratica clinica

Chair: Chiara Lamuraglia, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro clinico Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva (AIPC Bari), Referente regionale SITCC Puglia, Bari

Discussant: Gabrielle Coppola, Psicologa, Psicoterapeuta, Professore Ordinario di "Psicologia dello sviluppo", Dipartimento di scienze della formazione, psicologia, comunicazione, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

La genitorialità, intesa come l'insieme delle funzioni che attengono al prendersi cura dei bisogni di un minore, può agire come fattore di protezione o di rischio per la salute psicofisica dei bambini.

Nello specifico, la qualità del legame di attaccamento fra il bambino e le sue figure di riferimento è predittiva della qualità dell'adattamento psicosociale dell'individuo nel ciclo di vita, venendo a rappresentare o una risorsa per sostenerne lo sviluppo socio-emotivo, cognitivo, neuropsicologico, prosociale, morale e di un'adeguata regolazione delle emozioni, oppure un fattore di rischio per la salute psichica del bambino, mantenendo e aggravando ulteriormente alcune condizioni sfavorevoli di base (Lambruschi, Lionetti, 2015), o diventando esso stesso, in talune condizioni, "un'esperienza/evento potenzialmente traumatica" (Goffredo, Foschino Barbaro, 2017, p.162). Accanto alla dimensione affettiva, la ricerca evidenzia l'importanza della dimensione regolatoria del parenting, che attiene alla capacità del genitore di promuovere l'autoregolazione del bambino e che risulta altrettanto cruciale nel sostenere un sano sviluppo del bambino (Cassibba, Coppola, 2022).

Obiettivo della tavola è proporre un confronto sulle strategie di intervento da adottare per sostenere la genitorialità in condizioni di rischio evolutivo, attraverso la presentazione di esperienze cliniche e dati di ricerca.

I primi due interventi presenteranno alcuni modelli di intervento evidence based finalizzati a promuovere la genitorialità positiva focalizzandosi sulle dimensioni affettiva e regolatoria. In particolare, il primo contributo illustrerà l'intervento del "Circolo della Sicurezza", utilizzato per lavorare con i genitori per la prevenzione e il trattamento dei disturbi della regolazione emotiva, e proporrà un confronto degli interventi realizzati nei contesti privati e nei servizi territoriali. Il secondo illustrerà, invece, alcuni dati preliminari relativi all'intervento con genitori di bambini in età prescolare e scolare, i primi con caratteristiche di disregolazione e i secondi con diagnosi di ADHD e comorbidità.

L'ultimo intervento, invece, offrirà una riflessione su come andrebbe scelta la forma di accoglienza più idonea alla situazione del minore, laddove la presenza di condizioni sfavorevoli finisce per pregiudicare la capacità dei genitori di esercitare le proprie funzioni di parenting, rendendo necessari interventi di allontanamento dalla famiglia di origine e la predisposizione di interventi di accoglienza extrafamiliare.

Cassibba, R., Coppola, G. (2022). Promoting Positive Parenting to Prevent Mental Health Problems. In: Colizzi, M., Ruggeri, M. (eds) Prevention in Mental Health. Springer, Cham.

Goffredo M., Foschino Barbaro M. G. (2017), "Interventi sulla genitorialità". In M.G. Foschino Barbaro e F. Mancini, Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile, Milano, Franco Angeli.

Lambruschi F., Lionetti F. (2015). "Genitorialità: tra valutazione, sostegno e buone prassi". In F. Lambruschi e F. Lionetti (a cura di), *La genitorialità*, Roma, Carocci.

Genitorialità vulnerabile, tra clinica e disagio sociale. Il Servizio territoriale che accoglie e si prende cura

Relatore: Anna Maria Angelilli, Neuropsichiatra Infantile, Dirigente Medico DSM-UOC TSMREE Asl Roma 1, Roma

Co-autori:

Tacconi Marilena, Psicologa, Psicoterapeuta, Asl Roma 1;

Ercolani Giordana, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC- Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma;

De Luca Danila Maria, Neuropsichiatra Infantile, Asl Roma 1, Spineto

In una società sempre più complessa, con quadri di disagio e fragilità a vario livello, fattori di rischio predisponenti, eventi precipitanti e situazioni di vita stressanti interagendo tra loro tendono a sommarsi e a rendere potenzialmente esplosive situazioni di vulnerabilità già presenti (Monroe e Simons, 1991; Monroe e Hadjivannakis, 2002).

In tal senso la genitorialità in tutte le sue funzioni viene messa a dura prova, soprattutto quando sono presenti quadri psicodiagnostici clinicamente definiti.

Un Servizio territoriale intercetta "la clinica di un territorio" e nell'ascoltare e rispondere ai bisogni presentati cerca di porsi come "base sicura" per famiglie sempre più in difficoltà.

Le risorse centrali in un contesto pubblico, ove le criticità possono essere molteplici, sono il lavoro in équipe, la multidisciplinarietà, l'integrazione tra Servizi, tanto più le situazioni cliniche affrontate si connotano come complesse e spesso gravi.

L'intervento quindi deve essere rivolto sia ai genitori che ai figli, in un legame interattivo imprescindibile, in base a quanto emerso dalla valutazione effettuata. Si lavora sui punti di forza dei figli, si cerca di sostenerli negli aspetti più disfunzionali e specularmente lo si fa anche con i genitori e con altre figure rilevanti del contesto familiare.

In particolare il campione oggetto di trattamento è costituito da bambini in età prescolare e scolare, i primi con caratteristiche di disregolazione e i secondi con diagnosi di ADHD e comorbidità.

Concluso il protocollo di intervento, di matrice CBT, il Servizio continua a prendersi cura e ad accompagnare genitori e figli nel processo di crescita.

L'intervento, i cui dati preliminari saranno condivisi in sede di presentazione, è sempre più mirato alle condizioni personali, familiari, sociali. Si potenzia l'apprendimento di nuove modalità di lettura delle peculiarità del funzionamento proprio e dei figli, l'incremento delle capacità nel porre attenzione sul qui ed ora, lo sviluppo di atteggiamenti compassionevoli verso di sé e gli altri.

*Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life-stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110, 406-425.*

*Monroe, S. M., & Hadjivannakis, H. (2002). The social environment and depression: Focusing on severe life stress. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 314-340). New York: Guilford Press.*

Il circolo della Sicurezza: lavorare con i genitori per la prevenzione e il trattamento dei disturbi della regolazione emotiva. Interventi nei contesti privati e nei servizi territoriali

Relatore: Francesca Manaresi, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Astrea Roma

Co-autori: Marianecchi Antonella, Episcopo Annalida - Associazione Astrea Roma

L'intervento sui contesti con particolare attenzione, ovviamente, alle relazioni primarie genitore-bambino, possibilmente effettuato nelle fasi precoci dello sviluppo, può essere considerato molto spesso una priorità clinica (Sroufe, 2005, Zeanah, 2009, Manaresi e Marianecchi 2012, Manaresi e Marianecchi 2014). Sia che si tratti di interventi di natura preventiva sia che si tratti di interventi sulle dinamiche interattive strutturate è necessario tenere presenti obiettivi specifici: 1) tutela della salute del genitore e del bambino 2) rinforzo del sistema dell'accudimento 3) lavoro sulla storia personale dei genitori (per diminuire il rischio di trasmissione di modelli operativi interni disfunzionali) 4) interventi mirati allo sviluppo socio-cognitivo del bambino. Il CoS, nelle sue applicazioni cliniche psicoeducativa e psicoterapeutica, riesce a tradurre in strumenti operativi i contributi teorici più aggiornati sullo sviluppo e rappresenta una sintesi teorico-clinica particolarmente efficace e applicabile a contesti di cura sia privati che pubblici (Hoffmann, Marvin, Cooper e Powell 2006, Powell et al. 2014, Manaresi F. 2016). Negli ultimi dieci anni moltissimi operatori dei servizi pubblici si sono formati per lavorare con il protocollo CoS-P con grandi vantaggi. In particolare: 1) la possibilità di integrare in un modello di intervento coerente e strutturato i background teorici degli operatori formati 2) La possibilità di costituire gruppi di genitori proveniente da diversi servizi 3) La possibilità di integrare le attività di diverse aree di intervento 4) la possibilità condividere obiettivi e prassi cliniche soprattutto nei casi complessi. La natura non giudicante dell'approccio sostiene inoltre un assetto cooperativo sia con i pazienti che tra gli operatori implicati nel lavoro clinico attraverso un "processo parallelo" che ne amplifica l'efficacia.

Punti di forza e criticità delle diverse forme di accoglienza extra-familiare: dai dati di ricerca alle scelte operative

Relatore: Rosalinda Cassibba, Professore Ordinario di "Psicologia dello Sviluppo", Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

Co-autori: Balenzano, Caterina; Coppola, Gabrielle; Costantini, Alessandro; Silletti, Fabiola; Taurino, Alessandro; Musso, Pasquale - Università di Bari

L'allontanamento del bambino dal proprio nucleo familiare, per motivi legati a incuria o maltrattamento, costituisce un fattore di rischio per il suo sviluppo; allo stesso tempo, tuttavia, il collocamento del bambino in un contesto esterno alla famiglia può offrirgli cure adeguate a far fronte alle avversità precedentemente esperite e a compensare eventuali carenze sul piano affettivo, emotivo e sociale. Le diverse forme di accoglienza extra-familiare disponibili, tuttavia, presentano caratteristiche peculiari che potrebbero rivelarsi più adatte ad altrettante specifiche condizioni del minore (età, situazione della famiglia biologica, ecc.). Il lavoro proposto, partendo dalle differenze nella sicurezza dell'attaccamento e nei problemi comportamentali riscontrati in quattro gruppi di adolescenti (130 adolescenti in totale) che hanno fatto esperienza di altrettante forme di accoglienza extra-familiare (adozione mite, adozione legittimante, affido familiare e affido in comunità), offre una riflessione su come andrebbe scelta la forma di accoglienza più idonea alla situazione del minore.

24 Settembre, Domenica 10.30-11.30 AULA MAGNA RETTORATO
TAVOLA ROTONDA

PREMIO SITCC GIOVANI – Seconda Edizione del Premio Rising Stars

Chair: **Ilaria Baiardini**, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Genova

Discussant: **Francesco Mancini**, Psichiatra, Psicoterapeuta. Direttore della scuola di specializzazione in Psicoterapia cognitivo-comportamentale dell'Associazione di Psicologia Cognitiva (APC-SPC), Roma

‘This is the last episode’: the association between problematic binge-watching and loneliness, emotion regulation, and sleep-related factors in poor sleepers

(Research article published by ‘Journal of Sleep Research’ 2022; e.13747)

Relatore: **Valentina Alfonsi**, Department of Psychology, Sapienza University of Rome

Co-autori: **Giorgia Varallo**², **Serena Scarpelli**¹, **Maurizio Gorgoni**^{1,3}, **Maria Filosa**⁴, **Luigi De Gennaro**^{1,3}, **Alessandro Musetti**⁴, **Christian Franceschini**²

1 Department of Psychology, Sapienza University of Rome;

2 Department of Medicine and Surgery, University of Parma;

3 IRCSS Fondazione Santa Lucia, Rome;

4 Department of Humanities, Social Sciences and Cultural Industries, University of Parma

Corresponding authors: *Valentina Alfonsi and Giorgia Varallo*

Evidence on the relation between binge-watching and sleep quality is still scarce and inconsistent and none has taken into account both the healthy and pathological dimensions of the phenomenon. This study aimed at filling this gap by investigating both aspects in healthy participants with high and low sleep quality. Further, we aimed at identifying sociodemographic, psychological and sleep-related determinants of problematic binge-watching in poor sleepers. We first conducted independent comparisons between good (n = 253) and poor sleepers (n = 209) on different binge-watching symptoms and motives, assessed through ‘Binge-watching Engagement and Symptoms’ and ‘Watching TV Series Motives’ questionnaires, respectively.

Then, we focused on the problematic aspects of binge-watching in poor sleepers, investigating the role of emotion regulation, loneliness, and sleep-related factors using hierarchical multiple regressions. Comparisons between the two groups revealed a greater extent of binge-watching behaviour (t = 2.80, p = 0.005) and greater use of this practise to cope with negative emotions (t = 4.17, p < 0.001) in poor sleepers. In addition, hierarchical multiple regressions showed that gender (β = 0.166, p = 0.008), alcohol consumption (β = 0.135, p = 0.035), emotional dysregulation (β = 0.260, p = 0.001; β = 0.298, p < 0.001), feelings of loneliness (β = 0.159, p = 0.029; β = 0.199, p = 0.003), and daytime sleepiness (β = 0.149, p = 0.016) are significant determinants of problematic binge-watching in this population.

In addition to showing for the first time the relationship between sleep quality and different aspects of binge-watching, our findings indicate that emotional dysregulation, feelings of loneliness, and daytime sleepiness play a key role in determining problematic binge-watching in poor sleepers, possibly due to the existence of a pathological vicious circle between these factors in poor sleepers.

Emotional Dysregulation in Adults from 10 World Societies: An Epidemiological Latent Class Analysis of the Adult-Self-Report

(published by the International Journal of Clinical and Healthy Psychology – 2022)

Corresponding Author: Eleonora Rosi, Scientific Institute, IRCCSE. Medea, Developmental Psychopathology Unit, Bosisio Parini, Lecco

Co-autori: Valentina Bianchi^a, Leslie Rescorla^{b1}, Silvia Grazioli^a, Maddalena Mauri^{ac}, Alessandra Frigerio^a, Thomas M. Achenbach^d, Masha Y. Ivanova^d, Ladislav Csemy^e, Jeroen Decoster^f, Johnny R.J. Fontaine^f, Yasuko Funabiki^g, David M. Ndetei^h, KyungJa Ohⁱ, Marina M. da Rocha^j, Roma Simulioniene^k, Elvira Sokoli^l, Massimo Molteni^a, Maria Nobile^a

a Scientific Institute, IRCCSE. Medea, Developmental Psychopathology Unit, Italy;

b Department of Psychology, Bryn Mawr College, USA;

c PhD School in Neuroscience, School of Medicine and Surgery, University of Milano-Bicocca, Italy;

d Department of Psychiatry, Larner College of Medicine, University of Vermont, USA;

e Prague Psychiatric Centre, Laboratory of Social Psychiatry, Czech Republic;

f Department of Work, Organization, and Society, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ghent University, Belgium;

g Department of Psychiatry, Kyoto University Hospital, Japan;

h Africa Mental Health Foundation, Nairobi, Kenya;

i Department of Psychology, Yonsei University, South Korea;

j Instituto de Psicologia, University of Sao Paulo, Brazil;

k Department of Psychology, Klaipeda University, Lithuania;

l Department of Psychology, University of Tirana, Albania;

Background/Objective: Emotional dysregulation (ED) is a dimensional psychological domain, previously operationalized by instruments of the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for children and adolescents; however, its cross-cultural and bottom-up characteristics among adult populations are still unknown.

Method: We examined scores obtained on the Adult Self-Report (ASR) by 9,238 18-to 59-year-olds from 10 societies that differed in social, economic, geographic, and other characteristics. A Latent Class Analysis was performed on the data from each society.

Results: In each society, a dysregulated class (DYS) was identified, which was characterized by elevated scores on most ASR syndromes. The prevalence of DYS was 9.2%.

Relationship Obsessive Compulsive Disorder (R-OCD): The role of relationship duration, fear of guilt and personality traits

(published by the Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders – Elsevier 2023)

Corresponding Author: Luigi Tinella, Department of Educational Science, Psychology, Communication, University of Studies of Bari, SPC, Rome

Co-autori: Luca Lunardi^b, Laura Rigobello^b, Andrea Bosco^a, Francesco Mancini^{bc}

a Department of Educational Sciences, Psychology, Communication, University of Bari;

b Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (SPC), Rome;

c Department of Human Sciences, Guglielmo Marconi University, Rome

Relationship Obsessive–Compulsive Disorder (ROCD) is considered a clinical variant of obsessive–compulsive disorder (OCD) in which obsessions may be focused on the relationship itself (relationship-centered ROCD [RCROCD]), or on the partner’s perceived flaws (partner-focused ROCD [PF-ROCD]). Despite the growing interest in ROCD, not much is known regarding contextual, cognitive, and personality determinants of the symptoms. Using multiple regression analysis, we investigated results of an online survey administered to 164 healthy participants, assessing fear of guilt, RC- and PF-ROCD symptoms, and narcissistic and paranoid personality traits. Results showed the significant effects of fear of guilt and relationship duration on both ROCD subtypes. Narcissism was found to predict PF-ROCD only, and effects of paranoia were found to predict RC-ROCD only, providing possible support for differential diagnoses. We discuss influence mechanisms. Taken together, these results offer a valuable source of knowledge in approaching the assessment of and intervention for ROCD as well as sexual dysfunction.

PLENARIE TAVOLE ROTONDE

24 Settembre, Domenica 11.30-12.45 AULA MAGNA RETTORATO
TAVOLA ROTONDA

Qual è il posto della relazione in psicoterapia? Padrone di casa, invitato, cameriere?

Chair: Silvio Lenzi, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Discussant: Armando Cotugno, Psichiatra, Psicoterapeuta; Responsabile UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare; Centro Clinico Astrea, Roma

In questa tavola rotonda tre tra i principali psicoterapeuti italiani discuteranno sull'importanza della relazione in psicoterapia.

Seppure non vi sia aspetto che concerna sia la teoria che la pratica psicoterapiche che non sia in qualche modo connesso con la relazione terapeutica, molteplici e dibattute prospettive si sono recentemente affacciate sul campo. Basti considerare ad esempio il fatto che, in una recente e validissima Storia critica della psicoterapia, alcuni importanti modelli di comprovata efficacia - tra cui L'EMDR, la Terapia Senso Motoria, l'ACT e altri approcci basati sulla Mindfulness - sono stati definiti Terapie a relazionalità limitata.

Ma qual è allora il posto della relazione in psicoterapia, e in che modo soprattutto la relazione contribuisce al cambiamento, anche in modelli di intervento basati su tecniche specifiche e raffinate?

Ognuno da un proprio e specifico punto di vista, i nostri eminenti relatori - autori ciascuno di fondamentali pubblicazioni e testi sull'argomento - discuteranno la questione alla luce delle più recenti acquisizioni delle scienze cognitive, della ricerca in psicoterapia e dell'analisi storiografica proponendo punti di vista di integrazione e sintesi, ma anche innovativi e originali.

Vita spericolata da terapeuta: costruzione e gestione della relazione col paziente

Relatore: Bruno G. Bara, Medico specialista in Psicologia Medica e Didatta SITCC, Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

La relazione fra terapeuta e paziente si svolge qui e ora, pure riassume le principali esperienze intersoggettive del paziente, a partire da quelle ancestrali di attaccamento fino a quelle attuali, spesso intrise di sofferenza nota ma impossibile da interrompere.

Come si possono modificare gli schemi relazionali del paziente? Come può la terapeuta costruire un rapporto di fiducia che trasformi le crisi in occasioni di enactment e di consapevolezza condivisa? Quali sono i prezzi da pagare per rimanere in sincronico, l'unico momento in cui il cambiamento può accadere?

Il monitoraggio del dialogo terapeutico

Relatore: Fabio Monticelli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Centro Clinico Janet, Roma

Norcross (2011), coordinando la task force sulla relazione terapeutica delle divisioni 12 e 19 dell'APA, commenta che i Fattori di Efficacia dimostrata in psicoterapia sono sostanzialmente tre:

L'Alleanza terapeutica

L'Empatia del terapeuta (percepita dal paziente)

e il Feedback dei pazienti (il monitoraggio riduce di circa il 50% i drop-out).

Norcross conclude che mantenere il focus dell'attenzione sulla Relazione terapeutica e sull'Alleanza e costruire una relazione terapeutica "su misura" sono tra i pochi dati certi correlati all'esito favorevole della terapia.

Stiles (2021) individua alcune linee promettenti per lo sviluppo della ricerca in psicoterapia. Da una parte, sottolinea l'importanza di sviluppare misure valutative che servano a descrivere dettagliatamente ciò che accade nel processo terapeutico, come per esempio il grado di alleanza o l'empatia; dall'altra, di focalizzare l'attenzione sugli effetti a breve termine degli interventi terapeutici.

Nell'approccio multimotivazionale il monitoraggio delle motivazioni attive nel dialogo clinico rappresenta un elemento fondamentale nell'intervento terapeutico perché consente di:

a) identificare in tempo reale le crisi della sintonizzazione cooperativa, indicative di crisi dell'alleanza terapeutica

b) individuare il principale attore (tra paziente e terapeuta) che innesca le crisi nella relazione

c) identificare in vivo gli schemi e i cicli disfunzionali visibili nelle crisi dell'alleanza

d) differenziare i diversi tipi di rottura o di impasse

e) migliorare la regolazione affettiva della relazione terapeutica per trovare l'assetto relazionale più efficace per gestire e riparare le crisi in atto

f) valutare gli effetti a breve termine dell'intervento terapeutico, migliorando la coordinazione interpersonale, favorendo la riparazione delle rotture e riducendo, così, il rischio di drop out.

Cosa cura nella relazione?

Relatore: Antonio Semerari, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva - Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC), Roma

La definizione della relazione terapeutica come fattore "aspecifico" della psicoterapia è ambigua e fuorviante. Il termine aspecifici, infatti viene usato in almeno tre sensi diversi: come sinonimo di comune, come contrapposto a "tecnico", come sinonimo di indipendente dalla psicopatologia. Si argomenterà che mentre nel senso di comune il concetto, sia pur banale, non presenta problemi, negli altri due sensi da luogo a sottovalutazioni e a fraintendimenti. Su questa base verranno illustrate e commentate le diverse teorie che si sono sviluppate nel tempo per descrivere e spiegare l'effetto terapeutico della relazione.

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-086

TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

Vergogna e psicopatologia

Chair: Francesco Mancini, Psichiatra, Psicoterapeuta, Neuropsichiatra Infantile. Direttore Scuola di specializzazione in Psicoterapia cognitivo-comportamentale dell'Associazione di Psicologia Cognitiva (APC-SPC). Professore associato di Psicologia Clinica, Università degli Studi Guglielmo Marconi

Discussant: Angelo Maria Saliani, Psicologo, Psicoterapeuta, Didatta Associazione di Psicologia Cognitiva (APC-SPC) di Roma

La vergogna è generalmente definita "emozione negativa focalizzata su di sé" (Tangney et al., 2011) e viene sperimentata quando una persona ritiene che la trasgressione di determinate regole definisca chi è (Wong e Tsai, 2007). La vergogna è legata al modo in cui ci percepiamo e a come crediamo che gli altri ci vedano e al nostro fallimento o inadeguatezza nel soddisfare il desiderio di essere una brava persona (ad esempio, "sono una cattiva persona per aver mentito al mio amico"). Le persone che provano vergogna possono essere preoccupate della propria valutazione e di ciò che gli altri potrebbero pensare di loro (Tangney et al., 1992). Poiché la vergogna si riferisce al malfunzionamento dell'intero sé, un giudizio negativo o una messa in discussione di se stessi come persona probabilmente influisce direttamente sull'identità di base (Wong e Tsai, 2007). Pertanto, il sentimento di vergogna induce un sentimento di inutilità, inferiorità e incompetenza e spesso porta al desiderio di fuggire e ritirarsi socialmente (Tangney et al., 2011). In quanto tale, colpendo direttamente il sé, si ritiene che la vergogna generi un dolore maggiore e sia un'esperienza più angosciante del senso di colpa.

L'esperienza della vergogna incoraggia ruminazioni autovalutative che sono degradanti e pervadono tutti gli aspetti del sé (cioè sia fisici che psicologici). In quanto tale, il sé è percepito come innatamente difettoso. La vergogna è quindi un'emozione autocosciente con valenza negativa che si traduce, secondo alcuni autori, in un'autocondanna globale (Tangney, 1991; Niedenthal et al., 1994).

Il presente simposio si propone di discutere il costrutto della vergogna ed i suoi legami con la psicopatologia, con contributi sia sperimentali che teorici.

Il Prof. Castelfranchi presenterà un contributo sul ruolo strutturale delle credenze e degli scopi come componenti dell'anatomia cognitiva della vergogna. In un secondo contributo verranno presentati dalla Dott.ssa Strappini due studi sperimentali, effettuati a partire dal modello di Castelfranchi e Miceli, nei quali è stata confrontata, nella popolazione Italiana e in quella Americana, la percezione delle emozioni di vergogna, imbarazzo e colpa. Nel contributo del Prof. Farina verrà descritta la psicopatologia e la clinica della vergogna e dell'indegnità nei pazienti con storie di attaccamento traumatico e verranno discusse le implicazioni cliniche. Infine, nel contributo presentato dalla Dott.ssa Giorgetta verrà presentato uno studio sperimentale in cui sono state indagate la percezione e la regolazione della vergogna in due popolazioni cliniche di pazienti affetti da sclerosi multipla e morbo di Parkinson.

Anatomia cognitiva della vergogna

Relatore: Cristiano Castelfranchi, Dottore di ricerca in Scienze Cognitive, Università di Torino. Full Professor "Cognitive Science" (General Psychology), Univ Siena; Associate Researcher ISTC, Institute of Cognitive Sciences and Technologies, Italian National Research Council, CNR, Roma

Introdotta le molte facce/dimensioni delle emozioni si argomenta la utilità di una loro "anatomia cognitiva": il ruolo strutturale delle Credenze e degli Scopi come componenti dello stato emotivo; ed i vantaggi di tale anatomia. Viene quindi presentata l'anatomia cognitiva della Vergogna: le credenze necessarie per andare in vergogna; gli scopi di cui la vergogna è guardiana e che attiva.

Viene contestata la visione della vergogna come emozione "morale" (come la colpa). Si sostiene la tesi che la vergogna implica una condivisione/introiezione del valore su cui sei giudicato/svalutato; e quindi una autosvalutazione. Si esaminano punti comuni e differenze con la colpa, con l'imbarazzo, ecc. Si esamina l'utilità della vergogna per il gruppo e l'individuo. Vantaggi della Anatomia per spiegare grado di intensità della emozione, difese dalla emozione, ecc.

Percezione e regolazione della Vergogna in pazienti con Morbo di Parkinson e Sclerosi Multipla

Relatore: Cinzia Giorgetta, Psicologa, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca in Psicologia Cognitiva, Università Sapienza di Roma. Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Verona, Bardolino (VR)

Co-autori:

Pappaianni, Edoardo, Psychiatric Center Ballerup, Mental Health Service of the Capital Region of Denmark, Copenhagen, Denmark;

Carpentari, Stefania, Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive, DiPSCO, Università di Trento;

Job, Remo, Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive, DiPSCO, Università di Trento, Centro Interdipartimentale di Scienze Mediche, CISMed, Università di Trento;

Grecucci, Alessandro, Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive, DiPSCO, Università di Trento, Centro Interdipartimentale di Scienze Mediche, CISMed, Università di Trento

Introduzione. La vergogna è un'emozione legata alla coscienza del sé, basata sulla valutazione del sé (es., Tangney et al., 2012). Viene percepita dal sentirsi inadeguati agli standard sociali e si attiva quando l'immagine del sé è in pericolo di fronte agli altri e porta al desiderio di nascondersi o allontanarsi dalla situazione. Le persone con disturbo neurodegenerativo, come il morbo di Parkinson (MP) e la Sclerosi Multipla (SM), sono particolarmente sensibili alla vergogna, collegando l'esperienza della vergogna ai loro sintomi fisici. La percezione elevata della vergogna provoca il ritiro sociale e l'evitamento di determinate situazioni sociali. Malgrado la sua importanza, la vergogna è stata poco studiata sperimentalmente in tali popolazioni cliniche. Scopo dello studio è quindi quello di indagare la percezione e regolazione della vergogna in MP e SM. La rabbia è stata usata come emozione di controllo, poiché ha valenza negativa.

Metodo: Nello studio sono stati coinvolti 20 soggetti con diagnosi di MP, 20 con diagnosi di SM e 23 soggetti di controllo (C). I gruppi non differivano per età (range:41-80) e genere (35 F). I partecipanti eseguivano un compito sulla vergogna, basato su situazioni interpersonali in cui venivano esposti a giudizi negativi o neutri, con lo scopo di elicitare emozioni di vergogna o neutre. Dopo la presentazione di ciascuno stimolo (43 in totale), ai partecipanti veniva chiesto, su una scala Likert a 7 punti, il livello di vergogna e rabbia esperiti. I

partecipanti dovevano rispondere spontaneamente (condizione: “guarda”) o applicare una strategia di reinterpretazione cognitiva che ha lo scopo di regolare l’emozione provata (condizione: “regola”) (es. Gross, 2002).

Risultati e discussione. Per le analisi sono stati utilizzati modelli lineari misti: le variabili dipendenti erano la percezione della vergogna e della rabbia; il gruppo (MP, SM, C), gli stimoli (Negati-Neutri) e la strategia (“guarda”, “regola”) e la loro interazione erano i fattori fissi; i partecipanti e i trial erano i fattori random. I risultati hanno mostrato che tutti i partecipanti provavano vergogna e/o rabbia di fronte a giudizi negativi. Tuttavia, i pazienti MP sono i più sensibili sia alla vergogna che alla rabbia, mentre non c’erano differenze fra i gruppi SM e C. Una sensibilità eccessiva alla vergogna e alla rabbia è probabilmente un effetto diretto e specifico della patologia del morbo di Parkinson e può dipendere da un’alterata soglia di attivazione emotiva in specifici contesti morali e sociali.

Vergogna, colpa ed imbarazzo: emozioni simili o diverse? Un confronto tra popolazione Italiana e Americana

Relatore: Francesca Strappini, Dottore di Ricerca in Neuroscienze Cognitive, Sapienza Università di Roma. Assegnista di Ricerca, Dipartimento di Filosofia e Comunicazione, Università di Bologna. Psicologa allieva del IV anno presso la Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC), Roma

Co-autori: Capuozzo, Alessandra, SITCC - Campania; **Evangelista, Elisa**, IV anno IGB – Palermo, SITCC Veneto; **Magno, Antonella**, Direttivo SITCC - Basilicata; **Giorgetta, Cinzia**, SPC - Verona); **Mancini, Francesco**, APC-SPC; Università degli Studi Guglielmo Marconi

Le emozioni di vergogna, senso di colpa e imbarazzo sono definite come emozioni sociali (Barrett, 1995) poiché hanno una forte influenza sulla propria immagine personale. Esse implicano una valutazione negativa di sé stessi a causa della percezione di aver creato un danno, di aver sbagliato o di aver commesso una trasgressione (Tangney et al., 2007). Sono emozioni collegate tra loro (Ferguson & Crowley, 1997; Harder, 1995) tanto che talvolta è difficile per la persona differenziarle. Vergogna e senso di colpa hanno ricevuto particolare attenzione in letteratura (Tangney, 1994; Keltner, 1996; Lewis, 1995; Miller et al., 1992), in quanto entrambe sono connesse al senso di responsabilità e al rammarico, inoltre provocano, in che le esperisce, rabbia e disgusto verso di sé (Tangney et al., 1996). Al contrario l’imbarazzo è caratterizzato da maggiore sorpresa e sorpassa più improvvisamente; inoltre, questa emozione è stata meno investigata in relazione alla vergogna e alla colpa.

In questa ricerca è stata indagata la relazione tra vergogna, senso di colpa e imbarazzo. Nel primo studio abbiamo indagato quali sono gli elementi prototipici in grado di differenziare queste tre emozioni, utilizzando i criteri proposti da Castelfranchi, Miceli e Poggi. I dati sono stati raccolti utilizzando una piattaforma online in un campione di soggetti con Nazionalità e madrelingua Italiana (N=108 partecipanti). Nel secondo studio abbiamo indagato la presenza di possibili differenze culturali confrontando il campione italiano con uno americano (N=80).

Ai partecipanti di entrambi i gruppi è stato chiesto di leggere 16 scenari e di rispondere a diverse domande riguardanti gli scenari letti. Ogni scenario aveva l’obiettivo di descrivere una delle tre emozioni analizzate utilizzando specifiche variabili che compongono l’emozione (variabile cognitiva, sensazione corporea/interocettiva, comportamento). La possibile presenza di alessitimia è stata indagata con il test per la valutazione dell’alessitimia TAS-20.

E' stata utilizzata l'analisi della varianza e indici di correlazione per testare la validità degli scenari e possibili differenze tra i gruppi. Dalle analisi emergono differenze significative tra i due gruppi che verranno descritte e discusse in sede di congresso.

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-072

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

Tecniche esperienziali e relazione terapeutica in Terapia Metacognitiva Interpersonale

Chair: Giancarlo Dimaggio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Roma

Discussant: Daila Capilupi, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

La cura dei pazienti con disturbi o tratti di personalità disfunzionali, che si presentano quasi sempre insieme a disturbi sintomatici, richiede di lavorare sulla relazione terapeutica e allo stesso tempo di adottare un lavoro esperienziale per rompere i pattern di relazione disfunzionale, ridurre i sintomi e migliorare la regolazione emotiva. Nell'esporre attraverso il lavoro esperienziale, al fine di portare i pazienti a ridurre i coping problematici e a sperimentare nuove aree di sé, i pazienti sperimentano un incremento dell'arousal. Di fronte a questa sfida i clinici terapeuti possono eccedere in cautela, non esponendo i pazienti laddove è fattibile e necessario, o eccedere in attività, esponendoli laddove l'alleanza non è solida e l'accordo sul compito manca. In questo simposio mostriamo come cercare un equilibrio tra lavoro esperienziale e alleanza terapeutica alla luce di 5 pattern di interazione: 1) la proposta di usare una tecnica genera una rottura della relazione profonda e prolungata; 2) il paziente inizialmente accetta la tecnica e la mette in pratica. Ma durante la sua esecuzione sperimenta effetti negativi che creano una rottura nella relazione; 3) la proposta della tecnica o la sua esecuzione genera una rottura transitoria seguita da un miglioramento della relazione man mano che la tecnica procede; 4) la tecnica esperienziale rinforza da subito la relazione terapeutica, o a partire dalla stessa proposta, o durante la sua esecuzione; 5) la tecnica ha un impatto positivo sulla relazione grazie agli effetti benefici che il paziente avverte dopo la sua esecuzione.

I pattern di interazione tra tecniche esperienziali e relazione terapeutica: rotture, riparazioni e miglioramenti

Relatore: Raffaele Popolo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori: Centonze, Antonella; Ottavi, Paolo; Dimaggio, Giancarlo - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

I clinici tendono a sottolineare che utilizzare le tecniche esperienziali, per loro natura espositiva e tese ad incrementare transitoriamente l'arousal, possa essere fonte di rottura relazionale. In realtà la letteratura mostra in modo sempre più coerente come tali tecniche non abbiano alcuna eccedenza di rischio e che anzi il rischio sia nel non utilizzare le terapie che le includono.

In questo lavoro proponiamo quindi un modello in cui esistano 5 pattern possibili di interazione tra tecniche esperienziali e relazione terapeutica: 1) la proposta di usare una tecnica genera una rottura della relazione profonda e prolungata che richiede attenzione fino a che non sia riparata; 2) il paziente inizialmente accetta la

tecnica e la mette in pratica. Ma durante la sua esecuzione sperimenta effetti negativi che creano una rottura nella relazione. Dopo la sua riparazione è possibile riprendere a utilizzare la tecnica; 3) la proposta della tecnica o la sua esecuzione genera una rottura transitoria seguita da un miglioramento della relazione man mano che la tecnica procede. In questo caso il terapeuta che interrompe l'uso della tecnica al primo segnale perde l'occasione di usare uno strumento efficace ; 4) la tecnica esperienziale, rinforza da subito la relazione terapeutica, o a partire dalla stessa proposta, o durante la sua esecuzione; 5) la tecnica ha un impatto positivo sulla relazione grazie agli effetti benefici che il paziente avverte dopo la sua esecuzione, quindi si consolida la relazione grazie all'efficacia dell'intervento.

Illustrerò i pattern attraverso alcune vignette cliniche

L'uso delle tecniche corporee e l'impatto benefico sulla relazione terapeutica: il caso di Maria

Relatore: Antonella Centonze, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori: Ottavi, Paolo; Popolo, Raffaele; Dimaggio, Giancarlo - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Le tecniche corporee possono essere utilizzate per affrontare schemi interpersonali maladattivi in pazienti con disturbi di personalità (DP), a patto che vengano fornite tenendo conto della relazione terapeutica. La proposta di utilizzare tecniche esperienziali in generale, e corporee nello specifico, può influire sulla relazione terapeutica in due modi: a) può causare una rottura dell'alleanza b) può migliorare lo stato della relazione. Questo secondo elemento è piuttosto trascurato in letteratura in quanto i clinici tendono a concentrarsi maggiormente sulla possibilità che il lavoro esperienziale danneggi l'alleanza. È probabile invece che accada il contrario. In questo lavoro mostriamo come la proposta e l'applicazione di una tecnica corporea rafforzi la relazione terapeutica, attraverso il caso di Maria, paziente di 38 anni con c-PTSD, dissociazione, ansia e tratti di disturbo di personalità borderline e dipendente trattata con la Terapia Interpersonale Metacognitiva (TMI).

Maria è mossa da uno schema maladattivo, che si attiva quando spera di essere aiutata e protetta, prevedendo che l'altro sarà spaventato e ansioso di fronte alla sua sofferenza e quindi non in grado di prendersi cura di lei. Maria ha costruito una immagine di sé quale non aiutabile, che la porta a rimanere preda della paura di essere sola e che nessuno sia in grado di calmarla e proteggerla. Mostriamo tramite una vignetta clinica come questo pattern si attivi in seduta, venendo tuttavia disconfermato grazie alla applicazione delle tecniche. Maria arriva nelle prime sedute di psicoterapia mostrando un intenso stato di ansia che la terapeuta propone di regolare attraverso interventi corporei basati sulla regolazione del respiro, finalizzati al grounding e al rilascio della tensione (Lowen, 1958).

Maria è molto agitata e teme che anche la terapeuta non sarà in grado di aiutarla, sebbene spera il contrario. La terapeuta, rimanendo calma e ferma, adotta alcune tecniche corporee per la regolazione delle emozioni. L'esperienza di vedere la terapeuta calma e attiva, e che "sa cosa fare" di fronte alla sua ansia, rafforza l'alleanza, in quanto la paziente scopre che la terapeuta è solida e in grado di calmarla, cosa che agisce come esperienza emotiva correttiva (Alexander & French, 1946). Questo intervento tecnico disconferma le previsioni negative di non trovare nessuno che possa calmarla quando sta male, procurando un rafforzamento dell'alleanza di lavoro e permettendo inoltre di potenziare gli aspetti del sé sano di Maria, quale aiutabile. Il lavoro potrà quindi proseguire nella direzione della riduzione dei sintomi.

La gestione dell'alleanza terapeutica nel trattamento dei disturbi sintomatici associati ai disturbi di personalità

Relatore: Paolo Ottavi, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori: Centonze, Antonella; Popolo, Raffaele; Dimaggio, Giancarlo - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

I Disturbi di Personalità possono mostrare un'ampissima gamma di disturbi sintomatici. D'altra parte, nei symptom disorders non è raro trovare tratti di personalità disfunzionali. La TMI affronta il problema dei sintomi presenti nei DP innanzitutto collocandoli, nella formulazione del caso, in una precisa relazione con gli schemi interpersonali maladattivi e il malfunzionamento metacognitivo.

Poi, la TMI si è dotata di una varietà di tecniche, come quelle attentive, sensomotorie o immaginative, finalizzare anche alla gestione dei sintomi oltre che al cambiamento strutturale della personalità. Tali approcci esperienziali si sono dimostrati efficaci e sicuri, ma possono interagire in vario modo con la relazione terapeutica, talvolta anche negativamente fino a generare fratture nell'alleanza di lavoro. Può capitare che l'applicazione delle tecniche solleciti emozioni intense che possono produrre una protesta nel paziente, il quale si sente eccessivamente esposto ad affetti che teme di non saper gestire. Spesso alcuni pazienti cercano di evitare di impegnarsi nelle tecniche esperienziali o mostrano riluttanza nel seguire le indicazioni del terapeuta. Mostriamo come, per prevenire o superare tempestivamente queste impasse, sia necessario che il terapeuta, oltre a svolgere in maniera corretta le procedure tecniche, dedichi una scrupolosa cura a monitorare che il paziente sia allineato con i suoi scopi e condivida i metodi e il rationale dei compiti che il terapeuta gli propone.

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-024

TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

Implicazioni del self-criticism in Psicopatologia e Psicoterapia

Chair: **Barbara Basile**, Psicologa, Psicoterapeuta, Phd in Neuropsicologia, Didatta, Trainer e Supervisor in Schema Therapy, Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Roma

Discussant: **Ferdinando Galassi**, Psichiatra, Psicoterapeuta, SITCC, S.O.D. Psichiatria Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi (AOUC) Firenze, Didatta SITCC, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale (CTCC), Firenze

Il Self-Criticism (SC) ad oggi è considerato un fattore transdiagnostico comune a diversi fenotipi clinici. Infatti, un corpus di ricerche scientifiche in letteratura riguardanti il SC e i sintomi psicopatologici documenta come esso sia un fenomeno centrale in una varietà di disturbi psicopatologici e correlato ad esiti psicopatologici negativi.

Negli ultimi anni sono stati sviluppati diversi modelli teorici per spiegare e concettualizzare il SC e il suo ruolo come fattore di vulnerabilità e di mantenimento della sofferenza psicologica.

Inoltre, il SC gioca un ruolo anche nel processo terapeutico sia in termini di alleanza tra paziente e terapeuta sia come fattore negativo di outcome terapeutico, suggerendo la centralità e una maggiore comprensione del suo ruolo nelle diverse condizioni di sofferenza psichica.

Tuttavia, ad oggi sono esigui gli studi che si focalizzano sulla comprensione dei meccanismi alla base della modulazione del SC e quindi alla base del cambiamento terapeutico, mettendo in luce la mancanza di una definizione chiara ed univoca di tale costrutto e di come esso si declini nei diversi profili psicopatologici. Pertanto, appare di fondamentale importanza analizzare le diverse forme di SC e come i suoi contenuti entrino in relazione con i vari domini sintomatologici, al fine di predisporre interventi maggiormente efficaci e comprendere quale sia il suo ruolo nel processo psicoterapeutico.

Questo rappresenta una importante sfida da un punto di vista epistemologico.

Il seguente simposio propone lavori esplorativi che cercano di evidenziare il rapporto e il ruolo del SC nella psicopatologia e nel percorso psicoterapeutico, evidenziando l'importanza del costrutto in un'ottica cognitivista.

In questa direzione si inseriscono i diversi contributi proposti.

Il primo contributo presenta una rassegna qualitativa della letteratura (di Valeria Biffi, Doriana Chirico, Melania Raccichini, Stefania De Fiore) che cerca di mettere in luce lo stato dell'arte della letteratura circa il ruolo del SC nella psicopatologia e nella psicoterapia, analizzando i contributi autorevoli nel campo (Systematic Review e meta-analisi), ponendo enfasi sulle caratteristiche dell'autocritica in diversi domini psicopatologici e su quali interventi sono documentati come efficaci in termini di riduzione.

Il secondo contributo (di Vittoria Zaccari, Guyonne Rogier, Francesco Mancini) è un importante lavoro di ricerca che presenta una revisione sistematica della letteratura (Meta-review) incentrata sulle recenti revisioni sistematiche e meta-analisi che si sono occupate del ruolo del SC in psicopatologia e psicoterapia, al fine di chiarire l'attuale definizione del costrutto teorico, identificare le tendenze attuali nel campo della ricerca ed esplorare come i diversi contributi nel campo hanno affrontato le questioni teoriche relative al SC. Il presente contributo offre un reframe critico dei diversi modelli teorici disponibili in letteratura identificando le caratteristiche del SC e confrontando le diverse proposte teoriche. Tale lavoro offre uno sguardo "meta" e

vuole stimolare la riflessione epistemologica sul costrutto, nonché far luce sulle possibili traiettorie di ricerca proponendo un nuovo modello teorico di matrice cognitivista.

Il terzo contributo (di Carolina Papa, Micaela Di Consiglio, Barbara Barcaccia, Marco Bassi De Toni, Vittoria Zaccari, Francesco Mancini, Alessandro Couyoumdjian) è un importante lavoro di ricerca che mira a far luce su come il SC si declini nei vari quadri sintomatologici o si associ a diversi pattern di personalità disfunzionali attraverso uno studio correlazionale condotto sulla popolazione generale.

Questo contributo offre una riflessione importante sull'avanzamento dei modelli terapeutici e sullo sviluppo di strategie di prevenzione secondaria maggiormente efficaci.

Il quarto contributo (di Francesco Pratesi Telesio e Sara Beccai) si focalizza sulla tendenza all'autocritica nell'ambito della costruzione della relazione in psicoterapia affrontando il tema da varie prospettive, che partono da concezioni di terapia cognitiva standard fino a modelli che attribuiscono maggiore importanza alle teorie del costruttivismo, proponendo degli interventi terapeutici.

Il ruolo del self-criticism nella psicopatologia e nella psicoterapia

Relatore: Valeria Biffi, Psicologa, Psicoterapeuta specializzata presso l'Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva – AIPC, Bari

Co-autori: Doriana Chirico²; Melania Raccichini³; Stefania De Fiore¹; Vittoria Zaccari^{4,5}

1 Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva - AIPC, Bari;

2 Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Reggio Calabria;

3 Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva – SPC, Ancona;

4 Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva - APC-SPC, Roma;

5 Dipartimento di Scienze Umane, Università G. Marconi, Roma

Background: *La letteratura scientifica attesta che l'autocritica, o self-criticism, è un fattore transdiagnostico comune a diversi disturbi psicopatologici e costituisce altresì un ostacolo alla relazione terapeutica, conducendo ad esiti peggiori della psicoterapia.*

Obiettivo: *L'obiettivo del presente lavoro è quello di individuare e illustrare i contributi più autorevoli presenti in letteratura che hanno documentato il ruolo assunto dal self-criticism in diversi quadri psicopatologici e l'impatto esercitato in termini di outcome psicoterapeutico.*

Metodo: *È stata condotta una revisione qualitativa della letteratura, considerando esclusivamente meta-analisi e systematic review incentrate sul ruolo che l'autocritica assume nelle diverse condizioni di sofferenza psichica e all'interno del processo terapeutico.*

Risultati: *Le quattro review incentrate sulla correlazione tra self-criticism e psicopatologia prese in esame attestano che il self-criticism risulta essere implicato in diversi profili clinici e condizioni di disagio psicologico. In particolare, viene documentata la correlazione tra autocritica e sintomatologia depressiva, ansia, sintomi psicotici, disturbi di personalità, autolesionismo e disturbi alimentari.*

L'autocritica risulta un fattore determinante altresì nel processo terapeutico: dalle due review analizzate focalizzate sul suddetto tema, elevati livelli di self-criticism risultano essere associati ad esiti peggiori della psicoterapia, a gradi più elevati di ostilità e a valutazioni più negative da parte dei pazienti rispetto all'alleanza terapeutica.

Conclusioni: *Alla luce del ruolo assunto dal self-criticism in qualità di fattore transdiagnostico comune a diversi fenotipi clinici e considerata l'associazione con gli esiti della psicoterapia, è importante prevedere nell'intervento psicoterapeutico un lavoro teso alla valutazione delle caratteristiche dell'autocritica ed alla sua riduzione.*

Stato dell'arte della letteratura sul Self-Criticism: Metareview & Proposta di un Modello Teorico

Relatore: Vittoria Zaccari, Psicologia Clinica e di Comunità, Università Europea di Roma, specializzata in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale presso la Scuola di Psicoterapia Cognitiva – SPC di Roma, Dottoranda di ricerca in Scienze Umane presso Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma

Co-autori: Guyonne, Rogier¹; Francesco, Mancini^{2,3}

1 Dipartimento di Scienze della Formazione, Università degli studi di Genova;

2 Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Roma;

3 Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma

Background: Il Self-Criticism (SC) è considerato un fattore transdiagnostico comune a diversi fenotipi clinici. Diversi autori hanno sviluppato modelli teorici e studiato le sue implicazioni in psicopatologia e psicoterapia. Tuttavia, la letteratura scientifica evidenzia variazioni sostanziali e scarsa chiarezza nella definizione teorica del SC. La mancanza di consapevolezza epistemologica potrebbe limitare l'utilità di futuri studi empirici e influire sulla solidità delle conclusioni nella ricerca scientifica. Appare importante esaminare i contributi autorevoli disponibili in letteratura ed esaminare come sono stati affrontati i problemi teorici relativi al SC.

Obiettivo: Per verificare questa ipotesi, è stata effettuato un reframe critico dei diversi modelli teorici disponibili in letteratura identificando le caratteristiche del SC e confrontando le diverse proposte teoriche al fine di evidenziare aree di convergenza e divergenza. Successivamente è stata condotta una meta-review dei contributi (Revisioni Sistematiche) incentrati sul tema del SC. Lo scopo principale è stato quello di identificare le tendenze attuali nel campo della ricerca ed esplorare come i diversi contributi nel campo hanno affrontato le questioni teoriche relative al SC (multidimensionalità e la concettualizzazione teorica del costrutto).

Metodo: È stata condotta una meta-review secondo le linee guida PRISMA. La ricerca è stata condotta utilizzando i seguenti database: PsycINFO, PsycARTICLES, MEDLINE, Scopus, Web of Science e PubMed. Da un totale di 60 articoli identificati 5 sono stati inclusi nel presente studio.

Risultati: Sono emerse poche aree di convergenza tra i modelli teorici disponibili e aree grigie che non sono sufficientemente affrontate. Sono emersi risultati contrastanti in relazione alla definizione di SC e al quadro teorico di riferimento adottato nei diversi contributi; mancanza di chiarezza rispetto alla multidimensionalità del costrutto SC; criticità rispetto alle caratteristiche metodologiche degli studi, alla coerenza tra la definizione di SC fornita e la sua operazionalizzazione.

Conclusioni: La meta-review ha evidenziato una mancanza di dialogo tra le diverse prospettive teoriche e di convergenza nelle concettualizzazioni del costrutto facendo luce sulle conoscenze esistenti in questo campo e quali soluzioni sono possibili in termini di ricerca futura per colmare il gap teorico e di concettualizzazione non univoca del SC. Alla luce delle criticità rilevate nei diversi modelli teorici è stato proposto un modello cognitivo del SC.

Come ci criticiamo? Declinazioni dell'autocritica nei diversi profili sintomatologici e di personalità

Relatore: Carolina Papa, Psicologia Clinica presso Sapienza Università di Roma, IV anno presso la Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Roma, Dottoranda di ricerca in Psicologia e Neuroscienze Sociali presso Sapienza Università di Roma

Co-autori: Micaela Di Consiglio¹; Barbara Barcaccia^{1,2}; Marco Bassi De Toni¹; Vittoria Zaccari^{2,3}; Francesco Mancini^{2,3}; Alessandro Couyoumdjian¹

1 Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma;

2 Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma;

3 Dipartimento di Scienze Umane, Università degli studi Guglielmo Marconi, Roma

L'autocritica è un fattore transdiagnostico che contribuisce all'esordio e al mantenimento di diversi quadri psicopatologici. Sebbene la letteratura suggerisca come sia centrale la comprensione del ruolo dell'autocritica nei disturbi mentali, non sono attualmente disponibili studi che valutino come questa si declini nei vari quadri sintomatologici o si associ a diversi pattern di personalità disfunzionali. Il presente studio ha lo scopo di colmare tale lacuna, analizzando come le varie dimensioni dell'autocritica possano associarsi a diverse variabili psicologiche che afferiscono alla psicopatologia. I partecipanti (296 soggetti di età compresa tra i 18 e i 68 anni, di cui 184 femmine e 112 maschi) sono stati reclutati dalla popolazione generale e invitati a compilare dei questionari online volti a indagare i livelli di autocritica, la presenza di sintomi specifici, alcuni fattori di vulnerabilità e i domini di personalità. L'autocritica è stata valutata attraverso la somministrazione del LOSC (Thompson & Zuroff, 2004), che distingue tra autocritica internalizzata e comparativa, e del FSCRS (Gilbert et al., 2004), che distingue tra reassured-self, ossia la capacità di essere compassionevoli verso di sé, e due tipi di autocritica: inadequate-self e hated-self. Dall'analisi dei dati emerge che l'autocritica correla positivamente con la sintomatologia in generale, mentre si rilevano correlazioni significativamente negative tra sintomatologia e reassured-self. I risultati mostrano come l'autocritica possa declinarsi diversamente nei vari domini sintomatologici e di personalità. In particolare, nella sintomatologia d'ansia sociale si rileva una correlazione maggiore con l'autocritica di tipo comparativo e con l'inadequate-self, mentre nell'agorafobia l'autocritica sembra maggiormente connessa alle preoccupazioni socio-comportamentali piuttosto che a quelle fisiche. Rispetto alla sintomatologia ossessivo-compulsiva, la presenza di ossessioni mostra correlazioni maggiori con l'autocritica valutata con entrambi i questionari, mentre la tendenza ad accumulare oggetti correla con tutte le dimensioni dell'autocritica tranne quella di tipo internalizzato. Nella sintomatologia alimentare, invece, si riscontrano maggiori livelli di hated-self rispetto alle altre forme di autocritica. Infine, riguardo la relazione tra autocritica e domini di personalità, emergono correlazioni significative con i tutti i domini di personalità, eccetto quelli di Antagonismo e Disinibizione. I risultati, sebbene preliminari, evidenziano come le persone tendano a criticarsi con modalità specifiche, in relazione a eventi, processi cognitivi e motivazionali peculiari della sintomatologia e del funzionamento di personalità osservati: questo può contribuire all'avanzamento dei modelli terapeutici e allo sviluppo di strategie di prevenzione secondaria maggiormente efficaci.

Lavorare sulla tendenza a criticarsi nell'ambito della costruzione di una psicoterapia

Relatore: Francesco Pratesi Telesio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale (CTCC), Firenze

Co-autori: Sara Beccai, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale (CTCC), Firenze

La tendenza a criticarsi sembra costituire un aspetto molto frequente nell'espressione di vari disturbi psichiatrici (Wakelin et al, 2021, Werner et al, 2019), oltre a ostacolare spesso l'efficacia dei trattamenti psicoterapici (Low et al, 2020, Marshall et al, 2008). Allo stesso tempo una posizione di giudizio critico e di quasi costante svalutazione a livello individuale potrebbe risultare parte della costruzione del proprio

significato personale di un essere umano, stimolando considerazioni riguardo a quale tipo di cambiamento si possa ottenere in psicoterapia. Questa relazione vorrebbe proporre strategie di gestione dell'autocritica orientate a integrare alcuni modelli teorici del cognitivismo e analizzare quanto, non attribuire importanza a tale componente, possa rendere difficile costruire una valida alleanza terapeutica. Non riuscire a fornire a un paziente, soprattutto attraverso la relazione, una prospettiva coerente, egosintonica, centrata sulla cooperazione e il rispetto tramite cui rapportarsi ai propri contenuti interni, potrebbe complicare l'utilizzo di molte tecniche psicoterapeutiche.

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-110

TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

Le Psicoterapie nei Contesti Forensi

Chair e Discussant: Antonello Bellomo, Psichiatra, Specializzazione in Criminologia e Psichiatria Forense, Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Master in Management Sanitario. Professore Ordinario Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Università degli Studi di Foggia

Nel corso degli ultimi venti anni, in Italia il trattamento dell'autore di reato con disturbi mentali ha subito profonde modifiche a seguito di una serie successiva di interventi giurisprudenziali e legislativi che hanno finito col trasformare radicalmente le prestazioni sanitarie nei contesti forensi.

Il definitivo superamento di un'impostazione custodialistica con la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) è stato sancito dalla Legge 17 febbraio 2012, n. 9 art. 3-ter. A decorrere dal 31 marzo 2013 le misure di sicurezza psichiatriche avrebbero dovuto essere coordinate, nella loro prosecuzione dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), fermo restando che le persone che avevano cessato di essere socialmente pericolose sarebbero state dimesse sul territorio a cura degli stessi DSM.

In ultimo, la Legge del 30 maggio 2014 n. 81 sanciva il definitivo passaggio a differenti modelli trattamentali forensi con l'istituzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

Si è così posto rimedio, dopo oltre 40 anni con l'istituzione del SSN del 1978, al divario rimasto insoluto fra modelli trattamentali per i malati di mente non autori di reato – di tipo prevalentemente comunitario – e malati di mente autori di reato socialmente pericolosi – prevalentemente asilare – con un'opzione riabilitativa di tipo comunitario anche per questi ultimi.

E' evidente che questi profondi mutamenti di natura trattamentale hanno posto come di cogente interesse il tema della psicoterapia – o delle psicoterapie – nei contesti forensi.

Con il presente Simposio si intendono proporre pertanto alcune tematiche che riguardano proprio i contesti di cura forensi, segnalando le specificità che si ritengono caratterizzarli.

La responsabilità professionale dello psicoterapeuta nei contesti forensi

Relatore: Felice Carabellese, MD, Specialista in Psichiatria e Psichiatria Forense, Psicoterapeuta ad orientamento Analitico, Bari

Co-autori: Margari Anna, Scuola di Medicina, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari

A partire dal riassetto normativo delle misure di sicurezza psichiatriche che hanno condotto nel marzo 2015 alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) italiani, sostituiti dalle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) ed alla affermazione sul territorio nazionale di un nuovo modello trattamentale forense orientato al recupero ed alla riabilitazione, gli autori si soffermano sui trattamenti psicoterapici nei contesti di cura forensi ed agli eventuali profili di responsabilità professionale che in tali contesti potrebbero delinearsi.

Il trattamento riabilitativo e psicoterapico forense dell'autore di reato con patologia psichiatrica: caratteristiche cliniche e criminologiche nei pazienti della REMS di Pisticci

Relatore: Vincenzo Piero, Psichiatra, Direttore ff UOC SPDC Azienda Sanitaria, Matera

Co-autori:

Magno, Antonella, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo comportamentale AIPC Bari, Psicologa Forense, Giudice onorario Tribunale per i Minorenni di Taranto, Direttivo SITCC Basilicata

Grattagliano, Ignazio, Psicologo, Criminologo, Psicoterapeuta, Professore Associato Cattedra di Criminologia Clinica e Psicopatologia Forense, Università degli Studi di Bari, Dipartimento FORPSICOM

Introduzione

La Legge n. 81/2014 ha sancito la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) a partire dal 31.03.2015 con l'istituzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). Tali strutture sono concepite con una funzione terapeutica e riabilitativa per gli autori di reato affetti da malattia psichiatrica, riconosciuti non imputabili e socialmente pericolosi.

Tali strutture sono a tutti gli effetti strutture sanitarie al cui interno opera esclusivamente personale. Solamente l'attività perimetrale di sicurezza e vigilanza esterna sfugge alle mansioni demandate al SSN, ma viene espletata – su accordo con la Prefettura – dalle Forze dell'Ordine e non più dalla polizia penitenziaria.

La Legge 81/2014 contiene una serie di punti particolarmente innovativi. Secondo l'art. 1 della suddetta normativa, il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente, riconosciuto non imputabile e socialmente pericoloso, l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia, cioè la REMS, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate a fare fronte alla sua pericolosità sociale. Inoltre, viene istituito l'obbligo, per il giudice, di motivare, punto per punto, la scelta di applicare una misura di sicurezza detentiva all'interno della REMS, considerata come extrema ratio rispetto alla possibilità di una gestione del paziente reo all'interno dei servizi del DSM sul territorio. Il giudice, infatti, per giustificare la custodia del paziente in REMS per un periodo di tempo considerevole, dovrà accertare la sussistenza di tre presupposti tra loro interdipendenti:

la probabilità che il soggetto sospenda volontariamente le cure, in assenza di misura di sicurezza ovvero se sottoposto a misura non detentiva;

la probabilità che la sospensione delle cure induca a scompensi comportamentali;

la probabilità che da tali squilibri comportamentali scaturiscano agiti tali da determinare dei fatti reato.

In questo modo si privilegia quindi l'adozione di misure di sicurezza non detentive, per favorire percorsi riabilitativi e terapeutici che riducano l'opzione custodiale a una soluzione estrema e, comunque, motivata da parte della Magistratura, in modo da realizzare il mandato terapeutico-riabilitativo dei nuovi istituti;

Viene quindi imposto l'obbligo di riesame della pericolosità sociale degli internati nei vecchi OPG, prendendo in considerazione l'idea di affidarli ai servizi territoriali (Dipartimenti di Salute Mentale - DSM) e mantenendo nelle REMS solo i soggetti non dimissibili per elevata pericolosità sociale. Viene imposto l'obbligo della creazione e dell'invio dei progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTRI) di tutti i pazienti nelle REMS al Ministero della Salute e alla competente autorità giudiziaria entro 45 giorni dall'ingresso del reo in struttura.

Obiettivi

Obiettivo del presente lavoro di ricerca sarà quello di indagare lo stato dell'arte dell'applicazione della legge n. 81/2014 nella regione Basilicata, rispetto a questa tematica focalizzandoci su aspetti clinici, sociodemografici, psichiatrico forensi e criminologici dei pazienti afferenti alla REMS di Pisticci, a partire dal 27/03/2015, sino al febbraio 2023.

Ulteriore focus sarà quello di approfondire metodologie, progetti, profili trattamentali, percorsi di cura e riabilitazione, ed il trattamento riabilitativo, psicosociale e psicoterapico forense dell'autore di reato con patologia psichiatrica, riconosciuto non imputabile e socialmente pericoloso. Inoltre verranno anche rilevati, tramite raccolta di informazioni con adeguati questionari, tendenza alla recidiva dei soggetti ricoverati, nel periodo indicato, dal 31.03.2015 ad oggi, agiti violenti ed aggressivi tra pazienti e tra pazienti ed operatori. Inoltre verranno anche esaminate le condizioni del personale rispetto ai costrutti di burn-out, stress-lavoro correlato, rischio per la salute mentale.

Metodologia

Le indagini sociodemografiche e cliniche saranno raccolte attraverso documenti ufficiali (cartelle cliniche, rapporti di reparto) e cartelle cliniche personali dei pazienti. Le diagnosi psichiatriche saranno effettuate dagli psichiatri della REMS secondo i criteri DSM-5. Le informazioni criminologiche saranno ottenute dal casellario giudiziale dei pazienti. Il profilo criminologico clinico e psicopatologico potrà essere corroborato dalla somministrazione di ulteriori strumenti psicodiagnostici. In accordo con la letteratura, sarà utilizzato lo strumento Scala di Parma per la valutazione evolutiva del paziente autore di reato.

Il consenso informato nella pratica psicoterapica e riabilitativa forense.

Relatore: Giulia Petroni, Laurea in medicina e chirurgia, specializzazione in Medicina legale
Università degli Studi Roma 3

Co-autori:

Marella, Gian Luca, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata";

Carabellese, Felice, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro";

Mandarelli, Gabriele, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

Il consenso informato del paziente costituisce un prerequisito imprescindibile per la liceità dell'attività sanitaria ed è al contempo fondamento della relazione di cura. La dottrina del consenso informato, nonché lo studio empirico dei suoi determinanti e della capacità mentale sottesa alla possibilità di fornire un valido consenso, si è tipicamente focalizzata su trattamenti di natura farmacologica o chirurgica. Il progressivo sviluppo di metodiche di intervento basate su evidenze, di natura psicoterapica e riabilitativa, nonché il loro utilizzo nell'ambito di pazienti sottoposti a misure giudiziarie ha aperto nuovi scenari definitivi nonché problematiche metodologiche e medico legali nell'acquisizione del consenso informato a tali trattamenti. Si pensi, in particolare, a tutti quegli interventi psicoterapici o riabilitativi che vengono disposti dall'autorità giudiziaria nell'ambito di una misura di sicurezza psichiatrica, di tipo detentivo e non, che prevedono la sottoposizione del reo infermo di mente a trattamenti finalizzati sia alla cura che al contenimento della sociale pericolosità. Nel caso del paziente affetto da disturbi di natura psichiatrica, le questioni inerenti al consenso informato assumono inoltre particolare rilievo in relazione alla possibile, specifica, incidenza di tali condizioni sulla capacità di prestare o meno consenso ai trattamenti di natura sanitaria. La cornice giuridica, i limiti e le possibilità di tali interventi sul piano medico legale, verranno discussi con particolare attenzione alle problematiche di validità del consenso stesso, sul piano della capacità di decidere dei pazienti psichiatrico-forensi.

Sperimentazioni alla bigenitorialità in sede di CTU in tema di affido

Relatore: Lia Parente, Scuola di Medicina, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Laurea specialistica in Psicologia Clinica, Specializzazione in Psicoterapia Breve, Psicologo Forense e Psicodiagnosta Forense, Bari

Co-autori: Felice Francesco Carabellese, Scuola di Medicina, Università degli Studi di Bari Aldo Moro

La presentazione della specifica tipologia di relazione nasce dal dato empirico esperienziale della valutazione forense dei nuclei familiari conflittuali e dei minori, vittime o presunte tali, di abusi e maltrattamenti in famiglia, spesso reiterati nel tempo sugli stessi soggetti.

Il numero elevato di Consulenze Tecniche di Ufficio effettuate, giunte frequentemente dopo altre consulenze svolte in precedenza, così come il numero elevato in cui l'alta conflittualità genitoriale non permette un semplice invio ai servizi per il recupero di quello che potrebbe essere definito un vero e proprio "trauma familiare", conduce alla necessità di studiare il fenomeno più approfonditamente, così da considerare i limiti nei sistemi di supporto.

I percorsi valutativi consulenziali forensi, spesso si concludono con l'invio ai servizi pubblici che, oberati da altre incombenze, non riescono facilmente ad occuparsi di quei nuclei familiari problematici che esasperano il conflitto sino alla irreversibile lacerazione dei rapporti con conseguenze importanti sulla salute mentale di tutti i membri della famiglia, ma soprattutto dei minori.

Diversi sono infatti i casi di esasperazione del conflitto che negli anni conducono a recidere i rapporti con uno dei due genitori, all'inserimento dei minori in comunità a causa delle condotte alienanti genitoriali, al ricorso incessante ad avvocati ed aule di tribunale, anche penale, alla strumentalizzazione dei minori per "vincere" una "guerra" già persa, in realtà, da tutti sin dall'inizio.

La presente relazione, si muoverà, dunque, nell'ambito di un progetto di ricerca presentato dalla Università degli studi di Bari e da poco approvato dalla Regione Puglia, che si prefigge di delineare innanzitutto, sulla scorta dei dati da acquisire, linee di intervento trattamentali specifiche, ma che parte proprio dalla utilità della sperimentazione ad una nuova e più adeguata genitorialità, al fine di prospettare al Giudice un progetto di recupero familiare anche psicoterapico che scongiuri il radicamento di un trauma familiare.

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-082

TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Disturbi di personalità, strategie di regolazione emotiva e tecniche esperienziali a confronto

Chair: Mariangela Lopez, Laurea in psicologia, Specializzazione in Psicoterapia cognitivo-comportamentale, dottorato in Neurobiologia sperimentale, dirigente psicologa ASL, Bari

Discussant: Robert Adir Samolsky Dekel, Laurea in Psicologia clinica e di comunità, Specializzazione in Psicoterapia, Psicoterapeuta, Docente Coordinatore di Corso presso Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, psicoterapeuta presso Centro Sinesis Bologna

Le tecniche esperienziali in psicoterapia permettono di modificare gli schemi interpersonali maladattivi, attraverso cui i pazienti decodificano e prevedono le relazioni interpersonali. Ricostruire le componenti essenziali degli schemi interpersonali permette al paziente di ampliare le proprie competenze metacognitive (Luborsky e Cris-Christoph, 1990), iniziando a differenziare, migliorando l'accesso al mondo interno, accedendo alle parti sane, regolando e integrando i propri stati emotivi (DiMaggio e Lysaker, 2010). Le psicoterapie cognitive di terza onda utilizzano non solo tecniche dialogiche-conversazionali, ma anche tecniche esperienziali che, attraverso il lavoro sul corpo, modificano la componente procedurale degli schemi interpersonali maladattivi. Stern (1995), infatti, sottolinea come gli schemi interpersonali siano radicati nel corpo: alterarne i pattern motori permette al paziente di sperimentare sensazioni corporee non legate allo schema e produce un cambiamento bottom-up, che si aggiunge a quello generato dalla ristrutturazione cognitiva. I lavori di questo simposio riportano l'uso di varie tecniche esperienziali (immaginative, drammaturgiche, corporee, di mindfulness), applicate coerentemente alla procedura decisionale, tenendo conto della sintomatologia e delle capacità metacognitive del paziente (Hermans, Di Maggio 2004, Pos 2014, Ogden, Fisher, 2005).

Disturbo narcisistico di personalità, sfide nella gestione e nel trattamento: applicazione di tecniche esperienziali.

Relatore: Anna Gasparre, Laurea in Psicologia, Specializzazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale, Psicoterapeuta EMPEA, Centro Clinico e di ricerca in psicoterapia cognitivo-comportamentale, Bari

Co-autori:

Virginia Valentino, Laurea in psicologia dei processi cognitivi, Università di Napoli, specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Istituto A.T. Beck, Psicoterapeuta presso Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Giancarlo Di Maggio, Psichiatria, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Le terapie psicologiche specificamente progettate per trattare il disturbo narcisistico di personalità (DNP) sono relativamente poche e non esiste ad oggi un numero consistente di studi di efficacia, nonostante la prevalenza

del DNP sia significativa (Weinberg e Ronningstam, 2020). La mancanza di trattamenti supportati empiricamente, ha fatto emergere la necessità di delineare linee guida di Buona Pratica clinica (si veda Gasparre & Dimaggio, in press). Recentemente diversi autori hanno proposto una serie di suggerimenti terapeutici selezionando gli approcci più adatti al trattamento di narcisismo patologico (NP) e DNP. Alcuni principi (Yakeley, 2018; Weinberg e Ronningstam, 2020) sono derivati dall'esperienza clinica e non da una teoria del DNP. Altri (vedi Dimaggio, 2021), si basano su un modello psicopatologico del NP supportato empiricamente ed include tecniche esperienziali, come immaginazione guidata e riscrittura, gioco di ruolo, delle due sedie, lavoro corporeo. Tra i modelli attuali, solo la Schema Therapy (Young e coll., 2003) e la Terapia Metacognitiva Interpersonale (Dimaggio e coll., 2020) li includono nel loro repertorio. In questo contributo ci focalizzeremo sulla TMI, che nel caso del DNP ha lo scopo di trattare il processo narcisistico, con una comprensione condivisa del problema del paziente, progredendo verso il riconoscimento degli schemi disadattivi e del funzionamento interpersonale, ed infine promuovendo il cambiamento attraverso l'identificazione della grandiosità, il distanziamento dalle strategie di coping disadattive, l'assunzione di una prospettiva di realtà e in definitiva la costruzione di schemi più sani. Combinando il lavoro sulla relazione terapeutica, gli esercizi comportamentali e di rescripting (ad esempio l'immaginazione guidata, due sedie, gioco di ruolo), i clinici possono condurre il paziente verso la costruzione di schemi interpersonali più adattivi. Nella TMI, la potenza di questo strumento deriva dal fatto che può essere applicato a diverse fasi della terapia e all'interno di diverse procedure.

Illustriamo il processo attraverso il caso clinico di un paziente con DNP trattato con TMI in cui il focus del trattamento è stato per un periodo significativo l'emozione di paura.

Mindful Self-Compassion nei Disturbi di Personalità

Relatore: Romy Greco, Psicologa, specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, dirigente psicologa presso Centro Salute Mentale DSS 2, Fasano, ASL Brindisi

Self-Compassion si esprime nel trattare se stessi con gentilezza nel momento del bisogno, come si farebbe con un caro amico (Neff, 2003). Essa è costituita da 3 elementi: essere coinvolti e aperti alla propria sofferenza senza cercare di evitarla o disconnettersi (Mindfulness), nutrire il desiderio di alleviare la propria sofferenza e guarire il proprio dolore con la gentilezza (Auto-Gentilezza) e comprendere in modo non giudicante il proprio dolore e i fallimenti considerandoli come parte della più ampia esperienza umana (Comune Umanità, Neff, 2003).

Numerose ricerche hanno evidenziato che la Self-Compassion è correlata positivamente con il benessere psicologico e negativamente con la psicopatologia (MacBeth e Gumley, 2012; Zessin, Dickhauser e Garbade, 2015). In particolare la Self-Compassion esercita un ruolo protettivo nelle varie forme di psicopatologia contribuendo alla regolazione emozionale e alla creazione di relazioni positive con gli altri (Barnard e Curry, 2011; Gilbert e coll., 2011; MacBeth e Gumley, 2012; Neff e coll., 2007).

Lo scopo del presente studio è valutare l'efficacia di un intervento focalizzato sulla Self-Compassion in pazienti con Disturbi di Personalità (DP). La letteratura esistente che ha approfondito il rapporto tra Self-Compassion e DP si è focalizzata sul Disturbo Borderline di Personalità (DBP). Salgò e colleghi (2021) hanno osservato che pazienti con DBP rispetto al gruppo di controllo mostrano capacità più limitate nella mindfulness, self-compassion e strategie adattive di regolazione emozionale. Feliu-Soler e colleghi (2016) attraverso uno studio randomizzato pilota hanno osservato che individui con DBP, che avevano completato un intervento di 3 settimane con meditazioni basate sull'amorevole gentilezza e sulla compassione, mostravano una riduzione dei sintomi BPD e dell'autocriticismo e un aumento dell'autogentilezza. Scheibner e colleghi (2017) hanno

trovato che la Self-Compassion media la relazione tra mindfulness e gravità dei sintomi del DBP come pure tra mindfulness e disregolazione emozionale.

I partecipanti alla ricerca sono reclutati tra i pazienti del Centro di Salute Mentale, con età compresa tra 18 e 50 anni e con diagnosi di DP. Gli stessi completano il programma Mindful Self-Compassion (MSC: Neff e Germer, 2013), un intervento di gruppo della durata di 8 settimane che prevede 1 incontro settimanale della durata di 2 ore e mezza. Vengono raccolte misure pre e post intervento relativamente alla mindfulness, self-compassion, regolazione emozionale e sintomatologia psicopatologica. Si procederà alla presentazione dei risultati.

La paralisi della colpa. Rescripting con due tecniche esperienziali in un paziente con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

Relatore: **Barbara Magnani**, Neuropsicologa, specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, dottorato in Psicobiologia, Psicoterapeuta Centro Informa-Mente, Novellara (RE)

Co-autori: **Giancarlo Di Maggio**, Psichiatra, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

In terapia metacognitiva interpersonale (TMI, Dimaggio et al., 2019) la raccolta dei dati clinici per la formulazione del caso e gli interventi di promozione del cambiamento avvengono principalmente attraverso l'esposizione del paziente all'esperienza carica emotivamente e somaticamente. Questa modalità favorisce l'accesso a pattern dialogici incarnati nel corpo ai quali non si accede con il canale dialettico-verbale (Centonze et al., 2020). L'uso delle tecniche esperienziali è manualizzato per tutte le fasi di TMI (Dimaggio et al., 2020). Qui ne mostriamo l'uso in fase di promozione del cambiamento. Inoltre, mostriamo l'unione di due tecniche per un medesimo intervento terapeutico: la riscrittura dello schema interpersonale maladattivo primario.

Terapeuta e paziente, con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, hanno condiviso lo schema primario costruito nelle sedute precedenti. Il paziente desidera essere amato ma si aspetta che, se mostra sé stesso nella sua autenticità, l'altro si distanzierà e soffrirà e lui si considererebbe responsabile e insensibile provando colpa. Per proteggersi dalla colpa adatta un comportamento controllato e una ruminazione ossessiva nel tentativo di escludere eventuali errori commessi nelle interazioni con gli altri e rinuncia a chiedere vicinanza e comprensione. Talvolta, tuttavia, è riuscito a chiedere e ottenere aiuto e si è sentito benvenuto e sereno. Terapeuta e paziente concordano che l'obiettivo terapeutico è regolare la colpa al fine di chiedere comprensione all'altro con maggiore autenticità. La terapeuta propone dapprima un esercizio di immaginazione guidata, finalizzato all'accesso all'esperienza di amabilità e serenità utile sia alla regolazione della colpa sia all'individuazione della parte di sé da interpretare nella tecnica successiva. Subito dopo, propone un esercizio di role play, in cui il paziente interpreta sé stesso amabile e la risposta comprensiva dell'altro, finalizzato alla visualizzazione del sé e dell'altro da diverse prospettive spaziali e a stimolare la costruzione di un'immagine alternativa dell'altro interiorizzato.

La discussione verterà sulla potenzialità dell'uso delle tecniche per la regolazione emotiva, sulla loro duttilità e sulla costruzione condivisa della loro implementazione, dove terapeuta e paziente negoziano a quali esperienze accedere, in quale modo e per quali fini terapeutici, in base a ciò che il paziente sente più in risonanza col proprio mondo interno.

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-100

TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Le competenze dello psicoterapeuta. Costruzione, mantenimento e cura

Chair: Maurizio Gorgoni, Psicologo, Psicoterapeuta, Dipartimento di Psicologia, "Sapienza" Università di Roma

Discussant: Giuseppe Romano, Psicologo, Psicoterapeuta, Professore straordinario Università "G. Marconi", Roma, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC (Roma, Grosseto e Ancona)

In Psicoterapia tra arte e scienza Vittorio Guidano usava la metafora dell'artigiano per raccontare lo sviluppo delle competenze dello psicoterapeuta. Le competenze professionali si acquisirebbero "a bottega", osservando il mastro artigiano e facendo esperienza. L'esperienza diventa ciò che permette l'apprendimento. Costruiamo le nostre competenze specialistiche attraverso la scuola di specializzazione, fatta di modelli teorici, tecniche di intervento, supervisione clinica ed esperienze sul campo legate al tirocinio. Il percorso di costruzione è strutturato, legalmente definito. Dopo? L'aspetto formale è dato dai codici deontologici delle due professioni di riferimento della psicoterapia e dal sistema di crediti ECM. Ma il sistema di crediti garantisce il mantenimento delle competenze ed il loro sviluppo? Quali sono poi le competenze di cui il professionista dovrebbe prendersi cura e sviluppare ulteriormente? E come?

Nel mondo cognitivista troviamo modalità diverse di gestire sia lo sviluppo delle competenze di base che il mantenimento e lo sviluppo di nuove competenze. Diversità ci sono nelle conoscenze, nelle tecniche e nelle teorie delle tecniche, ma in parte anche a quali debbano essere le caratteristiche personali, le meta-qualità di chi fa lo psicoterapeuta e come cambia la sua possibilità di sviluppo nel tempo.

Il simposio che presentiamo vuole aprire una riflessione proprio sulle competenze dello psicoterapeuta, partendo dalla loro costruzione e soffermandoci sul loro sviluppo nel tempo. Quali strumenti abbiamo per poterle arricchire e coltivare, sondando quelle che dovrebbero essere le caratteristiche del ruolo. L'obiettivo sarà quello di permettere di ragionare sui vari percorsi presenti, sulle loro differenze, ma anche sulle loro similitudini, provando a tracciare una modalità per sostenere lo sviluppo professionale.

Nel simposio verranno accolti interventi che tengano conto della formazione interna ai corsi di specializzazione, la formazione dei didatti supervisor, la formazione continua di chi svolge la professione da diversi anni. Ragioneremo sulla formazione tecnico specifica, fondata sui protocolli, ma anche su quella esperienziale, basata sulla simulazione di esperienze da parte dei partecipanti, passando per la supervisione e l'autoapprendimento.

Lo sviluppo della professione. Quale formazione per quali competenze

Relatore: Roberto Noccioli, Psicologo, Psicoterapeuta. Associazione di Terapia Cognitiva, Centro Multiverso Evolutivo, Roma

Co-autori: Davide Delfinio, Psicologo, Psicoterapeuta cognitivo costruttivista, Centro ME Multiverso Evolutivo, Studio Evolutiva, ACC di Roma, DSM-UOC TSMREE della ASL Roma1

Un docente che ho ammirato molto nel mio percorso universitario una volta ci disse: "per fare questo lavoro non basta aggiornare le conoscenze, sperimentarsi, fare esperienza tecnica, è necessario anche imparare a guardare il mondo, ad osservare ciò che normalmente non osserviamo, viaggiare, leggere, andare a teatro, al cinema, all'opera. Dovete sapervi muovere in contesti diversi..."

Non so se fossero queste le esatte parole, sono passati 25 anni da quella lezione che mi è rimasta impressa come immagine vivida. È diventata la mia mappa, il modo in cui ho cominciato a concepire la professione. In quest'ottica l'aggiornamento professionale assume delle caratteristiche che riguardano vari aspetti. La conoscenza tecnica, con un sapere in continuo movimento, il saper fare, lo sviluppo delle tecniche, ma anche un saper essere, che riguarda anche il saper uscire dai nostri studi ed osservare contesti altri.

L'intervento nel simposio riguarderà due aspetti: una raccolta di informazioni attraverso un questionario self report che indagherà la visione della formazione da parte dei colleghi. Ed una seconda parte che porti ad una riflessione sui percorsi di formazione presenti sul mercato e su ciò che potrebbe essere un'evoluzione degli stessi per intercettare i bisogni di crescita dei professionisti.

Competenze in (tras)formazione ed evoluzione professionale

Relatore: Laura Belloni Sonzogni, Nous, Scuola di specializzazione cognitiva costruttivista orientata alla mindfulness, Milano

Prendere forma, formarsi, è il termine che utilizziamo normalmente per designare l'apprendimento in età adulta. Un termine che ha un suo senso nel momento in cui una persona sta acquisendo quelle conoscenze, competenze teoriche, competenze di ruolo tipiche di una specifica professione. Eppure ogni professionista sa che le competenze non sono statiche e che il sapere è in continua evoluzione. Allora il termine che potrebbe avere maggior senso per un professionista "formato" potrebbe essere trasformazione. Pensieri, esperienze, nuove conoscenze, contaminazione con altre forme di conoscenza e con altri professionisti con visioni del mondo e dell'umano differenti portano a rivedere, ripensare, ridefinire le nostre modalità di intervento.

Apprendere per l'umano è esperire, vivere esperienze, il quesito che ci poniamo allora è: "come riavvicinare la formazione continua, necessaria al professionista per mantenere alta la qualità del proprio intervento, alla modalità di apprendimento che da sempre abbiamo?". Durante l'intervento proveremo a raccontarvi delle esperienze, a farvi provare delle esperienze, per aprire una riflessione su altre forme possibili di apprendimento e di sviluppo di competenze. Porteremo ad esempio momenti di apprendimento in co-costruzione ed in condivisione di conoscenze.

Le competenze del terapeuta nell'era digitale: uno studio esplorativo

Relatore: Giuseppe Agrusti, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto, Giunti Psychometrics, Firenze

Co-autori:

Anna Chiara Franquillo, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto;

Andrea Gragnani, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma - Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC - Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari;

Giuseppe Femia, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC, SPC, IGB; **Giuseppe Romano**, Psicologo, Psicoterapeuta, Professore straordinario Università "G. Marconi" - Roma, Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC (Roma, Grosseto e Ancona)

Introduzione: *L'innovazione digitale è entrata in modo pervasivo nella nostra vita quotidiana, evidenziando la necessità di un nuovo modo di pensare, di concepire e di interagire con lo spazio e il tempo lavorativo. Non si tratta più solo di saper usare le nuove tecnologie, ma siamo entrati in una rivoluzione profonda, che necessita dello sviluppo di nuove competenze professionali e di un nuovo assetto mentale digitale, in grado di sostenere e guidare il cambiamento. Ecco, quindi, che in un'epoca che cambia velocemente sotto la continua*

spinta innovativa delle tecnologie digitali, i terapeuti non possono restare a osservare, ma interrogarsi su come adottare una mentalità improntata alla crescita e al miglioramento continuo che gli permetta di stare nella trasformazione digitale intercettando e agendo in modo efficace a un bisogno di supporto psicologico che oggi emerge in modo differente rispetto al passato. Sulla base di tali considerazioni, il presente studio esplorativo si pone l'obiettivo di definire le competenze professionali del terapeuta, indispensabili per lavorare efficacemente all'interno di contesti digitali e comprendere quali siano le variabili personali dello stesso che possano rappresentare sia un vantaggio che uno svantaggio nella percezione di efficacia del setting online.

Metodi: *Il presente contributo si avvale dell'utilizzo di una survey online, in cui sono presenti strumenti self-report validati che hanno come obiettivo quello di analizzare le credenze e la percezione che il terapeuta ha sulla psicoterapia online, unitamente a osservare le competenze dello stesso nel setting online. Tutte le domande sono proposte in forma anonima secondo una partecipazione del tutto volontaria, e pertanto secondo la totale possibilità di poter rinunciare in qualsiasi momento e di ritirarsi dalla compilazione.*

Risultati: *I risultati preliminari verranno discussi in sede congressuale poiché il progetto è attualmente in fase di applicazione. Ad ogni modo, ci si aspetta di raccogliere informazioni rispetto alle credenze e alla percezione circa il setting online e il suo utilizzo in ambito psicoterapeutico. Si evidenzieranno, inoltre, le competenze che si sono dimostrate più utili dopo un'esperienza prolungata con il setting online e quelle che sarebbe meglio migliorare, in un'ottica clinica di ragionamento.*

Conclusioni: *Sulla base di tali considerazioni, in attesa dei risultati che possano corroborare l'ipotesi iniziale, tale contributo vuole fare chiarezza sulle competenze utili al terapeuta del futuro e offrire una mappa per rispondere in maniera efficace alle nuove modalità di richiesta di aiuto da parte dei clienti. Inoltre, intende fornire la possibilità di considerare la psicoterapia online, nell'ottica del terapeuta, come una valida possibilità e quindi come una modalità di intervento sicuramente efficace.*

Parole chiave: competenze, mentalità digitale, setting online, terapeuta

Flessibilità, consapevolezza emotiva e cooperazione: competenze trasversali che accomunano i giovani terapeuti?

Relatore: Eleonora Soro, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Roma

Co-autori:

Alessandra Ventura, Psicologa, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Roma;

Federico Tucci, Psicologo, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Roma - Department of Physiology and Pharmacology "Vittorio Erspamer", Sapienza University of Rome;

Michela D'Argenzio, Psicologa, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Roma

“Essere psicologi significa ruotare costantemente attorno al proprio asse ed avere una flessibilità tale da fare degli assi altrui tanti centri di gravità” (E. Cioran)

Nel nostro percorso come specializzandi abbiamo ruotato tanto. Inizialmente in modo acerbo e poco consapevole, nel corso del tempo in maniera più orientata e cosciente.

Il modello poco strutturato che ci è stato proposto ci ha messo di fronte alla necessità di affrontare l'incertezza: ci siamo mobilitati per apprendere competenze che, al di là di quelle tecniche, ci permettessero di sperimentare una personale modalità di essere terapeuti.

Il confronto con i colleghi provenienti da altri training di specializzazione ci ha fatto osservare l'evoluzione del nostro “sentirci” psicoterapeuti: se inizialmente l'assenza di protocolli e linee guida ha rappresentato una fonte di paura e insicurezza, nel tempo è diventata una risorsa.

La libertà di muoversi nello spazio terapeutico e relazionale è stata il motore di una sperimentazione circa il proprio modo di essere psicoterapeuta.

È così che gradualmente abbiamo sentito la necessità di implementare quelle competenze trasversali che permettono allo psicoterapeuta di articolare il proprio lavoro in modo unico e personale, pur nel rispetto di un modello scientifico.

Tra le suddette competenze abbiamo cercato di coltivare in particolar modo la rete con i colleghi, l'esplorazione emotiva e la condotta flessibile.

La rete con i colleghi ci ha consentito di uscire dall'osservazione dei fenomeni limitata esclusivamente al nostro punto di vista e di creare un multiverso di prospettive che ha fatto accrescere la complessità.

L'esplorazione emotiva, dapprima riferita al setting terapeutico e successivamente estesa alla vita quotidiana, ci ha messo nella condizione di osservarci e di fare conoscenza con nuove parti di noi. La continua auto ed altrui osservazione ci ha permesso di accedere a livelli di profondità prima sconosciuti e di ampliare le possibilità a nostra disposizione.

Infine, la flessibilità necessaria ad applicare queste competenze ci ha mostrato le nostre rigidità e l'esigenza di allentarle per poter esplorare seguendo nuovi criteri.

È proprio lo sviluppo di quest'ultima competenza che ha acceso in noi la curiosità di osservare come, al di là del nostro confine relazionale, altri colleghi abbiano sperimentato, coltivato ed implementato queste qualità. Abbiamo deciso quindi, attraverso strumenti self-report, di indagare se le competenze appena esposte appartengano universalmente al mondo delle varie scuole cognitive oppure se la proposta di uno specifico modello di psicoterapia possa generare lo sviluppo di competenze differenti.

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-022

TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

Trauma e psicopatologia: trattamenti integrati tra psicoterapia cognitiva ed EMDR

Chair e Discussant: Maurizio Falcone, Psichiatra, Centro Maièutica Salerno

Nei casi clinici legati a psicopatologia complessa ci si trova spesso a lavorare su sintomi articolati, comportamenti disfunzionali e resistenti al cambiamento che, seppur fonte di sofferenza per il paziente, risultano difficili da trattare, e che finiscono per alimentare il circolo vizioso di mantenimento del sintomo e la percezione dolorosa, in termini esistenziali e relazionali, della sua immutabilità.

Queste condizioni di psicopatologia complessa sono spesso correlate a esperienze traumatiche, sovente di natura relazionale. L'esperienza traumatica complessa può rappresentare il nucleo generatore intorno al quale si organizza l'esperienza, consapevole e inconsapevole, del dolore del paziente, della concezione su di sé e sul mondo, così come la sintomatologia; o, quanto meno, i traumi concorrono tra le variabili decisive nello sviluppo e mantenimento della sintomatologia, spesso generando vissuti direttamente legati al trauma. La maggior parte dei "ricordi" trauma correlati sono inconsapevoli o incarnati: il sintomo, o la sensazione, o il vissuto, sono essi stessi il ricordo, nella sua riattivazione traumatica. "Ricordiamo" senza esserne consapevoli, spesso attraverso il sintomo. Ed è anche per questo che può essere fondamentale lavorare direttamente attraverso il trauma e attraverso il corpo che lo rappresenta per modificare una sintomatologia altrimenti apparentemente immutabile.

Oggi sappiamo che i trattamenti di tipo bottom up, esperienziali e maggiormente focalizzati sul corpo, risultano efficaci nel lavoro sul trauma per la loro capacità di agire in modo più diretto e focale, attraverso un canale emotivo. Approcci come l'Imagery, l'ACT, la terapia Sensorimotor, l'EMDR con i loro protocolli rappresentano risorse significative da utilizzare in integrazione con la propria cornice teorica e clinica di riferimento, per potenziarne i risultati e aumentare il benessere del paziente.

In questo simposio viene proposto l'utilizzo di EMDR in tre casi clinici diversi, che integrano questo tipo di protocollo all'interno della psicoterapia e del modello cognitivo – comportamentale e cognitivo evoluzionista. Il primo caso clinico è quello di un paziente adulto con disturbo di personalità dipendente e parafilia, trattato con terapia EMDR all'interno di una cornice teorico clinica cognitivo – evoluzionista.

Il secondo caso è quello di una giovane donna Asperger con disturbo d'ansia e reazioni di evitamento e blocco connesse a schemi traumatici di tipo relazionale, trattata con EMDR all'interno di una cornice teorica di tipo cognitivo – comportamentale, anche in relazione all'adattamento del modello cognitivo e del protocollo EMDR nel lavoro con l'autismo.

Il terzo caso, infine, riguarda il lavoro terapeutico sulle memorie traumatiche connesse allo sviluppo di un Disturbo Ossessivo Compulsivo in un paziente trattato con un approccio integrato fra EMDR e terapia cognitivo – comportamentale, con particolare riferimento all'utilizzo dell' E/RP.

Personalità dipendente e parafilia: un caso complesso dalla formulazione alla terapia cognitivo-evoluzionista integrata con EMDR

Relatore: **Carla Iuliano**, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitiva, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Napoli, SPC Reggio Calabria, AIPC Bari, Practitioner EMDR - Sessuologa Clinica, Napoli

Mario è un uomo di 40 anni e arriva in terapia presso il mio studio in seguito ad uno stallo terapeutico con un collega, dopo una terapia durata diversi anni. Al momento della richiesta appare depresso, in una condizione di dipendenza (economica ed affettiva) dal padre con il quale vive. Inoltre, è coinvolto in una relazione affettiva con una donna più grande di lui con cui soddisfa prevalentemente il proprio bisogno di accudimento. Durante la ricostruzione della storia di vita, Mario parla della sua trascorsa dipendenza sessuale, di episodi di esibizionismo sessuale e frotteurismo, di cui ha una enorme vergogna. Quella fase della sua vita rappresenta un vissuto traumatico che ha rinforzato il senso di indegnità e il disprezzo nei confronti di sé stesso.

Analizzando la sua storia di attaccamento, emerge tra gli altri un trauma fondamentale, avvenuto all'età di 10 anni, relativo alla rivelazione da parte della madre del fatto che è stato adottato. Questa rivelazione gli venne fatta frettolosamente mentre era in auto con la madre che guidava senza nemmeno rivolgergli uno sguardo o dandogli la possibilità di parlarne. Mario non aveva minimamente collegato il ricordo della rivelazione e della impossibilità di riparlarne in famiglia con le emozioni e i pensieri ad esso correlati, né aveva contezza della portata che ciò aveva avuto nella sua vita. La dissociazione tra gli eventi accaduti e le emozioni ad essi associate lo ha accompagnato fino ad ora.

Secondo la lettura effettuata durante il percorso terapeutico, il sintomo parafilico e la dipendenza sviluppata nelle relazioni significative sono inquadrabili all'interno di una grave disorganizzazione dell'attaccamento, con conseguente iperattivazione del sistema di attaccamento sotto forma di controllo dell'altro (strategia controllante), e con l'inappropriato e disfunzionale utilizzo del sistema sessuale per "appagare" i bisogni frustrati di attaccamento.

L'intervento terapeutico, partendo dalla formulazione del caso condivisa con il paziente e dal significato attribuito al sintomo, è stato svolto secondo la prospettiva cognitivo-evoluzionista combinata con l'EMDR per l'elaborazione dei traumi significativi irrisolti.

Strategie Terapeutiche per il trattamento integrato CBT ed EMDR nel Disturbo Ossessivo Compulsivo

Relatore: **Mara Fantinati**, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Associazione EMDR Milano, Cooperativa La Quercia, Reggio Emilia, Modena

Co-autori: **Loredana Musella**, Centro Psicotraumatologia Studi Cognitivi Milano, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale Supervisore EMDR

L'osservazione clinica e la letteratura scientifica relativa al Disturbo Ossessivo Compulsivo evidenziano la strettissima correlazione esistente tra esposizione ad eventi di vita traumatici durante l'infanzia ed esordio della sintomatologia. Proprio perché la finalità-scopo delle compulsioni è quella di gestire l'attivazione emotiva disturbante legata nella maggior parte dei casi ad una cognizione negativa su di sé, possiamo affermare, coerentemente alla teoria dell'attaccamento, che i vissuti traumatici esperiti nella storia di attaccamento, possano avere un peso nella strutturazione della personalità pre-morbosa.

Il lavoro sulle memorie traumatiche con l'EMDR, avendo come scopo quello di favorire l'integrazione degli eventi di vita relativi alla storia della persona con quelli che hanno un significato nella storia del sintomo, favorisce la normalizzazione del carico emotivo legato a vissuti di colpa e responsabilità personale, e rende possibile la modifica dell'attribuzione della propria colpevolezza in merito a eventi del passato.

Oggetto di questo lavoro, relativo all'integrazione della terapia EMDR con l'Esposizione + Prevenzione della risposta E-RP di matrice cognitivo comportamentale, è quello di evidenziare così come si attiene dall'osservazione clinica, che il lavoro sulle memorie traumatiche e, contemporaneamente, l'esposizione alle situazioni temute, produce un'elaborazione più rapida dei sintomi e un cambiamento più profondo.

Il trattamento con l'EMDR riduce l'angoscia emotiva relativa agli eventi più dolorosi e aiuta il paziente a osservare l'esperienza dei propri stati interni mentre con l'E-RP il lavoro è specifico sulla compulsione e tale procedura, lavorando sull'accettazione del rischio, favorisce una maggiore percezione di autoefficacia. L'installazione della esposizione con la procedura EMDR specifica per le risorse ne facilita l'accettazione esperenziale.

In conclusione, l'intervento combinato della terapia EMDR con la tecnica dell'E-RP risulta essere molto efficace nella strutturazione del piano di trattamento, perchè offre al clinico la possibilità di lavorare sulle memorie traumatiche all'origine del sintomo e di utilizzare le esposizioni come risorsa da installare secondo il protocollo EMDR.

Integrazione tra terapia EMDR e psicoterapia cognitiva dell'Autismo: meglio il tapping per me! Il caso clinico di F., una giovane paziente.

Relatore: Maria Marino, Psicologa, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Napoli, Università degli Studi Federico II, Università Suor Orsola Benincasa, Napoli

L'Autismo (o Disturbo dello Spettro Autistico, ASD) è una condizione di neurodivergenza che si manifesta nell'infanzia. L'ASD presenta differenze caratteristiche (o difficoltà) nell'interazione e nella comunicazione sociale e modelli di comportamento e interessi ristretti, ripetitivi e stereotipati (APA, 2013 e APA 2023). È una condizione oggi molto frequente (Bajo et al., 2018). La severità e l'impatto delle caratteristiche centrali dell'ASD possono variare molto. Così, alcune persone autistiche presentano tratti marcati e altre, invece, caratteristiche più sottili, che spesso vengono intercettate in adolescenza o in età adulta. Sono, queste ultime, le condizioni oggi definite "Autismo di livello 1" (DSM 5 e 5 – TR, APA 2013 e 2023), prima ancora conosciute come "sindrome di Asperger" (DSM IV TR). In questi casi, i tratti autistici si manifestano in modo più sfumato, connotando la cognizione sociale e lo stile relazionale, così come i processi di regolazione emotiva e sensoriale. Le persone autistiche manifestano una maggiore vulnerabilità psicopatologica, con elevata incidenza di diversi quadri psicopatologici, tra i quali anche il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) e sintomi correlati a trauma, (Hossain et al., 2020 Fisher et al., 2023). Nella ricerca e nella clinica c'è oggi un crescente interesse nel comprendere la relazione tra trauma, PTSD e autismo. I sintomi correlati a trauma sembrano molto rappresentati nell'autismo: dal 2% al 17% rispetto al 3% nei soggetti neurotipici (Rumball, 2019) e spesso sottostimati. Le persone autistiche presentano molti fattori di rischio per una maggiore esposizione a esperienze traumatiche e a traumi relazionali. Inoltre, è verosimile che ci sia una specificità autismo correlata, in relazione alla traumaticità esperita per alcuni eventi, come: modifiche di routine, elaborazione e sovraccarico sensoriale ed emotivo, peculiarità nei processi di elaborazione delle informazioni. E', quindi, verosimile ipotizzare che le persone autistiche siano spesso esposte a situazioni direttamente o indirettamente traumatiche, anche in relazione alle loro caratteristiche di elaborazione sensoriale. Questo rende necessario individuare la presenza di sintomi traumatici laddove presenti, anche al fine anche di elaborare o rinforzare strategie di lavoro terapeutico sul trauma nell'autismo in relazione alle specifiche caratteristiche di questa

neurodivergenza. L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Shapiro, 1989) è una terapia bottom – up in 8 fasi basata sul modello adattivo dell'elaborazione delle informazioni (AIP), che utilizza tecniche di stimolazione bilaterale. Tra le terapie di elezione per il PTSD, l'EMDR presenta elevate evidenze di efficacia (NICE,2018).

I dati relativi a EMDR e autismo, ad oggi, sono esigui, ma indicativi della possibilità e dell'efficacia dell'utilizzo dell'EMDR con persone autistiche (Fisher, 2023).

Verrà presentato il caso clinico di una giovane paziente autistica (Asperger) con caratteristiche di comorbidità relative a un disturbo di ansia socio-prestazionale e alla presenza di schemi patogeni e sintomi correlati a traumi anche di tipo relazionale. Verranno discussi il razionale, la formulazione e il lavoro sul caso, basati sul modello di psicoterapia cognitiva adattata all'Autismo in integrazione con l'utilizzo di EMDR, quest'ultima sulla base dei dati presenti in letteratura in merito all'adattamento del protocollo EMDR nell'Autismo.

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-047

CORPO AULE - AULA 3

Lungo la scala della purezza: la clinica del rango morale

Chair: **Francesca D'Olimpio**, Dipartimento di Psicologia, Università della Campania Luigi Vanvitelli, Caserta

Discussant: **Dalila De Vita**, Dipartimento di Psicologia, Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Caserta

La letteratura documenta la tendenza degli esseri umani a organizzare il mondo morale lungo un continuum verticale, in cui la morale, il giusto e il divino sono percepiti come "in alto" e l'immorale, il male e gli animali sono percepiti come "in basso". Le emozioni morali possono ricoprire un ruolo fondamentale nel monitoraggio delle proprie azioni in linea con gli standard morali interiorizzati e nella percezione della propria posizione sulla cosiddetta catena morale dell'essere. Queste percezioni sono in continuo confronto con il proprio comportamento e influenzano l'immagine di sé. In particolare le emozioni negative, come il senso di colpa, possono determinare uno svilimento della propria immagine e del proprio valore. La compromissione del valore di sé determina la percezione di un basso rango morale, danneggiando la rappresentazione di sé sul piano individuale e sociale.

Questo simposio ha l'obiettivo di esporre le implicazioni della percezione del rango morale del sé e del ruolo di alcune emozioni nell'insorgenza e nel mantenimento di alcune patologie, in particolare nella sintomatologia ossessiva e compulsiva. Considerarne la rilevanza risulta imprescindibile nell'ambito del trattamento clinico. Nel primo intervento verrà presentato un lavoro di ricerca volto ad approfondire la correlazione tra alcune emozioni morali, quali senso di colpa deontologico, altruistico e disgusto, con il rango morale del sé, e con l'obiettivo, inoltre, di confermare l'implicazione della colpa deontologica nella propensione ad ossessioni e compulsioni.

Nel secondo intervento verrà messo in luce come esperienze di vita avverse possono essere implicate nella svalutazione e nella rappresentazione di sé. Attraverso la presentazione del caso clinico di Samuele, tormentato da ossessioni di tipo religiose, affronteremo le conseguenze delle emozioni di vergogna e di indegnità morale sulla paura di percepirsi come deplorabile e meritevole di punizioni.

Nell'ultimo intervento verrà esposto il caso di Alessia, angosciata dal dubbio di non amare il suo fidanzato, e delle conseguenti emozioni di svalutazione di sé. Ripercorreremo il suo vissuto, caratterizzato dall'incessante invalidazione emotiva e dal silenzio punitivo da parte dei genitori, e delle ripercussioni, tradotte in costanti emozioni di colpa e nella compromissione dell'immagine di sé.

Il ruolo delle Emozioni Morali nella percezione del Rango morale del sé e propensione a Ossessioni e Compulsioni

Relatore: **Daniela Pulsinelli**, Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma, Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Roma

Co-autori:

Vittoria Zaccari, Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Roma, Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma;

Francesca D'Olimpio, Università della Campania Luigi Vanvitelli, Dipartimento di Psicologia;

Rogier Guyonne, Dipartimento di Scienze della Formazione, Università degli studi di Genova;
Francesco Mancini, Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Roma, Dipartimento di Scienze Umane,
Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma

La letteratura documenta come le emozioni morali abbiano un impatto sul valore morale del sé, ossia sul rango che ci si attribuisce nella cosiddetta scala dell'essere. Alcune emozioni morali, così come il senso di colpa, possono determinare uno svilimento della percezione che si ha di sé stessi. Le ricerche sulla Social Cognitive Chain of Being mostrano un'associazione tra costrutti di pulizia, moralità, colori chiari e alta posizione verticale e sporcizia, immoralità, colori scuri e bassa posizione verticale (Haidt e Algoe, 2004).

In letteratura è inoltre nota la presenza di due sensi di colpa: deontologica e altruistica (Mancini e Gangemi, 2021). Le due emozioni risultano avere differenti implicazioni psicopatologiche, infatti emerge come alla base dei sintomi ossessivi e compulsivi vi sia una spiccata sensibilità al dominio deontologico rispetto a quello altruistico. La colpa deontologica risulta inoltre essere legata all'emozione di disgusto e questo legame appare particolarmente potenziato nei pazienti ossessivi.

In questo studio abbiamo voluto esplorare le conseguenze di alcune emozioni morali, quali disgusto, senso di colpa in generale, colpa deontologica e colpa altruistica, sulla percezione che si ha del rango morale del sé. Sulla base delle evidenze scientifiche un ulteriore obiettivo si è focalizzato sul confermare la presenza del legame tra la colpa deontologica e la propensione a ossessioni e compulsioni, ma non tra quest'ultima e il senso di colpa altruistico.

Per analizzare le nostre ipotesi abbiamo somministrato un set di questionari psicologici a un campione non clinico di 239 soggetti (f=140; m. età=30.62) al fine di rilevare la presenza della propensione alle due colpe, al disgusto e a ossessioni e compulsioni. Il rango morale del sé è stato osservato sottoponendo una scala morale grafica in linea con il modello Social Cognitive Chain of Being.

Dai dati ottenuti si osserva una correlazione tra senso di colpa e basso rango morale del sé. Si conferma inoltre la relazione tra colpa deontologica e sintomatologia ossessiva e compulsiva. Le correlazioni, invece, tra colpa deontologica e rango morale e tra disgusto e rango morale, in studi futuri potranno essere indagate adattando la scala grafica morale alla misurazione del rango del sé di tratto, poiché in questo studio è stato rilevato soltanto quello di stato.

Perchè c'è un diavolo (in me): moralità ed emozioni connesse nell'intreccio tra ossessione e paranoia

Relatore: Manuel Petrucci, Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Roma, Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma

Numerose teorizzazioni filosofiche, teologiche e psicologiche descrivono la tendenza umana a collocare gli esseri (viventi e non) lungo una gerarchia verticale basata sullo status morale. La posizione all'interno della Catena dell'Essere, o scala naturae, è oggetto di attento monitoraggio e numerosi investimenti da parte degli esseri umani, in quanto da essa dipendono alcuni tra gli scopi sociali cruciali per la sopravvivenza. A riprova di ciò, la percezione di salire o scendere lungo la Scala produce ripercussioni emotive che oscillano dall'orgoglio e dalla gratificazione al degrado e al disprezzo. Attraverso il racconto del caso clinico di Samuele, verrà evidenziato come esperienze di vita avverse e ripetute possano ledere stabilmente il senso della rispettabilità personale e della fiducia in una forma di benevolenza sociale. Le ossessioni religiose e le paranoie di cui soffre sono lo specchio della vergogna, del senso di indegnità morale, e della paura delle più terribili punizioni ultra-terrene a cui un uomo "sporco" può andare incontro: umiliazione, aggressività, esclusione, e, alla fine di tutto, l'Inferno.

Se non l'amo mi disprezzo: un caso di DOC da relazione

Relatore: Federica Di Censi, Scuola di Psicoterapia Cognitiva - APC, Roma

Le evidenze scientifiche rilevano la tendenza degli esseri umani a organizzare il mondo morale lungo un continuum verticale in cui il bene, il giusto e il divino vengono percepiti in alto, mentre il male, lo sporco e l'immoralità vengono percepiti in basso (Social Cognitive Chain of Being, SCCB). Secondo queste teorie le persone utilizzano una gerarchia morale incarnata per comprendere il loro mondo morale e giudicare sé stessi e gli altri. La tendenza a sentirsi impuri, immorali, disgustosi e a sperimentare senso di colpa comporta la percezione di collocarsi in basso sulla catena morale dell'essere, con conseguente svilimento della percezione del rango morale del sé.

La descrizione di Alessia ci fornisce l'esempio di un caso clinico in cui è possibile rintracciare lo scopo di essere moralmente ineccepibile, ovvero onesta e pura. L'ossessione di Alessia riguarda la veridicità dell'amore nei confronti del fidanzato, innescando un rimuginio e altre compulsioni (ricerca di rassicurazioni, check) allo scopo di neutralizzare il rischio di essere una persona moralmente disgustosa e impura. Lo scopo è quello di proteggere l'immagine morale di sé.

Nel corso dell'assessment e della ricostruzione dei primi colloqui clinici sono emersi gli elementi predisponenti al quadro sintomatologico ossessivo che costituiscono la vulnerabilità storica. Nello specifico, il clima familiare rigido, caratterizzato da costante invalidazione emotiva, spiccata attenzione alla moralità e al comportamento normativo, hanno sensibilizzato Alessia all'emozione di disgusto per non essere degna e colpa per aver causato sofferenza all'altro.

Inoltre è possibile notare come la rigidità di giudizio morale è utilizzata nella valutazione di sé e dell'altro che viene giudicato con disprezzo se ritenuto come moralmente indegno, confermando così lo svilimento del rango morale come aspetto peculiare nella sintomatologia ossessiva.

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-041

CORPO AULE - AULA 5

Clinica dei Casi Complessi: modelli teorici e approcci terapeutici integrati

Chair e Discussant: Francesca Cavallo, Psicoterapeuta e Docente, Scuola di Psicoterapia Integrata, Bergamo, Pescara

Il processo terapeutico è composto da vari fattori come il contratto terapeutico, la formulazione del caso, gli obiettivi terapeutici, gli strumenti utilizzati, le tecniche terapeutiche, gli esiti e la relazione terapeutica. Questi fattori, se ben organizzati, coerenti e personalizzati, caso per caso, diventano determinanti per la buona riuscita di una psicoterapia (Norcross, Lambert et al. 2018) . Ad oggi, possediamo diversi strumenti psicoterapeutici di comprovata efficacia scientifica. Il paziente grave, il paziente affetto da disturbi della personalità, il paziente complesso con diagnosi in comorbidità, necessita di più di uno strumento per essere trattato in modo efficace, per ridurre la sintomatologia, per agganciarlo nella complice terapeutica e per promuovere il miglioramento dei suoi schemi interpersonali.

Il terapeuta ad approccio integrato è in grado di rispondere alle richieste di questi pazienti e di cucire un abito su misura per le loro esigenze, di costruire con loro un percorso articolato ed efficace.

Psicoterapia Integrata: le tecniche evidence-based e i bisogni del paziente

Relatore: Francesca Cavallo, Psicoterapeuta e Docente, Scuola Psicoterapia Integrata, Bergamo, Pescara

Co-autori:

Meschini L., Psicoterapeuta, Centro Clinico Montelupone, Porto San Giorgio;

Palmieri A., Psicoterapeuta, Centro Clinico Verona;

Altavilla A., Medico Chirurgo e Psicoterapeuta, ASST Milano

La Psicoterapia Integrata è un modello di terapia "trasversale", (Wachtel, Barry E. Wolf, Marvin R. Goldfried, 2005) che usa di volta in volta teorie e strumenti diversi (cognitivi, comportamentali, sistemici, psico-corporei, focalizzati sulle emozioni), in relazione alle evidenze della letteratura scientifica (Evidence-Based Practices-EBP), fornendo strumenti al terapeuta per meglio intervenire strategicamente in ogni singolo caso e non applicando un univoco modello a svariate situazioni o problematiche cliniche. Il terapeuta ad approccio integrato è un terapeuta che strategicamente utilizza conoscenza, tecniche e strumenti integrandoli nella sua persona e declinandoli in una dimensione inter soggettiva con l'altro. La Psicoterapia Integrata è indicata per affrontare tutto lo spettro della psicopatologia (dall'area nevrotica a quella psicotica, con particolare indicazione per i disturbi di personalità) nelle diverse fasi della vita: età evolutiva, adolescenza, età adulta e senescenza.

Approccio integrato in adolescente con diagnosi di DOC e stato mentale a rischio: la terapia CBT standard e la TMI (Terapia Metacognitiva Interpersonale)

Relatore: Laura Meschini, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Montelupone, Porto San Giorgio, Montelupone

Co-autori:

Palmieri A., Psicoterapeuta, Centro Clinico Verona;

Altavilla A., Medico Chirurgo e Psicoterapeuta, ASST Milano

Il trattamento del disturbo ossessivo compulsivo con stato mentale a rischio in età evolutiva è un'area poco studiata nella psicoterapia. Il caso illustrato ha lo scopo di presentare un intervento su tale disturbo secondo un approccio psicoterapico integrato in un'ottica di Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) e Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT).

Concettualizzazione e Interventi di CFT (Compassion Focused Therapy) e DBT (Dialectical Behavior Therapy) in un caso di Disturbo Borderline della Personalità.

Relatore: Alessandra Palmieri, Psicologa, Psicoterapeuta, Compassionate Mind Roma, Verona

Co-autori:

Meschini L., Psicoterapeuta, Centro Clinico Montelupone, Porto San Giorgio;

Altavilla A., Medico Chirurgo e Psicoterapeuta, ASST Milano

Alcuni studi mostrano che le persone con BPD presentino livelli più bassi di ossitocina endogena (l'ormone coinvolto nella regolazione della sensazione di calma e sicurezza ed attivato dal sistema calmante), una maggiore paura della compassione, provengano da esperienze di accudimento e cura caratterizzate da negligenza e scarso calore emotivo (Andreas et al., 2017) e presentino alti livelli di colpa e vergogna, in particolare le donne (Rush et al., 2007).

A partire da questa considerazione, illustriamo una concettualizzazione CFT del funzionamento di Ludovica, paziente con disturbo borderline della personalità ed esperienze di disorganizzazione dell'attaccamento, ed interventi di DBT (Dialectical Behaviour Therapy) compassion oriented (come il contratto terapeutico compassionevole, la psicoeducazione del cervello mammifero, l'allenamento delle risorse corporee calmanti e del grounding, la compassionate focused chain, l'installazione del sé compassionevole attraverso il tapping) volti a perseguire un aumento della safety relazionale per modulare la disregolazione emotiva, le condotte impulsive e autolesive, la componente di autocritica e vergogna e favorire un senso di sé maggiormente stabile.

Ideazione suicidaria nell'età evolutiva: caso clinico con integrazione della terapia CBT e la Mindfulness

Relatore: Augusto Altavilla, Medico Chirurgo e Psicoterapeuta, CTC Como, Milano

Co-autori:

Meschini L., Psicoterapeuta, Centro Clinico Montelupone, Porto San Giorgio;

Palmieri A., Psicoterapeuta, Centro Clinico Verona.

Edoardo è un bambino di 9 anni, condotto in terapia per un'indistinta ideazione suicidaria. Dall'anamnesi si raccolgono molti cambiamenti fondamentali nella vita attuale di Edoardo. La scuola media in arrivo, la nonna paterna in fin di vita, la cugina ricoverata in oncematologia. Collateralmente ai sintomi della crisi suicidaria, si presentano una serie di sintomi somatici come insonnia, inappetenza, iperarousal. In prima seduta Edoardo è un bambino prostrato dalla fatica di tutto un "sentire" emotivo che non ha mai avuto un nome. Lo stile della famiglia è molto supportivo ed implicitamente del farcela ad ogni costo, che non si allinea con l'attuale esperienza emotiva di Edoardo. Nel caso di Edoardo, la concettualizzazione del caso è in stile CBT (psicoterapia cognitiva e comportamentale). Gli interventi di mindfulness permetteranno al terapeuta di monitorare gli stati interni ed in particolare le emozioni dirompenti come la vergogna e la disperazione.

21 Settembre, Giovedì

14.00-15.15
CORPO AULE - AULA 6

SIMPOSIO S-067

Identità e sessualità: nuove sfide per la psicoterapia

Chair: Carlo Buonanno, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Discussant: Omar Bellanova, Psicologo, Psicoterapeuta Sessuologo, Centro Romano Psicoterapie Integrate Roma, Centro Enòsi Latina, Roma

Siamo ufficialmente nel pieno della terza rivoluzione sessuale. L'avvento dei social media ha favorito il coinvolgimento in massa della popolazione che ha la possibilità di parteciparvi attivamente.

Il processo di maturazione e identificazione sessuale dell'individuo avviene oggi in un contesto sociale dove la circolazione rapida di informazioni e la più ampia libertà di accesso a qualsiasi tipo di nozione pongono chiunque dinnanzi a un fenomeno senza precedenti esponendolo ad aspetti sia positivi, ma altrettanto pericolosi e negativi.

La psicoterapia non resta indifferente a tutto questo e la pratica clinica si evolve tenendo presente questi cambiamenti, al fine di non farsi trovare impreparata nell'offrire il migliore contributo possibile a chi, nella sua dimensione sessuale, evolutiva, esperenziale e identitaria che sia cerca risposte a malesseri o tenta di migliorare in modo significativo la propria qualità di vita.

Il sesso è un elemento centrale nella vita di un individuo e quindi siamo consapevoli che sviluppare modalità sempre più mirate e solide scientificamente da applicare in tale ambito è altrettanto centrale in qualsiasi esperienza terapeutica.

Lo scopo del simposio è quello di creare un'occasione di conoscenza, di confronto, di arricchimento e integrazione tra professionisti che si occupano di sessualità in terapia da diversi punti di vista, come l'identità di genere, delle relazioni e delle disfunzioni sessuali. Tutti questi ambiti di interesse ci dicono quanto oggi l'intervento del clinico è andato oltre all'attenzione solo su gli aspetti funzionali della sessualità e quanto invece sia importante considerare aspetti intrinseci alla personalità e lo sviluppo evolutivo dell'individuo in un'ottica più integrata. Inoltre l'avvento della terza ondata ha fornito tecniche e modelli in grado di offrire strumenti di indagine e interventi che sempre di più si occupano di sessualità e che messi in una esperienza di confronto possono dare delle pronte risposte di intervento e supporto sempre più mirate a questo periodo storico così importante.

Lo sviluppo dell'identità sessuale e la complessità della transizione

Relatore: Mirko Cario, specializzando in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Scuola SPC, Roma

Il lavoro proposto si concentra sul tema dell'identità sessuale, intesa come costruito multidimensionale composto da: sesso biologico, identità di genere, ruolo di genere e orientamento sessuale (Anne Fausto Sterling, 2019).

La crescente consapevolezza delle diverse dimensioni della sessualità, dell'identità e dell'orientamento sessuale, appare oggi in una prospettiva fluida e mutevole, che solleva nuovi interrogativi, soprattutto nel lavoro clinico con i soggetti in età evolutiva.

Il presente contributo si basa su una revisione della letteratura scientifica più recente in materia di identità sessuale ed età evolutiva, mettendo in luce le principali variabili che determinano il benessere psicologico nel percorso di identificazione ed espressione del proprio genere.

In particolare verranno esaminati i fattori di rischio, che determinano un maggior livello di distress psicologico, e i fattori protettivi che contribuiscono a promuovere la capacità dell'individuo di esplorare la propria identità sessuale e identificarsi con un determinato genere (Levitan, Barkman et al. 2019; Eisenberg, Gower et al. 2017)

Infine, verranno proposte alcune riflessioni sul ruolo dei professionisti della salute mentale nel fornire supporto e assistenza a bambini e adolescenti, nell'esplorazione della propria identità di genere, intesa come "senso di appartenenza al genere maschile, femminile o a un genere neutro, ad es. genderqueer, gender non-conforming, gender neutral"(American Psychological Association, APA, 2015).

Bibliografia:

Anne Fausto-Sterling (2019): Gender/Sex, Sexual Orientation, and Identity Are in the Body: How Did They Get There?, The Journal of Sex Research

American Psychological Association (2015), Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People, Vol. 70, No. 9, 832-864.

Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., Coleman, E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. Journal of Adolescent Health, 61, 521-526.

Levitan N., Barkmann C., Richter-Appelt H., Schulte-Markwort M., Becker-Hebly I., (2019). Risk factor for psychological functioning in German adolescent with gender dysphoria: Poor peer relations and general family functioning. European Child and Adolescent Psychiatry, 28(11), 1487 -1498.

Disforia di Genere in età evolutiva: sostenere la genitorialità.

Riflessioni e sfide per la terapia cognitiva.

Relatore: Laura Rigobello, APC Associazione Psicologia Cognitiva, Scuola Psicoterapia Cognitiva, Università Commerciale Luigi Bocconi, Pavia

Come accompagnare i ragazzi alla ricerca della propria identità di genere? Come aiutare le famiglie in questo percorso? Le tematiche legate alla disforia di genere aprono dibattiti e controversie sia in ambito socio culturale che clinico. Quale presa in carico possiamo proporre?

Spunti e strumenti pratici per il lavoro con bambini, adolescenti e le loro famiglie in ottica cognitivo comportamentale.

Transizione di genere e disturbi dissociativi: il caso di A.

Relatore: Michele Procacci, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori: Ilaria Riccardi, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Nel descrivere la diagnosi di Disforia di Genere, il DSM-5-TR sottolinea come sesso e genere vengono usati erratamente come sinonimi: il primo si riferisce alle caratteristiche biologiche dell'individuo, il secondo al ruolo pubblico vissuto dall'individuo, di solito riconosciuto legalmente. I fattori biologici sono considerati un contributo allo sviluppo del genere, in interazione con fattori sociali e psicologici. Alcune persone vivono i due aspetti come congruenti e integrati (cis-gender), altri invece percepiscono un'incongruenza tra genere esperito e sessualità biologica (trans-gender). Quanto i fattori biologici e quelli culturali abbiano un ruolo e

interagiscano per determinare una piena congruenza è oggetto di molteplici teorie e modelli, in varie aree socio-culturali e dalla biologia alla psicologia. In questa sede, ci occuperemo di descrivere un caso clinico (A.): un individuo intenzionato a cambiare genere (MtoF), ma che nel mettere in opera tale desiderio di transitare dal sesso originario (maschile) ad un sesso opposto oppure “non definito”, giunge all’osservazione clinica presentando un quadro psicologico complesso, caratterizzato da intensi stati d’ansia e oscillazioni dell’umore, da un progressivo peggioramento della percezione di sé, con ripetuti episodi di depersonalizzazione e di derealizzazione. I terapeuti hanno proceduto ad un intervento integrato (psicoterapia TMI, IR; e farmacoterapia, MP). Nella concettualizzazione del caso appare emergere un problema. La disforia di genere e il desiderio di transizione è primario o è la soluzione immaginata dal paziente per risolvere la sua forte sofferenza legata a un più generale disturbo dell’identità? Alla luce della complessità del caso, verranno descritte le fasi del trattamento effettuato nel pieno rispetto del processo di transizione avviato da A.

Bibliografia

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

Erickson-Schroth L, Davis B. (2021) *Genere ed identità. Una introduzione*, Luiss University Press, Roma

Liotti G. (2001) *Le opere della coscienza*, Raffaello Cortina, Milano

Identità sessuale e nuove prospettive di trattamento

Relatore: Omar Bellanova, Centro Romano di Psicoterapie Integrate, Centro Enosi, Roma

Lo sviluppo dell’identità di un individuo consiste in un senso stabile dei propri obiettivi, credenze, valori e ruoli di vita (Erikson, 1950). Rispetto a come si era portati a pensare in passato, tale processo non ha un termine, ma bensì dura tutta la vita e ha tra gli scopi principali quello di favorire l’integrazione di dimensioni personali inerenti la propria razza, etnia, classe sociale, spiritualità e non per ultimi genere e sessualità (Marcia, 1966). È dall’avvento della prima rivoluzione sessuale che si registrano lavori scientifici che cercano di comprendere come si determini la sessualità di un individuo e la sua identità. Partendo dagli studi presenti in letteratura che descrivono lo sviluppo dell’identità sessuale, guardiamo a tale processo intendendolo come il risultato di una integrazione multidimensionale, che comprende sia diversi aspetti della sessualità, come il sesso biologico, l’identità di genere, il ruolo di genere e l’orientamento sessuale, sia fattori più estesi ad altri contesti di vita di un individuo. Difatti, le dimensioni sociali e politiche si intersecano in maniera rilevante con fattori biologici e psicologici creando non poche complessità da risolvere. Un soggetto che sviluppa la propria sessualità, mentre si trova a dover identificare e comprendere il proprio desiderio, il proprio piacere e tutti gli altri fattori, deve contemporaneamente capire come viverli in armonia il più possibile nel contesto sociale e culturale di riferimento. Tutto questo processo così altamente influenzato spesso può subire delle inclinazioni che possono portare da un semplice disagio fino a sfociare a condizioni di sofferenza patologica sulla sessualità che arrivano ad estendersi fino allo stato di salute generale.

Data la complessità di tale argomento ci siamo interrogati su cosa deve poter offrire un modello terapeutico per essere in grado di aiutare un individuo che vive con difficoltà questo delicato momento evolutivo, non solo legato allo sviluppo della sua dimensione sessuale, ma anche identitaria e relazionale.

Abbiamo dato inizio a un modello multidimensionale che, partendo dall’individualizzazione dei momenti salienti dello sviluppo, si prefigge il compito di comprendere come sostenere e affiancare una persona, allo scopo di individuare e favorire lo sviluppo delle risorse che gli saranno necessarie per fronteggiarli al meglio. La nostra ipotesi considera che in determinate fasi di vita, come ad esempio la pubertà, tali risorse personali sono potenzialmente presenti, ma possono essere inficiate dalla presenza di determinate condizioni.

Questo concetto è ben spiegato nel modello trasversale della Control Mastery Theory (CMT), in cui viene ipotizzato che un soggetto ha in sé la capacità intrinseca (mastery) per individuare e perseguire la propria

autorealizzazione personale, ma nel corso del suo sviluppo possono avvenire eventi traumatici o significativi che coinvolgono sia lui che le persone vicine. Nel tentativo di trovare un adattamento a tali situazioni, il soggetto costruisce una serie di credenze che hanno lo scopo di guidarlo, ma che possono rivelarsi patogene ovvero in contrasto con una sana evoluzione della persona. Quindi è possibile, partendo da problematiche legate alla sessualità che il paziente presenta, sviluppare un lavoro terapeutico basato sul suo piano, che gli possa favorire la disconferma delle sue credenze patogene, andando a favorire i processi evolutivi.

Frank R. Dillon, Roger L. Worthington, Bonnie Moradi (2011) Sexual Identity as a Universal Process Handbook of Identity Theory and Research, 2011 ISBN : 978-1-4419-7987-2

Gazzillo, Francesco; Curtis, John; Silberschatz, George. The plan formulation method: An empirically validated and clinically useful procedure applied to a clinical case of a patient with a severe personality disorder /- In: JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY. - ISSN 0021-9762. - (2022). [10.1002/jclp.23299]

Gazzillo, F. (2016). Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla Control Mastery Theory. Raffaello Cortina Editore.

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-042

TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

Comprendere i bisogni: come integrare la prospettiva degli unmet needs nel lavoro clinico

Chair: Maurizio Brasini, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Discussant: Elena Bilotta, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

L'idea che il mancato soddisfacimento di alcuni bisogni fondamentali possa avere rilevanti implicazioni nella sofferenza e che, di converso, la strada verso il benessere possa essere perseguita attraverso la soddisfazione dei bisogni, è intuitiva e di senso comune ed appartiene storicamente alla tradizione della psicologia umanista. Fin dalle prime concettualizzazioni, si è ricercato un fondamento evoluzionistico per questi bisogni, si è ipotizzato che alcuni di essi avessero principalmente a che fare con la sopravvivenza ed altri con la realizzazione di sé e si è considerata l'importanza della prospettiva evolutiva, secondo la quale alcuni bisogni fondamentali insoddisfatti nelle prime fasi della nostra vita avranno conseguenze a lungo termine.

La teoria dell'attaccamento ha contribuito molto al recupero di questa prospettiva in ambito clinico; tuttavia, in molti casi, quello che è stato recepito è un modello appiattito sul "deficit di accudimento", cioè su una declinazione più o meno varia del bisogno di essere accuditi. Alcuni orientamenti terapeutici si sono più o meno esplicitamente riconnessi alla tradizione umanista; tuttavia ad oggi siamo ben lontani dal disporre di una mappa empiricamente fondata e condivisa dei bisogni, soprattutto in ambito interpersonale, né sembra che un approccio tassonomico abbia portato a risultati convincenti.

In questo simposio si presenterà un modello empiricamente fondato dei bisogni interpersonali, lo si integrerà con le più recenti riflessioni sul modello dei bisogni elaborato da Young nella Schema Therapy e si presenteranno due casi clinici per illustrare come si possa utilizzare una mappa semplice dei bisogni interpersonali nel lavoro clinico.

I bisogni interpersonali fondamentali: quali sono e come misurarli

Relatore: Mauro Giacomantonio, Università "La Sapienza" Roma - SPC, Roma

Co-autori:

Maurizio Brasini, SPC, Roma;

Valerio Pellegrini, Università "La Sapienza", Roma

Il tema dell'identificazione dei bisogni fondamentali e delle relazioni tra di essi è di cruciale importanza in psicologia, in particolare nella psicoterapia. Recentemente, modelli teorici come quello della Dweck (2017) e di Arnz e collaboratori (2021) hanno dato importanti contributi allo sviluppo di una tassonomia esaustiva e parsimoniosa dei principali bisogni psicologici umani. Questo studio si concentra sui bisogni interpersonali, al fine di identificare i principali bisogni interpersonali degli individui e definirli in modo empirico. Ciò può rappresentare un importante supporto sia per il monitoraggio della relazione terapeutica nel contesto clinico, sia per l'individuazione dei bisogni che il paziente ritiene più difficili da soddisfare.

In questo studio, condotto su un ampio campione (N =1429), è stato possibile distinguere cinque bisogni interpersonali: "Comfort" (bisogni di sicurezza e protezione), "Hold" (bisogni relativi ai limiti realistici), "Enjoy" (bisogni relativi al gioco, al divertimento ed alla condivisione), "Value" (bisogni di autostima, senso di

autoefficacia e competenza) e "Nudge" (bisogni di esplorazione e promozione dell'autonomia). Questi bisogni sono stati esaminati in relazione ad altre misure e costrutti psicologici come SCL-90 (Symptom Checklist), PID-5 (Personality Inventory for DSM-5), SLS (Satisfaction with Life Scale), ASQ (Attachment Style Questionnaire), BFI (Big Five Inventory) e la BPNSFS (Basic Psychological Needs Satisfaction and Frustration Scale). La capacità di definire e misurare questi bisogni può rappresentare un importante supporto nella pratica clinica per la comprensione dei bisogni dei pazienti e la promozione della loro salute mentale. Verranno discusse le implicazioni teoriche, cliniche e future direzioni di ricerca.

Una riformulazione dei bisogni emotivi fondamentali all'interno del modello della Schema Therapy

Relatore: Barbara Basile, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

I bisogni emotivi fondamentali, secondo la Schema Therapy (ST, Young, Klosko e Weishaar, 2003), sono per definizione innati, universali e presenti fin dalla nascita in ciascuno di noi, manifestandosi, in misura e modalità diverse, dalla nascita e per tutto il corso della vita. Secondo la ST si possono articolare in 5 domini: 1) bisogno di protezione e cura (nei termini di attaccamento sicuro); 2) di sviluppare un senso di autonomia, competenza e identità; 3) ricevere limiti e regole e sviluppare un senso di auto-controllo; 4) libertà di esprimere le proprie emozioni, i bisogni e le opinioni; 5) bisogno di spontaneità e gioco. La frustrazione di questi bisogni (da parte delle figure di riferimento o di altri significativi nel contesto di appartenenza), in congiunzione con specifici aspetti temperamentali dell'individuo, accrescerebbe il rischio di sviluppare degli schemi disfunzionali relativi al sé, agli altri e al mondo che possono interferire con un sano adattamento nella crescita.

Secondo un'ulteriore concettualizzazione del modello, l'attivazione degli schemi in contesti e situazioni specifici prenderebbe quindi la forma di schema mode (i.e., mode del bambino, coping mode e mode interiorizzati/genitoriali). Nella sua applicazione pratica, le tecniche relazionali (i.e., Limited Reparenting) ed emotivo-esperienziali (i.e., Imagery Rescripting & Chairwork) della ST hanno lo scopo di identificare ed appagare i bisogni emotivi frustrati presenti e passati.

Secondo una recente proposta del gruppo di lavoro di ST olandese (Arntz et al., 2021), le classi di domini individuate da Young risulterebbero poco esaustive, suggerendo la necessità di aggiungere ulteriori bisogni emotivi primari. In particolare, gli autori propongono di inserire nella tassonomia attuale il bisogno di coerenza del Sé (self-coherence) e di giustizia (fairness). L'ambizioso progetto, che intende anche raggiungere una più completa e aggiornata lista degli schemi maladattivi, delle strategie di coping e degli schema mode, è attualmente in stato di validazione e traduzione in oltre 30 paesi.

L'obiettivo dell'attuale intervento si propone di presentare ed approfondire i suddetti concetti.

L'uomo che tratteneva troppo

Relatore: Michele Storti, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Ancona

P. ha 72 anni e vive in una città delle Marche. È ex maestro di musica, ora in pensione, pianista e organista. Vive con sua moglie, alla quale è sempre stato molto legato, e ha una figlia di 38 anni insegnante di religione che vive in una città del nord. La sua è una famiglia cattolica, legata alla comunità parrocchiale e a figure ecclesiastiche che hanno guidato la famiglia in alcuni passaggi della vita familiare.

P. si presenta in terapia in forte stato di sofferenza, con evidenti sintomi ansiosi, tensione generalizzata, depressivi, di rabbia auto-diretta che sfocia a volte in comportamenti autolesionisti, e vissuti di colpa connessi a scelte del passato, uno stato da cui si sente intrappolato e che lo portano anche ad avere ideazioni suicidarie.

L'episodio precipitante è stato, nel dicembre 2021, la dichiarazione della figlia ai genitori di essere omosessuale, a cui la moglie di P. reagisce in modo accusatorio e risentito, decidendo da quel momento di chiudere i rapporti con la figlia. P. cerca di mantenerli nonostante la disapprovazione della moglie. Da quel momento P. vive una profonda tristezza per la rottura dell'armonia familiare, ansia relativa alla lontananza della figlia e generalizzata. Si evidenziano soprattutto il vissuto della colpa e la rabbia auto diretta, dovuti alla convinzione che le sofferenze e i problemi propri e della famiglia discendano da un'intera vita costellata di sue scelte sbagliate: la cedevolezza nei confronti di un suocero dominante e arrogante, al fine di proteggere la sua famiglia, la debolezza nelle prese di posizione come padre e marito, l'inibizione delle emozioni e dei bisogni come strategia per non ingenerare conflittualità nelle relazioni, il muso adottato di frequente in famiglia quando sentiva rabbia, ora sono letti dal paziente come le ragioni principali del suo fallimento di padre, delle rinunce che si è autoimposto, delle scelte di vita della figlia e da ultimo della crisi familiare. Dalla storia familiare di P. emerge che le strategie di inibizione, autosacrificio e muso sono state interiorizzate dal modello materno, ma hanno anche svolto una funzione protettiva al fine di "non diventare come suo padre" (un uomo che ha manifestato attrazioni pedofiliche durante tutta la sua vita) e sono state funzionali all'antiscopo di ferire o abusare i suoi amati.

Il caso clinico è stato concettualizzato attraverso la cornice della Schema Therapy e in seguito rivisto alla luce di un modello degli Unmet Needs al fine di approfondire la comprensione del funzionamento e orientare l'intervento terapeutico.

“Il gioco è bello quando dura poco” – I bisogni di un paziente con disturbo borderline di personalità

Relatore: Sara Tranquilli, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori: Rachele Stacchiotti, SPC Ancona

In questo lavoro viene presentato il caso di M., partendo da una formulazione del caso in ottica Compassion Focused Therapy, per poi studiarne il funzionamento attraverso il modello degli Unmet Needs.

M. è un ragazzo di 23 anni, vive insieme alla madre e al fratello minore, mentre il padre è deceduto in seguito ad una malattia oncologica di cui non aveva condiviso il decorso con alcun familiare. Arriva in terapia per affrontare dei comportamenti definiti da lui stesso come problematici, ovvero l'eccessiva gelosia nei confronti della fidanzata e la messa in atto di condotte disfunzionali come l'abuso di alcool e droghe o la guida spericolata. Egli presenta una sintomatologia compatibile con il disturbo Borderline di Personalità, in comorbilità con sintomi da lutto. Nello specifico mostra disregolazione emotiva con un'importante componente impulsiva e rabbia, disregolazione interpersonale con timori abbandonici, nonché sentimenti di indegnità e scarso valore personale. A questo si aggiunge il vissuto ansioso-depressivo conseguente il lutto.

Ciò che risulta nucleare nel funzionamento del paziente è il timore di essere abbandonato perché si reputa non abbastanza interessante per l'altro. Per prevenire questa esperienza di tradimento mette in atto dei comportamenti di controllo, innescando dei cicli interpersonali disfunzionali che non solo non facilitano il raggiungimento dei suoi scopi, bensì ne rendono più plausibile la frustrazione alimentando il suo timore abbandonico. A ciò M. risponde con condotte disfunzionali che lo allontanano sempre di più dal raggiungimento del suo scopo e dalle persone significative, confermando la credenza di non essere amabile.

Verrà dunque discusso il caso dapprima in ottica Compassion, attraverso la quale si evidenzia come l'abuso di alcool, droga, la guida spericolata e i comportamenti promiscui siano un tentativo disfunzionale di regolare il Sistema della minaccia attraverso l'iperattivazione del Sistema di ricerca di stimoli e ricompense, poichè il Sistema calmante risulta inaccessibile.

A questa descrizione verrà integrata una formulazione secondo il nuovo modello degli Unmet Needs, che fornisce un'ulteriore chiave di lettura del funzionamento del paziente: il bisogno frustrato è quello del Comfort, al quale non riesce ad accedere. Conseguenza di questo è il continuo alternarsi tra l'attivazione dell'Enjoy e del Value, che porta M. a rimanere "incastrato" tra il gioco solitario e disregolato (comportamenti "di sballo") e i disperati tentativi di salvaguardare il proprio valore attraverso il controllo e l'umiliazione, e ad allontanarsi così sempre di più dal raggiungimento del conforto di cui avrebbe realmente bisogno.

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-099

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

Psicoterapia Sensomotoria: prospettive socioculturali

Chair: Stefania Fadda, Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Discussant: Alessandra Ciolfi, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Sensorimotor Psychotherapy Institute e Psicoterapia Sensomotoria Italia, Roma

Il presente simposio si propone di presentare una visione ampliata della psicoterapia sensomotoria in ottica antirazzista e antidiscriminatoria, con l'obiettivo di sensibilizzare verso i problemi e l'eredità dell'oppressione e della marginalizzazione in tutte le forme personali, interpersonali, sistemiche e culturali, e porre in luce la loro influenza in psicoterapia. Attraverso le lenti delle psicoterapie cognitive e sensomotoria, il simposio si focalizzerà sui traumi, le ferite precoci dell'attaccamento, la dissociazione e la disregolazione con l'obiettivo di "districare gli inevitabili e capillari sarmenti del razzismo, dell'oppressione sistemica e del pregiudizio implicito" (Odgen, 2022).

La psicoterapia sensomotoria nella prospettiva socioculturale: i bias impliciti

Relatore: Esther Perez, Sensorimotor Psychotherapy Institute e Paseo del Obispo 3, Màlaga

La psicoterapia contemporanea si è sviluppata in prima battuta all'interno di un contesto europeo, a opera di clinici cristiani e ebrei e, pertanto, è stata concepita per essere rivolta al trattamento di pazienti appartenenti a quel tipo di cultura. Altri modelli psicoterapeutici, emersi durante il secolo scorso, hanno seguito una traiettoria evolutiva simile e la psicoterapia sensomotoria non fa eccezione. Questo metodo – un approccio basato sul corpo, che individua nella "narrativa somatica" (la storia raccontata dalle espressioni del viso, dalla postura, dai gesti, dal movimento e dallo sguardo) la vita elettiva del cambiamento terapeutico – è stato creato negli Stati Uniti tra la metà e la fine del XX secolo. I valori sui quali si fonda – e, di conseguenza, anche i pregiudizi – sono espressioni della cultura bianca e, negli anni, non sono stati apportati adattamenti sistematici, comprensivi delle specifiche prospettive delle persone di colore, delle popolazioni marginalizzate e di altri gruppi storicamente discriminati.

Gli approcci occidentali eurocentrici alla psicoterapia (inclusi i modelli della psicologia dello sviluppo e della teoria del trauma), così come i modelli basati sul corpo, si sono evoluti, inizialmente, all'interno di paradigmi occidentali, individualistici e privilegiati.

L'integrazione e l'adattamento degli approcci sensibili alla cultura, al fine di comprendere le manifestazioni patologiche e gli interventi terapeutici, rimangono ai margini della teoria e della pratica psicologiche, compromettendo l'efficacia del trattamento di persone che non si conformano alla norma.

L'intento di questo lavoro è quello di condividere con la comunità scientifica CBT l'attuale concettualizzazione della psicoterapia sensomotoria rispetto alla consapevolezza dell'eredità culturale, dell'influenza del razzismo e dei bias verso coloro che percepiamo essere "non come noi". Sviluppare, nella clinica e nella ricerca, una sensibilità più profonda nei confronti di questi temi, insieme a un impegno continuativo all'interno di una lente contestuale socioculturale e antioppressiva.

Il ruolo del corpo nel trattamento del trauma

Relatore: Stefania Fadda, Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

I pazienti con storie traumatiche mostrano, spesso, una sequela sconcertante di sintomi somatici, emotivi e cognitivi che li lasciano in balia di vissuti di impotenza e della sensazione di non avere controllo di sé. Questa cascata soverchiante di emozioni negative, sensazioni fisiche e immagini intrusive, continuamente sollecitata da ricordi del trauma del passato, è rimessa in scena, in un modo che sembra non avere fine, nel teatro del corpo.

Esiste una grande varietà di accadimenti traumatici, che include e va oltre gli incidenti, le molestie sessuali, gli abusi fisici, la violenza domestica, i traumi medici, i disastri naturali, il trauma storico e transgenerazionale, il trauma di guerra, le migrazioni forzate, il terrorismo, il razzismo. Per i gruppi di individui oppressi, infatti, i trigger comprendono numerose sollecitazioni pubbliche, simboli di eventi traumatici storici, racconti dei mezzi di comunicazione peggiorativi e pieni di stereotipi ed esperienze personali quali microaggressioni, discriminazione, pregiudizio e simili.

Numerosi ricercatori riportano che le sequele del trauma storico si associano a una vasta gamma di manifestazioni patologiche, includendo la predisposizione al PTSD, un aumentato rischio di ansia e depressione e un numero elevato di disuguaglianze insite nel sistema di cura (Mohatt, Thompson, Thai et al., 2014)

Il solo uso della "terapia della parola" non riuscirebbe ad avere accesso e a risolvere la mole infinita degli strascichi traumatici. I ricordi traumatici, infatti, esitano, in larga misura, in fenomeni non verbali e non sono codificati nella memoria autobiografica. I terapeuti, pertanto, in tali circostanze non possono basarsi sui racconti del paziente per la risoluzione dei sintomi, poichè la possibilità di verbalizzare le esperienze interne necessita di accedere al corpo che versa in uno stato di ottundimento o viene evitato, nel tentativo di minimizzare sensazioni spiacevoli o dolorose.

La psicoterapia sensomotoria, sviluppata negli anni Ottanta, offre in tal senso un'alternativa occupandosi direttamente delle sensazioni e dei movimenti del corpo, per disautomatizzare i pattern somatici, i sintomi trauma-correlati e la disregolazione. La premessa della psicoterapia sensomotoria è che i terapeuti, formati in CBT, possano incrementare l'efficacia del loro lavoro clinico rivolgendosi direttamente al corpo e ai sintomi evidenziati, che così spesso complicano il trattamento dei disturbi da stress post-traumatico.

Il trattamento delle memorie corporee in CBT: un contributo della Psicoterapia Sensomotoria

Relatore: Alessandra Ciolfi, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Sensorimotor Psychotherapy Institute, Psicoterapia Sensomotoria Italia, Roma

I ricordi possono essere richiamati in due modi diversi, o in una combinazione dei due: in maniera esplicita (cioè attraverso una coerente descrizione verbale degli eventi, che possiamo chiamare alla memoria in maniera consapevole) oppure in maniera implicita (in forma non verbale e inconsapevole, attraverso abitudini, immagini, emozioni, schemi fisici e convinzioni, il tutto spesso correlato a eventi che non siamo in grado di ricordare).

I ricordi impliciti di un'esperienza travolgente includono dati sensoriali sull'evento e sulle reazioni traumatiche nel corpo. Le nostre vite possono essere modellate da riattivazioni della memoria implicita. Entriamo semplicemente in questi stati radicati e ne facciamo esperienza come fossero la realtà della nostra esperienza presente (Siegel, 2015:55). I ricordi impliciti legati all'esperienza traumatica possono includere: frammenti

somatosensoriali di stimoli traumatici come un suono, un'immagine, un odore, una sorta di tatto, un gusto. Reazioni di iper-attivazione come il pianto di attaccamento, la fuga, la lotta e le risposte di congelamento. Reazioni di ipo-attivazione come la sottomissione, la morte simulata, gli stati di "spegnimento", il collasso e la depressione. Stimoli relazionali, la voce, le espressioni facciali e i gesti. Modelli somatici appresi proceduralmente e sequenze di azioni (spingere qualcosa, allungando la mano). Memorie traumatiche dissociate, tagliate fuori dalla consapevolezza, immagazzinate sotto forma di percezioni sensoriali e di re-enactment comportamentali. I ricordi di ciò che è accaduto portano a rivivere queste ripetizioni non verbali dell'evento traumatico storico, anche attraverso sintomi fisici misteriosi che sembrano non avere un'origine organica. L'uso della terapia della parola per affrontare gli esiti debilitanti del trauma si rivela fortemente riduttivo, dal momento che le parole per dare un nome a ciò che è accaduto non sono disponibili. Il senso persistente di pericolo pendente, descritto come "terrore senza parole" (Siegel, 1999; Van der Kolk, Van der Hart, Marmar, 1996), rende, a sua volta, il linguaggio indisponibile. Nella Psicoterapia Sensomotoria (PS), accediamo al residuo implicito (corporeo) del trauma, utilizzando frammenti della narrazione per evocare azioni incomplete e insoddisfacenti avvenute al momento dell'evento, in modo da poterle rielaborare consapevolmente, nel presente. Attraverso le tecniche corporee della PS è possibile accedere alle memorie implicite. La comorbidità delle diverse sintomatologie con il PTSD fa sì che in un trattamento con terapie "classiche" risulta difficile accedere a tali memorie corporee.

La relazione implicita: gli enactment terapeutici

Relatore: Elisabetta Pizzi, Terzo Centro di Terapia Psicoterapia Cognitiva, Socio fondatore della Società Italiana Dialectical Behavior Therapy, Roma

Nel campo intersoggettivo vengono evocati elementi significativi e impliciti che rivelano aspetti delle esperienze di vita dei pazienti (Cozolino, 2002). Questi contenuti nascosti possono essere rivelati ed espressi attraverso la sicurezza, l'empatia e la compassione dell'alleanza terapeutica. La risonanza che nasce dallo scambio non verbale (come il tono della voce, i gesti, le posture, il linguaggio del corpo e le espressioni facciali) indica elementi di relazioni di attaccamento e modelli di regolazione appresi dallo sviluppo (Schore, 2003). Questi sono tutti fattori importanti all'inizio del processo terapeutico. Essere consapevoli e tenere traccia di come la relazione si interseca con l'esperienza traumatica del paziente può fornire indizi sulle tendenze procedurali e sui processi relativi all'attaccamento sia del terapeuta che del paziente. L'esperienza relazionale implicita può avere un impatto sulla relazione terapeutica e su paziente e terapeuta come individui, in modi che sono sia costruttivi per gli obiettivi del paziente, sia potenzialmente ostacolanti. Sebbene gli obiettivi del paziente siano prioritari, è importante riconoscere che il terapeuta porta anche la propria storia nel lavoro. La consapevolezza da parte del terapeuta dei propri schemi, così come la propria capacità di tracciare tali schemi, è un'abilità in continua crescita che può aiutare a informare i punti di scelta terapeutica dei piani di sviluppo personale e professionale del terapeuta.

Il materiale implicito ed esplicito che emerge in seduta è modellato e sostenuto da fattori contestuali, incorporati nelle nostre realtà socioculturali. Ciascuno di noi racchiude in sé le identità storiche cumulative e attuali del gruppo di appartenenza, portando con sé la sua eredità transgenerazionale e la sua esperienza relativa al genere, allo status socioeconomico, alla razza, all'etnicità, allo stato di migrante, all'orientamento sessuale e a ogni altro indicatore della propria identità. Attraverso le tecniche della psicoterapia sensomotoria, come il tracking, il contact statement, la mindfulness orientata al corpo, è possibile accedere al materiale implicito. Il terapeuta CBT può avvalersi di tali tecniche nel trattamento del trauma in cui spesso prevale il Sé implicito nella relazione terapeutica sia del paziente che del terapeuta. Esplicitando l'implicito sarà possibile riconoscerlo, capirlo e integrarlo.

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-094

TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

Valutazione clinica di aspetti cognitivi nei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA): ambiti e metodi emergenti per la pianificazione del trattamento

Chair e Discussant: Elena Tomba, Psicologa, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca in Psichiatria, Professoressa Associata Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Obiettivo del simposio: Il simposio si focalizzerà sulla presentazione di ambiti di valutazione clinica relativi ai processi e stili cognitivi associati ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), con particolare riferimento al contributo che questi fattori psicologici cognitivi hanno nella pianificazione del trattamento e nel miglioramento degli outcome in questa popolazione. Verranno approfonditi attraverso l'applicazione della Network Analysis (emergente metodologia di ricerca per lo sviluppo di modelli clinici complessi), l'utilità della valutazione dei fattori cognitivi nei soggetti a rischio di DNA e dello sviluppo di un indice clinico di gravità di compromissione cognitiva nei pazienti con DNA. Inoltre verrà discussa la rilevanza clinica del riconoscimento e trattamento dei deficit cognitivi mediante la Cognitive Remediation Therapy (CRT) e riconoscimento e trattamento dei cicli metacognitivi interpersonali disfunzionali con la Terapia Metacognitiva Interpersonale nei pazienti con DNA.

Articolazione del simposio:

I relatori coinvolti nel simposio sono ricercatori e clinici esperti che contribuiscono con pubblicazioni scientifiche alla ricerca clinica sui DNA e del ruolo dei fattori cognitivi. Il simposio oltre a presentare le aree di valutazione clinica emergenti, offrirà spunti di riflessione su futuri sviluppi nello studio e nel trattamento dei DNA anche attraverso la discussione di casi clinici.

L'utilizzo di modelli di network sintomatologico per lo studio di fattori clinici, cognitivi e di benessere in un campione a rischio di Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

Relatore: Giuliano Tomei, Psicologo, Dottorando presso Università di Bologna

Co-autori: Elisa Storelli; Elena Tomba - Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

La network analysis (NA) è un innovativo approccio psicometrico che permette di sviluppare e rappresentare graficamente in un unico modello coesivo le interazioni tra molteplici variabili, quali ad esempio sintomatologia psicologica, dimensioni di benessere, stili cognitivi ed aspetti fisiologici. Tale modello permette di identificare quali di queste variabili esercitano la maggiore influenza nel network (indice di centralità), rappresentando quindi potenziali bersagli prioritari per interventi clinici. Tale approccio ha riscontrato grande successo nello studio dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA). Tuttavia, la NA è stata quasi esclusivamente applicata allo studio dei DNA acuti e della loro sintomatologia clinica, con poca attenzione al ruolo di stili cognitivi irrazionali nelle popolazioni a rischio di esordio di DNA.

Il presente studio consiste nello sviluppo e analisi di un modello di network ottenuto dai dati di 78 individui a rischio di DNA. La maggior parte del campione è composto da femmine (86.9%) con età media pari a 28.4 (±

9.2) anni. Tale campione è stato identificato tramite un questionario online in lingua italiana somministrato alla popolazione generale; tale questionario indaga eventuali condotte di restrizione alimentare, preoccupazioni legate al cibo, alla forma ed al peso corporeo tramite EDE-Q, benessere psicologico, sociale ed emotivo tramite MHC-SF, sintomatologia di ansia, stress cronico e depressione tramite DASS-21, flessibilità psicologica tramite AAQ-2, e credenze razionali e irrazionali tramite ABS2-SF.

I risultati preliminari mostrano una maggiore centralità per le variabili di auto-accettazione (coefficiente di centralità [CC]: 1.59), sintomatologia depressiva (CC: 1.05) e benessere psicologico (CC0.84), mentre gli aspetti cognitivi e comportamentali tipici dei DNA appaiono nella periferia del network, suggerendo una minore rilevanza nelle fasi prodromiche del disturbo. Dai risultati preliminari del presente studio è possibile osservare come, nelle fasi prodromiche dei DNA, la sintomatologia affettiva e lo stress cronico aspecifico sembrano giocare un ruolo più rilevante rispetto alla sintomatologia DNA specifica. Tali risultati supportano quanto presente in letteratura rispetto al ruolo chiave della sintomatologia depressiva nell'esordio dei DNA e vanno ad arricchire la comprensione del quadro clinico, sottolineando anche l'importanza di fattori cognitivi aspecifici e della dimensione di benessere. Considerati i risultati del presente studio, risulta quindi importante che gli interventi di prevenzione dei DNA includano anche tali aspetti al fine di prevenire un esordio acuto di DNA.

Equilibrio cognitivo e benessere psicologico nei disturbi del comportamento della nutrizione e dell'alimentazione: una network analysis

Relatore: Lucia Tecuta, Psicologa, Psicoterapeuta, dottore di Ricerca in Psicologia Clinica, ricercatrice presso Università di Bologna

Co-autori:

Giuliano Tomei, Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna;

Raymond DiGiuseppe, St. John's University, New York;

Romana Schumann, Centro Gruber, Bologna;

Donatella Ballardini, Centro Gruber, Bologna;

Rachele Ceconello, Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna;

Elena Tomba, Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Mentre molti studi sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) evidenziano un importante ruolo delle credenze maladattive, risultano invece inesplorate le credenze di tipo adattivo. Il modello cognitivo States of Mind (SOM), finora applicato in altre popolazioni cliniche, mette in relazione credenze adattive e maladattive in un unico indice di equilibrio cognitivo, rappresentato da un rapporto proporzionale tra credenze positive e negative, in cui le credenze positive sono maggiormente presenti pur riconoscendo la salienza rilevante delle credenze negative [$SOM = \text{Positivo} / (\text{Positivo} + \text{Negativo})$]. Un punteggio SOM elevato rappresenterebbe quindi un migliore equilibrio caratterizzato da credenze prevalentemente positive, mentre un punteggio SOM basso rappresenterebbe un peggior equilibrio cognitivo con credenze prevalentemente negative.

Il presente studio indaga l'indice di equilibrio cognitivo SOM nei DNA ed esamina le relazioni tra tale indice, benessere psicologico e sintomatologia alimentare tramite network analysis, un innovativo metodo statistico attraverso il quale è possibile costruire una rete psicopatologica rappresentativa del disturbo.

Pazienti femminili con DNA ambulatoriali ($n=199$, età media 27.02 ± 12.44) sono stati valutati all'ingresso attraverso: Attitudes and Beliefs Scale-2 per credenze maladattive (Irrational Beliefs-IBs) e credenze adattive (Rational Beliefs-RB), da cui è stato poi calcolato un punteggio SOM [$RBs / (RBs + IBs)$], Eating Disorder

Inventory-3 (EDI-3) per la sintomatologia alimentare, le Psychological Well-being Scales (PWB) per il benessere psicologico. Un campione di controllo appaiato per caratteristiche socio-demografiche (n = 95) è stato valutato per credenze con ABS-2.

Pazienti con DNA mostrano punteggi significativamente più bassi nel SOM e nelle RBs rispetto ai controlli, mostrando quindi peggior equilibrio cognitivo. Nel gruppo di pazienti, la network analysis evidenzia il ruolo centrale della dimensione PWB-auto-accettazione, EDI-3 Disadattamento psicologico generale ed equilibrio cognitivo SOM, oltre ad evidenziare l'importanza dell'influenza reciproca che l'equilibrio cognitivo SOM e disadattamento psicologico legato al disturbo esercitano tra di loro. I risultati del presente studio supportano l'utilità clinica nel considerare le credenze adattive ed il loro rapporto con quelle disadattive, in quanto tale rapporto costituisce un nodo centrale nella complessa rete psicopatologica dei DNA, rappresentando un importante indice di gravità di compromissione cognitiva in questa popolazione clinica.

TMI-DCA: un caso clinico

Relatore: Francesca Giglio, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale di Roma, Bologna

Co-autori:

Fioravanti Gloria, Centro Trattamento Integrato Disturbi Alimentari e Obesità, Verona;

Popolo Raffaele, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Nella letteratura psicologica è ormai ampiamente acclarato che alla base dei disturbi del comportamento alimentare ci sono importanti difficoltà di origine cognitiva (Fairburn, 2002) - perfezionismo, bassa autostima, difficoltà interpersonali - che determinano specifiche manifestazioni comportamentali (es. restrizione alimentare, abbuffate, condotte compensatorie), che mantengono il sintomo e che si oppongono al cambiamento (Fairburn et al. 2003).

Sebbene il modello CBT, che si focalizza sul cambiamento delle credenze principali e sul loro contenuto, rappresenti un trattamento efficace e più frequentemente utilizzato nella terapia dei DCA, i tassi di recidiva rimangono moderatamente alti (Brown & Keel, 2012), i drop-out frequenti e la compliance al trattamento di difficile sviluppo (Van der Eynde e Schmidt 2008; Cotugno 2012). Nella pratica clinica infatti ci si confronta spesso con un atteggiamento non collaborativo, con necessaria ridefinizione del contratto e degli obiettivi terapeutici e con un'impasse derivante da una gravità psicopatologica attribuibile a una scarsa metacognizione e a specifici schemi maladattivi interpersonali.

Gli schemi interpersonali (Dimaggio et. al 2013; 2019) sono un sistema di previsioni circa il modo in cui gli altri risponderanno alle proprie richieste dettate da bisogni con base biologica (attaccamento, rango, esplorazione, autonomia, inclusione, sessualità, accudimento etc. Liotti, Fassone e Monticelli, 2017, Gilbert, 1989; Lichtenberg, 1989; Liotti & Gilbert, 2011; Panksepp, 1998); sono sistemi cognitivi-affettivi-somatici basati su rappresentazioni implicite o esplicite su di sé e sugli altri di cui i pazienti spesso non sono consapevoli, non sono consapevoli degli elementi significativi della propria esperienza interiore e rispetto ai quali mettono in atto modalità di coping disfunzionali, precedentemente apprese, nel tentativo di sostenere le relazioni interpersonali.

Comprendere gli elementi costitutivi degli specifici schemi cognitivo-interpersonali che caratterizzano i DCA diviene quindi cruciale poichè tra i meccanismi di mantenimento dello stato problematico e dunque focus del trattamento. In questa cornice, la Terapia Metacognitiva Interpersonale, nella più recente forma manualizzata, è un modello terapeutico che, attraverso un'ampia gamma di tecniche cognitive ed esperenziali, affiancate a un costante monitoraggio della relazione terapeutica (Centonze et al. 2021), interviene su due dimensioni non ampiamente considerate dalla CBT-E: deficit metacognitivi e difficoltà

interpersonale. La TMI mette alla luce e interviene su credenze, aspettative e valutazioni interpersonali, che il paziente utilizza e che sono elemento centrale dei cicli interpersonali disfunzionali (Safran e Segal 1990; Gilbert e Leahy 2009), e usa la relazione e l'alleanza terapeutica come strumento privilegiato per l'identificazione, la ridefinizione e il cambiamento degli schemi di sé-con-l'altro in pazienti affetti da DCA, con conseguente miglioramento del sintomo.

Nell'intervento si illustrerà in ottica di Terapia Metacognitiva Interpersonale un caso clinico, caratterizzato da alti standard perfezionistici, inibizione emotiva e blocco dell'agency, in cui una maggiore comprensione dello schema maladattivo interpersonale alla base del disturbo alimentare ha favorito una migliore compliance e un lavoro con successivo miglioramento del sintomo.

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-034

TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

ADHD nell'adulto tra sintomi dissociativi e traumi complessi

Chair: Rosario Esposito, Didatta SPC Napoli, Didatta SITCC Napoli

Discussant: Giuseppe Nicolò, Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL Roma 5; fondatore del Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Il Deficit dell'Attenzione e dell'Iperattività (ADHD) è secondo il DSM 5 un disturbo del neuro-sviluppo caratterizzato da sintomi ascrivibili ad iperattività, impulsività e disattenzione. Ad oggi ancora poco sappiamo dell'ADHD nell'adulto, se non la vasta comorbilità con molti dei disturbi mentali come disturbi di personalità, disturbi del comportamento alimentare, disturbi dell'umore e ansiosi (Bernardi, et al., 2012). Inoltre, sembrerebbe che persone con ADHD presentino una maggiore incidenza di sintomi legati a disturbi traumatici e disturbi dell'attaccamento (Biederman, et al., 2014; Kulacaoglu, et al., 2017; Usta, et al., 2021), complicando il quadro clinico e la possibilità di effettuare una diagnosi adeguata. L'obiettivo del presente simposio è quello di investigare fattori di rischio, epidemiologia e peculiarità del funzionamento ADHD nell'adulto attraverso dati descrittivi, di ricerca e di review, con l'intento di accrescere la conoscenza su tale disturbo per migliorare il lavoro clinico.

Intervento psicoeducazionale e psicosociale nell'ADHD dell'adulto

Relatore: Antonio Onofri, Psichiatra, Didatta SITCC, Supervisore EMDR, Direttivo Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale Training School di Roma, Jesi e Spoleto, Fondatore portale web www.ApertaMenteWeb.com, Centro Clinico de Sanctis, Roma

Co-autori: Silvia Gubbini, Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP) ASL Roma 5, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e Servizio Ambulatoriale per il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) in età adulta, Ospedale SS. Gonfalone, Monterotondo (Roma)

Circa due terzi delle persone con ADHD continuano ad avere il disturbo anche da adulti e questo ha un impatto negativo su vari aspetti della loro vita.

Le linee guida consigliano un trattamento multimodale che combini farmaci e interventi psicosociali. È infatti importante fornire al paziente una maggiore comprensione del proprio funzionamento e delle eventuali strategie disadattive che probabilmente utilizza. La psicoeducazione è stata dimostrata come un'efficace strategia anche per ridurre la stessa sintomatologia dell'ADHD, come l'iperattività e l'impulsività, ma anche l'ansia e la depressione che spesso l'accompagnano.

È però importante che la psicoeducazione venga personalizzata in base alle esigenze specifiche di ogni paziente. Verranno pertanto illustrate e prese in esame le principali aree di intervento del trattamento psicosociale.

ADHD nell'adulto

Relatore: Serena Griffo, DSMDP ASL Roma 5, SICC Roma, Artena

Co-autori:

Sangiovanni, Loredana; DSMDP ASL Roma 5;

Marino, Giovanni; DSMDP ASL Roma 5;

Riggio, Francesco; DSMDP ASL Roma 5;

Mentuccia, Valentina; DSMDP ASL Roma 5, SICC Roma;

Laura, Bernabei; DSMDP ASL Roma 5;

Nicolò, Giuseppe; DSMDP ASL Roma 5

Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività dell'adulto (ADHD) è un disturbo di salute mentale che include una combinazione di problemi persistenti, come difficoltà a prestare attenzione, iperattività e comportamento impulsivo.

I sintomi in età adulta potrebbero non essere chiari come i sintomi dell'ADHD nei bambini. Negli adulti l'iperattività può diminuire, ma possono continuare le manifestazioni di impulsività e di irrequietezza, nonché la difficoltà a prestare attenzione (APA, 2013). In generale l'ADHD è associato a un significativo deficit psicosociale e ad un alto tasso di comorbidità e multimorbidità.

L'ADHD adulto può portare a relazioni instabili, scarso rendimento scolastico o lavorativo, bassa autostima e altri problemi. Si considera infatti che tre quarti di pazienti ADHD adulti presentano comorbidità psichiatriche quali disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi di personalità, disturbo da uso di sostanze ecc.

Il Centro per adulti ADHD dell'Azienda Sanitaria Locale "ASL Roma 5", attivo presso il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, all'interno dell'Ospedale Parodi Delfino di Colleferro (RM), fornisce una descrizione della popolazione di pazienti afferenti all'ambulatorio, sottolineando aspetti come comorbidità, diagnosi differenziale e proposte di trattamento.

Sintomi dissociativi nei pazienti con DCA. ADHD come fattore di aggravamento?

Relatore: Gloria Fioravanti, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Trattamento Integrato Disturbi Alimentari Obesità, Verona

Co-autori:

Capuozzo, Alessandra; Psicologa, Psicoterapeuta Cognitiva, SITCC Campania;

Dimaggio, Giancarlo; Centro TMI Roma

Vi sono sempre più evidenze scientifiche che sottolineano la significativa correlazione tra Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e il disturbo dell'ADHD (tra il 5 e il 18% - Meracci & Magliarese, 2021). Entrambi i disturbi sembrano avere una forte correlazione con esperienze traumatiche (sia semplici che complesse. I traumi nei DCA possono portare il paziente a sviluppare comportamenti alimentari disfunzionali fino allo sviluppo del disturbo (Brustenghi, et al., 2019); mentre il funzionamento ADHD porta questi pazienti ad essere più vulnerabili nell'esporsi verso situazioni ad alto rischio e/o a vivere determinate esperienze in modo estremamente drammatico (Biederman, et al., 2014; Jeavons, et al., 2021). Tuttavia, al meglio delle nostre conoscenze, le possibili manifestazioni dissociative all'interno di una popolazione ADHD con DCA non sono state ancora esplorate. Gli obiettivi di questa presentazione sono: I. esplorare all'interno di un campione DCA quanti di questi presentano sintomi ADHD (campione di 100 soggetti); II. Descrivere quali differenze

emergono tra il gruppo DCA e il gruppo ADHD-DCA dal punto di vista qualitativo e quantitativo relativamente ai sintomi dissociativi. Noi ci aspettiamo che il campione DCA con ADHD presenti maggiore gravità nella sintomatologia dissociativa, in quanto ci aspettiamo che la presenza di ADHD peggiori il quadro psicopatologico del disturbo alimentare.

ADHD dalla nascita all'età adulta: complessità o semplificazione?

Relatori:

Alessandra Capuozzo, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitiva, SITCC Campania;

Bruno Intreccialagli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Secondo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Napoli

Come è noto, è stata evidenziata una correlazione Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADHD) ed episodi traumatici, sulla base dell'ipotesi che il bambino ADHD nel corso del suo sviluppo appaia più vulnerabile ad eventi di vita stressanti come l'impulsività e la disattenzione (Szymanski, et al., 2011). Anche dati a supporto dei fattori ambientali indicano che questi possono aumentare il rischio di ADHD e/o la gravità dei sintomi. Tali fattori vanno dall'esposizione a sostanze, abuso di alcol durante la gestazione, fino a deprivazione affettiva precoce e condizioni di vita avverse, come bassa classe sociale, affido, problematiche familiari, disturbo mentale materno (Sciberras, et al., 2017). Da un punto di vista neuro-biologico, sono descritti studi che hanno evidenziato una minore presenza di sostanza bianca e grigia nei pazienti con ADHD (Seidman, 2006; Valera, 2007) e in pazienti con disturbo dell'attaccamento (Makita, et al., 2020; Bick, et al., 2016; Siehl, et al., 2018); inoltre, è stato evidenziato che essere esposti a forti avversità in età infantile può incidere sullo sviluppo di diverse aree cerebrali, quali aree frontali, limbiche e cambiamenti delle strutture connettive (Bick et al., 2016) molto simili a quelli presenti nelle strutture cerebrali ADHD (Mincacci & Migliarese, 2021). È inoltre stato evidenziato che molte delle manifestazioni ADHD sono correlate ad un attaccamento disorganizzato (Salari, et al., 2016) e come è noto tale tipo di attaccamento sembra essere connesso con manifestazioni dissociative caratteristiche del disturbo post traumatico (Farina, et al., 2019). Una volta raggiunta l'età adulta rimane, secondo gli autori, da valutare come la diagnosi di ADHD possa correlare con altri quadri psicopatologici, i quali al di là dell'aspetto descrittivo possono orientare il clinico verso strategie terapeutiche più mirate da un punto di vista patogenetico. L'obiettivo del presente intervento è tentare di integrare le informazioni sopra enunciate in una dimensione patogenetica, descrittiva e clinica.

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-109

TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Il paziente con malattia cronica: interventi nel ciclo di vita

Chair: Annamaria Petito, Psicologa, Psicoterapeuta, Prof.ssa ordinaria di Psicologia Clinica, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Università di Foggia, Docente AIPC Bari

Discussant: Maria Grazia Foschino Barbaro, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva Bari

Gli interventi di psicoterapia applicabili al paziente con malattia cronica nel ciclo di vita vengono descritti in letteratura come funzionali al contenimento del distress, della sintomatologia ansioso depressiva e di cura di un disturbo psicopatologico e finalizzati all'elaborazione delle crisi emotive e di disturbi dell'adattamento nella gestione della malattia (NICE 90, 2009), (Layard et al., 2007).

Alla luce di quanto esposto, in questo simposio verranno descritti differenti interventi di psicoterapia nel paziente con malattia cronica, sia in età adulta che in età evolutiva, partendo dal costrutto standard della psicoterapia CBT e integrando tecniche e modelli differenti, in considerazione dei bisogni e degli obiettivi specifici del paziente, nell'ottica del potenziamento di un adattamento positivo alla malattia, di una migliore gestione del distress emotivo e della promozione di quel processo di accettazione "di ciò che non è possibile modificare".

Nello specifico, ad una rassegna della letteratura più aggiornata relativa agli interventi dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) applicati al paziente con malattia cronica, saranno affiancati casi clinici e ricerche. Gli interventi di psicoterapia nei pazienti con malattia cronica nell'età adulta saranno trattati in due contributi: il primo analizzerà un campione di pazienti affetti da cefalee croniche, in cui saranno osservati gli effetti della psicoterapia CBT nel favorire l'accettazione e l'adattamento alla condizione di malattia; il secondo studio sperimentale intende valutare, in pazienti affetti da patologie cardiovascolari, l'efficacia dell'Emotional Skills Training e Training di Rilassamento di gruppo nel migliorare la regolazione di emozioni come rabbia, ansia e tristezza e l'aderenza al trattamento medico, con effetto sugli outcome di salute fisica e mentale. Il focus sulla malattia cronica nell'età evolutiva sarà affrontato con la presentazione del caso clinico di una paziente adolescente con Insufficienza Renale Cronica in cui, alle tecniche cognitive comportamentali, sono state affiancati interventi di Mindfulness e esercizi e metafore provenienti dall'Acceptance and Commitment Therapy.

L'intervento cognitivo comportamentale in pazienti affetti da cefalee croniche

Relatore: Melania Rita Difino, Psicologa, specializzata AIPC Bari, Università di Foggia

Co-autori:

Genzano, Nadia, Università di Foggia, specializzanda I anno AIPC Bari;

Martucci, Elisabetta, Universo Salute Opera Don Uva, Bisceglie;

Mancini, Carmen, Universo Salute Opera Don Uva, Foggia;

Petito, Annamaria, Università di Foggia;

Limone, Pierpaolo, Università Pegaso

Introduzione

I disturbi da cefalea sono eventi comuni durante tutta la vita; il mal di testa è un disturbo frequente tanto che più del 50% degli adulti dichiara di soffrirne durante l'anno e ciò interferisce con la vita di tutti i giorni. Numerosi studi dimostrano che il mal di testa ostacola la vita, il lavoro e, pertanto, il carattere altamente disabilitante e i costi diretti e indiretti fanno della cefalea un problema di salute pubblica rilevante, pesando sia sui costi sanitari che sulle conseguenze collegate a una ridotta capacità di lavorare, alla ricerca di cure adeguate e all'impatto sulla vita familiare, con un generale peggioramento della qualità della vita. Gli studi sostengono una possibile correlazione tra le cefalee e i disturbi cognitivi. La letteratura, inoltre, evidenzia un notevole aumento dell'ansia e della depressione in pazienti con cefalea.

Obiettivo

L'obiettivo del lavoro sarà valutare la qualità della vita, l'impatto dell'ansia e/o depressione e le performance cognitive pre e post-intervento terapeutico cognitivo comportamentale. Lo studio si focalizzerà su: valutare la sintomatologia psichica, la qualità della vita percepita e le performance cognitive in pazienti con diagnosi di cefalea/emicrania cronica (HIT; SF-36; QVM; BDI; STAI-1,2; COPE-NVI; PSS); osservare se in un campione di pazienti affetti da cefalea/emicrania vi siano differenze circa la sintomatologia psichica e la qualità di vita percepita, confrontando un gruppo di pazienti sottoposto ad un trattamento di CBT ed un gruppo non sottoposto al trattamento, dopo randomizzazione; rilevare se in un campione di pazienti affetti da cefalea/emicrania cronica vi siano differenze circa la valutazione cognitiva (ENB-3) effettuata alla baseline ed al T1.

Metodo

Saranno effettuate 8 sedute di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale a cadenza settimanale, orientate inizialmente a favorire un percorso di accettazione e adattamento alla condizione di malattia; aspetti emotivi ed espressione e gestione emotiva saranno il focus nella parte centrale del trattamento; infine verrà dato spazio al potenziamento dell'empowerment e senso di autoefficacia.

Risultati attesi

La terapia psicologica (CBT) ha mostrato effetti paragonabili alla farmacoterapia; è considerata il trattamento terapeutico più comunemente utilizzato per bambini e adulti con emicrania, finalizzato al potenziamento di strategie di coping per la gestione del dolore, per la prevenzione e per alleviare la disabilità correlata e/o i sintomi che si presentano in comorbidità, come manifestazioni ansiose e depressive.

Emotional Skills Training e Training di Rilassamento di Gruppo in pazienti affetti da patologie cardiovascolari – Un protocollo di intervento sperimentale (ESTCARDIO)

Relatore: Melania Severo, Psicologa, specializzanda IV anno AIPC Bari, Università di Foggia

Co-autori:

Leccese, Adriana, Specializzanda IV anno AIPC Bari, Università di Foggia;

Mancini, Carmen, Universo Salute Opera Don Uva, Foggia;

Martucci, Elisabetta, Universo Salute Opera Don Uva, Bisceglie;

Petito, Annamaria, Università di Foggia

Introduzione: *Studi suggeriscono che l'inibizione dell'espressione della rabbia e dell'ostilità è associata all'ipertensione e ai disturbi coronarici. Individui con una personalità di tipo D (Distressed), caratterizzata da tendenza a sperimentare emozioni negative e tendenza ad inibire il comportamento e l'espressione emotiva nell'interazione sociale, nel lungo termine presentano un aumento del 92% del rischio di sviluppare eventi*

cardiaci avversi, un rischio più alto di morte ed una peggiore qualità della vita. Recenti revisioni della letteratura hanno evidenziato l'utilità di interventi psicologici individuali e di gruppo focalizzati sulla regolazione emotiva e sul rilassamento nei pazienti con disturbi cardiovascolari.

Obiettivo: Nel presente studio sperimentale si intende valutare l'efficacia di un Emotional Skills Training e Training di Rilassamento di gruppo nel migliorare la regolazione di emozioni come rabbia, ansia e tristezza e nel migliorare l'aderenza al trattamento medico, con effetto sugli outcome di salute fisica e mentale.

Metodo: Un gruppo sperimentale di pazienti con disturbi cardiovascolari sarà valutato prima e dopo l'intervento e confrontato in ottica longitudinale con un gruppo di controllo formato da pazienti che seguono soltanto la terapia medica tradizionale. La fase iniziale dello studio prevede uno screening per la rilevazione di variabili psicologiche come ansia (STAI; HADS-A), depressione (BDI-II; HADS-D), rabbia (STAXI), aggressività (AQ), strategie di regolazione emotiva (ERQ), tratti Alessitimici (TAS-20), aderenza al trattamento medico (MMAS) e tendenza alla somatizzazione (DCPR). Dopo la prima somministrazione, i pazienti saranno assegnati in maniera randomizzata al gruppo di controllo oppure al gruppo sperimentale. Il gruppo sottoposto all'intervento parteciperà ad 8 sedute di Emotional Skills Training basate sulla teoria delle emozioni di Gross e John e ad 8 sedute basate sul rilassamento muscolare progressivo di Jacobson. Entrambi i gruppi saranno rivalutati in follow-up successivi nel tempo.

Risultati attesi: Ci si attende che i pazienti coinvolti nel gruppo sperimentale presentino una riduzione statisticamente e clinicamente significativa dei livelli di ansia, rabbia e depressione nel corso dei ripetuti follow-up e che l'intervento sia efficace nell'aumentare i livelli di aderenza alla terapia farmacologica e alle prescrizioni mediche, con una riduzione degli eventi cardiologici avversi nei diversi follow-up.

La malattia cronica in età evolutiva: il caso di Sara e del suo “Pac Man ingombrante”

Relatore: Stefania Ferrante, Psicologa, Psicoterapeuta; Associazione Beppe Valerio Onlus, Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Co-autori: Vitale, Grazia Tiziana, Dirigente Psicologo U.O.S.S.D. Psicologia, A.O.U. Policlinico Giovanni XXIII Bari

Il caso clinico che sarà presentato riporta la presa in carico integrata del paziente pediatrico con insufficienza renale cronica e della sua famiglia in un'ottica globale del paziente, che necessita di interventi su più livelli, come indicato nel documento “Il ruolo dello psicologo nel Piano Nazionale della Cronicità” (2019), tra cui interventi di psicoterapia per disturbi dell'adattamento o rischio di psicopatologia conclamata (Trattamenti di II Livello). La psicoterapia diventa fondamentale intervento di cura specialistico nei casi in cui genitori o bambini hanno difficoltà a reagire efficacemente e non riescono ad adattarsi alla nuova condizione di vita; in questi casi il malessere può essere tale da raggiungere livelli di distress emotivo molto alti, determinando una sintomatologia di ansia e depressione tale da inficiare persino il processo di cura. La psicoterapia ha il compito di supportare l'elaborazione delle crisi emotive e intervenire nei disturbi dell'adattamento (NICE, 90, 2009), (Layard et al., 2007).

In sede congressuale sarà esposto il caso di Sara, una ragazza di 15 anni con IRC, in trattamento dialitico da 3 anni, ripercorrendo il percorso di psicoterapia di tipo cognitivo comportamentale avviato sin dal peggioramento della malattia (da lei chiamata PacMan) e ancora in corso. Nello specifico, la psicoterapia di tipo cognitivo comportamentale in tale contesto si pone l'obiettivo di promuovere l'adattamento alla malattia favorendo strategie di coping adattive e resilienti, una migliore compliance alla terapia farmacologica attraverso il monitoraggio degli stati interni e la ristrutturazione cognitiva di credenze disfunzionali.

Nel lavoro con Sara alle tecniche cognitive comportamentali sono state affiancati interventi di Mindfulness e esercizi e metafore provenienti dall'Acceptance and Commitment Therapy (ACT, Hayes et al, 2006), orientando Sara a prendere atto di quello che non si può modificare e a concentrare le energie, invece, su ciò che è in proprio potere, sui valori e gli obiettivi di vita.

Tale intervento di presa in carico si colloca all'interno del progetto "Sin...cronicità. Quando la malattia si sincronizza con la vita", sportello di assistenza psicologica realizzato dall'Associazione Beppe Valerio Onlus, per la prevenzione e la terapia delle nefropatie dell'infanzia, in collaborazione con l'UOSD Psicologia dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII e riservato ai pazienti con nefropatia cronica e alle loro famiglie afferenti all'U.O. di Nefrologia Pediatrica e Dialisi.

L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) per le malattie croniche: una rassegna sistematica della letteratura

Relatore: Barbara Barcaccia, Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta AIPC e SPC, Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Introduzione

Le malattie croniche (MC) sono condizioni mediche che perdurano almeno per un anno e che richiedono attenzione medica continuativa e/o limitano le attività di vita abituali. Tra le MC, quelle cardiovascolari, il cancro e il diabete determinano il maggior numero di morti e il maggior livello di disabilità. Le malattie croniche implicano difficoltà nell'adattarsi ai vincoli posti dalla malattia, impongono cambiamenti significativi per gestire al meglio i sintomi fisici, sono associate inoltre a depressione, ansia e scarsa qualità di vita (Eton et al., 2013; Megari, 2013). Infine, pongono sfide non solo a livello individuale, ma anche familiare e sociale.

Scopo

Scopo della presente rassegna è di contribuire alla comprensione dell'efficacia dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), un modello di trattamento cognitivo-comportamentale, per la gestione delle MC, e individuare i processi maggiormente implicati nell'incrementare il benessere e diminuire il malessere dei pazienti con patologie organiche croniche.

Metodo

È stata condotta una rassegna sistematica della letteratura pubblicata dal 2000 al 2023, secondo le linee-guida PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses). Sono stati inclusi gli studi clinici randomizzati controllati e quasi-sperimentali basati sull'ACT (anche su una selezione dei sei processi dell'esagono della flessibilità) per qualsiasi patologia organica cronica, con misure di esito di qualsiasi tipo relativamente alla salute mentale e alla salute fisica.

I database consultati sono stati PsychInfo, CINAHL, PubMed, Science Direct, MEDLINE e Psychology and Behavioral Sciences Collection.

Risultati e conclusioni

Gli interventi basati sull'ACT risultano essere particolarmente adatti per le malattie croniche. I risultati mostrano che sono efficaci nel migliorare il disagio psicologico, il funzionamento generale e la qualità della vita in diverse condizioni croniche, tra cui HIV, diabete, epilessia, sclerosi multipla, cancro e dolore cronico (Gloster et al., 2020; Graham et al., 2016).

In particolare, l'ACT riesce a lavorare in modo efficace sul cosiddetto "evitamento esperienziale", che nelle persone con malattie croniche è presente con varie sfaccettature: i pazienti, infatti, possono ricorrere a sostanze psicotrope o possono comunque abusare di psicofarmaci per provare a gestire non solo i sintomi fisici, ma anche l'ansia e la depressione associate alla loro condizione di patologia organica; possono essere poco aderenti al trattamento per evitare il disagio associato a procedure impegnative/e o dolorose.

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-083

TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Ruoli e funzioni della ruminazione: evidenze empiriche e pratica clinica

Chair: Antonella Magno, Psicologa, Psicoterapeuta AIPC Bari, Tribunale per i Minorenni di Taranto, Direttivo SITCC Basilicata, Matera

Discussant: Angelo Maria Saliani, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio Didatta SITCC, Docente e Didatta APC, SPC, SICC, AIPC, Roma

Negli ultimi anni un crescente corpo di studi presente in letteratura si è dedicato allo studio della ruminazione e del suo ruolo nella genesi e nel mantenimento della psicopatologia. In linea generale, con il termine ruminazione ci riferiamo ad uno stile maladattivo di pensiero associato al mantenimento di emozioni negative e caratterizzato da pensieri ripetitivi, focalizzati sui propri stati interni e sulle loro cause e conseguenze (Nolen-Hoeksema, 1991, Rusting & Nolen Hoeksema, 1998), e, solitamente, a cognizioni che sono intrusive ed aversive (Carson e Cupach 2000; Sukhodolsky et al. 2001). Il processo cognitivo della ruminazione si crede mantenga ed intensifichi il negative affect (e.g. Miller et al. 2003) e sembrerebbe essere una strategia maladattiva di regolazione degli affetti (Broderick e Korteland 2002). Numerose evidenze empiriche, inoltre, hanno mostrato come la ruminazione abbia delle funzioni specifiche e sia orientata da scopi rilevanti (Martin & Tesser, 1999; Watkins, 2018). Un robusto corpo di studi si è dedicato all'indagine della ruminazione depressiva (e.g. Nolen-Hoeksema, S., 1991; Nolen-Hoeksema, S. 2004; Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., e Lyubomirsky, S., 2008, Sarin, S., Nolen-Hoeksema, S. 2010, Spasojevic. J., Alloy, L. B., 2002), mentre ulteriori studi hanno mostrato come la ruminazione rabbiosa sia associata a diverse forme di comportamento disregolato, come l'autolesionismo non suicidario, l'aggressione fisica e l'aggressione relazionale (Anestis et al., 2009, Martino et al., 2015, Martino et al., 2017, Peled e Moretti, 2007, Peled e Moretti, 2009, Selby et al., 2013). Allo stesso modo, negli ultimi anni, alcuni autori si sono interessati allo specifico dei tratti di personalità del genitore, nell'influenzare in maniera diretta o indiretta alcuni esiti dei figli (e.g. Belsky, 1984). La ruminazione, infine, come processo cognitivo perseverativo (PCP), sembrerebbe avere un ruolo cardine all'interno dei disturbi di personalità attraverso le sue molteplici forme: depressiva, rabbiosa, controfattuale, autocritica. Nello specifico, in questa declinazione, il contenuto è di tipo interpersonale ed è sostenuta da scopi, metacredenze positive e negative, scarsa metacognizione e fattori di condizionamento. Obiettivo del simposio, pertanto, sarà quello di illustrare ruoli e funzioni della ruminazione apportando contributi derivanti da prospettive differenti: dalla psicopatologia sperimentale alla Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI), passando per gli sviluppi più recenti del costrutto all'interno dell'età evolutiva, illustrando le principali evidenze empiriche e cliniche.

Ruminazione e scopi: evidenze scientifiche e cliniche

Relatore: Roberta Trincas, Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo CSM ASL RM3 Municipio XII, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Roma

Diversi studi e osservazioni cliniche dimostrano che la ruminazione è un fattore implicato nel mantenimento di diversi disturbi mentali, come la depressione e l'ansia, e spesso ostacola l'esito del trattamento e influisce sulla probabilità di ricaduta. Negli ultimi decenni evidenze hanno mostrato come la ruminazione sia comune anche nella popolazione non clinica ed assume un valore adattivo (Watkins, 2008; Ciarocco et al., 2010), è

quindi un processo con specifiche funzioni e orientato da scopi rilevanti (Martin & Tesser, 1999; Watkins; 2018). Nello specifico, la funzione della ruminazione sarebbe di focalizzare l'attenzione su quegli eventi che potrebbero interferire con il raggiungimento di uno scopo (o con l'evitamento di un anti-goal) al fine di facilitare la progressione verso gli scopi rilevanti. In questa relazione si intende spiegare la ruminazione alla luce del modello funzionalista/scopistico, delineando le caratteristiche di funzionamento, portando alcuni studi sperimentali a favore del modello, ed evidenziando alcuni esempi clinici.

Ruminazione e altri processi cognitivi perseverativi nei disturbi di personalità: ruolo e trattamento secondo la Terapia Metacognitiva Interpersonale

Relatore: Manuela Pasinetti, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori: Ottavi Paolo; Popolo Raffaele; Dimaggio Giancarlo - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Un piccolo numero di processi cognitivi perseverativi (PCP) – tra i quali la ruminazione – gioca un ruolo cruciale nella formazione e nel mantenimento di sintomi e sindromi nei symptom disorders. Nei disturbi di personalità (DP) questi processi sono presenti in maniera massiccia e hanno le stesse caratteristiche dei gemelli dei symptom disorders, con un'unica differenza: quasi sempre il loro contenuto è di tipo interpersonale.

I PCP che troviamo più frequentemente nei DP sono il rimuginio, il pensiero desiderante, il monitoraggio della minaccia e, naturalmente, la ruminazione. Quest'ultima la troviamo in pressoché tutti i DP, in qualcuna delle sue molteplici forme: depressiva, controfattuale, rabbiosa, autocritica. Il contenuto è di tipo interpersonale ed è sostenuta da scopi, metacredenze positive e negative, scarsa metacognizione e fattori di condizionamento. Poiché la ruminazione con caratteristiche interpersonali tipica dei DP è una modalità maladattiva di dislocazione dell'attenzione, il modo in cui in TMI si affronta questa strategia disfunzionale è attraverso tecniche attentive, tra cui la scomposizione dello spazio attentivo e la rifocalizzazione enterocettiva.

Nella presentazione verrà illustrato il modello di mantenimento dei DP sottolineando il ruolo centrale dei PCP – come la ruminazione – nella produzione e mantenimento di sintomi e comorbidità. Verranno inoltre delineate le linee guida dell'intervento focalizzato sulla ruminazione in rapporto agli altri obiettivi del trattamento dei DP.

Il ruolo delle differenze individuali dei genitori rispetto alla socializzazione parentale

delle emozioni e ai sintomi internalizzanti ed esternalizzanti dei figli.

Relatore: Clementina Comitale, Psicologa, Research fellow, Sapienza Università degli Studi di Roma

Co-autori: Di Giunta Laura; Lunetti Carolina**; Basili Emanuele*; Giulia Gliozzo**; Chiara Riccioni**; Alessia Teresa Virzi****

**Dipartimento Di Psicologia, Sapienza Università degli Studi di Roma

* Psicologo

Il modello di Belsky (1984) sottolinea il ruolo delle caratteristiche di personalità dei genitori nell'influenzare stili e pratiche genitoriali e comportamenti dei figli. Ad esempio, le caratteristiche individuali dei genitori si associano alla socializzazione parentale delle emozioni dei figli e sintomi internalizzanti ed esternalizzanti dei figli (Di Giunta et al., 2020; Eisenberg et al., 1998; Morris et al., 2007). Inoltre, in studi precedenti è emersa

sia un'associazione tra pratiche genitoriali severe e caratteristiche individuali dei genitori quali ruminazione ostile e depressiva (Moreira & Canavarro, 2018; Psychogiou & Parry, 2014) e affettività negativa e positiva (Rueger et al., 2011).

L'obiettivo generale di questo studio è quello di indagare come differenti caratteristiche individuali dei genitori (ruminazione ostile, ruminazione depressiva, affettività positiva e negativa) si associano alle pratiche di socializzazione supportive e non supportive dei genitori in risposta alle reazioni di rabbia e tristezza dei figli e ai sintomi internalizzanti ed esternalizzanti dei figli.

Si è capitalizzato su un campione di convenienza di 330 genitori (70% madri; Età media = 47.23 anni, DS = 7.05; età media dei figli: 13.39 anni, DS: 4.06) che hanno risposto anonimamente ad una serie di domande tramite un link di Qualtrics. Sono stati esaminati 4 modelli di regressione in cui come variabili dipendenti sono state esaminate, una alla volta, la socializzazione genitoriale supportiva e non supportiva delle reazioni di rabbia e tristezza dei figli e come variabili indipendenti le caratteristiche individuali dei genitori. Poi, sono stati indagati due ulteriori modelli di regressioni con, uno alla volta, i sintomi internalizzanti ed esternalizzanti dei figli come variabili dipendenti e le caratteristiche individuali dei genitori e la socializzazione parentale delle emozioni dei figli come variabili indipendenti.

E' emerso che solo l'affettività positiva genitoriale si associa alla socializzazione parentale supportiva della tristezza dei figli, mentre sia l'affettività positiva che una ridotta ruminazione ostile si associano alla socializzazione parentale supportiva della rabbia dei figli.

La ruminazione depressiva e l'affettività negativa si associano alla socializzazione parentale non supportiva della tristezza dei figli, mentre la ruminazione ostile e l'affettività negativa si associano alla socializzazione parentale non supportiva della rabbia dei figli.

Infine, la ruminazione ostile, l'affettività negativa e la socializzazione parentale non supportiva della rabbia dei figli si associano a maggiori sintomi esternalizzanti dei figli, mentre la ruminazione depressiva, l'affettività negativa, la scarsa affettività positiva e la socializzazione parentale non supportiva della rabbia dei figli si associano a maggiori sintomi internalizzanti dei figli.

Il ruolo della ruminazione rabbiosa in adolescenza: una review sistematica

Relatore: Antonella Nigri, Psicologa, Specializzanda IV anno AIPC, Bari

Co-autori:

Magno Antonella, Psicologa, Psicoterapeuta AIPC Bari, Tribunale per i Minorenni Taranto, Direttivo SITCC Basilicata;

Saliani Angelo Maria, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio Didatta SITCC, Docente e Didatta APC, SPC, SICC, AIPC;

Foschino Barbaro Maria Grazia, Direttore Scuola di Specializzazione AIPC Bari, Direttivo SITCC Nazionale;

Nigri Antonella, Specializzanda IV anno AIPC, Bari;

Capasso Angela, Specializzanda II anno SPC, Napoli;

Di Bisceglie Giacinta, Specializzanda III anno AIPC, Bari;

Lamorte Dariana, Specializzanda I anno AIPC, Bari;

Lastilla Stefano, Specializzando I anno AIPC, Bari;

Lobascio Adriana, Specializzanda III anno AIPC, Bari;

Loconsole Annalisa, Specializzanda IV anno AIPC, Bari

Introduzione

Il termine ruminazione rabbiosa fa riferimento a processi cognitivi non intenzionali e ricorrenti che emergono durante un episodio di rabbia e persistono in conseguenza dello stesso (Sukhodolsky, 2001). Il costrutto della ruminazione rabbiosa include, da un punto di vista teorico, tre differenti processi: memorie di esperienze di rabbia, attenzione focalizzata sulle espressioni di rabbia e pensieri controfattuali circa l'episodio di rabbia vissuto (Sukhodolsky, Golub & Cromwell, 2001). Il processo ruminativo, focalizzandosi sugli episodi che hanno indotto rabbia, intensifica e prolunga la rabbia stessa, gli affetti negativi e la sofferenza, interferendo con il benessere psicologico dell'individuo (Watkins, Moulds, & Mackintosh, 2005). Essa, dunque, svolge un ruolo cardine nel mantenimento dell'affettività negativa, nella riduzione dell'autocontrollo, nella messa in atto di comportamenti aggressivi e vendicativi configurandone un importante costrutto nella genesi e nel mantenimento della

psicopatologia. Mentre un robusto corpo di studi si è dedicato allo studio della ruminazione depressiva (e.g. Nolen-Hoeksema, S., 1991; Nolen-Hoeksema, S. 2004; Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., e Lyubomirsky, S., 2008, Sarin, S., Nolen-Hoeksema, S. 2010, Spasojevic, J., Alloy, L. B., 2002), meno attenzione è stata posta alla ruminazione rabbiosa. Una corposa tradizione di ricerca, inoltre, si è occupata di indagare il ruolo della ruminazione rabbiosa in età adulta, mentre le conoscenze in merito al ruolo della ruminazione rabbiosa in età evolutiva e alla sua relazione rispetto ad esiti esternalizzanti ed internalizzanti, allo stato attuale, risultano esigue.

Obiettivo

L'obiettivo principale è stato quello di indagare lo stato dell'arte relativo alla ruminazione rabbiosa in adolescenza, attraverso una revisione di tutti i contributi empirici pubblicati negli ultimi dieci anni.

Metodo

La ricerca in letteratura è stata condotta usando i principali database riconosciuti dalla comunità scientifica: PubMed, Scopus, EBSCO, PsycInfo, PsycArticles. La presente review ha analizzato gli studi condotti negli ultimi dieci anni, dal 2013 ad oggi, utilizzando il Prisma Statement.

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-013

TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

La Sex Addiction tra definizione, fattori di rischio e trattamento: nuove prospettive.

Chair: Silvia Miceli, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione presso CTC Torino, tirocinante psicoterapeuta presso Ser.D di Giaveno, ASL TO3, Torino

Discussant: Marco Chiapparino, Psicologo presso Ser.D di Imperia (IM) e il Servizio Prevenzione e Promozione della Salute nella scuola a Bussana di Sanremo (IM), ASL 1 Imperiese - Psicoterapeuta in formazione presso CTC Torino

Pur non rappresentando un'entità nosografica ufficialmente inserita all'interno del DSM-5-TR, la Sex Addiction trova una corrispondenza nella condizione definita nell'ICD-11 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come "Compulsive Sexual Behaviour Disorder". Questa è caratterizzata da una persistente incapacità nel controllare il comportamento sessuale e dalla presenza di impulsi sessuali intensi e ripetitivi messi in atto nel comportamento. Tale condizione si può manifestare anche attraverso la masturbazione, l'uso della pornografia, il cybersex, il sesso telefonico ed altre forme comportamentali e la sua definizione si trova tutt'oggi ad essere oggetto di dibattito all'interno della comunità scientifica, descritta ora come "impulsività sessuale", ora come "dipendenza sessuale". In particolare, gli autori del simposio parleranno di "Sex Addiction", definendone, secondo un modello basato sulle dipendenze, i criteri diagnostici, le possibili modalità di trattamento ed i fattori che secondo la letteratura porterebbero ad una maggiore probabilità nell'insorgenza di tale condizione. Da comportamento fisiologico dalla fondamentale funzione evolutiva il sesso per il Sex addictor assume spesso una funzione autocurativa, fino a divenire fonte di significativa sofferenza e di conseguenze negative in molte sfere di vita del paziente. In questo senso la Sex Addiction, intesa come un cluster di condizioni psicopatologiche legate a diverse fantasie di natura sessuale, viene vista come una dipendenza comportamentale che, al pari delle altre dipendenze, presenta i medesimi correlati fisiologici di attivazione e si associa alla sensazione di perdita di controllo, così come a fenomeni quali il craving, la tolleranza e i sintomi da astinenza (Orford, 1978; Reid et al. 2011). Il presente simposio si pone l'intento di discutere cosa sia e cosa non sia Sex Addiction, di delineare come questa si distribuisca all'interno della popolazione e di come si collochi nella società, così come di discutere quali possano essere le buone prassi nel suo trattamento.

Bibliografia:

- 1.Orford, J. (1978). Hypersexuality: Implications for a theory of dependence. *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs*, 73(3), 299-310.
- 2.Reid, R. C., Garos, S., Carpenter, B. N., & Coleman, E. (2011). A surprising finding related to executive control in a patient sample of hypersexual men. *The journal of sexual medicine*, 8(8), 2227-2236.

La Sex Addiction come fenomeno in evoluzione nella società. Quali fattori di rischio?

Relatore: Sabrina Rizzo, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione presso CTC Torino, tirocinante psicoterapeuta presso Ser.D di Giaveno, ASL TO3, Torino

Secondo alcune stime la prevalenza della Sex Addiction all'interno della popolazione italiana riguarderebbe all'incirca il 6% tra uomini e donne e sarebbero invece i giovani tra i 18 e i 35 anni i soggetti maggiormente a rischio per lo sviluppo di tale dipendenza. Secondo la stessa letteratura la distribuzione di tale condizione psicopatologica avrebbe subito un esponenziale incremento a partire dagli anni '90 (Avenia & Pistuddi, 2007). Tale andamento sarebbe legato alla diffusione di internet e della tecnologia mobile che garantendo immediatezza, anonimato e accessibilità hanno reso gli stimoli sessuali iper-disponibili per qualunque categoria della popolazione (Weiss, 2012) ed in particolare per i giovani. Volendo focalizzare l'attenzione sulla fascia della popolazione che appare essere maggiormente a rischio nello sviluppo della Sex Addiction, un uso precoce della pornografia ed una massiccia esposizione all'ampia varietà degli stimoli sessuali offerti dalla rete aumenterebbe la probabilità di sviluppare una dipendenza durante l'adolescenza o la prima età adulta (Bickel et al. 2018; Toates, 2022). La pornografia maggiormente "usata" dai giovani, inoltre, è una pornografia concreta, "mainstream" (Popolla, 2021), che contribuisce alla formazione di standard irrealistici e gerarchie sessuali potenzialmente frustranti e che si pone come educatore sessuale di un'età non completamente attrezzata per elaborare ciò che osserva al di là degli schermi. In seguito alla descrizione dei pattern comportamentali caratteristici della Sex Addiction delineati all'interno di un modello delle dipendenze, saranno illustrate le sovrapposizioni presenti tra le classiche dipendenze patologiche e la dipendenza sessuale, i principali motivi per i quali tale entità nosografica non sia stata inclusa nell'ultima classificazione del DSM nonostante la sua presenza nel dibattito clinico e i fattori di rischio per l'insorgenza di tale condizione clinica.

Bibliografia:

1. Avenia F., Pistuddi A. (2007) *Manuale sulla sexual addiction – Definizioni, diagnosi, interventi. Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso*, FrancoAngeli, Milano
2. Bickel, W. K., Mellis, A. M., Snider, S. E., Athamneh, L. N., Stein, J. S., & Pope, D. A. (2018). 21st century neurobehavioral theories of decision making in addiction: Review and evaluation. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 164, 4-21.
3. Popolla M. (2021) *Eppur mi piace*. (Roma: DeriveApprodi).
4. Toates, F. (2022). A motivation model of sex addiction—Relevance to the controversy over the concept. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 104872.
5. Weiss R. (2012) "Sexual Addiction, Hypersexual Disorder and the DSM-5: Myth or Legitimate Diagnosis?", *Counsellor, The Magazine for Addiction Professionals*, Feature Articles 2012/Sep-Oct

Sex Addiction: buone prassi e trattamento.

Relatore: Luca Rossi, Psicologo, Psicoterapeuta, SC Psicologia ASL TO3 A.F. Dipendenze, Sessuologo Clinico, Docente Scuola di Psicoterapia Cognitiva CTC Torino, Coordinatore Referente AIPD (Area di interesse psicoterapia delle dipendenze) SITCC

La dipendenza sessuale è una relazione patologica con il sesso che, al pari di altri comportamenti di dipendenza, può essere interpretata come un tentativo di alleviare stress e/o sentimenti negativi o dolorosi che il soggetto non è capace a gestire. Una delle spiegazioni più avvalorate dalla letteratura che spiegherebbe l'insorgere della patologia è riconducibile all'assuefazione con crescente tolleranza alle sostanze endorfiniche, non più sufficienti a smorzare il desiderio erotico, con conseguente emergere di ripetute sindrome astinenziali. Malgrado non sia presente ancora una diagnosi specifica nel DSM 5 e nell'ICD 11 sia identificata come Compulsive Sexual Behaviour Disorder, la Sex Addiction risulta una delle patologie a più rapido sviluppo negli ultimi anni, verosimilmente grazie anche alla sempre maggior presenza di materiale pornografico online. Necessario, partendo da buone prassi sperimentate con i pazienti presi in carico nell'ultimo decennio, costruire progressivamente un trattamento efficace fondato su osservazioni, interventi mirati e un follow-up dopo mesi

dalla dimissione. Specialisti formati devono far proprie tematiche quali la funzione del sesso per il sex addict, la distinzione tra sesso come scelta e sesso come strumento per gestire il craving e la distinzione tra meccanismi del piacere e ricerca di sazietà dopo un rapporto.

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-079

TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

Luoghi di origine e autobiografia: strumenti di indagine e valutazione tra contesti clinici e criticità sociali

Chair: **Silvio Lenzi**, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Discussant: **Antonella Centonze**, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale Roma

Il simposio raccoglie una serie di contributi inerenti il rapporto tra gli individui e i loro luoghi di origine, intesi questi ultimi come i primi luoghi significativi ricordati. In particolare, si concentra sulla specifica interazione che si instaura tra i processi alla base della costruzione della conoscenza di sé e i luoghi di origine, quando drastici e improvvisi cambiamenti di vita implicano anche un corrispondente cambiamento ambientale. L'obiettivo dei vari interventi sarà quello di mettere in luce quanto tali luoghi, nelle loro caratteristiche sociali e relazionali oltre che fisiche, incidano profondamente sulle narrazioni autobiografiche dell'individuo. Una riflessione che intrecci luoghi di origine e identità risulta particolarmente rilevante alla luce degli attuali flussi migratori sia intra-nazionali che inter-nazionali. Si tratta infatti di fenomeni che spesso possono essere vissuti come causa di disregolazione e disorganizzazione o come occasione di evoluzione e crescita, a seconda che siano connessi rispettivamente a imposizioni e contingenze esterne o a scelte personali volontarie e desiderate. Se la psicologia ambientale, attraverso i concetti di place attachment (Hidalgo e Hernandez, 2001) e di place identity (Proshansky et al., 1983; Twigger-Ross e Uzzell, 1996) e agli studi sui fenomeni di migrazione e mobilità (Fried, 1963; Feldman, 1996), ha analizzato tali fenomeni da una prospettiva sociale, quello che manca è forse proprio un raccordo tra sociale, ambientale e individuale che può esprimersi attraverso la narrazione e la conversazione tra individui entro il setting clinico e non.

Il primo contributo partirà da un'analisi volta ad individuare e definire una cornice concettuale che colleghi i luoghi di origine alla conoscenza di sé, per poi riflettere su possibili strumenti di valutazione basati sull'utilizzo e la stimolazione di un codice multiplo. Successivamente verranno presentati gli ultimi sviluppi relativi alle mappe-narrazioni dei luoghi di origine, uno strumento che affronta il tema nell'interfaccia tra linguaggio grafico e verbale per favorire l'espansione della conoscenza di sé. Un terzo contributo riguarderà l'applicazione di tale strumento in setting non prettamente clinici e connessi ai fenomeni migratori. Infine, un ultimo intervento verterà sulla discussione e presentazione di un caso clinico nel quale, attraverso procedure e tecniche conversazionali, verrà evidenziato l'effetto di un cambiamento ambientale sulla narrazione autobiografica di sé.

Le mappe dei luoghi di origine: da strumento di ricerca a occasione di incontro e cambiamento

Relatore: **Silvio Lenzi**, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Co-autori: **Mazzeo, Giulia**, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio ordinario SITCC, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

Alcuni anni fa, in un corso di sociosemiotica dell'università di Bologna frequentato da studenti stranieri, la prof. Pozzato, introducendo le tematiche della semiotica dello spazio, chiese di fare una mappa dei loro luoghi d'origine. Apparve subito evidente come tali mappe fossero dense di significato personale e culturale e di come i motivi legati alla narrazione più intima e soggettiva si intrecciassero a una variabilità di stili e tecniche del disegno, che attingevano a modelli di tipo culturale. La docente diede corso ad una ricerca condotta su circa 200 mappe raccolte in varie sedi universitarie italiane e estere da una équipe in cui erano rappresentate la semiotica, la geografia e la psicologia.

La consegna di disegnare una mappa dei luoghi d'origine si colloca al centro della specificità del modello cognitivista ad orientamento costruttivista ed evolutivo sia per contenuti – in quanto chiede un resoconto del luogo d'origine, l'inizio della propria storia – che per aspetti formali e di processo - chiede di far uso delle rappresentazioni per immagini e del racconto per integrare luoghi e situazioni, eventi ed episodi. Il luogo d'origine richiama infatti le vicende delle relazioni di attaccamento, che in diversi modelli clinici (da Fonagy a Crittenden) rappresentano la cornice entro cui la conoscenza personale si organizza per “proteggere” il sé, costruendo modelli operativi di sé e dell'altro e strategie di elaborazione delle informazioni. I concetti di place attachment e place identity sono stati più volte chiamati in causa da autori interdisciplinari. Più in generale poi il testo polisemico rappresenta una finestra sulla attività conoscitiva individuale e può essere preso a modello per analizzare empiricamente il rapporto tra esperienza, “narrazione” nel suo senso più ampio e memoria. Questi aspetti euristici e perturbativi sono ulteriormente facilitati dalla messa a punto di una procedura di elaborazione narrativa collegata alle mappe, atta a catalizzare strategicamente l'attività del ricordare grazie alla disciplina del linguaggio e delle interazioni reciproche tra codici visivi e linguistico-comunicativi. La procedura aggiuntiva, restituendo al soggetto il senso del passato, si candida ad aprire un cammino che a partire dai luoghi originari dell'identità individua un orizzonte di azione tale da modificare la posizione attuale del soggetto ridefinendo i confini e gli orizzonti del presente. Le peculiarità dei modelli interdisciplinari di riferimento e delle procedure operative rendono la pratica delle mappe di origine non solo uno strumento di esplorazione e ricerca, ma anche un dispositivo interattivo di cambiamento utilizzabile in diversi contesti operativi di intervento psicologico e cura.

Rappresentazione, narrazione e condivisione di sé: dai luoghi di origine all'espansione della conoscenza di sé

Relatore: Federico Oppi, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio ordinario SITCC, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Co-autori:

Mazzeo, Giulia, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio Ordinario SITCC, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva;

D'Angelo, Annalisa, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio Ordinario SITCC;

Lenzi, Silvio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

Il contributo proposto riguarda la terza fase di un progetto di ricerca multidisciplinare e internazionale relativo al costruito di “luoghi di origine” e ad uno strumento per indagare la specifica relazione che intercorre tra l'individuo ed i suoi ambienti infantili (Pozzato, 2018). La ricerca ha riguardato la messa a punto di un protocollo per la costruzione guidata di “mappe-narrazioni dei luoghi di origine”, uno strumento (Mazzeo, 2018) che integra aspetti grafico-verbali a livello di consegna e di analisi. Si è così evidenziato quanto le mappe-narrazioni favoriscano un'attivazione emotiva e una rielaborazione narrativa complessa tale da far

emergere numerosi episodi infantili esplorabili a più livelli. Nella seconda fase (Mazzeo, 2021, 2022) è stato possibile riflettere sulla valenza e sui possibili impieghi dello strumento nel setting clinico, per favorire la ricostruzione della storia di sviluppo, l'integrazione trasversale ai sistemi di memoria e l'espansione della conoscenza di sé. La terza fase di ricerca, di cui qui riferiamo, muove da una riflessione su alcuni aspetti metodologici alla base della procedura sperimentale. Nonostante lo strumento non sia pensato per un uso prettamente quantitativo o tassonomico, quanto per favorire il dispiegamento multimodale dei processi conoscitivi ai fini dell'espansione della conoscenza di sé e della produzione autobiografica, si è cercato di rendere la procedura più fruibile e quindi testabile. Inoltre, alla luce della necessità di promuovere l'adattamento e la salute mentale in contesti critici dal punto di vista storico-sociale, quali ad esempio i contesti migratori, si sta lavorando per applicare lo strumento in setting non prettamente clinici, come mezzo di condivisione e mediazione culturale per connettere, includere e riorganizzarsi, articolando e armonizzando la conoscenza di sé e degli altri. Infatti, gli eventi connessi al rapporto interrotto con il proprio contesto d'origine hanno mostrato un effetto perturbante rispetto al mantenimento di una coerenza interna nelle narrazioni autobiografiche. La necessità di ri-organizzarsi, ri-raccontarsi, ri-trovarsi e ri-progettarsi è quindi risultata centrale anche in contesti non clinici, come quello interculturale, sociale e scolastico. In quest'ottica uno strumento che utilizza i canali grafico e verbale e che integra la dimensione individuale e socio-storico-culturale può essere di molteplice utilità. A titolo di esempio verrà presentato un campione di mappe-narrazioni raccolte in contesti critici, illustrando come si è lavorato su di esse in questa nuova prospettiva.

Luoghi d'origine, migrazione e luoghi d'arrivo. cornici teoriche e strumenti operativi

Relatore: Alessandra Pagani, Psicologo, Allieva SBPC, Socio Corrispondente SITCC, Mondolfo

Co-autori: Micheletti, Alice, Psicologa, Allieva SPC, Socio Corrispondente SITCC

La legge Zampa n.47/2017 definisce MSNA "il minore non avente cittadinanza italiana o dell'Unione europea che si trova per qualsiasi causa nel territorio dello stato o che è altrimenti sottoposto alla giurisdizione italiana, privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano". Un numero sempre maggiore di ragazzi intraprende il viaggio migratorio spinto da molteplici motivazioni: desiderio di riscatto e di realizzazione, necessità di fuga da un paese in guerra, forzature da parte della famiglia d'origine, decisione, quest'ultima, che porta all'accrescimento del senso di perdita e ad un'aspra lacerazione dei legami affettivi, con conseguente sradicamento relazionale e culturale. Tali condizioni concorrono come fattori di vulnerabilità che possono ripercuotersi sullo stato psico-emotivo del minore. Un fattore protettivo risulta invece essere la cultura, che crea un contenimento sociale, una pelle culturale attraverso cui si diventa capaci di creare e comprendere significati, strutturando e sorreggendo la vita individuale e di gruppo. Famiglia, casa, cultura, sono aspetti fortemente interrelati tra loro e con la dimensione ambientale, creando reti simboliche di esperienze percettivo-affettivo-relazionali del luogo di origine. Perdere, quindi, il contatto con il luogo di origine crea ciò che Devereaux (1970) definisce la sofferenza e lo sradicamento del "non luogo" e Papadopoulos (2007) "disorientamento nostalgico". L'incapacità nel fondere la mappa culturale di partenza con le esperienze vissute durante il viaggio e con la mappa culturale del luogo d'arrivo disorientano la personalità ancora in costruzione del migrante, generando sofferenza psichica. La presente ricerca vuole analizzare la particolare condizione dell'adolescente migrante per evidenziare e favorire il passaggio dall'iniziale disorientamento del "non luogo" alla costruzione simbolica del luogo di inserimento, attraverso un processo di armonizzazione tra l'esperienza ed il modello preesistente con l'attuale modello tramite la produzione di un nuovo ordine mentale che li

accolga entrambi. La procedura prevede l'uso delle mappe dei luoghi d'origine (Mazzeo, 2018), per evidenziare i processi e i contenuti della conoscenza di sé connessi alla condizione preesistente. L'aggiunta delle mappe dei luoghi d'arrivo, vuole agevolare la scoperta guidata e comprendere come il migrante usufruisce dello spazio attorno a sé, come agisce e percepisce le distanze, le infrastrutture ed i servizi di pubblica utilità. L'impiego combinato di tali strumenti rappresenta quindi una possibile occasione di accrescimento dell'autonomia e dell'esplorazione, in quanto potrebbe risultare efficace nel sostenere i ragazzi verso un impiego più consapevole e concreto delle opportunità presenti nei luoghi d'arrivo.

Luoghi d'origine e trasferimento

Relatore: Linda Battilani, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio Ordinario SITCC, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Reggio Emilia

Co-autori:

Landini, Andrea, Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta, Didatta SITCC;

Samolsky Dekel, Robert Adir, Psicologo, Psicoterapeuta, rappresentante regionale SITCC Emilia Romagna, Docente coordinatore Corso Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Centro Sinesis Bologna

Fin dalla nascita instauriamo importanti legami con l'ambiente in cui viviamo. come interagiscono le strategie di attaccamento con questi luoghi? Lo studio di trascritti di un numero considerevole di AAI ne evidenzia caratteristiche ricorsive e distintive. Vari fattori possono rappresentare sia una risorsa che una vulnerabilità quando ci si separa dal proprio luogo d'origine: la motivazione per cui si avvia un trasferimento (volontaria/involontaria), la desiderabilità del luogo atteso, l'età, le caratteristiche di personalità (disposizione all'esplorazione, stile relazionale compatibile con il nuovo contesto), esperienze passate, reazioni fisiologiche e capacità di gestione delle difficoltà (coping). L'"attaccamento" ai luoghi costituisce una parte importante della nostra personalità e identità, perché si sviluppa inevitabilmente dentro relazioni spaziali e sociali che la condizionano. Questo comporta che, in caso di rottura del legame con l'ambiente, anche la nostra identità possa essere minacciata e alterata. Nella dinamica fra individuo e ambiente (Hans Selye, 1956, 1974) gli effetti fisiologici non sono però necessariamente negativi. Questi ultimi si verificano quando vi è un'incongruenza fra le richieste dell'ambiente e la capacità soggettiva di soddisfarle. Tale incongruenza viene definita distress, contrapposta alla condizione di eustress che è positiva e fonte di gratificazione per l'individuo. Lazarus e Folkman (1984) definirono il distress come "un particolare tipo di rapporto tra la persona e l'ambiente, che viene valutato dalla persona stessa come gravoso o superiore alle proprie risorse e minaccioso per il proprio benessere". Trasferimenti volontari come quelli dovuti allo studio, al lavoro o a un matrimonio, sono prevedibili ed è quindi possibile prepararsi a essi con un certo anticipo (Baroni, 2008). La rottura di una buona relazione con l'ambiente è caratterizzata da un periodo fisiologico di stress da "rottura" e da un periodo successivo in cui l'individuo cerca di far fronte a tale perdita creando nuovi adattamenti (Brown e Perkins 1992). Il trasferimento può essere accompagnato da diverse emozioni, in base al proprio funzionamento e al contesto che si incontra. La nostalgia è il sentimento che può insorgere quando ci si separa dal proprio luogo d'origine, così come i pensieri rivolti ad ambienti lontani, il desiderio di tornare a casa e il senso di insicurezza (Costa, 2010). risulta chiaro come questo avvenimento, di per sé foriero di novità e di opportunità, può trasformarsi in un life-event altamente stressogeno e, in alcuni casi, può anche determinare una sofferenza psicologica con evidenze cliniche, quali ansia, stati depressivi o disturbi dell'adattamento (Adjustment Disorders, APA 2014; Bachem & Casey, 2018). Due brevi esemplificazioni cliniche andranno a chiarire quanto appena descritto, illustrando l'impatto di un nuovo contesto su due differenti strategie di protezione del sé.

22 Settembre, Venerdì

09.00-10.15
CORPO AULE - AULA 3

SIMPOSIO S-089

La relazione terapeutica in età evolutiva

Chair: Anna Opera, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Napoli

Discussant: Carlo Buonanno, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

L'adolescenza rappresenta una fase di vita di transizione durante la quale si verificano numerosi cambiamenti a livello fisico, emotivo e mentale. Circa il 20% degli adolescenti sviluppa difficoltà e problematiche psicologiche e/o comportamentali che, data la delicatezza di questo momento della vita, necessitano di essere approcciate in ambito clinico considerando parametri che differiscono da quelli considerati per i pazienti adulti.

La letteratura è davvero ricca di studi che riconoscono la relazione e l'alleanza terapeutica come elementi di fondamentale importanza nel trattamento per età evolutiva. Partendo da tali evidenze risulta chiaro quanto sia cruciale il ruolo della relazione terapeutica tra terapeuta e pazienti in età evolutiva e quanto questa possa addirittura arrivare a prevedere l'esito del trattamento per i pazienti più giovani.

Gli obiettivi di questo simposio sono: illustrare lo stato dell'arte della relazione terapeutica in età evolutiva con lo scopo di analizzare come una solida relazione terapeutica in ambito evolutivo correli con l'esito dei trattamenti; focalizzarsi su strategie e tecniche per la regolazione della relazione terapeutica con adolescenti con una vulnerabilità psicopatologica ai disturbi di personalità; esaminare il modello terapeutico cognitivo-comportamentale attualmente più utilizzato nel trattamento degli adolescenti con Stato Mentale a Rischio; condividere i contributi dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), della Functional Analytic Psychotherapy (FAP) e delle scienze contestuali sul tema della relazione terapeutica con gli adolescenti.

Lo stato dell'arte della relazione terapeutica in età evolutiva

Relatore: Giovanna Bongo, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli

Co-autori:

Opera Anna, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli;

Buonanno Carlo, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC;

Tronccone Alda, Prof. Associato di Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia, Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli

Introduzione: *In letteratura, sono numerosi i contributi clinici e di ricerca focalizzati sulla relazione terapeutica con l'adulto, tuttavia meno attenzione è stata dedicata alle ricerche sull'alleanza in età evolutiva (DiGiuseppe, Linscott, & Jilton, 1996; Foreman, Gibbins, Grienenberger, & Berry, 2000; Green, 2006). C'è accordo tra clinici e ricercatori nel ritenere che l'alleanza terapeutica sia un elemento fondamentale nella relazione tra terapeuta e giovani pazienti (Knepley et al., 2019) e in una recente meta-analisi è stato rilevato che l'alleanza terapeutica è un predittore di esito più forte per i pazienti più giovani rispetto ai pazienti più anziani (Graves et al., 2017). La psicopatologia e i disturbi dello sviluppo, sono ormai considerati "disturbi relazionali" (Isola et al., 2007), derivanti in parte da interazioni disfunzionali all'interno della famiglia. Pertanto in ambito evolutivo, il setting*

si articola su più livelli e ogni fase del processo terapeutico è influenzata dalla qualità della relazione terapeutica che s'instaura tra il terapeuta, il bambino e la sua famiglia (Safran, 1990, 2000), basata sulla condivisione di scopi, la definizione dei ruoli specifici e la creazione di un legame fondato sulla fiducia. Un primo ostacolo nella relazione con bambini e adolescenti è legato al fatto che i soggetti in età evolutiva spesso non scelgono spontaneamente di intraprendere un percorso psicoterapico, ma giungono in consulenza su invito di un adulto e non sempre sono consapevoli delle difficoltà presentate, per cui risulta prioritario costruire con essi una buona relazione terapeutica (Di Pietro & Bassi, 2013; Knepley et al., 2019); questo diventa necessario soprattutto quando si tratta di adolescenti, che potrebbero mostrare atteggiamenti di chiusura, rifiuto e oppositività. Per il co-sviluppo della relazione terapeutica è prioritario che il giovane paziente si senta al sicuro in terapia, perché, solo quando gli adolescenti si sentono compresi e accettati, una forte alleanza con il terapeuta li rende più pronti ad assumersi i rischi emotivi, sociali e comportamentali necessari per un cambiamento significativo (Escudero et al., 2022).

Obiettivo: La presente review nasce con lo scopo di analizzare come una solida relazione terapeutica in ambito evolutivo corredi con l'esito dei trattamenti.

Metodo: È stata condotta una ricerca bibliografica sui motori di ricerca Google Scholar (prime 10 pagine), Researchgate e Psycharticles, inserendo come parole chiavi "therapeutic relationship or therapeutic alliance or working alliance and young adolescents" e "therapeutic relationship or therapeutic alliance or working alliance in childhood". Sono stati inclusi studi pubblicati dal 2015 al 2023 selezionando solo articoli di ricerca quantitative e qualitative in lingua inglese.

Risultati: I risultati saranno illustrati in sede di convegno.

Conclusioni: Nonostante i problemi di salute mentale sembrerebbero aumentare notevolmente durante la fase adolescenziale e si sia visto come circa il 50% dei disturbi di salute mentale diagnosticati nel corso della vita si manifesta all'età di 14 anni e la quantità aumenta al 75% all'età di 24 anni (Ulberg et al., 2021), al momento attuale i risultati relativi alla relazione terapeutica in età evolutiva sono piuttosto disomogenei (DiGiuseppe, Linscott, & Jilton, 1996; Foreman, Gibbins, Grienenberger, & Berry, 2000; Green, 2006).

Non integrazione, disregolazione emotiva ed impulsività in adolescenza: gestione della relazione terapeutica

Relatore: **Ilaria Riccardi**, Psicologa, Specialista in Psicologia Clinica, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva e SICC, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, Roma

Co-autori:

Semerari Antonio, Psichiatra, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva e SICC, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, Roma;

Carcione Antonio, Psichiatra, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva e SICC, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, Roma;

Nicolò Giuseppe, Psichiatra, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva e SICC, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, Dipartimento Salute mentale Roma 5;

Conti Laura, Psicologa, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva;

Fiore Donatella, Psichiatra, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva.

L'adolescenza è uno stadio dello sviluppo caratterizzato da impulsività, turbolenze emotive e psicologiche, sbalzi d'umore repentini e maggiore vulnerabilità a comportamenti disadattivi, quali ad esempio la ricerca di sensazioni intense e di esperienze rischiose, ma anche la conflittualità nella relazione con i genitori e l'ipercoinvolgimento nelle relazioni tra pari. Circa un terzo degli adolescenti presenta difficoltà nel raggiungimento

di compiti adattivi, del controllo degli impulsi e del funzionamento sociale. Negli adolescenti con una vulnerabilità psicopatologica ai disturbi di personalità la presenza di maggiori difficoltà nella coesione identitaria, nella regolazione emotiva e nel funzionamento metacognitivo ha un impatto determinante sulla costruzione di una solida relazione terapeutica, esponendola a cicli interpersonali disfunzionali intensi e rapidi e ad un maggior rischio di situazioni di impasse e drop-out del trattamento. Le nostre riflessioni cliniche si concentreranno in particolare su questa popolazione focalizzandosi su strategie e tecniche per la regolazione della relazione terapeutica, dove gli interventi di condivisione assumono una rilevanza essenziale e centrale.

Aggancio e relazione terapeutica nella psicoterapia cognitivo-comportamentale dell'adolescente ad alto rischio di esordio psicotico

Relatore: Maria Pontillo, Dirigente Psicologo UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Professore a contratto Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

La ricerca degli ultimi anni ci ha fornito strumenti clinici per l'individuazione precoce, in pazienti adolescenti, della condizione nota come Ultra High Risk o Stato Mentale a Rischio. Nello specifico, si tratta di un rischio a sviluppare un disturbo psichiatrico grave sulla base della presenza di segni e sintomi considerati prodromi dei disturbi psicotici. Ad oggi la psicoterapia cognitivo-comportamentale è il trattamento di prima scelta per queste condizioni in maniera associata all'intervento farmacologico. L'obiettivo di questo intervento è illustrare il modello terapeutico cognitivo-comportamentale attualmente più utilizzato nel trattamento degli adolescenti con Stato Mentale a Rischio. Sarà dedicato particolare spazio all'aggancio come aspetto fondamentale per l'instaurarsi di una relazione terapeutica funzionale, mettendo tuttavia in luce anche gli ostacoli clinici e non solo che possono rendere difficile un'alleanza solida e durevole da parte di questi pazienti. Empatia, validazione, normalizzazione saranno presentati come strumenti fondamentali non solo di aggancio ma anche di trattamento, a partire dall'intervento di psico-educazione, fino alla ristrutturazione delle credenze disfunzionali e alle prescrizioni comportamentali. Sarà dedicato anche un piccolo spazio alla cura della relazione terapeutica con i familiari di questi adolescenti.

La relazione terapeutica come contesto per l'apertura esperienziale e il cambiamento comportamentale in età evolutiva attraverso i processi dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) e della Functional Analytic Psychotherapy (FAP)

Relatore: Emanuele Rossi, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (APC, SPC, IGB, AIPC, SICC), Association for Contextual Behavioral Science (ACBS)

Un aspetto fondamentale nel lavoro clinico è la relazione terapeutica. Sono molteplici gli studi in letteratura che ne attestano un ruolo significativo nel trattamento in età adulta e in età evolutiva. In particolare, essendo l'adolescenza una fase di vita caratterizzata da notevoli cambiamenti fisici e un rapido sviluppo a livello cerebrale (che implicano molteplici conseguenze emotive, fisiche e mentali), una buona alleanza di lavoro e una relazione terapeutica forte, autentica e vitale diventano in molti contesti proprio l'elemento determinante del trattamento stesso. I dati suggeriscono infatti che circa il 20% degli adolescenti a livello mondiale, con un incremento costante negli ultimi anni, presenta problematiche legate alla salute mentale o di tipo

comportamentale, che necessitano di essere comprese in ambito clinico, all'interno di una serie di parametri differenti da quelli presi in esame per l'età adulta, e di venire considerate all'interno di contesti di sviluppo variegati e mutevoli che possano supportare la crescita dei ragazzi e aiutarli a muovere passi nelle proprie direzioni di valore e agire con consapevolezza, autentico coinvolgimento e piena apertura alle proprie esperienze interiori. In questa sede verranno illustrati i contributi dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), della Functional Analytic Psychotherapy (FAP) e delle scienze contestuali sul tema.

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-040

CORPO AULE - AULA 4

Disturbo ossessivo – compulsivo, valutazione delle caratteristiche diagnostiche e interventi terapeutici

Chair: Elena Cavalieri, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale CTCC, Firenze

Discussant: Silvia Quercioli, Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale CTCC, Firenze, Studio Professionale di Neuroscienze, Pistoia

Il DSM V (2013) ha spostato il Disturbo Ossessivo – Compulsivo dai Disturbi D'Ansia all'interno di una categoria specifica. Allo stesso tempo ha apportato ulteriori modifiche, come per esempio separare il Disturbo da Accumulo o ampliare i sottogruppi relativi all'insight, stimolando temi da anni discussi in ambito scientifico sulle caratteristiche di questo disturbo (egodistonia, varianti costituite da sole ossessioni o sole compulsioni, presenza di specifici domini cognitivi). In ambito cognitivista esistono dei modelli teorici centrati sul definire meglio l'anatomia della clinica del disturbo. Durante questo simposio vorremmo discutere come una maggiore accuratezza riguardo alla diagnosi potrebbe comportare delle influenze sulla scelta delle strategie terapeutiche e quali siano oggi i trattamenti efficaci.

La terapia cognitiva e comportamentale nell'ambito del Disturbo Ossessivo – Compulsivo

Relatore: Francesco Pratesi Telesio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale CTCC, Firenze

Co-autori: Giaquinta Nicoletta, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale CTCC Firenze, Associazione Italiana Disturbo da Escoriazione e Tricotillomania AIDET

Fra i vari interventi utilizzati nella terapia del Disturbo Ossessivo – Compulsivo viene ancora oggi attribuita primaria importanza all'esposizione con prevenzione della risposta. Allo stesso tempo diversi autori hanno identificato domini cognitivi o contenuti emotivi, che sembrano essere correlati alla sintomatologia e quindi oggetto di lavoro in psicoterapia (per esempio Obsessive Compulsive Cognition Working Group, 1997, 2005, Mancini, 2016). Le caratteristiche di questo disturbo, per alcuni costituito da sottotipi fenomenologicamente simili, ma prodotti da meccanismi causali differenti (Taylor, 2006), rendono comunque difficile standardizzare trattamenti di tipo psicoterapico che possano risultare forniti di valida efficacia in tutta la casistica di pazienti incorporata nella sua attuale definizione nosografica. Questa relazione si pone come scopo discutere su quanto sarebbe essenziale una maggiore accuratezza nel precisare criteri diagnostici riferiti a specifici aspetti psicopatologici, che possano orientare la costruzione di strategie terapeutiche adeguate.

Sono o non sono? Quando il pensiero ossessivo invade la sessualità

Relatore: Sibilla Giangreco, Psicologa, Psicoterapeuta, Specializzazione in Sessuologia, Centro Clinico ALETEIA di Enna, Acicastello e Palermo, Delegata Regione Sicilia per il Centro Italiano di Sessuologia CIS

Le ossessioni a contenuto sessuale, che rientrano nei cosiddetti ‘pensieri inaccettabili’, comprendono tutte le paure relative ai propri impulsi sessuali e alla loro natura. La prevalenza, compresa tra il 3% ed il 24% nei soggetti con DOC, potrebbe essere sottostimata proprio a causa dei contenuti socialmente stigmatizzati di queste ossessioni. In effetti, nonostante le ossessioni sessuali siano menzionate da anni in letteratura, esistono poche ricerche mirate ai tassi di prevalenza e alle caratteristiche cliniche di questi pazienti. L'ossessione sessuale è maggiormente incentrata sulle seguenti tematiche: identità sessuale, timore di aggredire sessualmente o di condotte sessuali immorali o presunte tali; paura di poter essere pedofili o di avere contenuti di fantasie incestuose o perverse.

Nella costruzione graduale di un dialogo socratico che tenga conto dei valori e del ruolo del pensiero nelle fantasie sessuali, le strategie terapeutiche di ri-narrazione del contenuto ossessivo, muovono verso la ricerca di significati nuovi da donare alla dicotomia è/non è – sono /non sono. Proporre un sé complesso ove anche il pensiero indicibile e ritenuto immorale può trovare spazio di esistere senza compromettere l'integrità personale, l'esistenza stessa dell'individuo minacciata dal senso di vergogna. Il passaggio che gradualmente muove dalla vergogna all'accettazione del pensiero mira a dare dignità di esistenza nonostante le ossessioni. Attraverso la trattazione di un caso proveremo a tracciare le tappe che conducono il tabù dell'ossessione sessuale verso la possibilità di contenere l'ossessione senza essere minacciati da essa.

- Grant, J., Pinto, A., Gunnip, M., Mancebo, M.C., Eisen, J.N., Rasmussen, S.A. (2006). *Sexual obsessions and clinical correlates in adults with OCD. Comprehensive Psychiatry* 47, 325-329.
- Puliatti M. *Mindful Somatic Resources techniques. Mimesis, 2023 in press*
- Scrimali T. (2012). *Neuroscience-based Cognitive Therapy.*
- W. Williams, M.T., Farris, S.G. (2011). *Sexual orientation obsessions in obsessive-compulsive disorder: Prevalence and correlates. Psychiatry Research* 187, 156-159.

Terapia Cognitiva basata sulla Mindfulness per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo: razionale e studi clinici di efficacia

Relatore: Luca Bodini, Psicologo, IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Verona; Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona

Co-autori: Fabrizio Didonna, Psicologo, Psicoterapeuta, Professore a contratto di Psicologia Clinica, Università di Padova, Direttore Centro Italiano di Terapia Cognitiva-Mindfulness per il DOC e il Trauma, Vicenza

*La Terapia Cognitiva basata sulla Mindfulness per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) è un programma di trattamento, standardizzato e manualizzato in 11 sedute, progettato al fine di creare un significativo miglioramento clinico e della qualità di vita in persone che soffrono di Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Illustrato nel manuale *Mindfulness Based Cognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder* (Guilford Press, 2019), il programma integra strumenti della terapia cognitiva con la pratica e l'applicazione clinica della meditazione di consapevolezza (mindfulness meditation).*

Il cuore della MBCT per il DOC consiste nel rendere consapevoli i pazienti delle modalità e bias cognitivi specifici e/o generalizzati che caratterizzano il disturbo, aiutandoli al contempo a modificare attivamente tali meccanismi e a coltivare e sviluppare una nuova relazione con gli stati interni.

Durante la pratica di mindfulness e le discussioni nel setting terapeutico i pazienti imparano a considerare i pensieri come eventi mentali innocui e passeggeri che accadono nella mente, indipendentemente dal loro contenuto o carica emotiva. Attraverso la pratica intensiva durante le sedute e a casa, questo programma terapeutico ha lo scopo di aiutare i pazienti affetti da DOC a riconoscere e superare i meccanismi e processi disfunzionali che attivano e mantengono il disturbo e ad apprendere nuove strategie e modalità mentali efficaci per neutralizzare progressivamente tali meccanismi, coltivando modalità più stabili e salutari per rapportarsi alla propria esperienza emotiva, cognitiva e sensoriale.

In questa presentazione verranno illustrati le basi teoriche e il rationale del programma MBCT for OCD, le caratteristiche fondamentali del modello, nonché i contenuti e i temi di ciascuna seduta. Verranno altresì presentati alcuni studi di efficacia che suffragano la rilevanza clinica del protocollo.

Didonna, F. (2018). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. New York: Guilford Press.

Didonna F. (2009) Mindfulness and Obsessive-Compulsive Disorder: Developing a Way to Trust and Validate One's Internal Experience. In: Didonna F. (eds) Clinical Handbook of Mindfulness. Springer, New York, NY.

Didonna, F., Lanfredi, M., Xodo, E., Ferrari, C., Rossi, R., & Pedrini, L. (2019). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Pilot Study. Journal of psychiatric practice, 25(2), 156–170.

Didonna, F., Rossi, R., Ferrari, C., Iani, L., Pedrini, L., Rossi, N., Xodo, E., & Lanfredi, M. (2019). Relations of mindfulness facets with psychological symptoms among individuals with a diagnosis of obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder or borderline personality disorder. Psychology and psychotherapy, 92(1), 112–130.

Trattare il self-talk colpevolizzante del DOC con il dialogo socratico drammatizzato: il caso di Sara

Relatore: Valeria Biffi, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Co-autori:

Simeone Michele, Psicologo, Psicoterapeuta, Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari;

Saliani Angelo Maria, Psicologo, Psichiatra, Didatta SITCC, Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva - APC-SPC;

Mancini Francesco, Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva - APC-SPC

Il presente lavoro descrive l'intervento cognitivo comportamentale condotto con Sara, giovane donna di 25 anni con Disturbo Ossessivo Compulsivo. In particolare, Sara, che lavora come ingegnere in una multinazionale, è ossessionata dalla possibilità di commettere errori sul lavoro, le cui conseguenze a suo parere sarebbero terribili per i colleghi, per i suoi superiori e per l'intera azienda. Per prevenire la possibilità di incorrere in questo fallimento, esegue ripetuti controlli mentali ripercorrendo tutte le procedure lavorative eseguite, alla ricerca di eventuali errori a cui porre rimedio. Il pensiero ossessivo circa la possibilità di incorrere in errore riguarda anche la sfera relazionale: Sara nutre il costante timore di pronunciare frasi poco consone ed espressioni inappropriate in conversazioni con amici e colleghi, per cui trascorre gran parte delle sue

giornate a ripercorrere quanto detto o fatto. Il percorso psicoterapico è stato caratterizzato dall'uso del dialogo socratico drammatizzato, una procedura che integra i principi del dialogo socratico, del chairwork e dell'accettazione cognitiva; per via della pandemia di Covid-19 il setting è stato adattato alla modalità on line. Il self talk critico della paziente, connotato da gravi rimproveri di carattere morale e critiche sprezzanti rivolte con tono accusatorio e aggressivo, entra in gioco all'attivarsi del timore di colpa deontologica; si tratta di un self talk colpevolizzante particolarmente evidente ed esuberante, a cui si ha accesso agevolmente, ragione alla base della scelta di adottare la procedura del dialogo socratico drammatizzato. A tale ragione si affianca anche la complessità di ricorrere all'ERP, sia per una certa resistenza ed una scarsa motivazione di Sara nel suo utilizzo sia perché difficilmente applicabile per la tipologia di DOC della paziente, connotato prevalentemente da ruminazioni, dunque da sintomatologia covert. La decisione di non adottare il tradizionale dialogo socratico, ma la forma drammatizzata, è motivata dal fatto che il primo rappresentava un rischio per l'alleanza terapeutica, in quanto favoriva confronti dialettici che la minavano. L'uso del dialogo socratico drammatizzato si è rivelata una scelta funzionale in quanto ha permesso di intervenire sulla sensibilità al timore di colpa di Sara, riducendo l'intensità del suo dialogo interno critico e colpevolizzante, elemento centrale nella genesi e nel mantenimento della sua sofferenza psichica; a questo è seguita una significativa riduzione della sintomatologia della paziente.

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15

SIMPOSIO S-051

CORPO AULE - AULA 5

Il ruolo del perfezionismo nella psicopatologia: dai fattori eziologici alle implicazioni in patologie differenti e in psicoterapia

Chair: **Francesca D'Olimpio**, Dipartimento di Psicologia, Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta

Discussant: **Antonino Carcione**, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma

Il pensiero dei perfezionisti è stato definito come "The Tyranny of the Should" (Horney, 1950), in quanto dominato da imperativi personali, ovvero i doveri che le persone ritengono necessari eseguire per raggiungere la perfezione. Il perfezionismo è infatti caratterizzato dal porsi standard di prestazione estremamente elevati e dall'essere eccessivamente critici nella valutazione del proprio comportamento (e.g., Frost et al., 1990). L'idea di base è che la perfezione è necessaria e l'autostima dipende da essa. Mentre i primi teorici del perfezionismo proponevano una natura unidimensionale del perfezionismo (es. Burns, 1980), si è successivamente sviluppato e rafforzato il pensiero di una natura multidimensionale del perfezionismo (es. Frost et al., 1990; Hewitt e Flett, 1991). Ad oggi, diversi studi si sono focalizzati sul perfezionismo, in quanto rappresenta un fattore di vulnerabilità della personalità, contribuisce al mantenimento di diverse psicopatologie (es., Hewitt e Flett, 2002) e ne ostacolano la terapia (es., Egan et al., 2012).

Obiettivo del simposio è quello di presentare i diversi contributi e ricerche volti ad indagare la relazione tra il perfezionismo e le diverse forme di sofferenza psicologica.

Il primo contributo sarà relativo ai fattori eziologici del perfezionismo maladattivo nell'infanzia e nell'adolescenza, con focus sul ruolo genitoriale e/o delle figure significative di riferimento e sugli strumenti di assessment in età precoce.

Il secondo lavoro sarà relativo al ruolo del perfezionismo nel disturbo ossessivo-compulsivo. Verrà discusso il ruolo del perfezionismo nel quadro clinico del DOC, con focus sulla sua influenza sia sugli aspetti cognitivi e comportamentali tipici del DOC e sia nella psicoterapia del DOC.

Seguirà la presentazione di una ricerca volta ad indagare l'interazione fra perfezionismo e narcisismo. L'ipotesi è che il perfezionismo rappresenti un fattore di moderazione e mediazione nello sviluppo e nel mantenimento dei tratti narcisistici.

Infine verrà presentato un contributo relativo al ruolo del perfezionismo nel disturbo di personalità Narcisistico di tipo Vulnerabile, Depressivo o Malignant Self Regard, verranno discussi gli interventi terapeutici più adeguati a questa tipologia di pazienti.

Alla luce di quanto ad oggi presente in letteratura, risulta chiara l'importanza di focalizzare la ricerca sui meccanismi del perfezionismo implicati nella sofferenza psicologica e nella psicopatologia e sul loro trattamento in psicoterapia.

Quali fattori favoriscono lo sviluppo delle condotte perfezionistiche in età evolutiva?

Relatore: Di Giulio Claudia, Psicologa, Psicoterapeuta TSMREE XIV Municipio di Roma;

Co-autori:

Cristiana Patrizi, Psicoterapeuta Equipe per l'Età Evolutiva, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC – SPC, Didatta SITCC. Gruppo di studio «Perfezionismo in età evolutiva», Roma

Masci Silvia, Psicologa, Psicoterapeuta;

Semeraro Valeria, Psicoterapeuta Equipe per l'Età Evolutiva, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC – SPC, Docente SITCC.

Nell'ultimo decennio ci sono stati progressi significativi nella comprensione dei meccanismi eziologici del perfezionismo maladattivo nell'infanzia e nell'adolescenza. I risultati delle ricerche che hanno analizzato le traiettorie di sviluppo di tale caratteristica di personalità ne evidenziano la complessità e la molteplicità dei fattori interni ed esterni coinvolti, che possono portare il bambino/ragazzo ad adottare condotte riconducibili al perfezionismo nella sua forma maladattiva o clinica.

L'aspetto che emerge come preponderante è sicuramente quello legato alla genitorialità; infatti come osservano Hewitt e coll. (2020), il perfezionismo si evolve come mezzo per adattarsi e mantenere relazioni con figure significative. Attraverso una combinazione di temperamento, risposte ai genitori e alle richieste dell'ambiente, il giovane arriva a vedere la ricerca della perfezione come un mezzo per ottenere accettazione, acquisire autostima, come un modo per far comprendere e soddisfare i propri bisogni.

L'intento di questo intervento è quindi quello di riflettere su quanto emerso dalle ricerche più recenti sugli aspetti che favoriscono l'adozione di modalità perfezionistiche in età evolutiva, che come è noto sono un fattore nell'induzione e nel mantenimento di molteplici quadri psicopatologici quali ansia, depressione, disturbo ossessivo compulsivo, anoressia fino ai disturbi di personalità.

A questo aggiungeremo una riflessione sugli strumenti di assesment più efficaci nell'individuare in modo precoce il perfezionismo maladattivo in età evolutiva e l'eventuale presenza di stili di parenting disfunzionali.

It's never enough: Il ruolo del perfezionismo nel disturbo ossessivo-compulsivo

Relatore: Cinzia Giorgetta, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC, Verona

Co-autori:

Ciringione Luciana, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Verona;

Mancini Francesco, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Roma

Il perfezionismo ha un ruolo importante nel DOC in quanto contribuisce ad alimentare i meccanismi (Harvey et al., 2004). La loro correlazione è infatti ben nota in letteratura (es., Wu e Cortesi, 2009). Nel presente talk verrà evidenziato come la presenza del perfezionismo nel DOC sia particolarmente focalizzata sul timore di fare errori e sullo scopo di doverli evitare a tutti i costi, condizionandone credenze e comportamenti. Mentre lo scopo del perfezionista è quello di evitare l'errore e raggiungere la perfezione per evitare conseguenze negative sul Sé (Frost et al., 1990), nel DOC il focus è sull'assenza di violazione e sulla responsabilità dell'errore. Obiettivo comune di Perfezionismo e DOC è quello di evitare l'errore morale: essere deontologicamente

colpevoli viene vissuto come una catastrofe inaccettabile, da evitare con tutte le proprie forze. La presenza del perfezionismo nel DOC contribuisce a chiarire la costante sensazione, tipica del DOC, che qualcosa non è come dovrebbe essere (Not Just Right Experience) e la tendenza a persistere in azioni tese a neutralizzare questa sensazione (es., Apa et al., 2022). L'avversione al rischio nel DOC aumenta in presenza di elevati livelli di perfezionismo (Boisseau et al., 2013), alimentando la strategia del Better Safe Than Sorry (Johnson-Laird et al., 2006) e aumentando i comportamenti di controllo (es., il checking) e i comportamenti iper-prudenziali, ad orientamento cognitivo (es. attenzione selettiva, catastrofizzazione, minimizzazione, doppio standard). Tali comportamenti finiscono piuttosto con il confermare la presenza del potenziale errore/danno, rafforzando la credenza tipica sia nel perfezionismo che nel DOC del "non è mai abbastanza". Poiché il perfezionismo, oltre a contribuire al mantenimento del DOC (es., Egan et al., 2011, 2012) ne ostacola la terapia (review, Pinto et al., 2017), alla fine del talk verranno discusse alcune tecniche di psicoterapia utilizzate per affrontare gli aspetti del perfezionismo nel paziente DOC. Studi futuri potrebbero porsi l'obiettivo di indagare ulteriormente i meccanismi cognitivi e comportamentali implicati nella presenza del perfezionismo nel DOC e il suo trattamento in psicoterapia.

La sottile interazione tra narcisismo e perfezionismo: uno studio a due fasi in un campione non clinico

Relatore: Sara Bui, Psicologa, Psicoterapeuta, Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze della Salute; Centro di Psicologia e Psicoterapia, Tages Onlus, Firenze

Co-autori:

Cavalletti Veronica, Centro di Psicologia e Psicoterapia, Tages Onlus, Firenze;

Hewitt Paul L., Perfectionism and Psychopathology Lab, The University of British Columbia, Vancouver, Canada;

Cheli Simone, Centro di Psicologia e Psicoterapia, Tages Onlus, Firenze

Obiettivi

Molti autori suggeriscono un'associazione tra narcisismo e perfezionismo, tuttavia ancora non è chiaro come questi due aspetti interagiscano tra loro in modo da generare distress nel tempo, considerando in particolare la variabilità dei sintomi in coloro che presentano un disturbo narcisistico di personalità. L'obiettivo di questo studio a due fasi è quello di esplorare il ruolo del perfezionismo come fattore di moderazione e di mediazione nello sviluppo e nel mantenimento di tratti narcisistici in un campione non clinico di giovani adulti.

Metodo

Nella prima parte dello studio sono stati inclusi 393 soggetti (età media=23.9; donne=76.1%), dei quali 181 hanno completato anche la seconda parte dello studio (follow-up a 3 mesi). Abbiamo indagato la presenza di una correlazione tra tutte le misure ed abbiamo esplorato il ruolo dei tratti perfezionistici come fattore di moderazione e di mediazione nelle strategie di auto-presentazione. Il narcisismo è stato considerato l'antecedente e sono stati presi in considerazione due outcomes: il distress psicosociale e la patologia di personalità.

Risultati

Le strategie di auto-presentazione perfezionistica hanno mostrato una forte correlazione ($r>.50$) con la dimensione vulnerabile e grandiosa del narcisismo in entrambe le fasi. I tratti perfezionistici hanno mostrato correlazioni significative, anche se da basse a moderate, eccetto per la forte correlazione ($r>.50$) tra la vulnerabilità e il perfezionismo auto-orientato e socialmente prescritto. Tutte le variabili riportano una forte

correlazione tra le misurazioni della prima e della seconda fase. L'auto-presentazione perfezionistica (auto-promozione, non disvelamento e impossibilità a mostrare le imperfezioni, punteggio complessivo) modera significativamente la relazione tra narcisismo (grandiosità, vulnerabilità, punteggio complessivo) e outcomes psicopatologici nella prima fase (.32>R2<.46), ma non media la relazione tra le misure del narcisismo nella prima e nella seconda fase. I tratti perfezionistici non moderano, né mediano questa relazione.

Conclusioni

Riteniamo che l'auto-presentazione perfezionistica possa avere un ruolo come fattore precipitante o di mantenimento nella manifestazione del distress psicosociale, nonostante questa strategia non predica necessariamente il corso dei tratti narcisistici nel tempo in un contesto ecologico. L'associazione tra narcisismo e perfezionismo dovrebbe essere un target centrale dell'assessment. I terapeuti dovrebbero essere consapevoli che ogni auto-presentazione perfezionistica potrebbe essere una fonte di sofferenza per la persona indipendentemente dalla strategia utilizzata.

Narcisismo vulnerabile: il perfezionismo potrebbe non essere solo al servizio dell'autostima individuale

Relatore: Fabio Moroni, Psicologo, Psicoterapeuta, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori:

Pellecchia Giovanni, Psicologo, Psicoterapeuta, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Bilotta Elena, Psicologo, Psicoterapeuta, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Carcione Antonino, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Nicolò Giuseppe, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Semerari Antonio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una crisi della nosografia classica dei disturbi di personalità, per quanto riguarda il Disturbo Narcisistico di Personalità, sono state proposte e individuate forme differenti di funzionamento narcisistico che possono essere sintetizzate in due macro categorie: il Narcisismo Grandioso e il Narcisismo Vulnerabile.

A questo proposito Huprich (2020) ha recentemente messo in discussione la tradizionale distinzione tra narcisismo grandioso e vulnerabile (Pincus e Lukowitsky, 2010), sostenendo che la costellazione clinica che comunemente viene descritta come narcisismo vulnerabile sarebbe meglio definita dal costrutto di Malignant Self Regard (MSR) o personalità depressiva (Huprich, 2014). Le ragioni di questa distinzione sono clinicamente importanti ai fini della scelta delle strategie terapeutiche che andrebbero perseguite per il trattamento di questi pazienti. Infatti, secondo Huprich, i due disturbi si distinguono per il vissuto e il significato dato alla grandiosità. Mentre per il Narcisismo grandioso la grandiosità è una condizione esistenziale data di diritto, che non viene messa in discussione, e gli sforzi perfezionistici sono legati all'ottenimento di un riconoscimento esterno, per la Personalità depressiva (Narcisismo Vulnerabile) la grandiosità è vista come la conditio sine qua non per ricevere cure ed essere accettati, pertanto gli sforzi perfezionistici sono guidati dal tentativo di non deludere le aspettative degli altri.

Nel presente contributo verrà proposta una chiave di lettura del ruolo del perfezionismo all'interno del funzionamento Narcisistico di tipo Vulnerabile, Depressivo o Malignant Self Regard, che tiene in considerazione due aspetti principali. Il primo aspetto è che il mantenimento dell'ideale grandioso del sé non va considerato in chiave individuale ma in chiave relazionale. Nello specifico, per questi pazienti tutti i loro sforzi perfezionistici sono rivolti al mantenimento dell'autostima di tutte e due le parti di una relazione idealizzata. Il secondo aspetto è che sono presenti forti tratti di funzionamento dipendente, in cui l'Altro viene

percepito come incapace di regolare autonomamente i propri vissuti emotivi negativi e il valore personale e l'amabilità del Sé viene misurata in base alla capacità di riuscire a regolarli. In particolare, verrà discusso il ruolo di tale chiave di lettura ai fini della scelta degli interventi terapeutici per questa tipologia di pazienti.

22 Settembre, Venerdì

9.00-10.15
CORPO AULE - AULA 6

SIMPOSIO S-018

Inibizione sessuale e disturbo ossessivo compulsivo: tra ricerca e clinica**Chair: Maurizio Sabia**, Medico Psicoterapeuta; Responsabile Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Napoli; già Responsabile struttura intermedia riabilitativa Camaldoli Hospital, Napoli**Discussant: Teresa Cosentino**, Psicologa, Psicoterapeuta; Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

La sessualità rappresenta un elemento importante per il benessere psicologico, tale da essere dominio fondamentale nel garantire lo sviluppo di una buona qualità della vita negli esseri umani. L'obiettivo del simposio è chiarire il ruolo che un aspetto così centrale dell'esperienza ha nel Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC). I dati sulle caratteristiche cliniche dei pazienti con DOC descrivono una prevalenza delle disfunzioni sessuali stimata tra il 50 e l'80%, con frequenti aspetti di evitamento e insoddisfazione sessuale, basso desiderio ed eccitazione sessuale o difficoltà a raggiungere l'orgasmo. Dal confronto con altri gruppi clinici e categorie diagnostiche emerge che le difficoltà sessuali si presentano in misura più frequente e intensa nei pazienti con una diagnosi di DOC. Risulta quindi necessario approfondire l'area del funzionamento sessuale a partire dai meccanismi eziopatogenetici sottostanti il DOC, che sottolineano il ruolo delle emozioni di colpa e disgusto nella genesi e nel mantenimento del disturbo. Durante il simposio sarà presentata una rassegna della letteratura che evidenzia lo stato della ricerca relativamente alle difficoltà sessuali nel DOC, sulle variabili e sui processi analizzati che evidenziano risultati contrastanti circa la comprensione del dominio della sessualità in questa categoria diagnostica. Successivamente saranno presentati i dati di una recente ricerca, che sembrano confermare il ruolo della sensibilità alla colpa e al disgusto come possibili mediatori dell'inibizione sessuale, in un campione non clinico di adulti con tendenze alla sintomatologia ossessiva. Saranno poi discussi due casi clinici: una paziente con DOC da contaminazione che presenta importanti difficoltà nella sfera sessuale, di cui si presenterà il meccanismo di funzionamento sottostante il comportamento sessuale maladattivo con un intervento focalizzato sulla riduzione del senso di colpa deontologica e della sensibilità al disgusto volti alla remissione della sintomatologia ossessiva nel dominio della sessualità. Il secondo caso, presentato all'interno di una cornice teorica cognitivo-evoluzionista, evidenzierà il ruolo dei sistemi motivazionali sottostanti le disfunzioni sessuali in una paziente con diagnosi di Disturbo Ossessivo Compulsivo da Relazione (DOC-R) a cui è stato proposto un trattamento di terapia mansionale integrata che assume, come da razionale dell'intervento, anche il valore di un trattamento di esposizione con prevenzione della risposta.

La sessualità nel Disturbo Ossessivo Compulsivo: una rassegna della letteratura**Relatore: Dalila De Vita**, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione; Dipartimento di psicologia, Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli**Co-autori:****Tudisco Fabrizia**, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli;**Buonanno Carlo**, Associazione di Psicoterapia Cognitiva, Roma

La sessualità rappresenta un aspetto centrale per il benessere psicologico poiché garantisce lo sviluppo di una buona qualità di vita (Stephenson & Meston, 2015). Nonostante ciò, sembra che sia un'area poco indagata nella pratica clinica. In particolare, è poco indagata in una specifica categoria diagnostica: il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC; Pozza et al. 2020), sebbene sia stimato che tra il 50 e l'80% di pazienti con una diagnosi di DOC presenti disfunzioni sessuali caratterizzate da evitamento e insoddisfazione sessuale, basso desiderio ed eccitazione sessuale o difficoltà a raggiungere l'orgasmo (Fontenelle et al., 2007; Vulink et al., 2006). Anche se tale incidenza risulta essere alta nei DOC, gli studi su questo tema sembrano andare in direzioni contrapposte ottenendo dati contrastanti. In uno studio, Monteiro e colleghi (1987) riportano che i pazienti trattati farmacologicamente sviluppano anorgasmia contrariamente ai pazienti in condizione di placebo, mentre in un lavoro di Vulink e colleghi (2006) si evidenzia che le donne con diagnosi di DOC mostrano un minore piacere sessuale, elevato disgusto e maggiori disfunzioni sessuali come condizioni non attribuibili al trattamento farmacologico. Dati discordanti emergono anche rispetto alla frequenza con cui le disfunzioni sessuali si presentano nel DOC: alcuni studi riportano che sono poco comuni (Freund et al. 1989), altri che si distribuiscono in misura uguale ad altri disturbi (Staebler et al. 1993), mentre altri ancora rilevano una minore frequenza rispetto ad altre condizioni cliniche (Kendrykar et al., 2008). Studi più recenti, che spiegano la disfunzione sessuale nel DOC alla luce della teoria del Dual Control Model (Pozza et al., 2019; Pozza et al., 2021), sottolineano che, in questi pazienti, eccitazione sessuale, inibizione legata alla minaccia di fallimento della performance e inibizione legata alle minacce esterne si manifestano in misura più elevata rispetto ai controlli. Nonostante la maggior parte degli studi in letteratura confermino l'importanza delle disfunzioni sessuali nei pazienti con DOC, nessuno studio ha indagato quali possano essere i meccanismi sottostanti. Dèttore e colleghi (2021), più recentemente, hanno indagato il ruolo di alcune variabili, come lo stile di attaccamento, come fattore che può influire nelle disfunzioni sessuali nel DOC, suggerendo che altre variabili potrebbero essere considerate come meccanismi sottostanti a tali disfunzioni. In quest'ottica, studi futuri potrebbero approfondire questo aspetto allo scopo di orientare la comprensione delle disfunzioni sessuali in questa classe di disturbi e di delineare una traiettoria di sviluppo di specifici trattamenti.

Inibizione sessuale e sintomatologia ossessiva: il ruolo della sensibilità alla colpa e al disgusto

Relatore: **Fabrizia Tudisco**, Psicologa, Psicoterapeuta; Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli

Co-autori:

Buonanno Carlo, Associazione di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Costaiola Angela, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli;

Iuliano Carla, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Napoli, SPC Reggio Calabria, AIPC Bari;

Opera Anna, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli;

Riccardi Gabriella, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli;

Pizzini Barbara, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli; Università Giustino Fortunato, Benevento;

Veronica Sanges, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli;

Annamaria Striano, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli

Il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) è una condizione clinica che ha un forte impatto sulle relazioni intime: tra il 50 e l'80% dei pazienti con DOC presentano disfunzioni sessuali, evitamento, basso desiderio sessuale in

misura più frequente e intensa di altri gruppi clinici. Nonostante ciò, pochi studi hanno esaminato quali possano essere i fattori legati alle difficoltà sessuali in questa specifica condizione clinica. Lo scopo della ricerca è quello di indagare, in un campione non clinico, l'interrelazione tra tendenze alla sintomatologia ossessivo-compulsiva, la sensibilità al disgusto e alla colpa – generalmente correlate col disturbo stesso - nell'insorgenza e nel mantenimento delle difficoltà sessuali. Allo studio hanno partecipato 354 soggetti (239 F; età media = 36,31) a cui sono stati somministrati: 1) *Obsessive Compulsive Inventory - Revised (OCI-R)* che valuta la sintomatologia ossessivo-compulsiva; 2) *Sexual Inhibition Scale e Sexual Excitation Scale (SIS\SES)* per misurare le differenze individuali nelle risposte sessuali; 3) *Guilt Sensitivity Scale (GSS)* per valutare la sensibilità soggettiva all'esperienza di colpa; 4) *Disgust Propensity and Sensitivity Scale - Revised (DPSS-R)* per misurare sensibilità e propensione al disgusto. Sono state condotte due analisi di regressione, rispettivamente avendo come variabili dipendenti le due sottoscale relative all'inibizione sessuale (SIS1: timore di fallimento della performance sessuale; SIS2: timore di minacce esterne) e come potenziali predittori i punteggi ottenuti all'OCI-R, alla GSS e alla DPSS-R. La prima analisi di regressione rivela che: genere femminile, seguire un percorso di psicoterapia, maggiore età, insieme a una maggiore sensibilità al disgusto e punteggi più elevati ottenuti alla sottoscala obsessing dell'OCI-R predicono positivamente l'inibizione sessuale per timore di fallimento della performance sessuale ($R^2_{adj}=.164$; $F_{5,353} = 14,813$; $p=.000$). Una successiva analisi di mediazione mostra che la relazione tra la sottoscala obsessing e l'inibizione sessuale per timore di fallimento della performance sessuale è mediata dalla sensibilità al disgusto. La seconda analisi di regressione evidenzia che: genere femminile, maggiore età, insieme a una maggiore sensibilità al disgusto e alla colpa e punteggi più elevati alla sottoscala hoarding dell'OCI-R predicono positivamente l'inibizione sessuale per timore di minacce esterne ($R^2_{adj}=.179$; $F_{5,353} = 16,357$; $p=.000$). Una successiva analisi di mediazione evidenzia che punteggi più elevati alla sottoscala hoarding dell'OCI-R predicono punteggi più elevati di sensibilità al disgusto e sensibilità alla colpa, peggiorando i livelli di inibizione sessuale per timore di minacce esterne. I risultati ottenuti in questo studio, sebbene condotto su un campione non clinico, evidenziano il ruolo della sensibilità alla colpa e al disgusto sulla relazione tra la tendenza alla sintomatologia ossessiva e le difficoltà nel dominio della sessualità.

Disgusto, colpa e sessualità nel Disturbo Ossessivo Compulsivo: il caso di B.

Relatore: Veronica Sanges, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli

Co-autori:

Tudisco Fabrizia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli;

Buonanno Carlo, Associazione di Psicoterapia Cognitiva, Roma

In questo intervento sarà presentato il caso di una giovane paziente con diagnosi di Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC). La paziente, in linea con la classificazione del DSM 5, manifesta ossessioni e compulsioni presenti per un periodo significativo della giornata, che compromettono il suo funzionamento quotidiano e comportano un'elevata dose di sofferenza soggettiva percepita. La paziente manifesta un sottotipo di DOC da contaminazione: le ossessioni sono legate al timore di entrare in contatto con alcune sostanze, in particolare urine, feci, liquido seminale e secrezioni vaginali. Tali ossessioni attivano compulsioni di lavaggio volte a neutralizzare la minaccia di contaminazione a cui segue la critica doxastica che, per effetto del problema secondario, mantiene e peggiora la sintomatologia stessa. Emergono emozioni di colpa deontologica e disgusto (fisico e morale). I rituali di lavaggio, che si manifestano anche durante i rapporti sessuali con un partner o durante atti di autoerotismo, compromettono inevitabilmente la sua attività sessuale, inibendola, in una direzione di evitamento esperienziale e di rinuncia a scopi di vita investiti, aumentando la sofferenza

soggettiva. Sarà presentato il profilo interno di funzionamento del disturbo secondo il modello teorico del DOC formulato da Mancini (2016), con un focus sul ruolo del senso di colpa deontologico, la sensibilità al disgusto e le credenze disfunzionali caratterizzate da norme morali inviolabili, ingredienti cognitivi attivati dal desiderio sessuale. Saranno poi discusse le fasi dell'intervento psicoterapeutico finalizzate alla riduzione della sintomatologia ossessiva nel dominio sintomatico dell'inibizione sessuale, attraverso la formulazione condivisa del profilo interno di funzionamento del disturbo volta a ridurre il problema secondario, gli esperimenti comportamentali tesi al ridimensionamento delle emozioni di disgusto, le tecniche di ristrutturazione cognitiva e le tecniche di esposizione con prevenzione della risposta (E/RP), oltre alle tecniche di imagery with rescripting volte alla riduzione della vulnerabilità al disturbo.

Le implicazioni sessuali del Disturbo Ossessivo Compulsivo da Relazione: dalla formulazione del caso al trattamento

Relatore: **Carla Iuliano**, Psicologa, Psicoterapeuta; Practitioner EMDR; Sessuologa Clinica; Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Napoli, SPC Reggio Calabria, AIPC Bari

Nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo da relazione (ROCD) la persona vive pensieri intrusivi, indesiderati e pervasivi, sotto forma di dubbi circa la qualità e l'autenticità dell'amore nei confronti del proprio partner. In particolare, possono essere presenti dubbi ossessivi che riguardano le caratteristiche personali del partner, le caratteristiche della relazione e spesso l'ossessiva preoccupazione di danneggiare emotivamente il partner se si decide di continuare la relazione. Le compulsioni si presentano generalmente sotto forma di test e ragionamenti tesi a provare il valore della relazione. Come per le altre forme di DOC, le compulsioni riducono temporaneamente l'ansia provocata dalle ossessioni ma in questo modo favoriscono il suo ripresentarsi, agendo da fattori di mantenimento del disturbo. Tali sintomi spesso esercitano una influenza negativa sulla qualità del rapporto di coppia e sulla sessualità. I contatti intimi, infatti, rappresentano per il soggetto con ROCD una situazione trigger, che attiva compulsioni di controllo sulle proprie sensazioni fisiche e risposte emotive provate prima, durante e dopo il rapporto. Ne consegue che la sessualità con il partner perde di spontaneità, giocosità e spensieratezza, provocando ricadute negative sul desiderio, sull'eccitazione e sul piacere. Nel caso presentato di una paziente affetta da ROCD, il dubbio e l'ansia relativi al valore e all'autenticità del proprio amore provocavano una continua alternanza tra un invalidante senso di colpa nei confronti del partner (qualora la scelta fosse stata di rimanere nella relazione) e una forte ansia da separazione (qualora la scelta fosse stata di lasciarlo). Questa alternanza di stati mentali problematici può essere ricondotta all'oscillazione tra due diversi sistemi motivazionali entrambi in grado di disattivare il sistema sessuale: il sistema agonistico, quando prevaleva il senso di colpa, e il sistema di attaccamento, quando era presente l'ansia da separazione. Il trattamento psicoterapico ha previsto: 1) una fase iniziale di psicoeducazione/ristrutturazione cognitiva delle credenze patogene relative alla coppia e alla sessualità, 2) una successiva condivisione del profilo interno del disturbo e delle modalità abituali di funzionamento della paziente e, infine, 3) un intervento di esposizione e prevenzione della risposta focalizzata in particolare su mansioni sessuali.

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-092

TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

TF-CBT: versatilità ed efficacia nelle applicazioni cliniche

Chair: Maria Grazia Foschino Barbaro, Psicologa, Psicoterapeuta, AIPC Bari;
 Coordinamento Servizi Contrasto alla violenza all'infanzia Regione Puglia, Bari

Discussant: Marvita Goffredo, Psicologa Psicoterapeuta, AIPC Bari

La Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) è il trattamento del trauma per bambini e adolescenti più rigorosamente studiato fino ad oggi, che raccoglie la più ampia mole di dati di efficacia, mostrandosi ugualmente valido per diversi target di popolazione e in diversi contesti di applicazione (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2016; 2022). Oltre 24 studi randomizzati dimostrano l'efficacia della TF-CBT in relazione alle principali difficoltà emotive e comportamentali associate ad esperienze traumatiche sia singole che croniche. Rispetto ad altri trattamenti, favorisce un costante e significativo miglioramento della sintomatologia da PTSD, con specifico riferimento ai sintomi di evitamento e di attivazione fisiologica. Integrando i principi dalle teorie cognitivo-comportamentali, sistemiche, dell'attaccamento e umanistiche, la TF-CBT propone un protocollo di intervento modulare, relativamente breve, centrato sul principio dell'esposizione graduale, che valorizza il coinvolgimento diretto del caregiver in alcune fasi del trattamento. Il presente simposio si articolerà in tre contributi, tutti di taglio eminentemente clinico, nell'intento di analizzare i principali punti di forza del modello ed evidenziarne la grande flessibilità e versatilità di applicazione.

La prima relazione introdurrà in forma sintetica la struttura fasica del modello e le principali componenti dell'intervento, per poi offrire uno spazio di approfondimento sull'adattamento e applicazione della TF-CBT nel contesto di guerra in Ucraina.

Il secondo contributo orienterà l'attenzione su uno dei principali punti di forza del modello: il coinvolgimento diretto del caregiver nel trattamento. Attraverso la presentazione di un caso clinico, verrà mostrato come all'interno di sedute singole e congiunte, bambini e genitori imparino e condividano abilità per elaborare pensieri, sentimenti e comportamenti legati agli eventi traumatici.

L'ultimo contributo prenderà in esame l'evitamento nei quadri traumatici in età evolutiva, mostrando, attraverso esemplificazioni cliniche, le strategie proposte dalla TF CBT per fronteggiare tale sintomo a facilitare il prosieguo della terapia.

Cohen J.A., Mannarino A.P., Deblinger E. (2022). Trattare il trauma e il lutto traumatico nei bambini e negli adolescenti. Roma: Giovanni Fioriti Editore.

La TF CBT nelle situazioni di trauma in corso: il progetto TF-CBT Ucraina

Relatore: Zlatina Kostova, Psicologa, Psicoterapeuta, Direttrice della Formazione e Docente in Psichiatria, Lifeline For Kids, Dipartimento di Psichiatria, University of Massachusetts, Chan Medical School, USA, Grafton

Il presente contributo descrive il progetto "TF-CBT Ucraina", sviluppato a seguito dell'invasione russa nel febbraio 2022, ed attualmente implementato in Ucraina, in collaborazione con diversi partner e promosso da finanziatori internazionali. Guidato da un team dell'Università di Ulm, in Germania, e da diversi trainers TF-CBT internazionali, il progetto consiste in un ampio programma di formazione sul modello TF-CBT in favore di

psicoterapeuti ucraini. Ad oggi sono stati formati oltre 130 professionisti; tutti hanno espresso un grado di soddisfazione molto elevato rispetto alla qualità del programma di formazione. Verrà descritta l'implementazione del protocollo TF-CBT in una condizione di trauma in corso, come la guerra, e si discuteranno le strategie pratiche elaborate per l'adattamento del modello in favore di bambini che vivono in contesti di guerra.

Non pensavo potesse essere successo proprio a noi: l'importanza del coinvolgimento dei caregiver nella cura del trauma

Relatore: Michele Pellegrini, Psicologo, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo UOSD Psicologia, AOU Policlinico-Giovanni XXIII Bari; Docente APC, Lecce e AIPC, Bari

L'esposizione ad una o più ESI spesso comporta un'alterazione o interruzione delle relazioni di attaccamento (Foschino Barbaro e Pellegrini, 2015) e genera nelle vittime disregolazione (emotiva, comportamentale, cognitiva, nelle funzioni fisiologiche, nelle relazioni interpersonali e nella percezione di sé), attribuzioni ed aspettative negative e problematiche nel funzionamento globale familiare, sociale e scolastico (Liotti, Farina, 2011). La recente letteratura mostra come le ESI generino sentimenti di insicurezza ed impotenza nelle vittime, incrementino la possibilità di sviluppare sintomi internalizzanti ed esternalizzanti (Lanius, 2012) e favoriscano l'insorgenza di psicopatologia (Liotti e Farina, 2011). L'esposizione ad ESI genera anche nei caregiver un intenso impatto emotivo, attivando pensieri connessi all'idea di non essere stati in grado di proteggere adeguatamente il proprio figlio, disorientamento conseguente all'erronea attribuzione di significato ai segnali comunicativi, alle emozioni ed ai comportamenti manifestati dalla piccola vittima, dando così inizio a cicli interattivi negativi (Goffredo e Foschino Barbaro, 2015). A ciò si aggiunge il senso di inadeguatezza personale che i caregiver sperimentano nello stare accanto al proprio figlio con i giusti modi e nel fornirgli le cure più appropriate sul piano della salute e dell'affettività. L'obiettivo generale dei trattamenti per la cura del trauma è la promozione di una rappresentazione di sé più integrata e coerente e, dall'altra, l'accrescimento della sensazione di sicurezza e controllo connessa alla consapevolezza che alcune delle emozioni, sensazioni e pensieri frequentemente esperite durante la quotidianità sono da ricondursi ad esperienze passate (Schauer M. et al., 2014). Tra i trattamenti per la cura del trauma in infanzia ed adolescenza, la TF-CBT rappresenta un modello evidence-based che include genitori o caregiver non abusanti nel processo di cura; diversi studi suggeriscono che l'inclusione di caregiver sia associata agli esiti della TF-CBT e che ciò possa avvenire attraverso il miglioramento del supporto fornito dal caregiver e/o la riduzione delle cognizioni disadattive legate al trauma dei caregiver (Brown et al., 2020). In questa cornice, il presente lavoro, attraverso la presentazione di un caso esemplificativo trattato con l'utilizzo della TF-CBT, che prevede al suo interno interventi multilivello e rivolti sia alle vittime che ai loro caregiver, verrà illustrata l'importanza del coinvolgimento dei caregiver nel processo di cura, al fine di facilitare l'integrazione delle esperienze traumatiche e promuovere negli adulti di riferimento la capacità di cogliere le richieste di cura e protezione agite dal figlio, sia quelle esplicite sia quelle mascherate ed ambigue.

“Non voglio parlarne, non ci penso”. Tecniche e strategie per affrontare l'evitamento con la TF-CBT

Relatore: Valeria Semeraro, Psicologa, Psicoterapeuta, Equipe per l'età evolutiva APC-SPC, Siena

In età evolutiva l'esposizione al trauma interpersonale si associa ad una elevata variabilità dell'espressione della sofferenza clinica (Foschino Barbaro e Mancini, 2017); si osserva, infatti, spesso una commistione di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti (De Haan et al., 2020). Inoltre, le cognizioni post-traumatiche disfunzionali (PTC) sembrano svolgere un ruolo importante nello sviluppo e nella persistenza del PTSD nei bambini e negli adolescenti, che possono esitare in una condizione di evitamento emotivo e comportamentale persistente. I ricordi traumatici sono spiacevoli e i bambini potrebbero evitare di parlare dell'evento traumatico, per paura che possa risvegliare emozioni troppo dolorose; potrebbero, infatti, dire "non voglio parlarne" o "non ci penso". L'evitamento è uno dei sintomi più frequenti (Birkeland et al., 2022) e il clinico che cerca di coinvolgere il paziente nel trattamento gli chiede di correre un rischio molto alto, quello di rinunciare alle strategie e ai comportamenti protettivi costruiti per tenere lontani i ricordi intrusivi.

Per fronteggiare le molteplici difficoltà di accesso al dolore nel trauma complesso, il modello di intervento della Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) offre un protocollo modulare e centrato sul costruito dell'esposizione graduale al trauma. In tal senso, prima di giungere alla narrazione delle esperienze traumatiche, promuove le abilità di regolazione emotiva e parallelamente affronta le credenze disfunzionali. Attraverso esemplificazioni cliniche, saranno espone le strategie pratiche che consentono al piccolo paziente di padroneggiare alcune competenze di espressione e modulazione affettiva, garantendo un miglioramento della sicurezza, tali da ridurre la condizione di evitamento che ostacola il processo di elaborazione del trauma (Cohen et al., 2022).

Birkeland M.S., Skar A.M.S. & Jensen T.K. (2022). Understanding the relationships between trauma type and individual posttraumatic stress symptoms: a cross-sectional study of a clinical sample of children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 63(12), 1496-1504 doi:10.1111/jcpp.13602

Cohen J.A., Mannarino A.P., Deblinger E. (2022). Trattare il trauma e il lutto traumatico nei bambini e negli adolescenti. Roma: Giovanni Fioriti Editore.

De Haan A., Landolt M.A., Fried E.I., Kleinke K., Alisic E., Bryant R., ... & Meiser-Stedman R. (2020). Dysfunctional posttraumatic cognitions, posttraumatic stress and depression in children and adolescents exposed to trauma: a network analysis. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61(1), 77-87. doi:10.1111/jcpp.13101

Foschino Barbaro M.G., Mancini F., (2017). (a cura di) Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile. Franco Angeli

Liotti G., Farina B. (2011). Sviluppi traumatici.eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa. Milano: Raffaello Cortina.

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-011

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

Il Disturbo Bipolare: approfondimenti clinici e di ricerca

Chair: **Andrea Gragnani**, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma; Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC; Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Discussant: **Sergio Longo**, Psichiatra, Psicoterapeuta, Associazione di Psicologia Cognitiva APC Lecce, Presidente Associazione Psicoterapia Cognitiva APC-APS Lecce

Il Disturbo Bipolare (DB) è caratterizzato da un andamento cronico e spesso severo, ha una significativa distribuzione nella popolazione generale (Fassassi, 2014), colpisce il 4,4% della popolazione statunitense (Merikangas e coll., 2011), mentre secondo il DSM-5 (APA, 2013) la prevalenza annuale è circa dell'1.8% (APA, 2013). Ha un costo sociale elevato, cui si aggiunge il peso legato alle morti premature per gesti suicidari e per complicanze mediche che aggravano il decorso del disturbo stesso e riducono la vita media dell'individuo che ne soffre di circa 10-20 anni (Miller e Bauer, 2014). Anche i familiari di questi pazienti sono pesantemente coinvolti con un conseguente carico emotivo, di assistenza e di possibili problemi economici e legali (Reinares, Sánchez –Moreno, Fountoulakis e coll., 2014). Non per ultimo in termini di importanza, le alterazioni timiche tipiche di questo disturbo cui si associano comportamenti disfunzionali e vigorose "altalene emotive" provocano, spesso, un elevato livello di sofferenza psicologica percepita.

Per questi motivi, clinici e ricercatori sono costantemente impegnati nel tentativo di perfezionarne la comprensione e di andare oltre ad una mera descrizione fenomenologica (se pur estremamente importante) con l'obiettivo di avvicinarsi a quelle dinamiche profonde che potrebbero spiegare, in modo più esaustivo, la complessa natura di questo disturbo.

In questo simposio, si succederanno quattro presentazioni che vanno a toccare interessanti temi clinici e di ricerca e che mostrano tutte, come obiettivo generale, quello di promuovere la costruzione di interventi psicoterapici ad hoc.

La prima relazione offre, attraverso un'esemplificazione clinica, un'attenta ricostruzione del funzionamento interno del DB, dando particolare spazio agli investimenti scopistici e alle specificità di alcuni meccanismi di mantenimento e aggravamento, di dinamiche di scompenso e dei fattori di vulnerabilità.

Nella seconda presentazione, sempre attraverso un'esemplificazione clinica, viene dato rilievo ad uno strumento di intervento molto utile nella ricostruzione trasversale del disturbo che tiene in considerazione, nella versione rivista in un'ottica cognitivista, un'approfondita analisi di stati mentali, emotivi e comportamentali oltre che degli investimenti scopistici salienti per questo paziente.

Successivamente, verranno presentati i risultati di un protocollo breve di intervento caratterizzato dall'associazione della psicoeducazione e della CBT di gruppo. Questo training che consiste in 10 incontri tematici per i pazienti e 3 per i familiari, ha mostrato, rispetto ad altri interventi standard, la sua efficacia sia per l'ottimizzazione dei tempi di intervento sia per la reale prevenzione delle ricadute affettive.

Il simposio si concluderà con un focus su recenti e interessanti evidenze scientifiche riguardanti le alterazioni dell'area cerebellare riscontrate nei pazienti con DB che possono avere conseguenze sulle capacità di comprensione di eventi sociali e non e su importanti funzioni cognitive alla base della Teoria della Mente (TOM).

Il Disturbo Bipolare attraverso il caso di Annamaria: profilo cognitivo

Relatore: Andrea Gragnani, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma; Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICCC; Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Co-autori:

Stefania Iazzetta, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto;

Lisa Lari, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto;

Saettoni Marco, Psichiatra, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Grosseto, Dirigente medico I livello ASL Toscana Nordovest

Esiste una vasta letteratura sul Disturbo Bipolare (DB) che evidenzia gli aspetti fenomenologici ed esplicativi in termini biologici e neurotrasmettitoriali. In minor misura, è stato approfondito il funzionamento interno di questo disturbo in termini di credenze, regole, scopi e antiscopi, conseguenti emotive e comportamentali. Tale disparità ha contribuito a relegare il trattamento psicoterapico ad un ruolo secondario rispetto agli interventi farmacologici e psicoistruttivi. Riteniamo invece che sia necessario applicare, per il trattamento del DB, uno specifico piano psicoterapico delineabile solo dopo una puntuale analisi e ricostruzione della complessa organizzazione mentale ed emotiva che sta alla base di questo disturbo.

In questa presentazione ci proponiamo quindi, attraverso il caso di Annamaria, di descrivere non solo la sintomatologia clinica e il decorso del DB, ma soprattutto alcune peculiarità della "mente bipolare". Nello specifico, particolare attenzione verrà data ad alcuni tipici "elementi di tratto" (alla rappresentazione del sé, alle credenze e alle distorsioni cognitive nelle fasi sintomatiche cui si associano strategie compensatorie disfunzionali) e agli investimenti scopistici. Inoltre, intendiamo evidenziare alcune specificità dei meccanismi di mantenimento delle fasi sintomatiche e della ciclicità per poi concludere con un approfondimento delle dinamiche di scompensazione e di alcuni fattori di vulnerabilità.

Il ruolo della ricostruzione longitudinale nel trattamento del paziente con Disturbo Bipolare

Relatore: Stefania Iazzetta, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Grosseto

Co-autori:

Lisa Lari, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Grosseto

Saettoni Marco, Psichiatra, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Grosseto, Dirigente medico I livello ASL Toscana Nordovest;

Gragnani Andrea, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma e Grosseto, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICCC, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

La valutazione del paziente con Disturbo Bipolare (DB) si compone necessariamente di una prima parte di valutazione trasversale, che prevede la raccolta di dati clinici e anamnestici, e una seconda parte di valutazione longitudinale, che tenga conto della storia del paziente e del disturbo (Goodwin, Jamison, 2007), considerato che questo presenta un andamento ricorrente, variabile e progressivo.

La life-chart è un prezioso strumento di ricostruzione longitudinale delle oscillazioni dell'umore tipiche del DB e, nella forma retrospettiva (life-chart retrospective, LC-R), introdotta da Kraepelin (1921) e sviluppata da Post e coll. (1988), consiste in una rappresentazione grafica in cui vengono riportati ad esempio l'esordio del disturbo, l'andamento dei cicli, la descrizione delle fasi e del grado di compromissione funzionale, i trattamenti effettuati etc.

Nella pratica clinica, è emersa la necessità di andare oltre all'utilizzo della LC-R come mera ricostruzione degli eventi e abbiamo cercato di potenziare questo strumento, inserendo anche i contenuti cognitivi in modo da far emergere rappresentazioni, credenze e scopi attivati al presentarsi dell'accadimento e che possono portare allo scompensamento timico. Nel presente lavoro, questa implementazione verrà spiegata attraverso la ricostruzione longitudinale del disturbo di Annamaria (nome di fantasia attribuito alla paziente).

Questo strumento, rivisitato in un'ottica CBT, può essere estremamente utile sia nell'ambito di ricerca che in quello clinico, perché produce una maggiore conoscenza e consapevolezza dei temi nucleari e dei meccanismi cognitivi, emotivi e comportamentali sottostanti le fasi di scompensamento affettivo. Oltre ad un incremento della consapevolezza sul disturbo, questo approfondimento facilita il lavoro di cambiamento e accettazione ma anche un'approfondita analisi della vulnerabilità del paziente con DB.

Lo spettro bipolare: un intervento breve di gruppo per la prevenzione delle ricadute

Relatore: Lucia Destino, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione di Psicologia Cognitiva APC Lecce, Vice-presidente Associazione Psicoterapia Cognitiva APS, Lecce

Co-autori: Sergio Longo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Associazione di Psicologia Cognitiva APC Lecce, Presidente Associazione Psicoterapia Cognitiva APS Lecce

Introduzione: *Il disturbo bipolare è notoriamente una patologia dalla prognosi spesso severa e invalidante, sul cui sviluppo ed evoluzione incidono differenti fattori, da quelli genetici allo stile di vita, e più in generale fattori di natura psicosociale. Il trattamento d'elezione del disturbo bipolare è la farmacoterapia combinata con la CBT (Beck e Newman 2005, Khazzal e Pomini 2006, Basco 2006).*

In un contesto assistenziale pubblico, si è messo a punto un protocollo breve di psicoeducazione e di CBT di gruppo, finalizzato all'incremento della consapevolezza del disturbo, delle sue caratteristiche, delle modalità di fronteggiarlo, favorendo all'acquisizione di strategie di problem-solving, sia per il riconoscimento e controllo dello stato emotivo, sia per la riduzione e gestione dello stress, al fine di una maggiore prevenzione delle ricadute. Il training si sviluppa in circa 10 incontri tematici, più tre incontri con i familiari dei partecipanti.

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

Metodo: *28 pazienti partecipanti con diagnosi di Disturbo Bipolare di tipo I e II in fase eutimica da almeno un mese, in assistenza presso il servizio di psichiatria territoriale (F= 19, M=9), preliminarmente sottoposti a valutazione testistica per accertare l'assenza di sintomatologia attiva da almeno un mese (MADRS \leq 12, MRS \leq 12). Criteri di esclusione: non aderenza al trattamento farmacologico, gravidanza, abuso di sostanze/alcol in atto, fase acuta. I pazienti sono stati valutati prima di essere ammessi al gruppo (T0), dopo 6 mesi (T1) e dopo un anno (T2).*

Strumenti Utilizzati: Scl-90R - Symptom Checklist-90-R - (Derogatis, 1994); Q-Les-Q - Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire - (Endicott et al., 1993); MADRS - Montgomery- Asberg Depression Rating Scale - (Montgomery e Asberg, 1979); MRS - Mania Rating Scale- (Young et al., 1978); CGI-BP - Clinical Global Impressions Bp Version - (Spearing, Post, Leverich, Brandt & Nolen, 1997). E' stato valutato il livello di gradimento dei partecipanti in ogni singolo incontro e alla fine dell'intero ciclo.

Risultati e Conclusioni: Il protocollo di intervento ha dato risultati incoraggianti e aperto a considerazioni di efficacia a molti livelli, sia per l'ottimizzazione dei tempi di intervento (lavorare in gruppo accelera e facilita l'azione preventiva) che per la reale prevenzione delle ricadute della sintomatologia bipolare, rispetto ad interventi standard.

La cognizione sociale nel disturbo bipolare in fase di eutimia: dai circuiti neurali ai fattori di mantenimento

Relatore: **Libera Siciliano**, Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università di Roma "Sapienza", Laboratorio per lo studio delle Atassie, IRCCS Fondazione Santa Lucia, Roma

Co-autori:

Leggio Maria, Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università di Roma "Sapienza", Laboratorio per lo studio delle Atassie, IRCCS Fondazione Santa Lucia, Roma;

Olivito Giusy, Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università di Roma "Sapienza", Laboratorio per lo studio delle Atassie, IRCCS Fondazione Santa Lucia, Roma;

Lupo Michela, Psicologa, Psicoterapeuta, Servizio di Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva, ASL Roma 2;

Saettoni Marco, Psichiatra, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto, Dirigente medico I livello ASL Toscana Nordovest;

Gragnani Andrea, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma e Grosseto; Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC; Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

La presenza di deficit nelle abilità di cognizione sociale (CS) nel Disturbo Bipolare (DB) durante lo stato di (ipo)mania e lo stato depressivo è riconosciuta, mentre risulta ancora dibattuta durante la fase di eutimia. La comprensione del funzionamento sociale durante la fase eutimica può rivelarsi utile ai fini di una migliore comprensione dei fattori di mantenimento del DB.

Recenti studi clinici sul DB hanno mostrato la presenza di alterazioni strutturali al cervelletto e ipotizzato che questo sia coinvolto in alcuni sintomi tipici del disturbo. Al cervelletto è ad oggi riconosciuto un ruolo di rilievo nell'elaborazione di stimoli sociali. Tramite un modello operativo sequenziale, tale struttura genera modelli interni dei processi mentali che avvengono durante le interazioni sociali. A questo scopo, il cervelletto collabora con le aree corticali consentendo di fare accurate previsioni sociali e di adattare il comportamento in base a modelli interni appresi, permettendo infine un'interazione sociale adattiva.

Partendo da queste premesse, tale presentazione si propone di esporre una serie di studi che abbiamo condotto sul DB integrando dati clinici e socio-cognitivi con dati di neuroimmagine (Lupo et al., 2021; Siciliano et al., 2023). I risultati ottenuti hanno permesso di approfondire le abilità di CS nei BD1 e BD2 in fase eutimica, riscontrando sovrapposizioni e discrepanze tra i sottotipi in termini sia di CS che di alterazioni strutturali e funzionali cerebello-corticali (Olivito et al., 2021, 2022). Interessanti risultati nelle abilità di predizione sociale emergono da un confronto tra DB, disturbo dello spettro dell'autismo e individui affetti da patologia

cerebellare degenerativa (Olivito et al., 2023). Nel loro insieme i risultati di tali studi provano la presenza di deficit residui di mentalizzazione e di predizione nei pazienti con DB in fase eutimica, che possono influenzare le capacità di previsione e decisione nei rapporti interpersonali e i fattori di mantenimento del disturbo.

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-068

TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

La Terapia Metacognitiva Interpersonale nei setting multipli

Chair: Raffaele Popolo, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Discussant: Marika Ferri, Studi Cognitivi, San Benedetto del Tronto

La Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) è un protocollo di trattamento manualizzato ed empiricamente validato, per il trattamento dei disturbi di personalità. Elementi centrali del modello sono la rigidità di schemi interpersonali maladattivi, che guidano la modalità di previsione dell'andamento delle relazioni, e la significativa presenza di un malfunzionamento metacognitivo. Vista la necessità di introdurre trattamenti che possano massimizzare l'efficacia e ridurre i costi, si è pensato di applicare i principi della TMI anche in un contesto grupale. Ampliare il setting permette, inoltre, di superare momenti di impasse nel corso del trattamento individuale, così come andare ad agire su cicli interpersonali attivi nel contesto esterno che limitano l'efficacia del trattamento; il confronto con gli altri, in un contesto protetto come quello terapeutico, permette al paziente di sperimentare nuove modalità di fronteggiamento delle difficoltà relazionali, così come confrontarsi con schemi diversi.

In questo simposio vengono presentati quattro interventi sul trattamento della TMI nei setting non individuali, dalla terapia di coppia sino alla terapia di gruppo.

Assessment e contratto nella terapia di coppia secondo la TMI

Relatore: Loris Andreotti, Psicoterapeuta, Milano

Co-autori: Dimaggio Giancarlo, Popolo Raffaele - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Molte coppie richiedono una terapia con l'intenzione di affrontare difficoltà relazionali legate a problematiche nella comunicazione e ad una scarsa sintonizzazione emotiva. Spesso entrambi i partner, o almeno uno dei due, sono mossi da emozioni dolorose che hanno difficoltà a sostenere, quali rabbia e tristezza; queste vengono sempre attribuite ai comportamenti assunti dall'altro e per questo giudicati come disinteressati, critici o sprezzanti. Difficilmente i partner hanno consapevolezza dei propri stati interni che guidano la modalità di entrare in relazione con l'altro.

Non riconoscono da dove nasce la loro sofferenza, il bisogno frustrato che porta a vedere come problematico lo stare con l'altro, in che modo contribuiscono al mantenimento di tali dinamiche; tendono così ad attribuire esclusivamente all'altro la responsabilità del disagio, individuale e di coppia.

In questo lavoro descriveremo come inquadrare il distress di coppia nella prospettiva della Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI), definendo poi le fasi di assessment attraverso un'esemplificazione clinica. L'obiettivo è mostrare come decodificare la domanda portata dalla coppia in terapia, definire la reale motivazione al cambiamento di entrambi i partner, come impostare così il percorso terapeutico. Riteniamo che all'interno della coppia uno o entrambi i partner, guidati dai propri schemi interpersonali, ricorrono a coping coerenti con il proprio pattern di funzionamento per evitare la sofferenza temuta; queste strategie consentono alla coppia di mantenere un equilibrio, che vede gli schemi reciproci compensarsi in questo modo. Nel momento in cui entrano in crisi queste strategie di coping, l'equilibrio si rompe favorendo l'emergere delle dinamiche relazionali disfunzionali portate in terapia. Queste contribuiscono a mantenere la difficoltà a

sintonizzarsi con gli stati emotivi dell'altro e a riconoscere gli elementi propri dello schema disfunzionale individuale di ciascuno.

Il training di abilità sociali per la schizofrenia basato sulla metacognizione

Relatore: Paolo Ottavi, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori: Pasinetti Manuela, Popolo Raffaele - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Il Metacognition-Oriented Social Skills Training (MOSST) è un intervento gruppale, evidence-based, per pazienti con psicosi schizofrenica che mira a incrementare la competenza e l'outcome sociale attraverso l'allenamento sistematico della capacità metacognitiva dei pazienti. Il formato è quello del piccolo gruppo (5-10 partecipanti) ed è dedicato sia a pazienti agli esordi di malattia che cronici, ambulatoriali o residenti in strutture sanitarie. Vengono esclusi pazienti con ritardo mentale, patologie neurologiche/epilessia o abuso di sostanze.

Il MOSST ha una durata di 4 mesi e si articola in 16 incontri, ognuno dei quali tematizzato attorno a una specifica abilità sociale nelle 3 macro-aree della "Conversazione", "Assertività" e "Gestione dei Conflitti".

Ogni seduta ha una durata di 2 ore ed è divisa in due parti principali. Nella prima parte i compiti sono incentrati a) sulla produzione di – e riflessione su – episodi narrativi autobiografici relativi all'abilità sociale target e b) sull'osservazione di scene sociali e identificazione degli stati mentali degli attori. La seconda parte, invece, è incentrata sul role-play, che i partecipanti svolgono a coppie con i conduttori. Il role-play nel MOSST ha alcune caratteristiche originali che lo rendono adatto agli scopi del training, soprattutto il focus sugli stati mentali e sulle motivazioni, e l'accuratezza dei feedback. Questi ultimi vengono elicitati dai conduttori in un formato metacomunicativo specifico e formalizzato, ideato per facilitare ai pazienti la comprensione degli stati mentali dell'interlocutore.

Nella presentazione verranno mostrate le caratteristiche originali del MOSST, la struttura generale e quella delle singole sessioni, oltre alle prove di efficacia fin qui ottenute.

La TMI-G in un contesto privato: l'esperienza del Centro TMI di Napoli

Relatore: Anna Maria Capodanno, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Napoli

Co-autori: Ugolino Marika, Popolo Raffaele - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

In questo lavoro presenteremo la nostra esperienza di gruppo TMI-G (La Terapia Metacognitiva Interpersonale di Gruppo per i disturbi di personalità, Popolo R., Dimaggio G., Ottavi P.) in ambito privato.

La TMI-G è un modello di trattamento di gruppo dei Disturbi di Personalità, validato empiricamente e introdotto per favorire il miglioramento del funzionamento metacognitivo e il fronteggiamento delle difficoltà dovute agli schemi.

L'intervento è costituito da 16 sedute di gruppo a cadenza settimanale della durata di 2 ore e tre sedute individuali. Ciascuna seduta di gruppo è suddivisa in una prima parte psicoeducativa e in una seconda parte esperienziale.

La TMI-G è stata validata nei servizi pubblici (Popolo et al.2019), ma non ancora in ambito privato. Visto l'aumento del disagio e delle richieste, è nata l'esigenza di valutarne l'efficienza anche nel contesto privato. In questo lavoro, quindi, presenteremo l'esperienza di gruppo TMI-G presso il Centro TMI di Napoli.

Il gruppo è stato attivato con 6 partecipanti (5 di sesso femminile e 1 di sesso maschile), età media 23 anni. 4 pazienti con diagnosi di disturbo borderline di personalità (2 di questi con comorbidità di disturbo evitante), 1 paziente con diagnosi di disturbo evitante di personalità e 1 paziente con diagnosi di disturbo narcisistico di personalità covert, oltre diagnosi di DAG e DCA. Ciascun paziente era già seguito in terapia individuale. Un paziente ha dovuto interrompere il trattamento al 7° incontro per la concomitanza sopraggiunta con i corsi universitari obbligatori, un altro paziente ha lasciato dopo il 14° incontro per un lutto familiare. Prima dell'inizio del trattamento la selezione dei pazienti è stata effettuata tramite la SCID-5 e per la valutazione sintomatologica sono stati utilizzati i seguenti test:

- \- BAI
- \- TAS-20
- \- SCL-90
- \- MCQ-30
- \- IIP-32
- \- BDI-II

La batteria di test è stata ripetuta alla fine del trattamento, con follow up a 3 mesi.

In questo lavoro saranno presentati brevemente lo strumento e i risultati delle valutazioni effettuate. In particolare, sarà mostrata l'adesione al trattamento sia attraverso la partecipazione alle sedute che rispetto alla valutazione soggettiva dei pazienti, per mostrare la fattibilità dello strumento in ambito privato. Saranno, infine, mostrate vignette cliniche della parte esperienziale.

Il training metacognitivo interpersonale basato sulla mindfulness per pazienti con disturbi di personalità

Relatore: Domenico Errico, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Napoli

Co-autori: Pasinetti Manuela, Passarella Tiziana, Ottavi Paolo - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

I pazienti con disturbi della personalità (DP) mostrano, tra le altre cose, scarso monitoraggio metacognitivo e tendono ad utilizzare massicciamente processi cognitivi perseverativi a contenuto interpersonale, ad es. la ruminazione interpersonale, il rimuginio interpersonale o il pensiero desiderante (PCP-i). Numerosi studi hanno dimostrato che la mindfulness migliora a) il funzionamento metacognitivo, in particolare l'automonitoraggio e b) riduce o abbatte l'adozione di PCP-i. Per questi motivi la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) ha sviluppato un protocollo mindfulness-based per pazienti DP come trattamento modulare aggiuntivo all'interno della psicoterapia individuale: il Metacognitive Interpersonal Mindfulness-Based Training (MIMBT).

Il MIMBT ha la durata di 9 incontri a cadenza settimanale di due ore ciascuno e ha lo scopo di:

- a) incrementare il monitoraggio metacognitivo,
- b) contrastare le PCP-i,
- c) insegnare strategie di mastery funzionali per la regolazione delle emozioni e per la risoluzione dei conflitti interpersonali.

A tal fine vengono proposti, oltre alle classiche meditazioni dei protocolli mindfulness-based, esercizi e meditazioni di consapevolezza interpersonale.

In questo lavoro saranno esposti il rationale, la struttura del protocollo e la metodologia del MIMBT. Inoltre, particolare enfasi verrà data alle pratiche di consapevolezza relazionale e alle meditazioni sullo schema interpersonale.

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-097

TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

Lo psicoterapeuta onnipotente tra entusiasmo ed esaltazione.

Chair e Discussant: Fabio Monticelli, Psichiatra, Centro Clinico de Sanctis, Roma

Come vivo, mi comprendo e funziono da terapeuta di fronte al mio paziente?

Dopo aver esplorato la rabbia del terapeuta al Congresso di Genova 2014, l'impotenza del terapeuta al Congresso di Reggio Calabria 2016, la consapevolezza del terapeuta nel qui e ora al Congresso di Verona 2018 e gli errori del terapeuta al Congresso di Bologna 2021, vogliamo affrontare il tema dell'onnipotenza del terapeuta. Gli autori sono in continuità e novità rispetto ai Simposi degli anni precedenti, in fresca e variegata ricchezza culturale.

Nel tema proposto al Congresso si vuole lavorare sulla lettura delle dinamiche relazionali tra terapeuta e paziente con focus il terapeuta che si legge.

È così facile tracciare un confine netto tra entusiasmo ed esaltazione? Un'onnipotenza percepita è sempre d'intralcio alla relazione terapeutica? Cosa fa il terapeuta delle proprie emozioni ingombranti? E via così, con il senso di continuità dei Simposi dei Congressi precedenti, e il percorso da costruire attraverso gli stimoli dei partecipanti come vero obiettivo, poco interessante un eventuale traguardo.

Quattro psicoterapeuti porteranno i propri vissuti lasciando spazio ad un confronto tra loro, con il Discussant e soprattutto con i partecipanti al Simposio, proponendo stimoli e non certezze, in una formula di simposio-mini workshop.

Su ali di cera

Relatore: Lucia Tombolini, Psichiatra, APC, ARPAS, Roma

Come leggiamo nel noto lavoro di Hans Strupp del 1995, uno dei fattori che gioca un ruolo sugli esiti di una psicoterapia sembra verificarsi quando il terapeuta formula nei primi incontri una diagnosi non grave, percepisce il lavoro con quel paziente come più facile e la relazione più collaborativa. Per Strupp le impressioni iniziali del terapeuta tendono inoltre a mantenersi stabili nel tempo e a funzionare come una sorta di profezia che si autodetermina, influenzando in modo positivo il percorso della terapia. Come si passa da questo atteggiamento coinvolto e ottimista ai comportamenti clinici che sono stati definiti nei vari modelli teorici come enactment, identificazione proiettiva, agiti? Comportamenti che non sempre sono caratterizzati da disagio, ma a volte da una iniziale e ingannevole positività, che vanno compresi nella loro origine interpersonale e che necessitano comunque che il terapeuta definisca dei limiti. Nel mio lavoro utilizzerò la Teoria Evoluzionistica della Motivazione per leggere quali atteggiamenti e quali configurazioni relazionali nella coppia terapeutica possano richiedere un cambiamento verso un più proficuo realismo.

Il terapeuta oracolo e taumaturgo: onnipotenza ed esaltazione

Relatore: Alessandro Poiré, Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo Clinico, Centro Clinico San Giorgio, Genova

Quando terapeuta e paziente si incontrano, entrano in contatto, si scontrano, assistiamo ad una continua modulazione, dove il terapeuta, al di là di tecniche, protocolli, formazione, supervisioni, è anche una persona con i suoi limiti e con la sua storia, storia che offre, anche quando giustamente la tace, alla persona, al paziente che ha davanti. Se la vita ti scrive qualcosa nella carne, te la porti con te. Scegliamo una distanza, regoliamo il setting a partire dalla stanza, dalla mimica, dal corpo, scegliamo di nasconderci o di palesarci anche a seconda della persona che abbiamo davanti. Il tempo passa, noi cresciamo e diventiamo “esperti” ma anche se nel corso del tempo impariamo quali sono i nostri errori “tipici”, le trappole che continuiamo a vedere un filo tardi; nel contempo prendono forma accanto a noi le cose che ci riescono bene, il nostro saper fare.

Utilizzo l'immagine del terapeuta oracolo che diagnostica e interpreta e l'immagine del terapeuta taumaturgo che guarisce come un rischio, come una tentazione che si può presentare in ogni età della nostra professione. Un rischio che fa riferimento al potere della cura, al potere che il terapeuta si auto attribuisce e a quello che gli attribuisce il paziente. È un rischio che fa riferimento all'umano bisogno di sentirsi efficaci, di sentirsi bravi in ciò che si fa. Da questo punto di vista l'esaltazione sembra una emozione che segnala un rischio, una perdita di confini, lo smarrimento dell'assetto, una esondazione del terapeuta, che non sta di fianco al paziente ma lo travalica e si mette al centro, magari con la sapiente collusione del paziente stesso. Come riferimento stabile della mutevole esaltazione fa capolino l'onnipotenza, il rischio del dirsi: lo guarisco le persone.

Un approccio che decostruisce valorizzando il sentire del paziente e tenendo conto delle emozioni di entrambi può costituire un fattore protettivo così come un terapeuta fresco che ancora si sorprende e che sa di non sapere.

Castelli di carte, castelli di sabbia ...

La complessità come fattore protettivo per il terapeuta consapevole

Relatore: Fabio Aldo Pietro Furlani, Psicoterapeuta. Centro Terapia Cognitiva Como, Milano, Torino. Studio Torinese Psicologia Cognitiva.

Immagino un'onnipotenza non roboante ma distraente, un entusiasmo non condiviso ma intimo e mal celato. Può il terapeuta patirne? Sì, può.

Per quanto mi riguarda, il rischio di essere onnipotente si sposa con il dover andar bene ed essere, così, bravo, e gioca con la responsabilità. Quando me ne accorgo in diretta rientro nell'assetto di relazione con il paziente, torno terapeuta autentico nel rispetto del paziente e mio, nuovamente nella possibilità di lavorare sulla relazione, non più confinato nei meandri dei miei sottili tormenti, nelle celle anguste del mio castello. Quando vedo questo movimento, a seduta ultimata, mi rivolgo ad un collega amico. Riconosco l'essermi portato appresso un qualche peso, un fastidio, elementi che voglio al più presto chiarire e abbandonare per tornare ad essere comodo con il paziente.

L'epistemologia che mi ha scelto, quella costruttivista, mi ha insegnato la complessità. Certo di non trovare verità nel paziente, non le cerco. E così anche di dover capire perfettamente il paziente, vano pure questo. Mi muovo quindi ad aiutarlo a conoscersi e comprendersi maggiormente, attraverso la nostra relazione, per giungere, se sarà, a suoi cambiamenti.

Ecco, così, la protezione della complessità: mi manterrà in stili e assetti relazionali curiosi e di scoperta, di cura della relazione, lontano da ingannevoli trame ipotizzate come predefinite, vere e certe, rischiosamente onnipotenti.

Vivere la complessità del mio paziente che incontra la mia mi permette di mantenere un pensiero il più possibile elastico, di non irrigidirmi al dover fare e al dover trovare, mi lascia trasparenza nell'astrarre, nel confutare ipotesi che naturalmente si presenteranno, mi fa aprire sempre più idee da non chiudere in certezze

e verità. Sostenuto da un senso di libertà e non di claustrofobia, il pensiero resta attivo, non si robotizza alla ricerca di un "si deve", va su un "vediamo com'è", strada maestra per l'ontologia.

Così, soprattutto all'inizio, il mio sarà uno sguardo semeiotico, nelle mie corde sistemico processuale, e mi garantirà l'incertezza della complessità. Anche qui un assetto protettivo: non mi interessa prevedere o definire, ne scaturirebbero giudizi nel cercare di controllare. E anche la diagnosi non sarà definitiva ma di funzionamento e di processualità, nel tempo. Sono consapevole questo sia il mio essere terapeuta ora. Altrettanto comprendo che giudizio e controllo possano rassicurare rispetto all'incertezza della complessità che può spaventare. L'illusione della prevedibilità.

Questi sono miei temi anche in chiave didattica, come portare gli allievi ad accorgersi, ognuno con i propri stili e i propri mezzi, di non avere necessità di certezze, riuscendo ad affidarsi alla complessità: a questi aspetti lavoriamo insieme e anche personalmente mi interrogo, affinché il castello percepito solido non si mostri poi di carte o di sabbia.

Un terapeuta (quasi) perfetto. Luci ed ombre di un mestiere (quasi) come un altro.

Relatore: Bruno Intreccialagli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Secondo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Chi è il terapeuta? Una base sicura? Un validatore autorevole? Un perturbatore strategicamente orientato? O qualcosa di molto meno carismatico? Paziente e terapeuta non hanno alle spalle la stessa formazione, almeno nella maggior parte dei casi, ed è pertanto difficile che parlino la stessa lingua e facciano riferimento alle stesse teorie esplicative. Questo fa sì che il terapeuta fatichi a collocare il funzionamento della persona che ha di fronte, nonostante il riferimento a complesse ed esaustive teorie patogenetiche. Il paziente che fatica ad effettuare un cambiamento di fronte alla verità rivelata del terapeuta rappresenta una sfida alla sua onnipotenza. Ritenerne poi che un numero di ore inferiore a quelle contenute in una settimana possano determinare un cambiamento significativo nel paziente colora l'onnipotenza di una disarmante ingenuità. L'ipotesi dell'autore è che il deficit di metacognizione in psicoterapia sia un limite, e non l'unico, del terapeuta più che del paziente e che il suo processo incessante di consapevolezza lo possa mettere in condizione di svolgere con umiltà il proprio lavoro.

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-019

TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Il dialogo dello psicologo psicoterapeuta cognitivo comportamentale con gli altri professionisti della salute. Alcune esperienze nel campo clinico.

Chair: **Ivan De Marco**, Psicologo, Psicoterapeuta, didatta SITCC, sessuologo clinico FISS, terapeuta EMDR, vicepresidente SIPCP, Docente Aggiunto di Psicologia clinica e dinamica presso IUSTO affiliato Pontificia Studiorum Universitas Salesiana, Pinerolo

Discussant: **Angelo Zappalà**, Psicologo, Psicoterapeuta, CBT.ACADEMY, Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva Comportamentale in ambito clinico e forense, IUSTO Università Pontificia Salesiana, Torino

Lo psicologo specializzato in psicoterapia comportamentale e cognitiva può avvalersi delle risorse acquisite nella formazione per dialogare e collaborare al meglio con altri professionisti sanitari, tra i quali medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, neuropsichiatri infantili e ginecologi. La formazione in psicoterapia comportamentale e cognitiva consente infatti, più di molte altre, l'utilizzo di un linguaggio tecnico e scientifico, che risulta comprensibile anche agli altri specialisti della salute, e i riferimenti teorici sono spesso comuni e condivisi, con una particolare attenzione all'aggiornamento delle metodologie cliniche maggiormente riconosciute e ai protocolli evidence-based.

Per esempio, l'intervento psicoterapeutico breve nell'ambito delle cure primarie consente di promuovere il benessere psicologico nell'assistenza medica ambulatoriale. La psicologia delle cure primarie si basa proprio sull'adozione di interventi terapeutici multiprofessionali, integrati e collaborativi, che consentono di affrontare in modo appropriato e tempestivo le patologie al loro esordio.

Lo psicologo psicoterapeuta che lavora nell'area dell'infanzia e adolescenza, quando collabora con il pediatra, riconosce e gestisce le forme di disagio psicoemotivo e relazionale che possono coinvolgere i giovani pazienti. Se il pediatra di libera scelta e il neuropsichiatra (spesso in collaborazione con logopedisti e neuropsicomotricisti) inviano un paziente allo psicologo psicoterapeuta, l'obiettivo è spesso quello di ridurre gli interventi clinici, magari introducendo un percorso di parent training con la coppia genitoriale e una supervisione con gli insegnanti, in modo da lavorare maggiormente sugli adulti e ridurre la pressione emotiva sul minore.

Il modello comportamentale e cognitivo offre sicuramente le caratteristiche richieste in queste tipologie di collaborazione, come si può notare dagli esempi clinici riportati nelle singole relazioni.

Infine, soprattutto i pazienti che nutrono pregiudizi o timori nei confronti della psicologia preferiscono rivolgersi ai propri medici di riferimento anche in caso di disagio mentale. Le collaborazioni tra professionisti della salute, che comprendono lo psicologo psicoterapeuta, possono consentire una presa in carico integrata maggiormente basata sull'unità mente-corpo. Lo psicologo psicoterapeuta deve però avere una formazione adeguata anche per relazionarsi in modo funzionale con gli altri specialisti in ambito sanitario, per i quali deve rappresentare una importante risorsa nelle strategie di intervento.

L'intervento psicoterapeutico breve nell'ambito delle cure primarie, il contributo cognitivista

Relatore: Angelo Crea, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro Clinico Crocetta, SC Psicologia ASL VC, Vercelli

L'obiettivo della Psicologia di Cure Primarie (PCP) è quello di integrarsi al lavoro dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, con le loro équipe, per promuovere il benessere psicologico nell'assistenza primaria. La PCP si fonda sull'adozione di interventi terapeutici evidence-based, multiprofessionali, integrati e collaborativi, che consentano di affrontare in modo appropriato e tempestivo le patologie al loro esordio, di migliorare l'aderenza alla terapia dei pazienti affetti da patologie croniche, di incrementare il benessere individuale e diminuire l'utilizzo improprio e i costi del Sistema Sanitario (Liuzzi M., La psicologia nelle cure primarie. Clinica, modelli di intervento e buone pratiche. Bologna, Il Mulino, 2016).

Più del 20% dei pazienti che afferrisce agli ambulatori di medicina generale e di pediatria lo fa a causa di un disagio psicologico e spesso anche chi ha problemi fisici presenta una comorbidità in ambito psichico. Se a questo si aggiunge la scarsa preparazione in campo psicologico e il tempo limitatissimo che hanno a disposizione i medici per ciascuna visita, è evidente quanto la collaborazione con lo psicoterapeuta possa essere di aiuto.

Il potenziale campo di intervento è vasto: da sindromi depressive e ansiose, di grado lieve e moderato, a quadri con problematiche multiple e patologia cronica; dalle crisi legate al ciclo di vita, non necessariamente di ordine psicopatologico, fino ad arrivare ai più impegnativi disturbi somatoformi e ai cosiddetti grandi utilizzatori (quel 3% di pazienti che da soli impegnano il medico 1 visita su 7).

Il medico ha bisogno di un interlocutore che sappia cooperare pariteticamente, che utilizzi riferimenti teorici condivisi e parli un linguaggio comprensibile. Che da un lato sappia proporre interventi mirati, basati su evidenze scientifiche e con una durata ridotta e prevedibile; dall'altro possa offrire una chiave di lettura utile ad aprire nuovi modi di vedere il paziente e le sue difficoltà, che permetta di gestire meglio alcune situazioni e di ridurre il distress lavorativo.

Gli interventi psicoterapeutici nell'ambito delle Cure Primarie permettono anche l'accesso ad un gruppo più vasto di pazienti. Per molte persone è rassicurante essere inviato da uno psicoterapeuta che il proprio medico curante conosce personalmente, per giunta in un posto già noto, nei casi in cui è possibile la condivisione degli spazi fisici. L'ambito delle cure primarie può quindi risultare normalizzante, meno stigmatizzante, e permette al paziente di esplorare in sicurezza la possibilità di un lavoro su di sé.

È importante infine analizzare i possibili contributi dell'approccio cognitivista in questo particolare ambito di applicazione: dalla centralità della relazione terapeutica agli interventi evidence-based, dal possibile contributo della cosiddetta terza onda a quello di chiavi di lettura legate a storie di sviluppo traumatiche.

Lo psicoterapeuta e il ginecologo/il neuropsichiatra infantile insieme nel lavoro con gli adulti. La gestione del progetto di cura e della compliance con il paziente sessuologico e nel parent training: esempi clinici

Relatore: Sara Guidi, Psicologa, Psicoterapeuta, Socia SITCC, Sessuologa Clinica. Terapeuta EMDR I e II livello, Terapeuta Sensorimotor I livello, Terapeuta TMI, Associazione Italiana Vulvodinia, Genova

Il paziente, che nutre pregiudizi o timori nei confronti della nostra attività, si rivolge più facilmente a figure mediche che lo seguono da tempo. La sinergia con queste, se non si esaurisce in un invio ma si completa con un dialogo a feedback continuo e circolare tra professionisti o con interventi multilivello, può dar vita a un care-giving avvertito dal paziente come un rassicurante abbraccio multidisciplinare che agisce sull'unità mente-corpo. Nella mia pratica clinica ciò ha spesso favorito un alto grado di compliance nel genitore, nei casi di parent training, e del paziente adulto sfiduciato e resistente in ambito sessuologico.

La Associazione Italiana Vulvodinia con cui collaboro intende "studiare la patologia con metodo" ed "enfaticizzare il coordinamento interdisciplinare": le pazienti beneficiano di un lavoro di rete tra sessuologo, ginecologo e fisioterapista del pavimento pelvico. I trattamenti mirati per i quali ognuno ha il suo ruolo lavorano in modo integrato sui piani psicologico, sessuologico-mansionale, farmacologico, muscolare.

Gli aspetti depressivi, che spesso emergono nelle patologie da dolore cronico e che comportano cadute di compliance e sfiducia, vengono contenuti ora da uno, ora dall'altro professionista, a seconda del trattamento che comporta più fatica nella paziente in un determinato momento, con vantaggi, in particolare in caso di certe comorbilità psichiatriche, non dissimili da quelli studiati per le co-terapie (si assiste infatti spesso a dinamiche analoghe, pur non essendo queste "co-terapie" nel senso stretto del termine): "la co-terapia, per alcune psicopatologie è ritenuta dalla letteratura un trattamento di elezione" (Liotti, Farina, 2011). Quando il paziente è inviato dal PLS, spesso è già stato visto dal neuropsichiatra infantile ed è seguito da logopedista/neuropsicomotricista. Talvolta l'obiettivo è quello di ridurre gli interventi in accordo con il team con cui vi sono continui scambi, introducendo un percorso di parent training con la coppia genitoriale e una su-pervisione con le insegnanti, in modo da lavorare maggiormente sugli adulti e ridurre la clinicizzazione del minore.

Altre volte il genitore si rivolge al pediatra per la fretta di "guarire il figlio", che viene dirottato a noi per un percorso psicologico che, seppur breve, mette a dura prova la pazienza di particolari genitori. Questi tendono a interruzioni improvvise e cercano nuovamente le figure mediche per una pastiglia miracolosa. Lo psicoterapeuta che intuisce queste dinamiche le condivide con l'équipe medica che spesso avvia una riflessione più completa sull'opportunità del farmaco e interviene sul genitore impaziente e spaventato per contribuire a un ripristino della compliance, che sarà successivamente rafforzata nello studio del terapeuta.

"La figura dello psicologo favorisce un miglioramento della comunicazione fra i diversi professionisti, (...) con strategie condivise e finalizzate alla cura delle persone" (Liuzzi, 2010).

Psicoterapeuta e pediatra insieme nel lavoro con i minori. La costruzione della vera domanda per il bambino o l'adolescente che potrebbe non saperla o non riuscire a raccontarla: esempi clinici

Relatore: Alessandro Petrini, Psicologo, Psicoterapeuta, Genova

Lo Psicologo-Psicoterapeuta che lavora nella fascia infanzia adolescenza si trova spesso a dover coadiuvare la figura del Pediatra nell'approcciare in prima battuta le forme di disagio psicoemotivo e relazionale che possono coinvolgere i giovani pazienti; ad esempio spesso certi vissuti di vergogna impediscono a questi di rivelare informazioni importanti in una iniziale visita pediatrica. I medici possono chiederci di aiutarli ad esplorare eventuali somatizzazioni che non sembrano avere una causa organica. Altre volte di approfondire l'indagine in situazioni di variazioni di peso poco chiare, per cui si possa sospettare l'esordio di un disturbo alimentare. Frequente è il bisogno di chiarire cosa possano celare alcuni comportamenti disfunzionali come il rifiuto ad andare a scuola o frequenti scoppi di rabbia; in certi frangenti ci viene richiesto aiuto in casi che lasciano presagire un possibile esordio di dipendenza o nel gestire l'allarme familiare per agiti autolesionistici o dichiarazioni anticonservative dei figli/e. In altri casi ci viene richiesto di ingaggiare i genitori e convincerli a mettersi in gioco e in discussione su stili educativi inappropriati che i pediatri non si sentono di esplicitare.

Importante è anche rendere funzionali le richieste che i genitori riversano sui pediatri, non solo di aiutare i figli a risolvere determinati problemi o difficoltà, ma spesso anche di valutare se certe esperienze abbiano costituito un trauma emotivo importante che non è stato elaborato. Essi possono altresì presentare aspettative personali su come vorrebbero i propri figli o addirittura cercare una strumentalizzazione dello spazio psicoterapeutico per motivi più o meno consapevoli.

In questo panorama, ciò che risulta estremamente importante è sostenere il bisogno dei clienti finali, i bambini e le bambine, i ragazzi e le ragazze; è necessario che la loro aspettativa venga immaginata, intuita e ricostruita insieme, è fondamentale alleggerire la pressione emotiva che spesso percepiscono dal mondo adulto medico, scolastico e genitoriale, come reazione alla loro difficoltà del momento. Secondariamente, li si aiuta, in un nuovo clima di calma e comprensione condiviso con gli altri adulti coinvolti, a portare a galla la “vera” domanda. Perché ciò si realizzi necessitano di una presenza sinceramente interessata a come stanno, ma senza una reazione emotiva esagerata o confondente; che sappia giocare e scherzare con loro e che al contempo sappia spalleggiarli sulle questioni serie. E quando il lavoro funziona, spesso si esprime nel raccogliere ed esaudire il loro profondo bisogno di far comprendere certi bisogni agli adulti intorno.

L’approccio Cognitivo Comportamentale aiuta ad agire quando è necessario un ruolo di guida e organizzatore di questi processi iniziali, di comprensione, chiarimento e reindirizzamento dei caregivers, per portare al primo posto il benessere del minore che è sempre al centro dell’intervento.

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-044

TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

La medicina psicosociale in tempo di crisi

Chair: Lucio Sibilia, Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Neurologia e Psichiatria, Ex-docente “La Sapienza” Università di Roma, Psicoterapeuta didatta e Professore Universitario, Presidente del Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP) **Discussant: Antonio Pinto**, Psichiatra, Dirigente Medico Presso UOSM Pollena (Na), DSM ASL Na3 Sud, Didatta SITCC Docente APC/SPC/AIPC, Napoli

Il superamento della relazione diadica medico-paziente, nonché il focus su variabili quali i fattori di rischio e salutogeni, che consentono di ampliare il raggio di azione dei programmi di intervento preventivi e di promozione della salute, sono caratteristiche della Medicina Psicosociale (MPS), che guarda non solo agli individui, ma anche ai loro contesti di vita. Inoltre, la MPS implica un'azione nel sociale caratterizzata dal restituire ai soggetti gli strumenti per incidere positivamente sulle proprie vite e ridurre i fattori di rischio. In questo Simposio vengono affrontate le grandi tematiche di salute fortemente collegate ad aspetti psicosociali. La prima relazione (morti evitabili), imperniata sugli intrecci tra fattori biomedici e fattori psicosociali, come previsto dal modello del determinismo reciproco, evidenzia come interventi che integrano procedure biomediche e psicosociali possono incidere notevolmente sulla mortalità e in particolare su quella precoce. La seconda (effetto nocebo), oltre ad evidenziare importanti nodi teorici, mette in luce un fattore imprescindibile nei trattamenti medici e psicologici: la risposta somatica agli atteggiamenti mentali. La terza (Nuove Terapie Integrate) introduce nuove linee terapeutiche a forte risonanza psicosociale. La quarta (Problemi d'amore in psicoterapia cognitiva sociale) illustrerà gli effetti, invece, della post pandemia sulle relazioni d'amore, così come emergono da evidenze cliniche ricorrenti in numerose ricerche.

Le morti evitabili: modelli e metodi di analisi e intervento.

Relatore: Lucio Sibilia, Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Neurologia e Psichiatria, Ex-docente “La Sapienza”, Università di Roma, Psicoterapeuta didatta e Professore Universitario, Presidente del Centro per la Ricerca in Psicoterapia CRP

Stili di vita consumistici, ambienti di vita e di lavoro malsani o inquinati, nonché fattori di eccessivo stress psicosociale, ancora costituiscono ben noti fattori di rischio per le malattie cronico-degenerative ed infettive, nonché per gli incidenti, responsabili di molta parte della mortalità precoce oggi. Ma anche le conoscenze sui fattori di protezione da tali condizioni sono cresciute. L'esposizione ad entrambi i gruppi di fattori - di rischio e protettivi - può variare a seconda dei comportamenti individuali, che a loro volta sono soggetti a determinanti socio-ambientali, somatici e cognitivi. Sono molte le condizioni che si sono dimostrate prevedibili, sulla base di tali fattori, o prevenibili mediante programmi psicosociali di vario tipo, ma quasi tutti basati su modelli di apprendimento socio-cognitivo. Verranno fatti esempi, tratti da lavori dell'autore, di interventi psicosociali in gruppo da campi quali le tossicodipendenze (alcolismo, tabagismo, iperfagia), la prevenzione cardiovascolare o di potenziamento della salute tramite varie modalità di gestione dello stress psico-emozionale. Il potenziale per la promozione della salute che proviene dall'aumento dei fattori psicosociali protettivi, quali la percezione di controllo, il sostegno sociale, la autostima e l'auto-efficacia verrà anche illustrato da questi studi sperimentali.

L'effetto nocebo tra medicina e psicologia

Relatore: Stefania Borgo, Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Neurologia e Psichiatria, Ex-docente "La Sapienza" Università di Roma, Psicoterapeuta didatta e Professore Universitario, Centro per la Ricerca in Psicoterapia CRP, Roma

Da alcuni decenni vi è un crescente interesse per l'effetto placebo come elemento determinante nella clinica e nella ricerca. Recentemente è emerso il ruolo, altrettanto importante, dell'effetto contrario, detto pertanto nocebo. Questi effetti, placebo e nocebo, sono legati a numerosi fattori sia individuali (varianti genetiche, tratti di personalità ..), sia psico-sociali (condizionamenti, suggestioni, rituale medico, rapporto medico-paziente..), la cui interazione crea aspettative positive o negative (con il relativo coinvolgimento emozionale) verso un determinato intervento terapeutico. La modulazione top-down che determina tali effetti, come dimostrato da numerose ricerche neurofisiologiche e psicofarmacologiche, è legata a differenti processi fisiologici, in parte condivisi e in parte non condivisi dalle due reazioni opposte. In questa presentazione vengono illustrati i principali meccanismi dell'effetto nocebo ed evidenziata la sua importanza per la clinica, sia in ambito farmacologico che psicoterapico, per la ricerca medica e psicologica, e per la conoscenza dei meccanismi di funzionamento del cervello. Vengono infatti implicate in questi effetti le più importanti funzioni in differenti aree cerebrali (con diversi mediatori) che collegano le risposte cognitive (aspettative), emozionali (positive /negative) e comportamentali (apprendimento), disconfermando la dicotomia mente-corpo ed evidenziando come aspetti psico-sociali possano indurre potenti effetti biologici.

Nuove Terapie da integrare in Psicoterapia, basate su Sostanze Psicotrope di Derivazione Vegetale

Relatore: Tullio Scrimali, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta e Professore Universitario, Università di Catania e Scuola ALETEIA di Enna. Direttore di Centro Clinico ALETEIA di Enna, Acicastello e Catania

In ambito di psicofarmacologia e di trattamenti integrati con le Psicoterapie, negli ultimi dieci anni, si è assistito, da una parte, ad una stagnazione dello sviluppo di nuovi trattamenti, di fatto fermi alla introduzione degli SSRI e dei neurolettici di seconda generazione. Dall'altra parte, si osserva, invece, un notevole fermento ed un intenso dinamismo, se si guarda allo sviluppo ed alla sperimentazione clinica di nuove terapie farmacologiche psicotrope, di provenienza vegetale, come, per esempio, la psilocibina, la cannabis medica ed il cannabidiolo. Nel corso della relazione, dopo aver effettuato, sinteticamente, una rassegna della letteratura contemporanea in merito, l'Autore descrive la propria originale esperienza di sperimentazione clinica, attuata negli ultimi anni, soprattutto con la cannabis medica e con il cannabidiolo liposomiale. Viene presentato ed illustrato, altresì, un nuovo prodotto fitoterapico innovativo, NegEnt, che l'Autore ha sviluppato, brevettato e registrato, per tutto il mercato europeo, presso la competente autorità francese, costituita dal Ministero dell'Agricoltura e della Sicurezza Alimentare. Nella relazione saranno riassunti i risultati positivi ottenuti, grazie alle sperimentazioni cliniche attuate presso Centro Clinico ALETEIA, dopo aver ottenuto l'autorizzazione ministeriale ad eseguire trial clinici con pazienti, volontari ed informati.

Problemi d'amore in psicoterapia cognitiva sociale: questioni ricorrenti e cambiamenti susseguenti alla pandemia e alla crisi

Relatore: Francesco Aquilar, Psicologo, Psicoterapeuta, Presidente AIPCOS Napoli

Appaiono presenti nella ricerca e nella clinica nuove condizioni delle relazioni d'amore in questa fase storica, caratterizzata fra l'altro dagli effetti postumi della pandemia, dalla crisi economica, dal cambiamento climatico e dalla guerra ai confini dell'Europa. Il modello cognitivo-sociale in psicoterapia, derivante inizialmente dal lavoro di Albert Bandura e successivamente sviluppato da altri Autori, include attualmente: a) La terapia cognitivo-comportamentale, con particolare attenzione alla metacognizione e alla terapia degli schemi emozionali; b) I contributi della psicologia e della psicopatologia dello sviluppo (con specifica attenzione ai processi di attaccamento, alla disorganizzazione della coscienza e alle alterazioni dello stato di coscienza); c) Gli aspetti psicosociali dello sviluppo personale (relazioni, carriera, valori, creatività, antropologia culturale, significati intersoggettivi, processi di amore romantico, dimensione sociale delle emozioni). In particolare, sulle questioni d'amore è possibile porsi alcune domande di ricerca, fra le quali: 1. Siamo attratti dai nostri valori o da chi ha valori complementari ai nostri?; 2. Le coppie si scelgono in quanto simili (selezione) o lo diventano con il tempo (influenza)?; 3. La somiglianza valoriale è ugualmente importante per il benessere degli uomini e delle donne? Alcuni risultati di ricerca, che verranno riferiti, sembrano rispondere a queste domande. Gli effetti, invece, della post pandemia sulle relazioni d'amore non solo sono stati studiati da numerose ricerche, ma hanno presentato evidenze cliniche ricorrenti che saranno narrate.

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-014

TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

Ricerca neuropsicologica e Disturbi dell'Alimentazione: nuovi protocolli d'intervento nella cura dell'Anoressia Nervosa

Chair: Armando Cotugno, Psichiatra, Psicoterapeuta, UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare, ASL Roma1; Centro Clinico ASTREA, Roma

Discussant: Patrizia Todisco, Medicina Interna, Psichiatria e Psicoterapia, Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i Disturbi dell'Alimentazione, Villa Margherita, Arcugnano (VI)

I contributi della neuropsicologia e delle neuroscienze hanno permesso un radicale cambiamento nella concettualizzazione dei Disturbi dell'Alimentazione (DA). Lo studio delle specifiche modalità di elaborazione dell'informazione osservabili nei DA ha consentito di individuare peculiari anomalie di funzionamento cognitivo-emotivo di questi pazienti e in particolare dei soggetti affetti da AN. I dati raccolti dalla ricerca neuropsicologica presentano importanti implicazioni cliniche, che hanno portato alla definizione di modelli di trattamento focalizzati sul cambiamento non solo di cosa, ma soprattutto di come pensano e si comportano i pazienti affetti da AN. Nel simposio verranno presentate le principali caratteristiche del profilo cognitivo-emotivo dell'AN e alcuni dei nuovi protocolli d'intervento diretti al cambiamento degli specifici deficit di elaborazione cognitivo-emotiva dell'AN.

All'interno di questa cornice verranno presentati i rapporti tra spettro autistico e AN: queste due condizioni cliniche condividono specifici deficit delle funzioni esecutive, modalità emotivo-comportamentali e di regolazione sociale, che permettono di delineare delle aree d'intersezione su cui intervenire a livello terapeutico. Verrà presentato un modello di cura orientato al cambiamento dei deficit cognitivo-emotivi specifici e della distorsione dell'immagine corporea, che integra l'acquisizione di abilità cognitivo-emotive con il miglioramento del comportamento alimentare e della percezione di sé.

Un aspetto critico e ancora poco indagato dell'AN riguarda il contributo della sfera cognitiva nel processo di elaborazione della rappresentazione corporea. Verranno presentati i dati di uno studio condotto su 50 pazienti, dove vengono indagati i rapporti tra attenzione selettiva verso specifiche parti del corpo e un alterato monitoraggio cognitivo di rappresentazioni conflittuali: i risultati dello studio suggeriscono un'associazione disfunzionale tra elaborazione delle rappresentazioni corporee e meccanismi di controllo cognitivo, offrendo informazioni utili al perfezionamento di trattamenti cognitivo-comportamentali individualizzati.

Infine, verranno descritti i principi teorici e il protocollo d'intervento della Cognitive Remediation and Emotional Skills Training (CREST) per i Disturbi dell'Alimentazione e verranno presentati i risultati di uno studio condotto su 63 soggetti in trattamento riabilitativo psico-nutrizionale residenziale. L'analisi dei risultati consente di "scomporre" il funzionamento cognitivo-emotivo nelle sue diverse componenti, distinguendo quelle funzioni più facilmente "allenabili" con il protocollo CREST (acquisizione di social skills e di strategie di risposta allo stress, comprensione e modulazione delle emozioni) da quelle più difficili da modificare (chiarezza, consapevolezza, external thinking).

Spettro Autistico e Anoressia Nervosa: metacognizione, funzioni esecutive ed elaborazione delle informazioni nella neurodivergenza e nei disturbi alimentari restrittivi. Comorbidità, differenze e intersezioni.

Relatore: Maria Marino, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC di Napoli; Università degli Studi Federico II, Napoli; Università Suor Orsola Benincasa, Napoli

L'Anoressia Nervosa (AN) è un Disturbo del Comportamento Alimentare caratterizzato da basso peso corporeo e da un nucleo psicopatologico connotato da intense preoccupazioni in merito al peso e alla propria forma corporea, che influenzano il comportamento alimentare e le condotte rigide e restrittive correlate. Presenta un alto tasso di mortalità e un elevato livello di comorbidità psicopatologiche. L'AN ha tipicamente un esordio adolescenziale, tra i 12 e i 15 anni, un'incidenza di circa 14 su 100000 soggetti e una ratio femmine – maschi di 9-10:1. I dati di letteratura recenti indicano tuttavia un aumento dei casi di esordio precoce, prima dei 12 anni di età, e un aumento dell'incidenza, oltre che una variazione nella ratio F:M, tenendo anche conto delle condizioni non binarie.

Il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) è invece una condizione neurodivergente, su base neurobiologica e ad esordio in età evolutiva. Tale condizione del neurosviluppo è caratterizzata da anomalie nell'interazione socio-comunicativa e da modelli di comportamento e interessi ristretti, ripetitivi e stereotipati (APA, 2013 e 2023), correlati a uno stile caratteristico di elaborazione delle informazioni sociali e non sociali. L'ASD è una condizione frequente, con una prevalenza di 1:54 e una ratio maschi – femmine di circa 4:1 (Bajo et al., 2020). Tale condizione accompagna il soggetto nell'arco di vita, caratterizzandone lo stile di comportamento e la cognizione sociale ed è connessa a una maggiore vulnerabilità emotiva e di rischio psicopatologico.

La letteratura scientifica e i dati provenienti dalla clinica evidenziano un rapporto tra ASD e AN, sia in termini di caratteristiche condivise che di comorbidità. Ad ora, non ci sono dati univoci sulla prevalenza specifica di Autismo nell'AN (percentuali di prevalenza di ASD in AN tra il 4 e il 52%). Tuttavia, gli studi evidenziano una consistente rappresentazione di sintomi autistici nei soggetti con AN. In particolare, entrambe le condizioni condividono specifici deficit e caratteristiche esecutive (stile di elaborazione delle informazioni, metacognizione e cognizione), di regolazione sociale ed emotivo-comportamentale, che sembrano delineare una linea di intersezione tra queste condizioni complesse.

Questi dati forniscono spunti di riflessione utili sul piano della ricerca e della clinica psicoterapeutica, soprattutto rispetto all'utilizzo, nel lavoro terapeutico, di approcci strategici integrati e basati sulla comprensione del caso clinico.

Dopo una breve riflessione e revisione dei dati di letteratura, verranno presentati due stralci di casi clinici.

Il primo è il caso di una giovane ragazza di 18 anni, autistica (sindrome di Asperger secondo il DSM – IV TR), con condotte alimentari restrittive su base sensoriale e ossessiva. Il secondo, è il caso di un'adolescente, con esordio di AN in età prepuberale e tratti autismo-correlati (rigidità cognitiva e metacognitiva, alessitimia, peculiarità sensoriali).

Verrà presentato e discusso il rationale di entrambi gli interventi, sia rispetto alla formulazione del caso nelle sue determinanti, che in merito alle strategie terapeutiche adottate, discutendo infine gli elementi di differenza e di sovrapposizione tra i profili di funzionamento delle due pazienti e le possibili implicazioni teoriche e cliniche.

Rappresentazioni corporee conflittuali e monitoraggio cognitivo nell'Anoressia Nervosa

Relatore: Gabriele Fusco, Psicologo, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma "La Sapienza"

Co-autori: Bufalari Ilaria, Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Università di Roma "La Sapienza"

Un aspetto critico e ancora poco indagato dell'Anoressia Nervosa (AN) riguarda il contributo della sfera cognitiva nel processo di elaborazione della rappresentazione corporea. Recenti studi hanno messo in evidenza come le pazienti anoressiche possano mostrare una compromissione variabile delle funzioni esecutive, specialmente a carico del controllo cognitivo. In particolare, l'interazione tra attenzione selettiva verso specifiche parti del corpo e un alterato monitoraggio cognitivo di rappresentazioni conflittuali sembrerebbe giocare un ruolo fondamentale nello sviluppo di componenti sintomatiche legate al controllo. La presente relazione intende dunque offrire uno spunto di riflessione e di dialogo su tali aspetti, attraverso la presentazione di evidenze raccolte in un recente studio scientifico, in cui abbiamo indagato la capacità delle pazienti con anoressia nervosa restrittiva di risolvere interferenze cognitive durante l'esecuzione di alcuni compiti comportamentali. A 50 partecipanti (AN =25, gruppo di controllo GC=25) è stato dunque chiesto di rispondere a rapidi conflitti percettivo-motori associati alla elaborazione di stimoli corporei (silhouette femminili in sovrappeso o in sottopeso) o non corporei (lettere H e S). I risultati hanno mostrato come nel compito con i corpi, la prestazione del GC sia stata migliore rispetto al compito con le lettere, tuttavia, tale effetto differenziale di facilitazione non è stato osservato nelle pazienti AN. Infatti, la prestazione generale è risultata compromessa in entrambi i compiti e significativamente inferiore a quella del GC. Inoltre, nel compito in cui sono state presentate rappresentazioni corporee, le AN hanno mostrato una maggiore interferenza e sensibilità al conflitto nella condizione in cui il target sottopeso era affiancato da distrattori di corpi in sovrappeso. Questi risultati suggeriscono un'associazione disfunzionale tra l'elaborazione delle rappresentazioni legate al corpo e i meccanismi di controllo cognitivo, offrendo informazioni utili al perfezionamento di trattamenti clinici e terapie cognitivo-comportamentali individualizzate.

Caratteristiche neuro-cognitive ed emotive nell'Anoressia Nervosa: l'approccio CREST

Relatore: Elisa Bonello, Psicologia Clinica e Psicoterapia, Azienda Ospedaliera di Padova, Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i Disturbi dell'Alimentazione, Villa Margherita, Arcugnano (VI)

Co-autori:

Paolo Meneguzzo, Dipartimento di Neuroscienze Padova;

Patrizia Todisco, Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i Disturbi dell'Alimentazione - Villa Margherita, Arcugnano (VI)

L'Anoressia Nervosa (AN) è una grave patologia psichiatrica che insorge tipicamente durante l'adolescenza e che può compromettere le traiettorie di sviluppo, la qualità della vita e il funzionamento interpersonale delle persone che ne sono affette. Gli studi confermano che i trattamenti per l'AN ad oggi sono solo parzialmente efficaci; è pertanto necessario individuare altri fattori eziologici e di mantenimento su cui agire. Il profilo psicologico dei pazienti è caratterizzato da estrema rigidità, perfezionismo clinico e tratti ossessivo-compulsivi;

negli ultimi anni molti studi hanno condotto una valutazione sempre più dettagliata delle funzioni cognitive, allo scopo di identificare specifici target terapeutici.

È stato ipotizzato che alcune alterazioni delle funzioni cognitive riscontrate nell'AN (le difficoltà a prendere decisioni, l'inflessibilità cognitiva, la scarsa coerenza centrale, insieme alle difficoltà emotive (Teoria della mente TOM), possano costituire un fattore di mantenimento del DA, con un impatto sulla motivazione al trattamento, sull'aggancio terapeutico e sulla resistenza al cambiamento. Per questo motivo, negli ultimi anni si sono sperimentate tecniche focalizzate sul miglioramento di specifiche alterazioni neuropsicologiche, a supporto dei trattamenti attualmente utilizzati. Due esempi sono la Cognitive Remediation Therapy (CRT) e la Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST), con lo scopo di allenare le pazienti a riconoscere e modificare le difficoltà legate alle funzioni cognitive e alla TOM.

Questo studio valuta l'intervento CREST in 63 pazienti con diagnosi di AN ricoverate presso il reparto di riabilitazione psiconutrizionale di Villa Margherita, in un contesto di gruppo semi-aperto di 8 incontri con frequenza settimanale, (3 incontri sulle emozioni e 5 incontri di CRT standard su flessibilità cognitiva, decision making, coerenza centrale). I risultati mettono in evidenza che le competenze sociali (social skills), le strategie di risposta e l'alfabetizzazione delle emozioni possono essere delle caratteristiche «allenabili», mentre altri elementi come chiarezza, consapevolezza, external thinking sembrano essere tratti più difficili da modificare.

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-057

CORPO AULE - AULA 3

L'utilità della supervisione: prospettive cognitive a confronto

Chair: Silvio Lenzi, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta della Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale Direttore SBPC, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Discussant: Antonino Carcione, Psichiatra, Socio didatta e Past-President Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma

Il XXI Congresso Nazionale SITCC offre l'opportunità di riprendere alcune delle riflessioni e dei confronti relativamente al tema della supervisione ed alle sue declinazioni, scaturite in occasione del precedente Congresso Nazionale tenutosi a Bologna. La supervisione clinica rappresenta uno dei principali interventi cui avvalersi, sia in ottica di sviluppo che di mantenimento delle competenze professionali, nel dispiegarsi delle varie fasi del percorso terapeutico. Gli ingredienti che comunemente risultano essere riconducibili alla centralità di questa attività sono fra gli altri il monitoraggio degli interventi, lo sviluppo delle competenze teoriche e tecnico/pratiche (Falender et al. 2021), non ultimo il superamento degli impasse relazionali, potenziali indicatori di fratture dell'alleanza terapeutica, mediante l'indagine e la ridefinizione dei vissuti del terapeuta. In questo senso può essere utile differenziare gli aspetti di contenuto e gli aspetti di processo, i primi indispensabili a sollecitare l'aderenza al modello teorico di riferimento, i secondi, aspecifici ma sostanziali, per promuovere nel supervisionato una conoscenza riflessiva ed armonica del sé (self-reflection; Bennett-Levy et al. 2007), che integri i livelli multipli attraverso i quali si configura l'esperienza individuale e che pertanto possa contribuire nella riparazione delle fratture relazionali. Il supervisore riveste pertanto un ruolo particolarmente complesso, caratterizzato da una simultanea convivenza di istanze didattiche e terapeutiche, attente alla tutela del paziente oggetto di psicoterapia e alla preservazione dell'alleanza di lavoro con il supervisionato, in un sottile equilibrio indirizzato alla promozione di interventi costantemente orientati all'efficacia terapeutica. La modalità del fare supervisione inoltre assumendo formati differenti, che spaziano dal setting individuale a quello di gruppo, risulta in grado di sollecitare a seconda della configurazione, una serie di vantaggi e svantaggi che richiedono necessari approfondimenti.

Sebbene molto sia stato scritto relativamente al tema della supervisione clinica, solo recentemente l'interesse della ricerca sembra essersi rivolto ad uno studio sistematico di questo ambito, producendo interessanti risultati in grado sia di descriverne le caratteristiche costitutive, sia di stimarne l'efficacia in termini clinico terapeutici. Una recente revisione della letteratura (Lohani et al. 2022), che ha preso in esame 17 pubblicazioni di studi empirici relativi alla supervisione, ha evidenziato come questa sia in grado di generare un effetto positivo sul supervisionato in termini di abilità, consapevolezza ed autoefficacia, tuttavia gli autori sottolineano la relativa esiguità di lavori empirici in questa area di ricerca che pertanto necessita di ulteriori contributi.

In questa ottica i contributi del simposio risultano accomunati dal campo comune cognitivista e spaziano in molteplici territori, prendendo in considerazione sia modelli teorici di riferimento che formati differenti di supervisione, ed offrendo riflessioni di stampo più strettamente clinico, teorico o di indagine empirica.

Nella prima parte del simposio verrà presentata l'attività di supervisione di gruppo in ottica cognitivo-costruttivista, che da diversi anni viene regolarmente svolta in gruppi di 7/10 partecipanti, secondo una

metodologia esplicita e condivisa. Nel primo intervento verrà descritta la metodologia che consiste principalmente in una duplice analisi del percorso terapeutico: accanto all'utilizzo di una sistematica griglia di presentazione del caso è previsto un accesso narrativo e documentale alla terapia attraverso la ricostruzione "episodica" dell'andamento delle principali fasi, affiancata dall'analisi degli strumenti di auto-osservazione utilizzati e/o di un audio o trascritto di seduta. Il secondo intervento è orientato ad illustrare gli esiti di un lavoro ricerca che ha preso in esame i gruppi oggetto del precedente contributo, studiando gli effetti della supervisione sui partecipanti, mediante il confronto di una serie di indicatori.

Il terzo contributo illustra due percorsi distinti di supervisione di casi complessi, coordinati dallo stesso supervisore all'interno del modello teorico della terapia metacognitiva interpersonale (Dimaggio et al. 2019), evidenziando i passaggi più critici di rottura e riparazione nella relazione paziente - terapeuta, con una specifica attenzione alla prevenzione di fenomeni di drop-out. L'ultimo contributo si propone di illustrare, mediante l'impiego del modello teorico LIBET (Life themes and plans implications of biased beliefs: elicitation and treatment), come l'aderenza ad un modello di riferimento e la conoscenza approfondita di esso consenta di incrementare l'efficacia dell'intervento di supervisione.

L'orientamento alla elaborazione conoscitiva come metodologia di supervisione

Relatore: Roberta Rossini, Psicologa, Psicoterapeuta, UMEE ambito Ancona ASUR Marche; Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Centro Terapia Cognitiva Ancona

Co-autori:

Lenzi Silvio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta della Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale Direttore SBPC, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva;

Samolsky-Dekel Adir, Psicologo, SBPC Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva;

Oppi Federico, Psicologo, Psicoterapeuta, SBPC Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

La supervisione clinica costituisce da una parte sicuramente un aiuto pratico nell'attività professionale di un terapeuta e, in un format di gruppo, un importante momento di confronto e condivisione tra colleghi.

L'incontro di supervisione mira a promuovere un processo di riflessione sull'esperienza clinica, che includa non solo le caratteristiche del paziente, ma anche lo stile e le reazioni del terapeuta, così da poter introdurre nuove risorse operative e un ri-orientamento del lavoro con il paziente.

In questo senso la cornice teorica adottata fa riferimento a una visione integrativa delle procedure di base della terapia cognitiva, ponendo particolare attenzione sia alle attività di indagine e di rielaborazione della conoscenza personale, sia alle opportunità interattive e relazionali dello specifico incontro che avviene tra quel paziente e quello specifico terapeuta. Particolare attenzione viene quindi prestata al posizionamento interattivo e conversazionale, inteso come condizione di base per la realizzazione delle attività terapeutiche.

In particolare il metodo di supervisione, dopo aver ricostruito l'andamento delle sedute svolte, prevede che vengano analizzati gli aspetti descrittivi ed esplicativi della situazione clinica, per poi orientare l'ambito operativo, attraverso un modello degli interventi fondato su livelli di cambiamento e strategie terapeutiche basate sulla elaborazione conoscitiva.

Il fine della supervisione, quindi, non risulta tanto la concettualizzazione del caso clinico da parte del terapeuta, quanto piuttosto la ricostruzione dell'andamento del percorso terapeutico e una messa a fuoco di come si realizza l'elaborazione conoscitiva, non solo nel paziente, ma anche nel terapeuta, così che diventi possibile una riflessione rispetto a come il terapeuta possa orientare e riallineare l'elaborazione conoscitiva con il paziente verso il conseguimento di specifici obiettivi terapeutici.

Vantaggi e svantaggi della supervisione in gruppo: un'analisi empirica

Relatore: Federico Oppi, Psicologo, Psicoterapeuta, S.B.P.C. Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva. Casa di cura "Ai Colli", Bologna

Co-autori:

Rossini Roberta, Psicologa, Psicoterapeuta, UMEE ambito Ancona ASUR Marche; Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva; Centro Terapia Cognitiva Ancona;

Lenzi Silvio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta della Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale Direttore SBPC, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva;

Samolsky-Dekel Adir, Psicologo, Psicoterapeuta, SBPC, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

La supervisione clinica in ambito psicoterapeutico corrisponde ad un'attività specifica nella quale un terapeuta esperto supporta il lavoro di un collega rispetto ad un caso clinico. Il supervisore raccoglie le informazioni necessarie per contribuire alla formulazione della diagnosi relativa al caso in oggetto, sia in chiave descrittiva che esplicativa, valutando la qualità della relazione terapeutica e gli ulteriori elementi oggetto di difficoltà da parte del supervisionato. Gli elementi costituenti di questa attività sono stati largamente discussi, fra i punti di forza si sono evidenziati l'aumento della consapevolezza e delle competenze tecniche del terapeuta (Wheeler et al. 2007). L'intento dello studio che andiamo a presentare è stimare gli effetti cognitivi ed emotivi di uno specifico intervento di supervisione nel formato di gruppo sui soggetti partecipanti, studiandone in particolare le variazioni sul versante dello stress percepito. L'ipotesi di partenza è che l'intervento sia in grado di contribuire in qualche forma ad attenuare nel supervisionato i vissuti di stress legati al tema dell'impotenza.

Due terapeute e un supervisore: la gestione congiunta di un paziente con disturbi di personalità borderline e narcisistico

Relatore: Daila Capilupi, Psicologa, Psicoterapeuta, SBPC Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Co-autori:

Lazzerini Luana, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Studi Cognitivi Modena;

Dimaggio Giancarlo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Nei pazienti affetti da disturbi di personalità, la metacognizione dipende molto dal contesto emotivo e dalla qualità delle relazioni, motivo per cui è fondamentale regolare costantemente la relazione terapeutica, prevenendo e riparando le rotture relazionali che si possono determinare. Un clima di seduta ben modulato in un contesto cooperativo mette il paziente nelle condizioni migliori per leggere i propri stati interni, riconoscendone le componenti emotive, gli permette di costruire rappresentazioni sulla mente dell'altro diverse da quelle solitamente attivate dai propri schemi. Al contrario, se il paziente vive la relazione interpersonale come pericolosa, vede per esempio l'altro minaccioso o dominante, il suo funzionamento metacognitivo sarà compromesso e irrigidito in una lettura difensiva della mente dell'altro. (Corpo immaginazione e cambiamento, Dimaggio G., Ottavi P., Popolo R., Salvatore G., 2019).

Nella gestione del caso in cui verranno descritte due terapie coordinate da un supervisore, la supervisione congiunta coordina le diverse relazioni terapeutiche e aiuta a riparare quegli inevitabili errori di sintonizzazione interpersonale che così spesso sono alla base di crisi nella relazione di cura, dei drop out dei

pazienti e del burn out dei terapeuti. Nel caso descritto, gli schemi interpersonali del paziente entrano prepotentemente nella relazione terapeutica, ma, grazie ad un importante lavoro di supervisione, si sono create le condizioni per una regolazione degli stati emotivi delle terapeute, per ridurre l'impatto degli schemi del paziente e per evitare che si creassero dei cicli disfunzionali. È proprio l'incessante processo di riparazione delle relazioni terapeutiche ciò che accomuna il lavoro clinico di tutti gli psicoterapeuti di qualunque scuola, impegnati con questo tipo di pazienti. (Liotti, Farina, Rainone 2005).

Quali che siano le componenti[...] Il principio ispiratore è che due terapie relativamente indipendenti, ma complementari, consentono di contenere le inevitabili frustrazioni, proprie di qualsiasi trattamento, senza bisogno di fuggire [...] (Gunderson 2001).

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-058

CORPO AULE - AULA 4

Io sono stile libero! Approccio costruttivista al trattamento e alla clinica dei pazienti con sindromi genetiche e malattie rare, croniche e neuroautoimmuni

Chair: Fabiola Pisciotta, Psicologa, Psicoterapeuta, UOS Patologie da dipendenza ASL Roma2; V centro terapia cognitiva Multiverso Roma

Discussant: Maurizio Gorgoni, Psicologo, Psicoterapeuta, Dipartimento di Psicologia, "Sapienza" Università di Roma

La psicoterapia cognitiva negli ultimi anni si è affermata come una delle metodologie più valide per il trattamento di diverse patologie, trovando impiego efficace anche nella presa in carico di condizioni particolarmente complesse come quelle delle malattie rare, croniche e neuroautoimmuni.

I suoi tassi di efficacia, a livello di riduzione sintomatologica, confermano la validità dell'intervento.

La persona è al centro di un processo assistenziale e di cura e non viene più vista esclusivamente come "paziente" ma come individuo che esprime il proprio essere attraverso modalità che sono dipendenti non solo da fattori biologici (la condizione di salute o di malattia) ma anche dall'interazione con gli elementi sociali (la famiglia e gli amici) e da fattori psicologici personali.

Lo scopo dell'intervento è sottolineare il ruolo della psicoterapia nel processo di cura delle persone portatrici di malattie rare e sindromi neuroautoimmuni, in un quadro di trattamento e presa in carico multidisciplinare orientato alla persona e al suo sistema socio familiare.

Evidenziare le basi teoriche e la prassi psicoterapeutica propria di un approccio ad orientamento cognitivo costruttivista.

Sostegno alla genitorialità nella comunicazione della diagnosi di sindrome di Klinefelter al proprio figlio e case history

Relatore: Antonella Esposito, Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile Centro Thèlema - Psicoterapia e Riabilitazione, Roma

La Sindrome di Klinefelter (SK) è determinata da un cromosoma X soprannumerario nel patrimonio genetico di un soggetto di sesso maschile.

È la più comune causa di ipogonadismo, condizione clinica in cui viene prodotta una quantità insufficiente di testosterone. È presente in un uomo ogni 650 circa. L'alterazione cromosomica di regola si individua in tutte le cellule dell'organismo, oppure, meno frequentemente, solo in una percentuale (mosaicismo).

La causa è un'anomalia cromosomica dovuta a un errore aleatorio, non ereditario, che si realizza durante la maturazione dell'ovocita o dello spermatozoo (meiosi). Il numero totale di cromosomi nella SK è di 47. Molto più raramente, al concepimento sono presenti due o più cromosomi X soprannumerari (48,XXX; 48,XXY; 49,XXXXY) con conseguenze cliniche più rilevanti, che non hanno relazione con il quadro 47,XXY.

Le manifestazioni cliniche differiscono a seconda dell'assetto del cariotipo e dell'età del paziente, oltre alle normali variazioni fra gli individui. Mentre, in caso di mosaicismo, i sintomi sono meno salienti.

Fra i segni e i sintomi clinici della SK, variabili da soggetto a soggetto, ci sono: infertilità, ipotrofia testicolare, ridotta androgenizzazione, ginecomastia, ipergonadotropismo, azoospermia, ipotestosteromia, sindrome metabolica, diabete mellito, osteoporosi, malattie cardiovascolari.

Le persone con sindrome di Klinefelter, inoltre, rispetto al resto della popolazione hanno maggiori probabilità di sviluppare: difficoltà di apprendimento, ritardo nell'acquisizione del linguaggio, deficit di attenzione e iperattività (ADHD), problemi sociali, emotivi e comportamentali.

La maggior parte delle diagnosi di SK, attualmente, sono poste in fase prenatale e ciò consente ai genitori del futuro nascituro di sviluppare una maggiore consapevolezza e conoscenza della condizione genetica nonché una migliore conoscenza scientifica della sindrome e un precoce inserimento in follow up. Tuttavia dal punto di vista psicologico il rischio di un eccesso di ansietà genitoriale e il rischio di elevata medicalizzazione sono in agguato.

Il tema della successiva comunicazione della diagnosi al proprio figlio, che sia un bambino, un adolescente o un adulto, è una tappa obbligata che i genitori prima o poi dovranno affrontare. "Quando, come e chi?" è lo spinoso dubbio che la psicologia recentemente, grazie ad alcuni studi autorevoli, si appresta a indagare e a suggerire.

Negli anni, in collaborazione con le Associazioni di Pazienti e con i Servizi di Genetica, il nostro Centro di Psicoterapia e Riabilitazione ha strutturato un modello di intervento a sostegno della genitorialità ad orientamento costruttivista e di accoglimento ed elaborazione dei propri vissuti legati alla diagnosi, sia per i genitori che per il bambino/adolescente/adulto per una "sana" e articolata costruzione del Sé.

Questo approccio terapeutico coinvolge a vari livelli i singoli, le famiglie, i gruppi di genitori e i gruppi di persone con SK e ci ha permesso di raccogliere narrazioni e case history alla base del modello stesso.

Tremblay I. et al. "Partnering with parents to disclosure Klinefelter syndrome to their child". Foundation Acta Paediatrica. 2016 105, pp.456-461

Aliberti L., Gagliardi I et al. "Communicating the diagnosis of Klinefelter syndrome to children and adolescents: when, how, and who?". Journal of Community Genetics (2022) 13: 271-280

Foresta C., Lenzi A. "La sindrome di klinefelter". Commissione SIAMS per le Malattie Rare

Il ruolo della psicoterapia nel trattamento della sclerosi multipla e delle malattie di origine neuro-auto-immune

Relatore: Massimo Esposito, Psicologo, Psicoterapeuta, V Centro di Terapia Cognitiva Multiverso Roma; Associazione di Terapia Cognitiva; Didatta SITCC

Quando parliamo di Sclerosi Multipla, o di patologie a carico del sistema immunitario in generale, bisogna considerare che non esiste, ad oggi, un modello esplicativo della malattia tale da individuare fenomeni lineari di causa-effetto. Così come la malattia non può essere direttamente attribuibile ad un solo fattore causale e una situazione di disagio emotivo non può essere attribuita ad un'unica causa psicologica. Prendiamo evidentemente atto che esistono una serie di fattori che contribuiscono all'insorgere di queste malattie: fattori neurologici, immunologici, psichiatrici ecc. e ci sono anche, ed è di questi che noi ci occupiamo, fattori emotivi e specificatamente psicologici, sociali e culturali.

Numerose ricerche e diversi paradigmi teorico-scientifici confermano la stretta interrelazione esistente tra sistema psicologico, come l'individuale stile di personalità, e sistema neurologico, endocrinologico, immunitario ecc.

Nonostante i diversi studi a supporto, ancora oggi non è facile accettare pienamente l'idea che problematiche di tipo neurologico e organico, in generale, siano influenzate da quello che è il comportamento, il sentire emotivo, il modo di vivere e di viverci l'esperienza di una persona, di quella persona. Ancora più difficile, è

pensare ad una bidirezionalità, ovvero, come il sentire emotivo, il comportamento, l'esperienza delle persone, possano di fatto alterare, influenzare, disregolare il funzionamento fisiologico.

Il percorso di cura delle persone affette da tale patologia deve, a nostro avviso, necessariamente coinvolgere diverse figure professionali, tra cui lo Psicologo/Psicoterapeuta, che, altrettanto necessariamente, devono interagire tra loro, condizione che non sempre è facile creare.

L'idea che un percorso di psicoterapia sia una parte essenziale del processo di cura della persona con SM è pressochè condivisa, anche se limitatamente alla gestione e miglioramento delle problematiche psicologiche emergenti alla malattia.

La nostra proposta è una psicoterapia cognitiva ad orientamento costruttivista/post-razionalista, che si occupi di esplorare sia l'esperienza che ogni persona fa nel viverla la malattia, con particolare attenzione ai sintomi psicologici correlati, sia lo stile di personalità che la persona ha costruito e con cui si è vissuta e vive le proprie esperienze di vita, in modo da individuare le eventuali caratteristiche pre-morbose di personalità; le componenti emozionali e le esperienze vissute nell'infanzia; gli eventuali stress emotivi che ne hanno caratterizzato la formazione.

L'intervento terapeutico pensato vuole consentire alla persona di guardare sia all'assetto di personalità esistente prima dell'insorgere della malattia, sia alla costruzione di un nuovo assetto del Sè, una configurazione nuova del proprio stile di conoscenza personale e di conseguenza del proprio modo di esperire.

L'importanza dell'intervento multidisciplinare e della psicoterapia nel trattamento dell'endometriosi

Relatore: Concetta Viviana Cona, Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo Progetto 15 octies Cure Primarie P.O. Niscemi ASP di Caltanissetta; Studio Psicologia e Psicoterapia, Caltanissetta

Co-autori: Pistone Stefania, Psicologa, Psicoterapeuta, Libero Professionista presso il CSM e NPI ASP 4 di Enna, Distretto di Agira

L'endometriosi è una patologia cronica legata alla presenza anomala di cellule dell'endometrio all'esterno dell'utero, che causa un sanguinamento ed una infiammazione cronica nell'area colpita.

Secondo i dati del Ministero della Salute, la malattia interessa circa il 10- 15% delle donne in età fertile e la maggior parte dei casi si manifesta tra i 25 ed i 35 anni. Il quadro sintomatico è eterogeneo e generalmente caratterizzato dalla presenza di: dismenorrea, dispareunia, dolore pelvico cronico, disuria, disturbi intestinali. Alla luce degli studi presenti è possibile ipotizzare che i deficit organici associati alla patologia determinano implicazioni sociali e relazionali che incidono sulla qualità e lo stile di vita, sulla salute e il benessere mentale.

La donna si sente colpevole, inadeguata ed incompleta (Ardenti R., 2011). L'endometriosi si configura, infatti, come una sintomatologia complessa non solo dal punto di vista organico, ma anche dal punto di vista psicologico ed emotivo. Il 78% delle donne affette da endometriosi e dispareunia intervistate in uno studio (Fritzer et al., 2013) riferisce disagio associato ai rapporti sessuali ed un notevole calo del desiderio sessuale, oltre che una limitazione della propria attività sessuale. La partecipazione alla vita sociale delle donne affette da dolore cronico risulta significativamente ridotta (Gimour et al., 2008) e frequentemente compromessa quella lavorativa (Nnoaham, Kelechi E., et al., 2011). Diversi studi hanno confermato la presenza di una correlazione tra questa malattia e i sintomi ansiosi e depressivi che possono, a loro volta, essere responsabili dell'aumento del dolore pelvico e della sintomatologia legata all'endometriosi.

Partendo da queste premesse l'obiettivo del presente lavoro consiste nell'esplorare la letteratura sull'importanza dell'intervento multidisciplinare e della psicoterapia nel trattamento dell'endometriosi. Nello specifico si vogliono dimostrare i benefici dei training per l'accettazione del dolore, la gestione dello stress,

l'autoregolazione emotiva, attivati da psicologi psicoterapeuti all'interno di un'equipe multidisciplinare composta da medici, fisiatri, terapisti occupazionali e fisioterapisti. In un'ottica integrata è fondamentale che le donne affette da endometriosi o da dolore pelvico ricevano un adeguato supporto psicologico e trattamento psicoterapeutico, al fine di intervenire tempestivamente sui sintomi ansiosi e depressivi.

Le recenti ricerche evidenziano il ruolo positivo, a lungo termine, dell'approccio multidisciplinare sulle persone che soffrono di dolore cronico, non tanto in termini di riduzione del dolore fisico, ma in termini di una migliore capacità di gestire lo stress derivato dai sintomi e di un miglioramento generale della qualità di vita.

*Ardenti, R. (2011). *Sindrome da sterilità: il complesso d'inferiorità e la relativa compensazione. Rivista Psicologia Individuale*, 69: 51-61.*

*Fritzer, N., et al., (2013) *More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 169 (2), 392 – 396.*

*Gilmour, J.A., et al., (2008). *The impact of endometriosis on work and social participation. International journal of nursing practice*, 14 (6).*

*Nnoaham, K.E., et al., & Study , W.E.R.F.G. (2011). *Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. Fertility and sterility* , 96 (2) , 366- 373.*

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15

SIMPOSIO S-091

CORPO AULE - AULA 5

La misofonia: “semplice” sensibilità selettiva al suono o disturbo da intolleranza ai suoni?

Chair: Giuseppe Romano, Psicologo, Psicoterapeuta, Professore straordinario Università “G. Marconi” Roma, Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC (Roma, Grosseto e Ancona), SICC (Roma), APC (Verona), IGB (Palermo)

Discussant: Carlo Buonanno, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC (Napoli e Ancona)

La misofonia è una forma di sofferenza psicologica, riconosciuta in tempi molto recenti e che solo negli ultimi anni ha interessato anche l'ambito clinico.

Identificata, probabilmente per la prima volta, verso la fine degli anni '90, sulla base degli studi di un'audiologa, Marsha Johnson, come "Sindrome della sensibilità selettiva ai suoni" (Selective Sound Sensitivity Syndrome – 4S), una particolare sensibilità di alcuni individui a suoni specifici, ad oggi questa condizione clinica non compare all'interno dei principali sistemi di classificazione diagnostica, anche se molti soggetti riportano una forte avversione nei confronti di suoni quotidiani, spesso ripetuti, che solitamente sono generati da esseri umani, ma che possono essere prodotti anche da animali o provenire dall'ambiente (Scrodher et al., 2013).

Jastreboff e Jastreboff (2022) propongono il termine misofonia, che racchiude anche l'esperienza emotiva associata all'esposizione allo stimolo uditivo. In realtà, nella quasi totalità dei casi, non si tratta di “odio” per i suoni, ma di una reazione di forte avversione nei confronti della fonte da cui essi hanno origine.

L'emozione di rabbia non è l'unica ad accompagnare questa esperienza; alcuni soggetti, infatti, possono sperimentare ansia anticipatoria (Jager et al., 2020) o anche disgusto e tristezza. Anche la risposta comportamentale è di notevole interesse per il clinico: i soggetti “misofonici”, infatti, possono reagire evitando l'esposizione al suono, sperimentando una sensazione di perdita di controllo e, in diversi casi, anche aggredendo verbalmente o fisicamente la fonte sonora.

Il primo intervento si propone di definire la misofonia distinguendola da altre forme di “insofferenza” nei confronti dei suoni o di dolore sperimentato in presenza di un suono, cercando di individuare i criteri con cui provare a porre diagnosi e descrivere l'eziologia del disturbo (se tale condizione può essere così definita), specificando anche i correlati psicologici e comportamentali utili a circoscrivere il fenomeno.

Il secondo intervento propone una revisione sistematica della letteratura relativa agli strumenti di misurazione e valutazione della misofonia e, poiché spesso in ambito clinico i sintomi sono presenti in concomitanza con altri quadri psicopatologici, il terzo contributo approfondirà gli studi pubblicati negli ultimi anni proponendo una sintesi dei principali disturbi in comorbidità.

Nell'ultimo contributo, all'interno del simposio, saranno descritti i principali protocolli di intervento e le procedure cliniche di maggiore efficacia per il trattamento della misofonia.

Misofonia: definizione, eziologia e sintomi. Una revisione sistematica della letteratura secondo il metodo Prisma

Relatore: Lucia Fiumalbi, Psicologa, specializzanda in Psicoterapia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto

Co-autori:

Antonio Imbesi, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Reggio Calabria;

Raffaele Isgrò, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Reggio Calabria;

Valeria Pecoraro, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Reggio Calabria;

Caterina Scarano, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Reggio Calabria;

Emanuela Trichilo, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Reggio Calabria;

Monica Mercuriu, Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC e APC;

Giuseppe Romano, Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC e APC

La misofonia è una condizione di ridotta tolleranza a specifici suoni o stimoli ad essi associati, caratterizzata da un'intensa attivazione neurofisiologica. I sintomi generali includono un'elevata sensibilità a rumori quotidiani come tossire, annusare e masticare, che si traduce in una forte reazione emotiva a cui seguono comportamenti di evitamento, allontanamento e, in alcuni casi, risposte aggressive. Seguono emozioni di rabbia, disgusto, ansia e depressione (Swedo et al., 2022). Nonostante il crescente interesse per questo fenomeno, attualmente non esiste una classificazione diagnostica. Lo scopo del presente lavoro consiste nel fornire un quadro aggiornato della letteratura sulla definizione e sull'eziologia della misofonia, con particolare enfasi sulla sintomatologia e sui correlati psicologici e comportamentali. I dati presenti in letteratura sono stati raccolti e analizzati secondo le linee guida del metodo PRISMA (Moher et al., 2009). La revisione è stata condotta attraverso i principali motori di ricerca su lavori scientifici pubblicati tra il 2010 e il 2022, in lingua inglese. In definitiva, è stato incluso un totale di 40 articoli. Dalla ricerca è emerso che la misofonia potrebbe essere classificata come un disturbo psicologico discreto, poiché i sintomi si presentano secondo un modello stabile e coerente e i pazienti riferiscono percorsi di sviluppo simili (Schroder et al., 2013; Jager et al., 2020). L'intensità della reazione del paziente non è determinata tanto dalle caratteristiche fisiche del suono trigger, quanto dal suo profilo psicologico, dal contesto e dalle interpretazioni cognitive che l'individuo fa circa la fonte specifica dei suoni, che influenzano l'intensità e l'incontrollabilità delle sue reazioni (Brout et al., 2018). Una difficoltà nella regolazione delle emozioni e la presenza di labilità affettiva aggrava la severità dei sintomi e può compromettere a lungo andare il funzionamento lavorativo, scolastico e sociale del soggetto (Guetta et al., 2022). L'eziologia della misofonia si può far risalire sia a fattori ereditari, sia a cause ambientali, come ad esempio meccanismi di apprendimento associativo. Inoltre, si pensa che la misofonia sia correlata ad alti livelli di connessione tra sistema uditivo, autonomo e limbico e che, in particolare, sarebbe l'AIC a svolgere un ruolo importante nell'eziologia del fenomeno (Edelstein et al., 2013). Sarebbe auspicabile ampliare la ricerca al fine di avere maggiore chiarezza sul fenomeno e sui possibili trattamenti utili alla riduzione del disagio e al miglioramento della qualità di vita dei soggetti.

Strumenti per la valutazione della Misofonia: una revisione sistematica della letteratura secondo il metodo Prisma

Relatore: Michela Fazi, Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Co-autori:

Sofia Mattioli, Associazione di Psicologia Cognitiva APC, Roma;

Lucia Fiumalbi, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto; **Gianna Di Loreto**, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto;

Serena Paladini, Associazione di Psicologia Cognitiva APC, Lecce;

Giuseppe Romano, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC;

Monica Mercuriu, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC.

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di sistematizzare la letteratura esistente relativa agli strumenti per la valutazione della Misofonia, al fine di identificare le priorità di ricerca nell'ambito.

Con tale scopo, seguendo il metodo PRISMA, è stata condotta una ricerca sistematica sui database PubMed, Medline, PsycINFO, Scopus, Cinahl ed Eric. Le parole chiave utilizzate si riferiscono ai concetti di "Misofonia/Sensibilità al suono", "valutazione" e "trattamento". La ricerca è stata limitata agli studi pubblicati su riviste peer-reviewed in lingua inglese a partire dall'anno 2012. Tra i criteri di inclusione anche l'impiego di almeno uno strumento per la valutazione della Misofonia.

Dopo la rimozione dei duplicati, sono stati passati in rassegna il titolo e l'abstract di 289 articoli. Alla luce dei criteri di inclusione e di esclusione stabiliti, 80 articoli sono stati selezionati per una lettura integrale. Infine, 63 articoli sono stati inclusi nel presente lavoro.

Dei 21 strumenti individuati per la valutazione del costrutto, soltanto 10 risultano validati (9 strumenti self-report e 1 intervista semi-strutturata). Soltanto 1 strumento è stato validato in un campione di soggetti in età evolutiva. Strumenti differenti si basano su diverse definizioni di Misofonia e pochi tra gli strumenti individuati indagano al contempo tutte le caratteristiche incluse nella più recente definizione del costrutto. In conclusione, i risultati ottenuti confermano una significativa variabilità negli strumenti usati per la valutazione della Misofonia. Si rende quindi necessario migliorare l'assessment di tale condizione sia in età evolutiva che in età adulta, validando gli strumenti esistenti in campioni più ampi e in diversi Paesi.

Misofonia e comorbilità: revisione della letteratura

Relatore: Chiara Tonasso, Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia, Associazione di Psicologia Cognitiva APC, Verona

Co-autori:

Amato Maria Verdiana, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Reggio Calabria;

Vanessa Nocito, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Reggio Calabria;

Monica Mercuriu, Scuole di Psicoterapia APC-SPC;

Giuseppe Romano, Scuole di Psicoterapia APC-SPC

La misofonia è un disturbo caratterizzato da una maggiore sensibilità a suoni specifici che potrebbero causare risposte emotive e comportamentali disfunzionali. Nell'ultimo decennio, a seguito dell'aumento di casi misofonici, vi è stato un maggiore interesse della letteratura scientifica (Potgieter et al., 2019). Tuttavia, dall'analisi degli articoli scientifici, emergono, ad oggi, pochi studi che confermano la presenza di quadri clinici

in comorbilità con la misofonia. Questo dato è conseguenza anche di una mancata definizione nosografica condivisa dalla popolazione scientifica.

In questo studio, dunque, esamineremo i disturbi concomitanti, osservandone le caratteristiche cliniche e l'impatto di queste in più aree di vita, nell'età evolutiva ed adulta. L'obiettivo principale del presente lavoro è quello di raccogliere e sintetizzare gli studi pubblicati negli ultimi anni, al fine di fornire un maggiore contributo alla letteratura già esistente, evidenziando la necessità di delineare in modo chiaro e attendibile i criteri e le comorbilità. Inoltre, i risultati emersi potrebbero aiutare i clinici a comprendere i più frequenti disturbi in comorbilità, che possono essere così osservati e valutati durante la presa in carico del paziente. È stata condotta una ricerca bibliografica seguendo le linee guida del metodo Prisma (Moher et al., 2009), basata sugli studi degli ultimi dodici anni, 2010-2022, che riportavano la presenza di comorbilità nella misofonia. Sono stati utilizzati quattro motori di ricerca (Pubmed, Scholar, Ovid, Scopus), identificati 147 articoli e selezionati in base al titolo e abstract. Dopo la selezione, sono stati inclusi nella revisione un numero totale di 36 articoli. Le parole chiave utilizzate sono state "misophonia, comorbidity, comorbidities". L'analisi degli articoli ha evidenziato frequenti disturbi in comorbilità con la misofonia, in particolare con i disturbi dell'ansia, dello spettro ossessivo-compulsivo, dell'umore, degli eventi correlati al trauma e del neurosviluppo. La scarsa disponibilità di articoli in letteratura in riferimento all'età evolutiva non ha permesso di delineare, in modo attendibile e valido, le comorbilità presenti in quanto, gli studi, fanno riferimento prevalentemente a casi clinici. I risultati visti in un'ottica applicativa potrebbero essere uno spunto di riflessione per i clinici circa l'importanza di considerare tale condizione nella presa in carico di pazienti con misofonia. I risultati in età adulta riportano il limite, a livello clinico e di ricerca, nella definizione della misofonia, contribuendo a molta confusione nella valutazione e presa in carico del paziente con sintomi misofonici. Tuttavia, il potenziale beneficio di tale lavoro potrebbe essere di aiuto per realizzare, in futuro, miglioramenti metodologici e permettere una definizione con caratteristiche chiare e distinte che possano impostare la misofonia come condizione separata dagli altri disturbi.

Il trattamento della misofonia: una revisione sistematica delle evidenze di maggiore efficacia

Relatore: Cristina Curcio, Psicologa, dottoranda di ricerca presso l'Università Federico II di Napoli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli, II anno

Co-autori:

Uvelli Allison, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto;
Cincidda Clizia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto;
Capuano Ilaria Nicandra, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli;
Sabato Maria Chiara, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Lecce;
Mercuriu Monica, Didatta e Docente Network Scuole APC e SPC;
Romano Giuseppe, Didatta e Docente Network Scuole APC e SPC

Il concetto di misofonia si riferisce ad una condizione clinica in cui l'esposizione a specifici suoni prodotti da altri provoca intense reazioni negative. Dal primo studio in questione è stato possibile trovare in letteratura ricerche relative al trattamento di questa nuova patologia, nonostante essa non risulti ancora inserita all'interno dei manuali diagnostici. La maggior parte di queste concentra la propria attenzione sul trattamento cognitivo-comportamentale nelle sue varie declinazioni (seconda e terza generazione), sebbene emergano anche studi di carattere farmacologico, fisiologici e combinati. La nostra ricerca si pone l'obiettivo di analizzare i principali studi relativi al trattamento della misofonia per comprenderne le modalità e l'efficacia ma anche

per orientare futuri studi. Tramite il metodo PRISMA è stata condotta una revisione sistematica tramite i principali motori di ricerca (PubMed, PsycINFO, Scopus e Eric), includendo gli studi in lingua inglese degli ultimi 10 anni (2012-2022). Le parole chiave impiegate fanno riferimento al concetto di misofonia/sensibilità al suono e il relativo trattamento/terapia. I risultati propongono una riflessione sulle pratiche da impiegare per il trattamento della misofonia, tra le quali le tecniche cognitivo-comportamentali sembrerebbero avere buone opportunità di diventare il gold standard, dato che tramite l'integrazione con il trattamento farmacologico ed esercizi neurofisiologici si rilevano miglioramenti a lungo termine. Seppure il trattamento cognitivo-comportamentale abbia dimostrato la sua efficacia, sarebbe opportuno effettuare ulteriori studi rispetto a questo e ad altre tipologie di trattamenti, su un campione maggiore e in altri paesi del mondo.

22 Settembre, Venerdì

14.00-15.15
CORPO AULE - AULA 6

SIMPOSIO S-088

La complessità dei legami nella violenza domestica tra partner

Chair e Discussant: **Ilaria Baiardini**, Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Genova

Il tema della violenza domestica tra partner si presta, per il forte impatto emotivo e per la sua rilevanza sociale, ad essere facilmente derubricato in termini riduzionistici. Questo simposio si propone di far emergere la complessità delle dinamiche relazionali interne alla coppia e alla famiglia, nonché le variabili culturali e sociali insite nel fenomeno.

Si auspica di poter aprire un confronto su queste tematiche in un'ottica costruttivista e sistemico-processuale, analizzando alcuni dati, le evoluzioni storico-culturali e mass-mediologiche, i modelli di intervento psicoterapico, sociale e giuridico, nonché gli impatti che questo fenomeno comporta nello sviluppo della personalità all'interno delle storie familiari, in una prospettiva trigenerazionale.

Riduzionismo clinico ed entropia domestica

Relatore: **Chiara Bellardi**, Psicologa, Psicoterapeuta, Area Trauma di Modena

Ci si propone di condividere alcuni interrogativi sulla nostra pratica clinica e non solo. Ci si domanda se il corrente paradigma contemporaneo, improntato all'efficientismo e alla immediatezza 24/7 trovi adeguati strumenti di concettualizzazione e di intervento clinico. Ci si domanda quale sia il portato di queste implicite richieste onnipotenti, nella sfera domestica. Ci si domanda se il riduzionismo efficientista contemporaneo possa essere un fattore di mantenimento anche della violenza domestica. Ci si domanda se il culto dell'immediatezza e della categorizzazione non possano costituire fattori di mantenimento di un perenne stato di frustrazione a cui ci si assuefà. È possibile che molte persone, professionalità di aiuto comprese, siano immerse, senza rendersene pienamente conto, in un brodo che sta appannando o facendo evaporare le nostre funzioni meta-cognitive di auto-riflessione, decentramento, differenziazione ed integrazione? Chomsky, con il racconto della rana bollita, ci ha messo in guardia proprio dai rischi di questo inconsapevole iper-adattamento. Cui prodest? avrebbero detto gli antichi. A chi giova tutto questo? A cosa e a chi è funzionale? Può essere che questi ambienti iper sollecitanti e richiestivi costituiscano fattori di mantenimento di una finestra di tolleranza sempre più sottile, mantenuta dal consenso dei social? Può essere che l'assuefazione alle richieste paradossali di essere in famiglia come se non si lavorasse e al lavoro come se non si avesse famiglia abbiano un loro peso nelle eruzioni emotive intra ed extra moenia? Ci si domanda come sarebbe iniziare ad usare più grandangoli in terapia, magari integrando il paradigma corrente con riflessioni meno mainstream. Abbiamo il tempo di interrogarci sulla complessità? Abbiamo il tempo di interrogarci sulla possibile manchevolezza dei nostri modelli? Davanti a queste nuove sfide digitali tra millennials, generazione z, y ed alfa, è possibile che molto senso di frustrazione sia dettato da un'entropia generata dal bisogno di trovare un senso anche grazie ad altre griglie ermeneutiche? È possibile che l'inflessibilità dicotomica tra patriarcato e matriarcato sia un fenomeno da approfondire in maniera da restituire pienezza al nostro sentito, pensato ed agito? Come sarebbe abbracciare anche i termini di concettualizzazione in un'ottica più comprensiva e multidisciplinare? Ci si domanda come sarebbe, attingere a riflessioni dell'economia (Folbre), della filosofia (De Gouges, Nussbaum, Tronto), della linguistica (Sabbatini), che potrebbero aprirci nuovi sguardi su concetti quali etica

della cura, etica della giustizia, alternative al REM (rational economic man), minoranza artificiosa, privilegio dell'irresponsabilità, invisibilità del lavoro di cura. Ci si domanda se nella concettualizzazione e nella pratica clinica potrebbe aiutare un grandangolo che lasci il tempo di svelare le pieghe della complessità del singolo, andando oltre il riduzionismo del corrente paradigma xy.

La rabbia nel mantenimento del legame affettivo

Relatore: Antonio Fenelli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Scuola ATC Cagliari, studio Multiverso Roma

Co-autori:

Gorgoni, Maurizio, Psicologo, Psicoterapeuta, Università di Roma La "Sapienza", Dipartimento di Psicologia Roma;

Pisciotta, Fabiola, Scuola ATC Cagliari, studio Multiverso Roma;

Esposito, Massimo, Scuola ATC Cagliari, studio Multiverso Roma;

Volpi, Cecilia, Scuola ATC Cagliari, studio Multiverso Roma

Questo breve intervento vuole mettere in evidenza alcuni processi osservabili nei legami conflittuali in cui lo "stare insieme" ed il "separarsi" appaiono due poli tra cui la coppia oscilla nel mantenimento della relazione. Il litigio può sfociare in episodi di violenza ove la rabbia espressa invece che portare alla rottura del legame ne determina il mantenimento. L'osservazione di questi processi necessita nel professionista l'assunzione di una posizione terza in modo tale da poter cogliere non la responsabilità o la colpa dei contendenti ma "in che modo" essi stessi partecipano alla creazione e mantenimento della transazione.

La gabbia invisibile e la sedia vuota. I fattori di mantenimento e gli ostacoli allo scioglimento di un legame traumatizzante

Relatore: Laura Belloni Sonzogni, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva-Costruttivista Milano, Centro Noesi Lodi, Psicopolis ODV, Rumorosse APS

Co-autori:

Giorgio Rezzonico, Psicologo, Psicoterapeuta, Psichiatra, Università Milano Bicocca;

Di Luca, Annalisa, Trauma e Sistemi, AISTED;

Giommi, Fabio, Psicologo, Psicoterapeuta, Nous, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva-Costruttivista, Milano

La violenza domestica è un fenomeno complesso, frequentemente messo in evidenza a causa della peggiore tra le conseguenze a cui conduce - il femminicidio - ma ancora oggi poco noto nella sua complessità. Si intende focalizzare l'attenzione sulla violenza domestica tra partner, nello specifico quella subita dalle donne da parte degli uomini. Non certo per disconoscere la violenza che colpisce gli uomini o presente in altre relazioni, ma per la rilevanza statistica del fenomeno.

In questa relazione, partendo da alcuni dati numerici e socio culturali del contesto in cui si opera e dalle testimonianze dirette, si delineano, necessariamente a grandi linee, i contorni di alcune dinamiche relazionali specifiche tra partner e altre che si possono instaurare nella relazione terapeutica.

Si intende esplorare la complessità delle dinamiche relazionali in cui si è immerse come terapeute che lavorano con donne afferenti a servizi quali i Centri Antiviolenza, le case rifugio, i consultori o gli studi privati. I fattori di rischio e di mantenimento della dinamica abusante, la ciclicità di alcune specifiche amplificazioni relazionali, il non riconoscimento sociale e il suo confinamento nella sfera intima e la vittimizzazione secondaria a cui frequentemente sono esposte le donne che chiedono aiuto e/o denunciano i maltrattamenti sono gli elementi che vengono approfonditi alla ricerca di una comprensione che consideri il principio della causalità circolare, evitando semplificazioni causali-lineari e riduzioniste. Qualsiasi relazione di coppia, così come ogni relazione terapeutica, è unica e come tale va compresa e trattata, riducendo il rischio di polarizzare rigidamente le persone coinvolte in ruoli predefiniti, tenendo in considerazione al tempo stesso il substrato culturale e familiare che permea il contesto in cui la relazione si è costituita.

Codipendenza e dinamiche di reciprocità relazionale nelle procedure giudiziarie a tutela dei minori

Relatore: Massimo Portas, Scuola ATC Cagliari

La gestione del conflitto genitoriale e delle dinamiche di violenza intrafamiliare trovano di frequente una soluzione solo dentro le aule giudiziarie del tribunale civile che gestisce le separazioni della coppia genitoriale, oppure nelle procedure a protezione dei minori incardinate presso il tribunale per i minorenni.

Questi procedimenti vedono spesso coinvolti diversi professionisti della salute mentale (psicologi e psichiatri forensi, operatori dei consultori, dei CSM e dei SERD che seguono i genitori, neuropsichiatri infantili che supportano i minori.

Questa tipologia di interventi interistituzionali spesso non coglie la complessità della trama psicopatologica retrostante le dinamiche familiari, determinando interventi e sentenze spesso fallimentari, per nulla protettive nei confronti dei minori coinvolti.

Questa breve relazione intende portare alcune riflessioni sulle dinamiche relazionali trigerazionali retrostanti le fragilità genitoriali, che spesso producono importanti vissuti traumatici nella prole, nonché delineare qualche possibile prassi clinica e giudiziaria nelle procedure a tutela dei minori.

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45

SIMPOSIO S-087

TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

Terapia Metacognitiva Interpersonale nel disturbo borderline di personalità: risultati clinici e di neuroimaging dello studio CLIMAMITHE. Uno studio clinico randomizzato

Chair: Michele Procacci, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma

Discussant: Francesco Mancini, Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

I pazienti con Disturbo di Personalità (DP) presentano difficoltà di mentalizzazione o metacognizione. La Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) è un approccio psicoterapeutico che si propone di ridurre le disfunzioni metacognitive e migliorare le relazioni interpersonali (Carcione, Nicolò, Semerari, 2016; 2022). Verrà illustrato lo studio CLIMAMITHE (Rossi et al., 2023), un RCT che ha valutato i cambiamenti clinici e neurobiologici dopo un anno di TMI comparata allo Structured Clinical Management (SCM) in un campione di pazienti con prevalente Disturbo Borderline di Personalità (BPD). Lo scopo dello studio è stato duplice: valutare gli effetti della TMI sulle abilità metacognitive e su altre variabili cliniche e neurobiologiche; studiare la correlazione tra il profilo metacognitivo dei pazienti e le caratteristiche di imaging cerebrale strutturale e funzionale. I pazienti sono stati sottoposti a una valutazione clinica multidimensionale al basale, 6 e 12 mesi, comprendente SCID I e II, Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), (outcome primario), ZAN-BPD per monitorare la gravità dei sintomi del BPD nel tempo, Metacognition Assessment Interview (MAI) per valutare le abilità metacognitive. Sono state valutate anche l'impulsività, i sintomi depressivi, l'alessitimia, l'espressione della rabbia e le difficoltà nelle relazioni interpersonali. I pazienti sono stati sottoposti a risonanza magnetica strutturale e funzionale durante la visione di immagini emotive standardizzate con contenuto piacevole, spiacevole e neutro (prima e dopo il trattamento). Inoltre, sono stati effettuati dei prelievi ematici in concomitanza delle valutazioni cliniche per valutare alcuni possibili biomarcatori dei cambiamenti (ad es. livelli di ossitocina e vasopressina, marcatori infiammatori, livelli di cortisolo, BDNF).

Sono stati valutati 144 pazienti, ne sono stati arruolati 78 con BPD e assegnati in modo casuale ai trattamenti. Verranno presentati il protocollo dello studio, gli obiettivi, il disegno e i risultati clinici e neurobiologici.

** Carcione A., Nicolò G., Semerari A., (a cura di) (2016) Curare casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità, Laterza, Roma-Bari.*

** Carcione A., Nicolò G., Semerari A., (Eds.) (2021) Complex Cases of Personality Disorders Metacognitive Interpersonal Therapy. Springer, Berlin.*

** Rossi R., Corbo D., Magni L.R., Pievani M., Nicolò G., Semerari A., Quattrini G., Riccardi I., Colle L., Conti L., Gasparotti R., Macis A, Ferrari C., Carcione A. & Climatiche study group (2023) Metacognitive Interpersonal Therapy in Borderline Personality Disorder: clinical and neuroimaging outcomes from the CLIMAMITHE study. A randomized clinical trial. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, in press.*

Metacognizione: una dimensione transdiagnostica sottostante alla patologia di personalità

Relatore: Antonio Semerari, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma

Co-autori: Livia Colle^{1,2}; Laura Conti¹; Donatella Fiore¹; Giuseppe Nicol¹; Michele Procacci¹; Ilaria Riccardi¹; Antonino Carcione¹; CLIMAMITHE study group

1 Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC)

2 Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

Se la metacognizione è una variabile che potrebbe essere concepita come un aspetto centrale tra i diversi DP, allora abbiamo bisogno di dati empirici che supportino l'evidenza di una relazione significativa tra le difficoltà metacognitive e la patologia di personalità, i sintomi e l'esito del trattamento. Diversi studi condotti utilizzando l'Intervista per la Valutazione della Metacognizione (IVAM/Metacognition Assessment Interview-MAI) hanno dimostrato che le difficoltà metacognitive sono più gravi nel gruppo dei DP rispetto a quello di controllo e che le disfunzioni metacognitive e la gravità dei DP sono altamente associate. I dati suggeriscono che le disfunzioni metacognitive potrebbero essere considerate un fattore patogenetico comune per i PD.

Obiettivi, disegno e metodo dell'RCT CLIMAMITHE.

Relatore: Giuseppe Nicolò, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma

Co-autori: Roberta Rossi²; Clarissa Ferrari³; Livia Colle^{1,4}; Laura Conti¹; Donatella Fiore¹; Laura R. Magni²; Antonio Semerari¹; Mariangela Lanfredi²; Laura Pedrini²; Michele Procacci¹; Ilaria Riccardi¹; Antonio, Semerari¹; Antonino Carcione¹; CLIMAMITHE study group.

1 Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC;

2 Unità di Psichiatria, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia;

3 Servizio di Statistica, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia;

4 Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

Obiettivi. Il presente studio clinico randomizzato ha valutato i cambiamenti clinici e neurobiologici a seguito della Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) rispetto allo Structured Clinical Management (SCM), derivato da specifiche raccomandazioni delle linee guida dell'APA per il disturbo borderline di personalità (BPD).

Metodi. I pazienti ambulatoriali con BPD sono stati arruolati in due centri di reclutamento. Un gruppo di controlli sani (HC) è stato incluso come campione di confronto. I pazienti con BPD sono stati sottoposti a una valutazione clinica multidimensionale che ha riguardato diversi aspetti psicologici: regolazione delle emozioni valutata con la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (outcome primario); livello di psicopatologia, depressione, rabbia, impulsività, livello di funzionamento e una valutazione dettagliata delle funzioni metacognitive con l'Intervista per la Valutazione della Metacognizione (IVAM/Metacognition Assessment Interview). La valutazione clinica è stata effettuata al basale, dopo 6, 12 mesi (fine del trattamento). I pazienti sono stati assegnati in modo casuale a TMI o SCM. Inoltre, i pazienti BPD e HC sono stati sottoposti a risonanza magnetica strutturale e funzionale due volte (prima e dopo il trattamento), visualizzando immagini emotive, al fine di valutare il correlato cerebrale dei cambiamenti clinici. Infine, tutti i partecipanti sono stati sottoposti

a un prelievo di sangue per studiare alcuni possibili biomarcatori dei cambiamenti (ad esempio, livelli di ossitocina e vasopressina, marcatori infiammatori, livelli di cortisolo).

Risultati. Sono stati arruolati 78 pazienti con BPD (gruppo TMI: N=39; gruppo SCM: N=39) e 28 controlli sani appaiati per età e sesso. Non sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi di trattamento in termini di età, sesso, età di insorgenza e comorbidità.

Conclusioni. Pochissimi studi hanno indagato i correlati neurobiologici dei cambiamenti clinici dopo la psicoterapia nel BPD. I risultati del presente progetto possono essere utili per chiarire come la psicoterapia agisca sul BPD e per migliorare le nostre conoscenze sulla fisiopatologia alla base della malattia. Inoltre permettono di inserire, come verrà illustrato, la TMI tra i trattamenti evidence-based per il DBP e i DP in generale.

Cambiamenti clinici dopo la TMI: risultati dallo studio CLIMAMITHE

Relatore: Antonino Carcione, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma

Co-autori: Antonio Semerari¹; Livia Colle^{1,4}; Laura Conti¹; Clarissa Ferrari³; Donatella Fiore¹; Mariangela Lanfredi²; Laura R. Magni²; Giuseppe Nicolò¹; Laura Pedrini²; Michele Procacci¹; Ilaria Riccardi¹; Roberta Rossi²; CLIMAMITHE study group.

1 Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC;

2 Unità di Psichiatria, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia;

3 Servizio di Statistica, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia;

4 Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

Obiettivo. Lo scopo di questo studio è valutare i cambiamenti clinici dopo Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) a 6 e 12 mesi.

Metodo. I pazienti con BPD sono stati randomizzati su due diversi trattamenti: TMI confrontata con l'intervento di tipo generalista Structured Clinical Management (SCM), derivato da specifiche raccomandazioni delle linee guida APA per il BPD e già utilizzato come comparatore attivo in alcuni studi. I pazienti sono stati sottoposti a una valutazione clinica multidimensionale al basale e dopo 6 e 12 mesi (fine del trattamento). L'outcome primario era la variazione nella regolazione delle emozioni, valutata con la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Abbiamo inoltre analizzato diversi indicatori secondari di outcome: Zanarini Rating scale for BPD per la valutazione della gravità dei sintomi del BPD, Metacognition Assessment Interview, Symptoms Check-list 90 Revised (SCL-90) per la valutazione della psicopatologia generale, Toronto Alexythymia Scale Barratt Impulsiveness Scale, State-Trait Anger Expression Inventory, Beck Depression Inventory II, Inventory of Interpersonal Problems-47.

Risultati. 78 pazienti con BPD sono stati randomizzati e inseriti nei programmi. Il gruppo TMI ha compreso 39 pazienti con BPD (età: 28±8; sesso femminile: 84%) ed è stato confrontato con il gruppo SCM composto da 39 pazienti con BPD (età: 31±8; sesso femminile: 85%). I gruppi non differivano al basale per le caratteristiche sociodemografiche, cliniche e psicopatologiche ed erano simili per la gravità del BPD. Circa la metà dei pazienti (N=58) si è sottoposta alla valutazione a 6 mesi e 56 pazienti hanno terminato i trattamenti. I risultati hanno mostrato miglioramenti in entrambe le condizioni di trattamento in diverse dimensioni. In particolare, dopo 12 mesi, i punteggi DERS si sono ridotti in entrambe le condizioni.

Inoltre la TMI risulta essere più in grado di ridurre la patologia generale di personalità, come emerge da una significativa riduzione dei criteri alla SCID II. Verranno anche discussi gli altri risultati.

Conclusioni. I risultati sulle variabili cliniche sono promettenti e dimostrano l'efficacia della TMI per il trattamento del DBP e dei disturbi di personalità più in generale.

Cambiamenti dei correlati neurobiologici dopo TMI: risultati dallo studio CLIMAMITHE

Relatore: Roberta Rossi, Psicologa, Psicoterapeuta, Unità di Psichiatria, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

Co-autori: Daniele Corbo²; Michela Pievani³; Laura R. Magni¹; Giuseppe Nicolò⁴; Giulia Quattrini³; Luisella Bocchio-Chiavetto⁵; Ilaria Riccardi⁴; Antonio Semerari⁴; Antonino Carcione⁴; CLIMAMITHE study group.

1 Unità di Psichiatria, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC;

2 Dipartimento di Medicina Molecolare e Traslazionale, Università di Brescia;

3 LENITEM, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia;

4 Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma;

5 Dipartimento di Scienze Teoriche ed Applicate, Università eCampus, Novedrate, Como

Obiettivo. Sono stati proposti diversi approcci psicoterapeutici per il BPD e la loro efficacia nel ridurre i sintomi e le disfunzioni comportamentali nei pazienti con BPD è ben supportata. Tuttavia, pochissimi studi hanno esplorato l'impatto della psicoterapia nel BPD sul funzionamento cerebrale e su alcuni marcatori neurobiologici. Lo scopo dello studio è valutare l'effetto della TMI sulle caratteristiche neurobiologiche e studiare la correlazione tra il profilo metacognitivo dei pazienti e le caratteristiche di imaging cerebrale strutturale e funzionale.

Metodo. I pazienti con BPD arruolati nello studio CLIMAMITHE RCT sono stati sottoposti a MRI strutturale (sequenze pesate in 3D e DTI) e funzionale event-related al basale e dopo 12 mesi (post-trattamento). I controlli sani (HC) sono stati scansionati una volta per confronto. Durante ogni scansione, i partecipanti hanno visualizzato una sequenza randomizzata di immagini spiacevoli, neutre e piacevoli (N=96) dall'International Affective Picture System. In concomitanza delle valutazioni cliniche, sono stati effettuati dei prelievi ematici. Le immagini di RM sono state analizzate sia con metodi whole-brain che basati su region-of-interest. In particolare, è stata valutata l'attivazione dell'amigdala in risposta agli stimoli emotivi. Per quanto riguarda i prelievi ematici, sono stati estratti i valori di ossitocina plasmatici.

Risultati. Sessanta pazienti BPD e 27 HC sono stati sottoposti a esame RM al basale e, al momento, 49 pazienti BPD hanno ripetuto l'esame dopo il trattamento. Le analisi ROI-based hanno permesso di evidenziare un effetto significativo del tempo ($p=0,042$) e del gruppo ($p=0,027$) nell'amigdala destra valutato in tutti e tre gli stimoli presi insieme, ma nessuna interazione Effetto gruppo x tempo ($p=0,725$), indicando che il cambiamento nel tempo era simile in entrambi i gruppi di trattamento. Per quanto riguarda la connettività strutturale, nelle analisi longitudinali, è stato evidenziato un effetto sulle misure di anisotropia funzionale, prevalentemente nelle proiezioni corticotalamiche e frontali sinistre ($p < 0,05$, FWE-corretto). In particolare, è stato osservato un aumento della FA dopo TMI in quattro clusters che includono regioni della radiazione talamica anteriore destra, la radiazione talamica anteriore sinistra, il fascicolo fronto-occipitale inferiore sinistro e il fascicolo longitudinale superiore sinistro.

Inoltre, è stata osservata una modulazione significativa nei livelli di ossitocina a seguito di entrambi gli interventi.

Conclusioni. Verranno mostrati i risultati degli studi con RM nonché i dati dei parametri neurobiologici che sembrano essere promettenti per migliorare la nostra conoscenza della fisiopatologia alla base della malattia e per chiarire come la psicoterapia agisca sul BPD.

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45

SIMPOSIO S-069

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

La relazione tra C- PTSD disturbi di personalità e dissociazione – diagnosi, valutazione e intervento

Chair: Antonella Centonze, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Discussant: Raffaele Popolo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Il Complex PTSD o "Developmental Trauma" (Van der Kolk, 2005) è definito in letteratura (DSM V, APA, 2014) una forma complessa di disturbo post-traumatico che si verifica nei sopravvissuti a traumi ripetuti e prolungati (Herman, J., 1992; Ide, Paez, 2000), definito anche trauma dello sviluppo (Liotti, Farina, 2011).

Nel corso degli anni, è diventato chiaro che in ambito clinico la maggior parte dei pazienti traumatizzati in cerca di trattamento soffre di una varietà di problemi psicologici che non sono inclusi nella diagnosi di PTSD semplice. Questi includono depressione e odio per se stessi, dissociazione e depersonalizzazione, comportamenti aggressivi contro se stessi e gli altri, problemi con l'intimità e compromissione della capacità di provare piacere, soddisfazione e "divertimento".

In questo simposio verrà posta una attenzione particolare alla sintomatologia dissociativa che va dagli stati alterati di coscienza come l'assorbimento, l'immaginazione e il sogno a occhi aperti, fino alla divisione della personalità.

Verranno inoltre evidenziati gli aspetti di comorbidità tra il PTSD-C e i disturbi di personalità, in cui esitano molti degli sviluppi traumatici, con la parallela generazione di alterazioni della componente relazionale di questi pazienti, determinando disordini della personalità. Inoltre data la compromissione della capacità relazionale di questi pazienti, un focus sarà sull'impatto di questa entro la relazione terapeutica, richiedendo quindi un attento lavoro di monitoraggio e presidio da parte dei clinici. Una formulazione del caso adeguata potrà pertanto permettere una lettura dei fenomeni complessi che avvengono entro la relazione terapeutica che possono generare impasse e rotture dell'alleanza di lavoro.

Il presente simposio prevede di mettere a confronto diversi approcci e modelli relativi al trauma complesso ponendo attenzione alla formulazione del caso, all'uso di alcuni strumenti di assessment e diagnostici per arrivare poi una riflessione sui modelli di trattamento.

Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies, 18(5), 389-399.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. Journal of traumatic stress, 5(3), 377-391.

Ide, N., & Paez, A. (2000). Complex PTSD: A review of current issues. International Journal of Emergency Mental Health.

Liotti, G., & Farina, B. (2011). Sviluppi traumatici: eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa. R. Cortina.

Quali sintomi dissociativi stiamo valutando? Come funziona la TADS- Interview

Relatore: Giovanni Tagliavini, Psichiatra, Psicoterapeuta, AISTED, ESTD, AreaTrauma, Milano

Co-autori:

Matteo Cavalletti, Psicologo, Psicoterapeuta, AISTED, AreaTrauma, ESTD;

Suzette Boon, Psicologa, Psicoterapeuta, PhD, Paesi Bassi, ESTD;

Maria Paola Boldrini, Psicologa, Psicoterapeuta, AISTED, AreaTrauma, ESTD;

Alessandra Catania, Psicologa, Psicoterapeuta, AISTED, AreaTrauma, ESTD;

Valeria Fusco, Psicologa, Psicoterapeuta, AISTED, AreaTrauma, ESTD;

Nicoletta Serra, Psicologa, Psicoterapeuta, AISTED, AreaTrauma, ESTD

I sintomi dissociativi rappresentano una sfida clinica quotidiana per i clinici, soprattutto in situazioni in cui la sintomatologia si presenta in modo complesso e poco chiaro. I fenomeni dissociativi legati al trauma sono sempre il risultato di una scissione della personalità (Van der Hart et al., 2006). Dobbiamo distinguere questi sintomi da altri stati alterati di coscienza - più vaghi e, secondo Van der Hart,(2006), non dissociativi - come l'assorbimento, l'immaginazione e il sogno a occhi aperti, che possono essere associati a un livello alterato di coscienza, ma che non necessariamente indicano una divisione della personalità (Steele et al., 2022; Van der Hart et al., 2006).

È quindi importante distinguere tra i sintomi dissociativi che indicano una scissione della personalità e le altre forme di alterazione della coscienza (Boon, 2022).

Metodo e obiettivi

La Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I) è un'intervista clinica semi-strutturata, utilizzata per valutare i sintomi di dissociazione, semi-strutturata, utilizzata per valutare i sintomi dissociativi e correlati al trauma. L'attuale versione della TADS-I permette di distinguere, all'interno di ogni scheda sintomatologica, le alterazioni della coscienza e i sintomi che indicano una dissociazione patologica. Riporteremo due casi in cui si evidenziano profili distinti in cui sono presenti solo alterazioni della coscienza e/o dissociazione patologica. Il primo paziente è una donna di 33 anni con un GSI SCL-90-r inferiore a 55 e un punteggio DES di 12. Il secondo paziente è una donna di 33 anni con un GSI inferiore a 55. La rilevazione di depressione resistente e depersonalizzazione suggerisce di somministrare la TADS-I. La donna era in trattamento dall'età di 25 anni. Il secondo paziente è un uomo adottato di 25 anni in trattamento psicoterapeutico e farmacologico per depressione e disturbo di panico. Accede alla terapia per depressione e disturbo di panico, seguito dai servizi di salute mentale dall'età di 17 anni. Dopo un ricovero volontario, è stato valutato per indagare i sintomi dissociativi e legati al trauma. Il paziente ha riportato punteggi SCL-90-r GSI e DES pari a 75 e 19, rispettivamente. In entrambi i casi il disagio riferito differiva dai punteggi del test, in particolare dalla DES, a causa della negazione e della minimizzazione dei sintomi. Nella TADS-I, il primo paziente riferisce alterazione della coscienza, presente anche in problemi di sonno, regolazione degli affetti e ansia/panico, portando a una diagnosi di Disturbo di Depersonalizzazione. Il secondo paziente riporta sintomi in 16 dei 17 profili sintomatologici: nei sintomi correlati al trauma, come regolazione degli affetti e ansia/panico c'erano indicazioni sia di alterazione della coscienza che di dissociazione patologica, come nei problemi di sonno. Dissociazione psicoforme e sintomi che (forse) indicano una scissione del sé. I risultati portano a una diagnosi di cPTSD.

Presentiamo i risultati della TADS-I con nuovi profili grafici che mostrano i sintomi dissociativi patologici e l'alterazione del sé, alterazioni della coscienza, se presenti (Cavalletti et al.,2022).

In conclusione: La versione attuale della TADS-I, con i nuovi profili grafici, è uno strumento particolarmente valido per affinare la diagnosi, condividere e spiegare al paziente i suoi sintomi e la diagnosi per sviluppare un piano di trattamento accurato.

Bibliografia:

- 1\). Boon, S. Valutazione della dissociazione legata al trauma. Introduzione all'intervista sui sintomi del trauma e della dissociazione (TADS-I). Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I). 2022/23 (Norton publisher, in corso di stampa).
- 2\). Matteo Cavalletti, Maria Paola Boldrini, Alessandra Catania, Valeria Fusco, Nicoletta Serra, Giovanni Tagliavini, Utilizzare la TADS-Interview di S. Boon e H. Matthess per la diagnosi dei Disturbi Dissociativi e PTSD Complessi, in "Rivista Sperimentale Di Freniatria" 3/2021, pagg. 79-91, DOI: 10.3280/RSF2021-003006
- 3\). Steele, K., Dorahy, M., & Van der Hart, O., (in stampa). Dissociazione e alterazioni della coscienza: Concetti correlati ma diversi. In M. J. Dorahy, S. N. Gold, & J. A. O'Neil (eds.). (in corso di stampa).
- 4\). Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *Fantasma del Sé: Dissociazione strutturale della personalità e il trattamento della traumatizzazione cronica*. W. W. Norton

Un modello di intervento per il C-PTSD – La Terapia Metacognitiva

Interpersonale

Relatore: Virginia Failoni, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori:

Antonella Centonze, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Giancarlo Dimaggio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Raffaele Popolo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

I pazienti che soffrono di Complex PTSD presentano significative difficoltà a stabilire un livello adeguato di condivisione e di regolazione emotiva all'interno della relazione terapeutica; questi aspetti rendono problematica l'applicazione delle diverse tecniche nel setting terapeutico così come la prosecuzione stessa del lavoro clinico. Gli elementi che rendono difficile l'alleanza di lavoro sono la tendenza alla dissociazione, la disregolazione dell'arousal, la disregolazione emotiva e la presenza di flashback in seduta che generano distanza interpersonale ed empasse nel lavoro clinico. L'attivazione di schemi interpersonali maladattivi (Dimaggio et al., 2013; 2019) e la metacognizione (Semerari, 2003) gravemente compromessa sono alla base della sintomatologia su esposta. Gli schemi interpersonali maladattivi sono strutture predittive dell'andamento delle relazioni apprese a seguito di esperienze negative in cui alcuni importanti bisogni nel dominio delle motivazioni interpersonali sono stati frustrati. Anche all'interno della relazione terapeutica si ha l'attivazione rapida, procedurale, di questi pattern che richiede al clinico una particolare attenzione.

In questo lavoro mostreremo le procedure di intervento in pazienti affetti da PTSD Complex secondo l'approccio della Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) adattata al disturbo. Il modello di intervento proposto prevede un preliminare lavoro di riparazione delle fratture della relazione terapeutica, parallelamente ad interventi di regolazione dell'arousal. Questi primi passaggi sono volti a stabilire sicurezza nella relazione e fiducia che il terapeuta sia altro, rispetto alle previsioni negative e di minaccia che il paziente sperimenta, tendono, poi, a potenziare le parti sane del paziente per poter poi effettuare interventi di riscrittura delle memorie traumatiche attraverso le tecniche esperienziali. Il lavoro è finalizzato, inoltre, al miglioramento della metacognizione; in particolare, della capacità di riconoscere che il contenuto e le reazioni

emotive sono espressione di schemi interpersonali maladattivi generati a partire da episodi traumatici del passato: questo può facilitare l'integrazione delle diverse immagini negative di sé e dell'altro, portando il paziente ad avere una visione unitaria di sé.

Dimaggio G., Montano A., Popolo R., Salvatore G. (2013). *Terapia Metacognitiva Interpersonale*. Raffaello Cortina Editore.

Dimaggio G., Ottavi P., Popolo R., Salvatore G. (2019). *Corpo, Immaginazione e Cambiamento*. Raffaello Cortina Editore.

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolo, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4), 238-261.

Concettualizzare il caso a partire dalla diagnosi di Disturbo Dissociativo Strutturale

Relatore: Maria Paola Boldrini, Psicologa, Psicoterapeuta, AISTED, AreaTrauma, ESTD;

Co-autori:

Matteo Cavalletti, Psicologo, Psicoterapeuta, AISTED, AreaTrauma, ESTD;

Nicoletta Serra, Psicologa, Psicoterapeuta, AISTED, AreaTrauma, ESTD;

Giovanni Tagliavini, Psichiatra, Psicoterapeuta, Presidente AISTED, AreaTrauma, ESTD.

Questo intervento vedrà la presentazione di un caso clinico di disturbo dissociativo strutturale. Il riferimento principale sono le linee guida di ISSTD (2011):

https://www.isst-d.org/wp-content/uploads/2019/02/GUIDELINES_REVISED2011.pdf.

A partire dalla diagnosi effettuata sulla base del DSM 5(2013; 2015) per gli aspetti di personalità, verrà illustrata l'integrazione dell'assessment ottenuta grazie alla TADS-Interview di S. Boon e coll. (traduzione italiana di Catania, Boldrini, Cavalletti, Fusco, Serra e Tagliavini 2017; 2022), che permette di valutare gli aspetti sintomatici in tutte le aree di interesse clinico, approfondendo in particolare il PTSD complex e i disturbi Dissociativi. Oltre la diagnosi l'obiettivo della presentazione è quello di condividere il processo di restituzione effettuata alla paziente e come questo ha permesso di pianificare e sviluppare il piano di trattamento con approccio integrato. La prospettiva attuale, in termini scientifici e clinici, che perseguono i gruppi di lavoro nazionali ed europei come AISTED (<<https://www.aisted.it>>) e ESTD (<<https://www.estd.org>>) è quella di rendere sempre più efficace il processo diagnostico per i pazienti affetti da PTSD e disturbi dissociativi. Quello che stiamo rilevando è una maggiore efficacia dei trattamenti psicoterapeutici basati su una diagnosi effettuata con strumenti trauma oriented e non, in un'ottica "integrativa". Vogliamo promuovere un processo valutativo dinamico che evolve con lo sviluppo del processo terapeutico, costituendo lo scheletro del trattamento trauma oriented.

Bigliografia

- 1\ Boon, S. Valutazione della dissociazione legata al trauma. Introduzione all'intervista sui sintomi del trauma e della dissociazione (TADS-I). *Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I)*. 2022/23 (Norton publisher, in corso di stampa).
- 2\ Matteo Cavalletti, Maria Paola Boldrini, Alessandra Catania, Valeria Fusco, Nicoletta Serra, Giovanni Tagliavini, Utilizzare la TADS-Interview di S. Boon e H. Matthes per la diagnosi dei Disturbi Dissociativi e PTSD Complessi, in "Rivista Sperimentale Di Freniatria" 3/2021, pagg. 79-91, DOI: 10.3280/RSF2021-003006
- 3\ Steele, K., Dorahy, M., & Van der Hart, O., Dissociazione e alterazioni della coscienza: Concetti correlati ma diversi. In M. J. Dorahy, S. N. Gold, & J. A. O'Neil (eds.). (in corso di stampa).

- 4\). Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *Fantasma del Sé: Dissociazione strutturale della personalità e il trattamento della traumatizzazione cronica*. W. W. Norton.
- 5\). American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.
- 6\). Lingiardi V., Gazzillo F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Raffaello Cortina, Milano.

Trauma Complesso e Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità: un caso clinico trattato in ottica TMI

Relatore: Domenico Errico, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Napoli;

Co-autori:

Anna Maria Capodanno, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Napoli;

Antonella Centonze, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Giancarlo Dimaggio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Raffaele Popolo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Per Disturbo Post Traumatico da Stress Complesso (DPTSc) ci si riferisce a una condizione psicopatologica conseguente all'esposizione ad eventi traumatici multipli che si ripetono in intervalli di tempo prolungati, di natura interpersonale, come abusi e maltrattamenti, all'interno di relazioni significative alle quali la vittima non si può sottrarre (per esempio relazione tra bambino e genitore maltrattante). Il trauma complesso può provocare, oltre ai classici sintomi del disturbo post-traumatico da stress, deficit nella regolazione delle emozioni, gravi problemi interpersonali, somatizzazioni e dissociazioni e alterazioni dell'identità (Herman, 1992). Diversi studi sostengono che il DPTSc possa essere concepito come una variante del Disturbo di Personalità Borderline aggravato da sintomi dissociativi e somatoformi complessi. Altri riportano una relazione tra esperienze prolungate di abusi emotivi, fisici e neglect, occorsi durante l'infanzia, e diversi disturbi di personalità come quello antisociale (Luntz, Widom, 1994), schizoide (Bernstein ed al., 1998) ed evitante (Johnson et al., 1999). Nel presente lavoro mostreremo il caso clinico di un paziente con Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità associato a DPTSc illustrando il delicato intreccio tra l'uso di specifiche strategie terapeutiche e il continuo monitoraggio e intervento sulla relazione terapeutica, secondo il modello della Terapia Metacognitiva Interpersonale (Dimaggio et al., 2013; 2019).

La relazione terapeutica, di fatto, diventa un campo minato in cui tali pazienti cercano la sicurezza relazionale guidati, però, da schemi interpersonali maladattivi formati proprio all'interno delle esperienze relazionali traumatiche. Ciò non solo ostacola l'esplorazione del mondo interno del paziente ma rende più difficile usufruire delle funzioni regolatrici della relazione terapeutica per la gestione della disregolazione emotiva e dei sintomi dissociativi, incrinando, a fasi alterne, l'alleanza terapeutica.

Herman, J.L. (1992), "Completa PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma". In Journal of Traumatic Stress, 5,3, Po. 377-391.

Luntz BK, Widom CS: Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. Am J Psychiatry 1994, 151:670-674.

- Bernstein DP, Stein JA, Handelsman L: Predicting personality pathology a Hong adulta patients with substance use disorders: effects of childhood maltreatment. Addict Behav 1998, 23: 855-868.*
- Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP (1999) Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. Arch Gen Psychiatry 56: 600-606.*
- Dimaggio G., Montano A., Popolo R., Salvatore G. (2013). Terapia Metacognitiva Interpersonale. Raffaello Cortina Editore.*
- Dimaggio G., Ottavi P., Popolo R., Salvatore G. (2019). Corpo, Immaginazione e Cambiamento. Raffaello Cortina Editore.*
- Herman, J.L. (1992), "Completa PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma". In Journal of Traumatic Stress, 5,3, Po. 377-391.*
- Luntz BK, Widom CS: Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. Am J Psychiatry 1994, 151:670-674.*

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45

SIMPOSIO S-063

TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

I disturbi depressivi in età evolutiva: prevenirli, riconoscerli e trattarli

Chair: Giuseppe Romano, Psicologo, Psicoterapeuta, Professore straordinario Università "G. Marconi", Roma; Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma, Grosseto e Ancona

Discussant: Maria Pontillo, Dirigente psicologo presso unità di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Ospedale pediatrico Bambino Gesù, professore a contratto Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Tra marzo 2020 e marzo 2021, a causa della paura dei contagi, si è dimezzato (-48,2%) l'accesso degli under 18 al Pronto Soccorso per motivi non neuropsichiatrici, mentre nello stesso periodo si è assistito ad incremento dell'84%, rispetto al periodo PRE-COVID, degli accessi under 18 per patologie di interesse neuropsichiatrico. L'ideazione suicidaria è aumentata del 147%, la depressione +115%, i disturbi della condotta alimentare +78.4%. Nel recente 2022 tra i minori di età compresa tra i 13 ed i 19 anni si è assistito ad un raddoppio dell'incidenza dei sintomi depressivi e ansiogeni. Con il presente lavoro affronteremo il tema dei disturbi depressivi in età evolutiva in un'ottica clinica orientata ad integrare i pattern sintomatologici che giungono all'osservazione del clinico con i concetti di adattamento, resilienza, stress e vulnerabilità. Cercheremo di descrivere le manifestazioni di malessere dei disturbi depressivi, così come si osservano dalla prima età evolutiva fino all'adolescenza, e proporremo un approfondimento aggiornato riguardo i percorsi di prevenzione e cura; con attenzione anche ai disturbi del puerperio e al trattamento dei disturbi depressivi con gli approcci cognitivi tradizionali e con quelli che trovano applicazione nell'approccio di cura al minore con Theraplay, Mindfulness, EMDR, role playing, tecniche corporee e lavoro di rete con la scuola e con la famiglia.

I disturbi depressivi in età evolutiva come si manifestano nel corso dello sviluppo: caratteristiche sintomatologiche, neurofisiologiche, neuropsicologiche e comorbidità

Relatore: Davide Delfino, Psicologo, Psicoterapeuta, ASL1 DSM UOC TSMREE, Centro Multiverso Evolutivo, Studio Evolutiva e Evolutiva DSA, Roma

Co-autori:

Valentina Fiori, psicologa, psicoterapeuta, Studio Evolutiva e ricercatrice presso Fondazione Santa Lucia Roma;

Maria Antonietta Calpagnano, Psicologa, Psicoterapeuta, Studio Evolutiva e I.S.I.D.E.A onlus Roma;

Katia Aringolo, Psicologa, Psicoterapeuta, certificazione 1° Livello Theraplay, terapeuta EMDR e Schema Therapy, direttrice Studio Evolutiva e Evolutiva DSA, docente Scuola psicoterapia Humanitas-Univ. San Raffaele e Istituto Beck

La depressione è una tra le principali psicopatologie che ha un impatto negativo sulla qualità della vita delle persone che ne soffrono (a qualsiasi età) e delle loro famiglie (Gustavsson et al., 2011; König et al., 2020). È stato stimato che nel 2030 sarà uno dei fattori che avranno un maggiore peso sul costo dei disturbi mentali per l'intera società (Mathers e Loncar, 2006). È stato riscontrato che la maggiore percentuale di insorgenza

dei disturbi di natura depressiva si registra prima dei 18 anni (Zisook et al., 2007) e che tali disturbi hanno una stabilità moderata anche a distanza di 10 anni (Lap- took et al., 2006). La scienza ha fatto notevoli progressi negli ultimi 15 anni per comprendere come prendersi cura in modo efficace dei sintomi e dei disturbi depressivi sin dall'età evolutiva. Con tale presentazione si desidera delineare le caratteristiche dei disturbi depressivi nel corso dello sviluppo, con particolare attenzione al disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, diagnosi tanto complessa e controversa, alla comorbidità, alla neurofisiologia e neuropsicologia dei disturbi depressivi dell'età evolutiva.

I Disturbi del puerperio: trattare la mamma per effettuare un intervento di prevenzione sulla salute mentale del bambino

Relatore: Loredana Di Carlo, Medico Psicoterapeuta, in formazione specialistica, Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università Tor Vergata, Roma

Co-autori:

Donata Caira, Dirigente Medico Psichiatra ASL Roma 6, Psicoterapeuta, Docente Scuola; Psicoterapia Humanitas-Univ. San Raffaele, Roma;

Cecilia Fusco, Dirigente Medico Psichiatra, ASL ROMA 1 e Psicoterapeuta

La Teoria dell'attaccamento si definisce come il modello epistemologico alla base dello studio dei disturbi del puerperio e degli esiti sulla salute mentale del bambino.

I disturbi psichiatrici del puerperio riguardano quel complesso momento di vita di una donna che inizia con la decisione di avere un figlio e termina con il compimento del primo anno di vita del bambino. Tali disturbi possono insorgere in qualunque momento della gravidanza e del post partum, in presenza di fattori di rischio quali: precedenti episodi psicopatologici, presenza di traumi recenti o passati, anamnesi familiare positiva per disturbi del puerperio. I principali disturbi del puerperio sono le manifestazioni ansioso depressive, la depressione, la psicosi post partum, un'evenienza molto rara nella popolazione generale ma più rappresentata nella popolazione psichiatrica.

Gli studi hanno evidenziato come sintomi psicopatologici più o meno strutturati in disturbi psichiatrici, quali disturbi d'ansia, disturbi dell'umore e perfino disturbi psicotici, possono andare ad impattare sull'emotività, la sfera cognitiva e il comportamento di una donna che si prende cura di un bambino piccolo e quindi sul suo stile di attaccamento.

Risultati sufficientemente solidi in letteratura riguardano la depressione materna.

E' un compito importantissimo di tutti gli operatori della salute mentale riconoscere nella gravidanza e nel puerperio di una donna un momento a cui dedicare una particolare attenzione, non solo per la salute materna, ma anche per il prezioso legame che questa instaura col bambino nel primo anno di vita.

L'aiuto disponibile passa per diversi livelli di assistenza: al primo livello si trova il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e gli operatori dei centri consultoriali familiari; al secondo livello ci sono i centri di salute mentale; al terzo livello ci sono i centri specializzati in disturbi psichiatrici perinatali, sempre più rappresentati nel territorio nazionale. Sostenere un legame di attaccamento stabile e sicuro e curare i disturbi del puerperio della mamma vuol dire fare un importante intervento di prevenzione sulla salute mentale del bambino.

Trattare i disturbi depressivi nel bambino e nell'adolescente: accogliere, validare, regolare gli stati interni e cooperare con i genitori e la scuola

Relatore: Katia Aringolo, Psicologa, Psicoterapeuta, certificazione 1° Livello Theraplay, terapeuta EMDR e Schema Therapy, direttrice Studio Evolutiva e Evolutiva DSA, docente Scuola Psicoterapia Humanitas-Univ. San Raffaele e Istituto Beck, Roma

Co-autori:

Alessandra Micheloni, Psicologa, Psicoterapeuta, Terapeuta EMDR, insegnante Mindfulness, Studio Evolutiva Roma;

Milena Milani, Psicologa, Psicoterapeuta, bilingual Therapy, certificazione 1 e 2 livello Theraplay, Milano

Noi clinici sappiamo ormai da tempo che in età evolutiva il trattamento richiede un percorso multimodale e pertanto la presa in carico di un bambino e di un ragazzo non può non inglobare la famiglia e la scuola. Ma sappiamo altresì quanto sia complesso costruire un'alleanza terapeutica con un minore depresso e con i suoi genitori. Negli ultimi anni si è assistito alla nascita di terapie di terza ondata, che si sono evolute a partire dalla terapia cognitiva standard, e l'attenzione è spostata dai contenuti ai processi mentali, dagli interventi concettuali a quelli meditativi ed esperienziali. Nel percorso di trattamento dei disturbi depressivi nel bambino e nel ragazzo, che si cerca di descrivere nel presente lavoro, si pone enfasi su alcuni paradigmi e tecniche della terapia di terza onda. L'accettazione e la validazione assumono un ruolo centrale per la costruzione dell'alleanza terapeutica, che è sempre stato un obiettivo non facile in psicoterapia e tanto più lo è perseguirlo con ragazzi e bambini marcatamente collerici ed apatici. Accogliere, accettare e non giudicare ciò che si prova può avviare la costruzione di una relazione terapeutica e può favorire la comprensione di ciò che accade nel proprio stato interno. Le tecniche del viaggio emotivo, del role playing, del role taking e del SEPCA possono dare un contributo alla formulazione condivisa del proprio funzionamento, la Theraplay può invece attivare il sistema di ingaggio sociale e la gioia condivisa tra un genitore ed bambino; le tecniche corporee possono promuovere invece il cambiamento verso una regolazione emotiva diversa da quella solitamente applicata. Con il presente lavoro si cerca dunque di delineare un possibile protocollo di intervento sui disturbi depressivi per bambini e ragazzi, che stimoli sia una loro formulazione condivisa del funzionamento sia una loro promozione al cambiamento e consenta di fare un lavoro cooperativo con i genitori e con la scuola.

Mindfulness e depressione negli adolescenti

Relatore: Stefania D'Angerio, Psicologa, Psicoterapeuta, Studio Evolutiva, docente scuola specializzazione SPC, insegnante Mindfulness e Psicoterapeuta DBT, Roma

I disturbi depressivi negli adolescenti fino ad ora sono stati riconducibili ad indicatori conosciuti ovvero: situazioni familiari negative, problemi scolastici, scarse competenze interpersonali e percezioni negative riguardo il proprio corpo (Ando 2011). Il disturbo depressivo è la maggiore causa di patologia nell'età evolutiva (Dick and Ferguson 2015). Esiste una continuità psichiatrica dal bambino all'adolescente per cui un episodio depressivo insorto nell'infanzia predispone ad un disturbo in età adulta (Copeland et al. 2013; Costello e Maughman 2015).

Lo confermano le recenti statistiche sul suicidio, che in Italia (dopo gli incidenti stradali) è la seconda causa di morte nella fascia 10-24. Sono inoltre aumentati i comportamenti quali: autolesionismo, ritiro sociale e tentativi di suicidio.

il 33% degli adolescenti dopo il primo lockdown ha chiesto maggiori reti di ascolto e supporto psicologico (UNICEF Italia, 2020)

il 59% degli studenti dice di aver peggiorato la propria capacità di socializzare e di studiare (37%)

La mindfulness può essere un valido supporto per aiutare i ragazzi a sviluppare abilità che possono rinforzare la capacità di affrontare questi cambiamenti. Racey (et altri 2017) hanno utilizzato il protocollo MBCT a giovani pazienti ricoverati per depressione ed ai loro genitori. Gli incontri si sono dimostrati un valido aiuto per i ragazzi, offrendo loro delle strategie per la gestione del disturbo. Il programma è risultato un importante supporto per i genitori, visto che la problematica depressiva ha un impatto su tutta la famiglia. L'intervento presenterà gli ultimi studi sull'argomento.

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45

SIMPOSIO S-111

TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

Disturbo ossessivo compulsivo, timore di colpa e disimpegno morale

Chair: Claudia Perdighe, Psicologo, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Discussant: Roberto Nocchioli, Psicologo, Psicoterapeuta. Associazione di Terapia Cognitiva, Centro Multiverso Evolutivo, Roma

Numerosi studi presenti in letteratura, condotti su soggetti clinici e non, hanno dimostrato come diversi stati emotivi e cognitivi, come il timore di colpa e l'alto senso di responsabilità, giochino un ruolo fondamentale nel determinare la comparsa di sintomi ossessivi e compulsivi.

A partire da questi dati, nei seguenti lavori, ci si interroga sul ruolo che queste stesse variabili hanno nel ricorso ai meccanismi di disimpegno morale, in contesti in cui si è costretti ad agire non in linea con i propri standard etici, evidenziando come coloro che sono maggiormente propensi a sperimentare colpa tendono a ricorrere a meccanismi di dislocamento o diffusione della responsabilità, in misura maggiore rispetto, ad esempio, a coloro che sperimentano vergogna.

Il timore di colpa, e in particolare quella deontologica, sembra inoltre ricoprire un ruolo fondamentale nel determinare l'Inferential Confusion, generalmente considerato come un bias cognitivo, che contribuirebbe, in soggetti clinici e non, alla genesi del dubbio ossessivo, portando gli individui ad un ragionamento di tipo inferenziale dando maggiore credito a dati relativi al possibile, a discapito delle informazioni provenienti dai canali sensoriali. I risultati presentati evidenziano come questo meccanismo sia mediato, in realtà, dalla sensibilità alla colpa deontologica, quindi si tratterebbe di un ragionamento di tipo iperprudenziale. Dunque, l'Inferential Confusion, più che un bias, sembrerebbe un comportamento finalizzato a uno scopo: non essere colpevole.

Fondamentale nella genesi del Disturbo Ossessivo Compulsivo, accanto al timore di colpa, si trova il disgusto, emozione di cui è ormai noto il legame con la sfera morale. Il lavoro presentato si è posto l'obiettivo di rilevare il livello di comprensione del disgusto nei bambini delle scuole di primo grado, con lo scopo ultimo di raggiungere una migliore comprensione dell'evoluzione dei processi cognitivi determinanti il giudizio morale in età evolutiva.

Meccanismi di disimpegno morale nel disturbo ossessivo-compulsivo

Relatore: Ramona Fimiani, Laurea Magistrale in Psicopatologia Dinamica dello Sviluppo, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma, Dottoranda in Psicologia Dinamica e Clinica, Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori:

Papa, Carolina, Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma;

Perdighe, Claudia, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Mancini, Francesco, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Le persone sono motivate ad agire in linea con i propri standard morali ma, a volte, l'accordo tra principi e condotta morale può risultare impossibile o comportare dei sacrifici. Quando ciò accade, gli individui possono deattivare i processi di auto-regolazione, che normalmente inibiscono la messa in atto di una condotta non etica allo scopo di validare il coinvolgimento in essa. Bandura (2015) ha identificato otto meccanismi che consentono al trasgressore di agire in contraddizione con i propri valori morali senza rinunciare ad essi, mettendosi al riparo dalle emozioni negative che normalmente si associano a una condotta non etica. La ricerca ha ampiamente esplorato le risposte emotive derivanti dalla violazione dei propri standard morali e i meccanismi impiegati per farvi fronte, ma pochi studi (Tillman et al., 2018) hanno analizzato i sentimenti che l'individuo sperimenta quando apprende le conseguenze del proprio comportamento e i meccanismi a cui ricorre per convivere con esse. A partire dal dato per cui gli individui con Disturbo Ossessivo-Compulsivo sono più vulnerabili a sperimentare colpa (Mancini & Gangemi, 2022), l'obiettivo dello studio è di indagare se essi, rispetto a coloro che non ne sono affetti, sperimentino livelli più elevati di colpa sia in seguito alla decisione di mettere in atto un comportamento non etico, che all'aver appreso le sue conseguenze. Inoltre, si ipotizza che nel gruppo clinico elevati livelli di colpa correlino negativamente con il ricorso a meccanismi di disimpegno morale, mentre in quello non clinico ci si aspetta una relazione positiva. I partecipanti sono stati invitati a compilare dei questionari volti a valutare: (a) la presenza di sintomi ossessivo-compulsivi, (b) la disposizione ad agire in linea con i propri valori morali, (c) la propensione a sperimentare vergogna e diversi tipi di colpa, (d) la tendenza a ricorrere all'utilizzo di meccanismi di disimpegno morale e (e) le emozioni sperimentate in relazione a uno scenario che confronta il partecipante con un dilemma morale e con le conseguenze, più o meno gravi, derivanti dall'aver preferito la scelta non etica a quella etica. I risultati preliminari, ottenuti analizzando i dati del gruppo non clinico, indicano che i soggetti confrontati con la scelta non etica, rispetto a coloro che hanno agito eticamente, sperimentano livelli più elevati di emozioni negative sia in conseguenza alla presa di decisione che all'apprendimento dei suoi esiti. Inoltre, è emerso che coloro che sono maggiormente propensi a sperimentare colpa tendono a ricorrere ai meccanismi di dislocazione o diffusione della responsabilità, mentre coloro che sperimentano vergogna tendono a ridefinire la propria condotta o a minimizzarne le conseguenze. I risultati di questo studio potrebbero fornire un'ulteriore prova a sostegno della rilevanza dell'emozione di colpa nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo e accrescere la nostra comprensione rispetto alle strategie utilizzate per farvi fronte.

Il ruolo del timore di colpa e dell'inferential confusion nel disturbo ossessivo compulsivo

Relatore: Simone Peverieri, Psicologo, Specializzando in Psicoterapia, SPC, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Ancona

Co-autori:

Mancini, Alessandra, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva;

David, Monica, Psicologa, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva;

Granziol, Umberto, Psicologo, Psicoterapeuta, Ricercatore Università di Padova, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva;

Mancini, Francesco, Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva

L'ipotesi dell'inferential confusion (Ardema, O'Connor, 2003) sostiene che il dubbio ossessivo derivi da un ragionamento di tipo inferenziale, che non terrebbe conto delle informazioni che provengono dai canali

sensoriali, ma favorirebbe possibilità soggettive in contrasto con la realtà percepita. Uno studio ha mostrato che gli ossessivi favoriscono le possibilità immaginate solo quando queste corrispondono ad informazioni di pericolo (ragionamento "iperprudeniale") (Gangemi, Mancini, Dar, 2015) e un recente articolo ha messo in luce che tale effetto è mediato dal sé temuto, una serie di specifiche qualità che un individuo non vuole possedere/essere (Yang et al., 2021). Tuttavia, numerose prove empiriche mostrano il ruolo del timore di colpa (in particolare quella deontologica) nella genesi e nel mantenimento del DOC (Mancini, 2016).

Il presente studio intende estendere il lavoro di Yang e collaboratori (2021), ipotizzando che la predisposizione alla colpa deontologica predica l'inferential confusion in modo maggiore rispetto al sé temuto. Inoltre, livelli elevati di dubbio ossessivo e di urgenza di agire dovrebbero essere maggiori nelle condizioni sperimentali in cui il senso di responsabilità percepito dai partecipanti è maggiore.

160 partecipanti non clinici di lingua anglofona (51% femmine), con età compresa tra 19–68 ($M = 32.49$, $SD = 11.53$) sono stati reclutati. Lo studio è stato condotto online. Tutti i partecipanti sono stati casualmente assegnati a 4 gruppi e hanno completato per primo l'Inferential Process Task (IPT) in cui sono stati misurati il dubbio ossessivo e l'urgenza ad agire. Sono stati somministrati il Feared Self Questionnaire (FSQ) e la Moral Orientation Guilt Scale (MOGS). I dati sono stati statisticamente analizzati attraverso un modello lineare generalizzato ad effetti misti.

I risultati indicano che i partecipanti mostrano maggiori livelli di dubbio ossessivo e urgenza ad agire negli scenari relativi alla sintomatologia DOC. Lo stesso avviene per quanto riguarda l'effetto inferential confusion. Questi dati, coerentemente con l'ipotesi di ricerca, vengono mediati dalla sensibilità alla colpa deontologica in modo significativamente maggiore rispetto al sé temuto.

In conclusione, la sintomatologia ossessivo compulsiva sembra essere spiegata dall'intenzione di eliminare la possibilità di essere deontologicamente colpevoli, scopo che verrebbe perseguito da un ragionamento iperprudeniale. Questi dati confermano la necessità clinica di intervenire sulla sensibilità alla colpa deontologica nel trattamento della sintomatologia ossessivo-compulsiva.

Il ruolo del disgusto nel giudizio morale: uno studio sperimentale in età evolutiva

Relatore: Martina Giordani, Psicologa, Psicoterapeuta, SICCC - Società Italiana di Cognitivism Clinico, Roma; Laurea Magistrale in Psicologia, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma

Co-autori:

Romano, Giuseppe, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio didatta SITCC, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Università "G. Marconi" Roma;

Federica Russo, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva

In letteratura è ormai noto il profondo legame tra disgusto e sfera morale e, come gli adulti, anche i bambini sono sensibili alle espressioni di disgusto che li circondano, tanto da cominciare a rifiutare determinati oggetti universalmente considerati disgustosi (come le feci o alcuni alimenti), già intorno ai 2 o 3 anni. Tuttavia, una comprensione più sfumata del disgusto, incluse proprietà come la contaminazione, appare solo intorno ai 6 o 7 anni di età.

Attualmente lo stato dell'arte non risulta essere in linea con l'idea di un'origine comune del disgusto fisico e del disgusto morale, anche se, negli ultimi decenni, sono emersi sempre più dati a favore del coinvolgimento di emozioni quali la colpa (strettamente connessa a trasgressioni socio-morali) e il disgusto nei pazienti con sintomatologia ossessivo-compulsiva (Mancini e Gangemi, 2021).

Questo lavoro ripropone uno studio eseguito da Judith Danovitch e Paul Bloom (Yale University, 2009), ponendosi come obiettivo quello di rilevare i diversi livelli di comprensione dell'emozione di disgusto nei bambini delle scuole di primo grado. Attraverso l'utilizzo di espressioni sia verbali che facciali correlate al disgusto fisico e a trasgressioni socio-morali ci si è posto lo scopo di valutare il livello di comprensione dell'emozione di disgusto nelle diverse età dello sviluppo, nonché quello di raggiungere una migliore comprensione dell'evoluzione dei processi cognitivi determinanti il giudizio morale in età evolutiva.

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45

SIMPOSIO S-025

TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Storie traumatiche e comportamenti alimentari disfunzionali: casi clinici ed esperienze di trattamento

Chair: Giulia Rancati, Laurea in Psicologia, Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva e Cognitivo Comportamentale Studi Cognitivi; Psicoterapeuta presso Casa di Cura Villa Esperia, Università Bocconi Milano

Discussant: Laura Lamonaca Rigobello, Laurea in Psicologica, specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale, SPC Verona; didatta SPC, Università Bocconi Milano

I comportamenti alimentari disfunzionali, per difetto, per eccesso o disregolati, sono spesso connessi all'emergere di stati emotivi alterati all'interno di relazioni interpersonali emotivamente significative.

Le storie dei pazienti con disturbo dell'alimentazione e della nutrizione sono spesso caratterizzate da eventi traumatici.

Esperienze traumatiche e minacciose in età evolutiva attivano reazioni di difesa primaria, tra cui un radicale cambiamento dei modelli alimentari; depressione e scarsa autostima, sono maggiormente condizionati dalla reazione dei familiari e dalla mancanza di calore.

L'adattamento al trauma va visto lungo un continuum che va dall'integrazione cognitiva ed emotiva alla dissociazione.

Il disturbo alimentare va visto come un modo per gestire un'immagine negativa di sé, in particolare un'esperienza corporea negativa derivata dalla violenza.

Scopo del simposio è favorire la presentazione di casi clinici in cui emerga l'associazione sintomo alimentare-evento traumatico, la conseguente presa in carico terapeutica e il confronto tra modelli di intervento differente.

Significato terapeutico dell'elaborazione del trauma: un caso clinico

Relatore: Marco Pastorini, Psicologo, specializzazione in Psicoterapia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, STPC Torino

L'intervento verterà sull'analisi di un caso clinico di paziente con DCA; particolare attenzione sarà prestata alla storia familiare traumatica ed al suo utilizzo nell'ambito del percorso terapeutico

La psicoeducazione sul trauma in un percorso riabilitativo per pazienti obesi e bariatrici

Relatore: Luca Celotti, Psicologa, Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Cognitivo Comportamentale Studi Cognitivi, Casa di Cura Villa Esperia, Milano

Co-autori: Rancati Giulia, Casa di Cura Villa Esperia, Università Bocconi, Milano

L'intervento avrà lo scopo di illustrare la struttura di un percorso di ricovero riabilitativo rivolto a pazienti obesi, operati e non, con gruppi di psicoeducazione affiancati ai colloqui clinici individuali. Particolare attenzione verrà rivolta ai contenuti degli incontri di gruppo che vertono sulla psicoeducazione al trauma e alla sue conseguenze, tra cui il ricorso a comportamenti alimentari in eccesso.

Il peso del vuoto: il "feeling fat" nella letteratura sui disturbi dell'alimentazione

Relatore: Fabiana Maffettone, Laurea in Psicologia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli

Co-autori:

Anna Opera, Psicoterapeuta, Centro Clinico SPC Napoli, codidatta Scuola di Specializzazione Psicoterapia Cognitiva SPC Napoli;

Carlo Buonanno, didatta Scuola di Specializzazione Psicoterapia Cognitiva APC-SPC;

Alda Troncione, Prof. Associato di Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia, Università della Campania "Luigi Vanvitelli"

Un costrutto di recente interesse nell'ambito dei disturbi alimentari è il "Feeling Fat", che può essere descritto come un "sentimento di peso" che si riscontra nei soggetti clinici e che risulta presente indipendentemente dal peso effettivo del soggetto (Messer et al. 2021). Tale costrutto è trattato maggiormente in relazione al mantenimento dei disturbi alimentari (Calugi et al. 2018), tuttavia è possibile riscontrare una componente più squisitamente eziologica di tale sensazione. Sebbene la letteratura in tal senso sia scarna, ed ancor più i progetti di ricerca ad esso associati (Mehak et al. 2021), è possibile tracciarne delle caratteristiche generali. Risulta di particolare interesse l'associazione tra il "Feeling Fat" e il "Senso di vuoto" più tipico delle componenti strettamente depressive dei DCA (Liandron et al. 2018).

Scopo del nostro lavoro è analizzare lo stato della letteratura a tal riguardo e tracciare un collegamento tra la componente cognitiva ed affettiva del "peso" ed il sentimento di "vuoto", indagando inoltre i correlati traumatici all'origine di tale costrutto (Liandron et al. 2021).

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45

SIMPOSIO S-036

TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Interventi mindfulness-based, nuove prospettive con adulti e bambini

Chair e Discussant: Pietro Muratori, IRCCS Fondazione Stella Maris, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Pisa

Gli interventi Mindfulness-based hanno numerose prove di efficacia, sia nella popolazione adulta sia in quella di età evolutiva (Chambers et al., 2009; Perry-Parrish & Sibinga, 2014; Lima et al., 2020; Oliva et al., 2021). Questo simposio si propone, dunque, di presentare in tale ambito quattro esperienze nel contesto clinico italiano.

Il primo intervento consta di una revisione della letteratura di studi relativi all'utilizzo, all'efficacia, alle potenzialità, ai limiti e alle prospettive future di App per smartphone, che adottano tecniche di Mindfulness per la gestione e la prevenzione del distress psicologico negli operatori sanitari. In particolare, presenta risultati preliminari del progetto MOST (Mobile Opportunity against Stress) che ha previsto lo sviluppo di un'App, che include tecniche mindful, e ha studiato l'efficacia di tale App sui sintomi di ansia, depressione e stress in diverse categorie di operatori sanitari.

Il successivo intervento presenta alcuni Training intensivi basati su pratiche di Mindfulness e, in particolare, gli effetti di questi sullo stato di selflessness, autocompassione e consapevolezza interocettiva. Il successivo intervento, invece, dà luce sull'idea di come un approccio mindfulness-based possa essere utile per ridurre la dipendenza da tabacco e, in particolare, presenta uno studio il cui obiettivo principale era di valutare l'efficacia di un protocollo basato sulla Mindfulness, all'interno di gruppi di soggetti dipendenti da nicotina che hanno già completato, senza esito positivo, il percorso di cessazione del fumo. Infine, il quarto intervento mira ad approfondire l'utilità di interventi Mindfulness-based in età evolutiva. In particolare, presenta una prima tipologia di intervento, che prevede il coinvolgimento sia di bambini con ADHD e DOP, che dei loro genitori, ed una seconda tipologia di intervento, che prevede invece il solo coinvolgimento dei genitori, mostrando però, in entrambi i casi, come un approccio basato sulla Mindfulness possa essere un valido e benefico aiuto, sia per i bambini con ADHD e DOP, sia per i loro genitori.

La mindfulness ed il senso del corpo: l'effetto di training intensivi su interocezione, percezione dei propri confini corporei e compassione di sé

Relatore: Francesca Scafuto, Università di Udine

Lo scopo di questo intervento è illustrare i risultati di uno studio preliminare sull'efficacia di due intensivi Mindfulness-based: Inquiry e Mindfulness psicosomatica (PMP, Montecucco, 2015). L'efficacia è rilevata in particolare su possibili antecedenti del benessere, quali la riduzione di uno stato di ansia, l'incremento di uno stato di selflessness, una maggiore disposizione alla sensibilità interocettiva e all'autocompassione.

Gli interventi Mindfulness-based (MBIs) hanno mostrato la loro efficacia sul benessere psicologico ed in molti domini terapeutici. Secondo il Selfcentered/Selflessness Happiness Model, un predittore rilevante del benessere e di un senso soggettivo di felicità sarebbe lo stato di selflessness, elicitato, per esempio, da pratiche come il body scan durante interventi di mindfulness (Dambrun, 2016). Lo stato di selflessness può essere definito come la percezione di uno stato di unione con l'ambiente, con poca distinzione sé-altri. Una

misurazione di questo stato è espressa dal grado di percezione della salienza dei propri confini corporei, da più consistenti (self-centred) a meno percettibili e sfumati verso l'esterno (self-less) (Costa et al., 2016).

Dal punto di vista neuronale, lo stato di selfless indotto dalla esperienza di meditazione può essere associato alla riduzione delle onde Beta nel lobulo parietale inferiore (Dor-Ziderman et al., 2013), regione implicata nella integrazione dei segnali corporei e nell'esperienza conscia di sé come "io" (Blanke, 2012; Ionta et al., 2011).

Lo stato selfless è strettamente connesso alla autocompassione, al non attaccamento ai contenuti mentali, e ad un senso di sé percepito come fuggevole ed interconnesso (Dambrun, 2016).

Se un mediatore nella relazione tra MBIs e benessere soggettivo potrebbe essere da un lato l'esperienza di uno stato di poca salienza dei propri confini corporei, dall'altro, in modo apparentemente controintuitivo, potrebbe giocare un ruolo rilevante l'incremento della sensibilità ai propri segnali corporei interni. Il riferimento è al costrutto di consapevolezza interocettiva, che si rileva un fattore predittivo della regolazione delle emozioni e dell'attenzione (Craig, 2008), nonché dell'integrità di un sé embodied (Tsakiris, 2017). L'ipotesi è che i training esaminati conducano ad un incremento di stati alterati del senso del corpo, come una minore salienza dei confini corporei, indicatori dello stato di selfless, che possono essere a loro volta predittori di una riduzione di ansia. Ci aspettiamo, inoltre, che tali training aumentino l'attitudine all'auto-cura o autocompassione, la disposizione mindfulness, e la sensibilità corporea interocettiva.

Il disegno dello studio segue una procedura pre-post: sono stati somministrati al pre-test e al post-test una Visual Analogue Scale (VAS; Costa et al., 2016) per la rilevazione della percezione della salienza dei confini corporei, lo STAI- Y1 per la rilevazione dell'ansia di stato e, dopo una settimana dalla fine del training, sono stati somministrati la Self-Compassion Scale (Di Fabio, 2017; Neff, 2003) per la valutazione dell'auto-compagnione, la Mindfulness Attention Awareness (MAAS; Rabitti, Miselli & Moderato, 2013; Brown & Ryan, 2003) per la valutazione della disposizione alla mindfulness e la Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness scale (MAIA; Cali et al., 2015; Mehling et al., 2012) per la valutazione della consapevolezza interocettiva. I training intensivi hanno avuto la durata di una settimana ed i partecipanti sono stati 64 adulti, 40 iscritti al retreat di Mindfulness Psicomatica e 24 di Inquiry. I risultati mostrano una riduzione significativa al post-test della salienza percepita dei propri confini corporei, possibile indicatore dello stato di selflessness, ed una riduzione dell'ansia di stato. Ad una settimana dall'intervento, entrambi i training incrementano la Mindfulness, tutte le sottodimensioni della Self-Compassion, e quasi tutte le sottodimensioni della Consapevolezza Interocettiva. La frequenza con cui le pratiche sono svolte settimanalmente in modo autonomo al pre-test ha una relazione interattiva con l'intervento, rafforzandone l'effetto sulle variabili suddette. La differenza degli effetti del training si rileva significativa solo per la sottodimensione dell'autocompassione, Apertura/Mindfulness. Implicazioni ed indicazioni per future ricerche ed interventi saranno discusse a partire dall'interpretazione dei risultati.

Cessazione del fumo di sigarette di tabacco in individui resistenti alle terapie tradizionali; uno studio pilota di intervento mindfulness-based

Relatore: **Ciro Conversano**, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa

Co-autori: **Ciacchini, Rebecca; Orrù, Graziella; Sabbatini, Silvia; Villani, Silvia; Bessi, Valentina; Gemignani, Angelo; Pistelli, Francesco** - Università di Pisa

Circa il 20% della popolazione italiana fuma regolarmente sigarette di tabacco, statistica che si complica quando si considerano le tipologie alternative di sigarette in aumento in commercio. Il fumo patologico di tabacco è infatti un noto fattore di rischio per lo sviluppo di malattie oncologiche, cardiovascolari e respiratorie e per l'abbassamento dell'aspettativa di vita. In Italia, sono oltre 90.000 i decessi ogni anno per patologie

connesse all'esposizione e al consumo di nicotina. I protocolli basati sulla mindfulness che si associano alla terza generazione di psicoterapie cognitivo comportamentali rappresentano uno strumento di grande efficacia nel contesto clinico, sia per gli operatori sanitari che per i pazienti. I protocolli mindfulness-based nell'ambito delle dipendenze e in particolare per la cessazione del fumo di sigaretta potrebbero rappresentare un valido supporto alle farmacoterapie tradizionali e, laddove queste non fossero efficaci, un'opzione alternativa da offrire ai soggetti interessati. La pratica della meditazione all'interno di un programma mindfulness-based è mirata ad insegnare agli individui come prestare attenzione al momento presente, così da facilitare la presa di consapevolezza dei propri stati interni, dei sintomi legati all'astinenza, dei pensieri legati alla dipendenza dal fumo e dei comportamenti tipici come il craving per la sostanza. Le prove di efficacia degli interventi mindfulness in questo ambito sono ancora limitate, sebbene alcuni studi abbiano dimostrato la non inferiorità degli stessi alla CBT tradizionale. Praticare la mindfulness rappresenta inoltre un fattore di protezione per lo sviluppo delle ricadute. Obiettivo del presente studio pilota è stato quello di valutare l'efficacia del protocollo basato sulla mindfulness per le dipendenze (Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement; MORE; Garland, 2013) all'interno di gruppi di soggetti (N=25, F: 40%) dipendenti da nicotina, che hanno già completato senza esito positivo il percorso di cessazione del fumo presso il Centro per lo studio del trattamento al tabagismo CeST dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (AOUP). Gli obiettivi secondari comprendevano la valutazione dell'efficacia del protocollo rispetto alla riduzione del distress psicologico e acquisizione di abilità di mindfulness. Allo scopo è stata somministrata una batteria di test psicologici al fine di indagare: livelli di ansia (STAI Y1 e 2), stress percepito (PSS) e depressione (BDI-II), qualità del sonno (PSQI), mindfulness di stato e di tratto (MAAS; FFMQ) e abitudini sul fumo (FTND). I risultati preliminari dello studio offrono importanti spunti di riflessione legati alla compliance al trattamento da parte di questo tipo di pazienti, ai punti di forza e debolezza dell'applicazione degli interventi mindfulness in questo contesto e alla riduzione osservata dei comportamenti legati al fumo di sigaretta e di alcune delle variabili indagate.

Mindfulness per bambini con Disturbo del Comportamento

Relatore: Rebecca Ciacchini, Laurea in Psicologia Clinica e della Salute, Psicologa, Dottoranda in Theoretical and Applied Neuroscience, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa

Co-autori:

Annarita Milone, IRCCS Fondazione Stella Maris;

Pietro Muratori, IRCCS Fondazione Stella Maris, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva;

Ciro Conversano, Università di Pisa;

Silvia Villani, Università di Pisa

Gli interventi Mindfulness-based hanno numerose prove di efficacia, oltre che tra gli adulti, anche in età evolutiva (Chambers et al., 2009; Perry-Parrish & Sibinga, 2014; Dunning et al., 2019). Il presente intervento si propone, dunque, di presentare due tipologie di interventi Mindfulness-based, nell'ambito dell'età evolutiva, facendo riferimento a dati raccolti presso l'IRCCS Fondazione Stella Maris.

In particolare, il primo studio che presentiamo (Muratori et al., 2020) è stato il primo tentativo di esplorare l'efficacia di un protocollo Mindfulness per bambini con disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) e disturbo oppositivo provocatorio (ODD), con il coinvolgimento sia dei bambini che dei loro genitori. Per la formazione dei bambini è stato utilizzato il protocollo "Fiore Dentro" (Montano & Villani, 2016), un adattamento del protocollo di riduzione dello stress basato sulla consapevolezza (MBSR) (Kabat-Zinn, 2003), in cui i bambini hanno imparato a focalizzare e migliorare la loro attenzione, consapevolezza e autocontrollo.

Allo stesso tempo, i genitori hanno partecipato ad un intervento Mindfulness parallelo, svolto in un contesto di gruppo, in cui hanno imparato a essere più presenti nel qui e ora con i propri figli senza giudizio, a prendersi cura di se stessi e a rispondere invece di reagire ai comportamenti negativi dei propri figli. Ciò che è emerso è che i bambini del gruppo di intervento hanno avuto una maggiore riduzione dei comportamenti iperattivi nel contesto scolastico e un miglioramento nell'attenzione visiva sostenuta.

Il secondo studio che presentiamo (Muratori et al., 2021) fa, invece, riferimento ad un intervento di Mindful Parenting, una delle applicazioni più recenti della mindfulness, per mezzo del quale si intende potenziare la capacità dei genitori di prestare attenzione in modo intenzionale e non giudicante al momento presente, favorendo così il benessere nella relazione genitore-figlio e aumentando le competenze genitoriali. In particolare, lo scopo di questo studio era quello di analizzare gli effetti dell'applicazione di un intervento basato sui principi del Mindful Parenting ad un campione di genitori di bambini con disturbi del comportamento. I risultati hanno mostrato cambiamenti statisticamente significativi nell'abilità mindfulness definita "di non-reazione" ed una diminuzione significativa nella frequenza delle pratiche genitoriali negative.

Entrambi gli studi ci dimostrano, dunque, come un approccio basato sulla Mindfulness possa essere un valido aiuto per i bambini con ADHD e DOP, per i loro genitori e per la loro relazione genitore-figlio.

Self compassion in bambini di età scolare, come valutarla e perchè coltivarla

Relatore: Muratori Pietro, IRCCS Fondazione Stella Maris, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Siena

La Self-Compassion è definita come la capacità di entrare in contatto con le proprie emozioni e i propri bisogni, imparando a prendersi cura di sé stessi in modo gentile, anche nei momenti difficili. A partire da una ampia letteratura scientifica che evidenzia come la Self-Compassion sia legata ad un maggior benessere psico-fisico in età adulta, questo intervento vuole illustrare i risultati di un progetto che si pone come obiettivo primario quello di andare a verificare se la Self-Compassion può essere considerato un fattore in grado di promuovere benessere emotivo e relazionale in bambini di età scolare. Come obiettivo secondario il progetto mira, inoltre, ad indagare se i genitori trasmettono, in qualche modo, ai figli la loro attenzione consapevole al mondo e alle emozioni ed il loro atteggiamento compassionevole verso sé stessi. Il progetto, ad oggi, ha analizzato dati relativi ad un campione di 528 bambini in un range età tra gli 8 e i 12 anni e ricorre a diversi strumenti proposti ai bambini, ma anche ai genitori e agli insegnanti. In primo luogo verrà presentata la validazione italiana della SCS-C (The Self-Compassion Scale for Children); successivamente verranno presentati i dati a sostegno della ipotesi che la Self-Compassion, misurata con le SCS-C, è un fattore protettivo per le problematiche emotive e comportamentali. Tutto ciò può essere legato alle stesse abilità espresse dai genitori, soprattutto dalle madri: dai dati, infatti, emerge come i livelli di Self Compassion nei bambini e nelle madri siano costrutti estremamente legati.

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45

SIMPOSIO S-049

TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

Trattare le difficoltà sessuali nella terapia di coppia: dall'analisi dei bisogni alle strategie d'intervento nella pratica clinica

Chair: Chiara Lamuraglia, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro clinico Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva, AIPC Bari, Referente regionale SITCC Puglia

Discussant: Cinzia Giorgetta, Laurea in Psicologia, Dottore di Ricerca, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Verona

In ambito sessuologico, è particolarmente rilevante la discussione relativa all'opposizione tra normalità e patologia (Dettore, 2018). Nell'attuale DSM viene affermata la posizione secondo cui una condizione può essere considerata patologica se costituisce un'alterazione del funzionamento mentale tale da creare un disagio significativo nel funzionamento dell'individuo (a livello sociale, lavorativo o di altro tipo).

Nell'ambito del trattamento delle disfunzioni sessuali, peraltro, non è neanche possibile separare nettamente gli interventi di terapia sessuale da quelli di terapia di coppia. Le difficoltà di coppia possono, infatti, provocare e/o aggravare i Disturbi Sessuali e, viceversa, questi ultimi possono costituire un fattore causale e/o di mantenimento del disagio di coppia. Pertanto, gli interventi terapeutici sulla sessualità e sulla coppia sono spesso interconnessi e devono essere affrontati anche "aspetti collegati alla comunicazione di coppia, all'espressione emozionale, all'intimità" (Dettore, 2018, p. 436).

Per il clinico diventa, quindi, fondamentale condurre un'accurata valutazione iniziale che, attraverso l'indagine delle diverse aree (cognitiva, comportamentale, emotiva e biologica) del funzionamento individuale e di coppia, possa evidenziare i bisogni non soddisfatti e le strategie non pienamente funzionali che causano e/o mantengono le difficoltà presentate, al fine di impostare adeguatamente il trattamento attraverso la scelta di strategie e tecniche orientate al "cambiamento" o di interventi volti a promuovere "l'accettazione emotiva".

Obiettivo del presente simposio è quello di sviluppare un confronto intorno al tema del trattamento delle difficoltà sessuali nell'ambito della terapia di coppia evidenziandone sia aspetti teorici che clinici.

Nello specifico, il primo intervento offrirà una riflessione generale sui bisogni che si esprimono attraverso la sessualità e la dimensione dei significati interpersonali; ad esso seguiranno tre relazioni che, attraverso la presentazione di casi clinici, illustreranno alcuni modelli e strategie di intervento per il trattamento delle difficoltà sessuali nell'ambito della terapia di coppia. In particolare, verranno presentati i tre diversi modelli di trattamento: la Schema Therapy, L'Acceptance and Commitment Therapy e la Terapia Mansionale Integrata.

Bibliografia:

↳ Dettore D. (2018). "Definizione e storia della sessuologia". In D. Dettore, Trattato di psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale. Firenze, Giunti.

↳ Dettore D. (2018). "Aspetti specifici relativi al trattamento dei disturbi sessuali". In D. Dettore, Trattato di psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale. Firenze, Giunti.

Basic Instinct: il sesso al di là della pulsione primaria

Relatore: Maurizio Brasini, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

"Di cosa abbiamo veramente bisogno quando desideriamo fare sesso? Questa domanda potrà sembrare insensata. Potrebbe sembrare superfluo interrogarsi sul significato dei nostri desideri in ambito sessuale, perché in termini motivazionali l'impulso sessuale è il motore evolutivistico grazie al quale le specie tendono a propagarsi e perché è intrinsecamente motivante, al punto da essere collocato al centro nella concettualizzazione motivazionale Freudiana. Scopo di questo contributo è mostrare come una visione del sesso come spinta motivazione primaria non rende giustizia alla complessità della sessualità umana. Si proporrà di considerare il sesso alla luce di bisogni e desideri che vanno ben al di là dell'impulso biologico di base, considerando che il sesso, come ogni altra attività umana, e in particolare come attività interpersonale intima, è investita di significati che non sono riducibili al dato biologico. Partendo da una rappresentazione semplificata dei bisogni interpersonali, attraverso alcune vignette cliniche, illustrerò come il desiderio sessuale possa essere posto al servizio di differenti bisogni interpersonali, in maniera più o meno efficace.

La Sessualità nella Terapia di Coppia con l'uso della Schema Therapy: un caso clinico

Relatore: Monica Dalla Valle, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale DBT Padova

La Schema Therapy (ST) trae le sue origini dal riconoscimento dell'esistenza di una serie di bisogni emotivi universali che ogni essere vivente presenta fin dalla nascita e per tutta la vita. Lo sviluppo dei bambini ruota attorno al soddisfacimento dei propri bisogni da parte dei genitori o di coloro che se ne prendono cura. Quando questi bisogni non vengono soddisfatti in maniera adeguata si formano gli Schemi Maladattati Precoci (SMP). Inoltre centrale è l'idea che ogni comportamento (coping modes) sia attivato da elementi emotivi (mode bambino) e cognitivi (mode critico). Nella ST, il benessere psicologico viene visto nell'abilità di soddisfare in maniera adeguata i bisogni emotivi.

In età adulta la scelta del partner può essere influenzata dagli SMP portando a un'"Alchimia degli schemi" (Schema Chemistry), ovvero la persona può essere spinta a selezionare i propri partner in base ai modelli relazionali con i caregiver. Questo impatta nella sessualità, molto spesso ripeteruando nella relazione intima copioni che non permettono ai singoli individui di vedere realmente soddisfatti i propri bisogni sessuali e di intimità.

Il terapeuta Schema Therapy mira quindi a guidare la coppia nella comprensione di come gli schemi e i coping modes possono influenzare l'appagamento e l'espressione dei bisogni sessuali dei partner.

Obiettivo dell'intervento è quindi un'analisi teorica e clinica di come la ST opera nella terapia di coppia, con focus sulla sessualità in un caso clinico.

Dal matrimonio bianco alla scoperta di sé col mindful sex

Relatore: Michele Massimo Laforgia, Psicologo, Psicoterapeuta, Bari

F. e A. sono sposati da 3 anni ed il loro è un matrimonio bianco.

Sono stati fidanzati per 13 anni ed hanno scelto di avere rapporti solo dopo il matrimonio, ma hanno scoperto di non riuscirci perché A. ha un problema di dispareunia e, conseguentemente, durante i tentativi di rapporto penetrativo, F. ha sviluppato un disturbo dell'erezione.

Entrambi vivono costantemente la sessualità in ogni sua forma con connotati di ansia e vergogna e sono caratterizzati da pensieri intrusivi a tema sessuale aventi come scenario quello di esperienze dolorose, umilianti o medicalizzate.

Non hanno mai avuto alcun comportamento masturbatorio ed entrambi hanno una visione penetrazione-centrica della sessualità e ritengono il rapporto coitale l'unica forma accettabile.

A. ha da poco iniziato un percorso di valutazione e riabilitazione del pavimento pelvico nel quale ha avuto modo di sperimentare tecniche immaginative e respirazione da svolgere anche come homework, possibilmente in compagnia di F.

La mindfulness ed il mindful sex possono essere gli strumenti ideali, quindi, perché F. ed A. possano lavorare sulle loro problematiche in modo fruttuoso ed in aderenza con un sistema valoriale in cui la sessualità non riveste una primaria importanza ed è comunque soggetta ad un sistema di regole piuttosto stringenti e che non intendono mettere in discussione.

Essere "Mindful" significa, infatti, essere attenti al momento presente senza esporre alcun giudizio sui propri pensieri. Mindful sex riguarda il focalizzarsi sul momento presente, su cosa sta accadendo intorno a noi, il prestare attenzione alle proprie sensazioni corporee, ai movimenti del partner, senza giudizio; riguarda il permettere a se stessi di godersi il tempo e lo spazio dell'esperienza sessuale in tutte le sue parti. La chiave di tutto ciò è "essere presenti" nel qui ed ora integrando mente e corpo.

Le tecniche mindfulness sono state usate come integrazione della terapia mansionale integrata, in particolare nei processi di focalizzazione sensoriale, volti alla scoperta del corpo e del piacere.

Bibliografia:

- Boncinelli V., Rossetto M., Veglia F. (2018). *Sessuologia clinica. Modelli di intervento, diagnosi e terapie integrate.* Erickson.
- Brotto L.A., Woo J. (2010). *Cognitive-behavioral and mindfulness-based therapy for low sexual desire. Treating sexual desire disorders: A clinical casebook, 149-164.*
- Brotto L.A., Goldmeier D. (2015). *Mindfulness Interventions for treating sexual dysfunctions: The gentle science of finding focus in a multitask world. Journal of Sexual Medicine, 12(8), 1687-1689, 2015.*

Terapia mansionale integrata: quando il paziente è la coppia

Relatore: Azzurra Carrozzo, Psicologa, Psicoterapeuta, Lecce

Nel modello della Terapia Mansionale Integrata, così come da idea centrale della teoria di Masters e Johnson, il paziente che è il portatore del sintomo non è l'unico individuo su cui si focalizza l'intervento clinico, ma il luogo in cui si intersecano il problema individuale e il problema relazionale è la coppia, quindi sarà sulla diade che si svolgerà l'intervento, perlomeno nella misura in cui è all'interno di una coppia che si manifesta il sintomo. Poter reinterpretare il sintomo dal punto di vista di entrambi i partner è estremamente vantaggioso, perché permette al terapeuta e ai pazienti di comprenderne il significato psicologico, anche all'interno dei cicli interpersonali che si strutturano nella coppia. Inoltre, diventa per i due partner un modo di predisporre maggiormente a un atteggiamento cooperativo, scoprendo quali fattori di comorbidità influenzano il circolo vizioso e potendo dividere per entrambi il peso della cura (non solo dal punto di vista psicologico, ma anche di una eventuale terapia farmacologica associata).

L'approccio mansionale prevede una fase iniziale di valutazione, con un focus diretto sul sintomo, e una terapia che si svolge attraverso la prescrizione di mansioni che permettono di affrontare le credenze disfunzionali e le resistenze che danno origine alla disfunzione. Ogni mansione è concordata da terapeuta e pazienti e prevede un assetto di micro-obiettivi che vengono discussi in terapia e il cui scopo è di favorire il processo terapeutico. Tra i macro-obiettivi della terapia sessuale:

- \- La conoscenza di sé
- \- La conoscenza di sé e dell'altro tramite l'altro
- \- La conoscenza del proprio piacere e delle proprie emozioni
- \- La conoscenza del piacere di coppia e dell'intimità

La cornice all'interno della quale si struttura l'intervento è quella della terapia cognitivo-comportamentale; la focalizzazione sull'aspetto cognitivo ed emotivo permette un miglioramento della metacognizione e della riflessività dei pazienti sul loro modo di vivere il sintomo all'interno della relazione e promuove lo sviluppo di nuove risorse, sia cognitive che comportamentali, che permettano loro di modificare il proprio modo di pensare e agire nella relazione.

Bibliografia:

- Fenelli A. & Lorenzini R. (2012). *Clinica delle disfunzioni sessuali*. Roma: Carocci Editore.
- Emmanuele A. Jannini, Andrea Lenzi, Mario Maggi (2017). *Sessuologia medica. Trattato di psicossessuologia e medicina della sessualità*.

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45

SIMPOSIO S-035

TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

ADHD nel trattamento psicoterapico e integrato

Chair: Rosario Esposito, Didatta SPC Napoli, Didatta SITCC

Discussant: Bruno Intreccialagli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Secondo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Secondo i criteri del DSM 5, il Deficit dell'Attenzione e dell'Iperattività è caratterizzato dalla presenza di iperattività, impulsività e disattenzione. L'espressività di tale sintomatologia nei singoli individui è differente, in base allo specifico funzionamento divergente e in base alla storia di vita e alle comorbidità del paziente ADHD. Un quadro simile rende questa popolazione una popolazione complessa dal punto di vista del trattamento, poiché, oltre alla sintomatologia ADHD e alle comorbidità presenti, bisognerebbe tenere in considerazione la singolarità delle manifestazioni durante il trattamento terapeutico. Ad oggi i trattamenti utilizzati sono la terapia farmacologica, la psicoterapia e il coaching. Nonostante alcuni passi sono stati fatti rispetto al trattamento farmacologico, solo negli ultimi anni la ricerca sta iniziando a fare dei passi in avanti rispetto a trattamenti evidenced based all'integrazione dei trattamenti (Meyer, et al., 2020; Solanto, et al., 2010; Hoxhaj, et al., 2018; Mei-Rong, et al., 2019), ma ancora poco sappiamo di come trattare pazienti con ADHD. Tale mancanza di protocolli strutturati evidenced based sembrerebbe essere legata anche ad una conoscenza ancora limitata del funzionamento ADHD. L'obiettivo del presente simposio è quello di dare un contributo rispetto a studi aggiornati e dati di ricerca sul trattamento di pazienti con ADHD.

Disregolazione emotiva e Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) in età adulta

Relatore: Salvatore Rizzato, Dipartimento Salute Mentale ASL Roma 4, DSM Ambulatori ADHD in età adulta

Co-autori:

Miriam, Miraldi, ASL Roma 1, UOC Accoglienza, Tutela e Promozione della Salute;

Serena, Sorice, ASL Roma 1, DSM UOC Prevenzione e Interventi Precoci Salute Mentale;

Vito, Pinzone, ASL Roma 4, DSM Ambulatori ADHD in età adulta

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) è attualmente codificato attraverso un modello a due fattori (Disattenzione e Iperattività/Impulsività), le emozioni dovrebbero essere un elemento fondamentale nella valutazione del disturbo. La regolazione delle emozioni è definita come la capacità di inibire comportamenti inappropriati in risposta a forti emozioni, di inibire l'attivazione fisiologica suscitata, spostare l'attenzione dagli stimoli provocatori, organizzare azioni coordinate in funzione di un obiettivo. Nei soggetti con ADHD frustrazione, impazienza e rabbia sono espresse in maniera impulsiva (Emotional Impulsiveness, EI). Inoltre, le emozioni in generale sono meno efficacemente modulate attraverso processi cognitivi di autoregolazione (Deficient Emotional Self Regulation, DERS). Dagli studi di Neuroanatomia, i circuiti che sono alla base dei sintomi classici sono gli stessi che sottendono la regolazione delle emozioni (corteccia prefrontale e corteccia cingolata anteriore). I sintomi di EI-DERS sono estremamente frequenti nell'ADHD (40% dei bambini e oltre il 90% degli adulti), persistono in età adulta tanto quanto i sintomi di disattenzione e

molto più frequentemente rispetto ai sintomi di iperattività/impulsività. Inoltre tali sintomi predicono numerose compromissioni nella vita quotidiana dei soggetti adulti (peggiore qualità della vita, peggiore adattamento sociale, problemi nella vita di coppia, peggiori performance lavorative, maggior rischio di essere licenziati o abbandonare il lavoro per noia, minori traguardi accademici e maggior rischio di essere espulso, maggiore rischio di sospensione della patente e maggiori difficoltà finanziarie). I sintomi di EI-DERS caratterizzano alcune delle più importanti comorbidità dell'ADHD (DOP, Borderline, Ansia). EI/DERS è misurata attraverso alcune scale specifiche (DERS e RIPoST), alcune scale sulle funzioni esecutive (BDFS e BRIEF) e alcune scale specifiche per l'ADHD (CAARS). Le terapie farmacologiche per l'ADHD sembrano migliorare i sintomi di EI-DERS negli adulti con effect size da lieve a moderato. Terapie non farmacologiche con un target specifico sulla disregolazione emotiva (Psicoeducazione, Terapia Cognitivo Comportamentale e Interventi basati sulla Mindfulness) hanno mostrato risultati incoraggianti circa il miglioramento dei sintomi e della qualità della vita nei pazienti adulti con ADHD. In conclusione, le componenti di EI-DERS hanno una notevole importanza nella definizione dell'ADHD in tutte le fasi della vita e dovrebbero essere incluse nei criteri diagnostici. Sono necessarie ulteriori ricerche per individuare strumenti specifici di misurazione e protocolli di trattamento sia farmacologico che non farmacologico.

Verso un rallentare consapevole: strategie di supporto per l'ADHD a confronto

Relatore: Carmen Napolitano, Psicoterapeuta, AIDAI Campania

Co-autori:

Simone, Mosca, Psicologo, Musicoterapeuta PMTR;

Federica Nicla, La Barba, Psicologa, AIDAI Lazio

L'Aidai Campania in collaborazione con l'Aidai Lazio, alla luce dei più recenti studi in tema di strategie di intervento funzionale di supporto agli interventi da buone prassi per l'ADHD, propone il confronto di due tecniche di intervento in un campione di bambini con ADHD. Gli interventi si basano su un protocollo basato sulla Mindfulness e uno musicoterapico ad indirizzo Relazionale per la modulazione consapevole di alcune funzioni esecutive: impulsività, autoregolazione e pianificazione. Campione: 45 bambini ADHD (8-12 anni) sottoposti a intervento terapeutico as usual (CBT e PT). Il campione viene suddiviso random in due gruppi sperimentali A e B e un gruppo di controllo C. Il gruppo A seguirà un intervento di MTR seguirà esclusivamente il trattamento as usual. Metodo: la durata sarà di circa 3 mesi, in cui verrà effettuata una misurazione dell'HRV per ciascuna sessione di lavoro, includendo una baseline e un follow up a riposo, e la somministrazione di una batteria per le funzioni esecutive (NEPSY: attenzione e impulsività; TOL: pianificazione) a T0 e T1. Risultati attesi: per i gruppi sperimentali si prevede una riduzione dell'impulsività ed aumento della HRV, quale indice indiretto della capacità di controllo inibitorio dell'impulsività. Per il gruppo A si ipotizza una migliore capacità di pianificazione dell'attività condivisa e la modulazione del ritmo verso una maggiore sincronia con l'operatore. Per il gruppo B si ipotizza l'incremento dell'utilizzo consapevole delle strategie utilizzate per la riduzione dell'impulsività di risposta a favore di un rallentamento globale e di una migliore capacità di pianificazione. I risultati dei gruppi sperimentali si ipotizzano significativamente differenti rispetto al gruppo di controllo C.

ADHD negli adulti: la valutazione clinica e testologica

Relatore: Alessandra Capuozzo, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitiva, SITCC Campania, Napoli

Co-autori:

Tomei, Luciano, Centro Agro Aversano, Trentola Ducenta;

Esposito, Rosario, Didatta SPC Napoli, Didatta SITCC

L'ADHD è una condizione del neurosviluppo ad esordio precoce che determina compromissioni funzionali potenzialmente croniche in diversi ambiti di vita della persona (DSM 5). La diagnosi di ADHD nella clinica adulta risulta complicata da altre condizioni che possono essere presenti in comorbidità o in diagnosi differenziale, come disturbi di personalità, disturbi dell'umore e disturbi d'ansia (Katzman; et al., 2017), ma anche dalla diversa espressività dei sintomi nucleari del disturbo nel corso della storia di vita psicosociale del paziente (Jeavson, et al., 2021). Infatti, nonostante la presentazione di ADHD diagnosticata (iperattivo/impulsivo, disattentivo o combinato), ogni persona presenta peculiarità delle manifestazioni del funzionamento neurodivergente in base a quella che è la personale storia di adattamento e di motivazione al miglioramento. Nel presente contributo viene proposto un percorso di assessment che risponde alle esigenze di inquadramento nosografico quanto di conoscenza del profilo di funzionamento del paziente allo scopo di strutturare un piano di trattamento terapeutico efficace, in direzione di una gerarchia di obiettivi razionali e condivisi.

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45
CORPO AULE - AULA 3

SIMPOSIO S-008

Formulazione del caso ed interventi terapeutici nella Schema Therapy

Chair: **Katia Tenore**, Psicologa, Psicoterapeuta, trainer e supervisor ISST, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Italian Academy of Schema Therapy, Università Guglielmo Marconi, Roma

Discussant: **Vittoria Zaccari**, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Università Guglielmo Marconi, Roma

Il modello clinico della Schema Therapy (ST) sta raccogliendo sempre maggiori evidenze a sostegno della sua validità nel trattamento di Disturbi di Personalità (in particolare il Disturbo di Personalità Borderline e Anti-sociale e i Disturbi di Personalità del Cluster C) e di patologie di Asse I cronicizzate nel tempo o resistenti al trattamento cognitivo-comportamentale standard.

All'interno di questo simposio verranno presentati diversi lavori che desiderano offrire una panoramica dei costrutti, di come articularli all'interno dell'assessment e della formulazione del caso, e di specifiche tecniche di intervento della ST nelle sue diverse fasi di intervento, affrontando i temi relativi a:

- 1) l'individuazione di schemi maladattivi e tratti personologici disfunzionali nella fase iniziale del trattamento, differenziando tra diverse categorie diagnostiche (i.e., pazienti ossessivi, ansiosi e con DP borderline);*
- 2) la formulazione di un caso con un disturbo del comportamento dell'alimentazione e della nutrizione;*
- 3) la gestione della relazione terapeutica, tramite il limited reparenting e il confronto empatico, con pazienti difficili;*

ed in fine 4) l'intervento terapeutico nella sua fase finale, in cui si agisce sul potenziamento del mode dell'Adulto sano, identificando quali variabili medino la relazione tra schemi disfunzionali e mode sani.

Schemi e tratti di personalità disfunzionali a confronto in pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi d'ansia e disturbo di personalità borderline

Relatore: **Barbara Basile**, Psicologa, Psicoterapeuta, trainer e supervisore ISST, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Italian Academy of Schema Therapy, Roma

Co-autori: **Gragnani Andrea**^{1,2}, **Mancini Francesco**^{1,2,3}, **D'Olimpio Francesca**⁴, **Femia Giuseppe**¹

1 Schools of Cognitive Psychotherapy (SPC), Rome;

2 Italian Academy of Schema Therapy (IAST), Rome;

3 Università Guglielmo Marconi, Roma;

4 Laboratorio di Valutazione dei Processi Cognitivi Normali e Patologici, Dipartimento di Psicologia, Seconda Università di Napoli, Caserta

Introduzione

La Schema Therapy è un approccio integrato particolarmente efficace per spiegare il funzionamento e il trattamento dei disturbi di personalità e delle condizioni croniche di Asse I. Questo studio si propone di esplorare gli schemi maladattivi precoci (EMSs) e i tratti di personalità disfunzionali, come individuati nel

DSM5, in pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo (DOC, n = 30), disturbi d'ansia (DA, n = 30) e disturbo di personalità di tipo borderline (DPB, n = 30).

Metodi

Ai partecipanti sono stati somministrati lo Young Schema Questionnaire Short Form 3 (YSQ-S3), il Personality Inventory per adulti (PID-5-A) e la Symptom Checklist-90 revised (SCL-90-R). Sono state eseguite analisi di correlazione, confronto tra i tre gruppi clinici e delle analisi di regressione, considerando sia il modello standard dello YSQ a 5 fattori, sia una rappresentazione più recente che raggruppa gli schemi maladattivi precoci in 4, invece di 5, domini.

Risultati

Complessivamente, i risultati hanno mostrato delle differenze significative tra i vari gruppi, sia rispetto agli schemi disfunzionali che ai domini di personalità disfunzionali (i.e., Affettività Negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione e Psicoticismo). Inoltre, i pazienti con DOC e DPB hanno riportato un livello di malessere generale e di personalità disfunzionale più elevati rispetto ai soggetti ansiosi.

I pazienti con DPB hanno ottenuto punteggi più elevati nei domini di "Disconnessione & Rifiuto", "Limiti e autocontrollo compromessi" e "Mancanza di Autonomia", rispetto agli ansiosi. Risultati sovrapponibili sono stati osservati quando si è considerato il dominio "Disinibizione" del PID-5, dove i DPB hanno riferito una maggiore tendenza al rischio, rispetto ai pazienti con OCD. Al contrario, gli OCD si sono rivelati più rigidi e perfezionisti rispetto ai pazienti con DPB. È stata inoltre esaminata la capacità di schemi e tratti disfunzionali nel predire il livello di severità psicopatologica nei gruppi. Dalle analisi di regressione è emerso che il Dominio di "Responsabilità eccessiva e Standard Elevati" e i tratti di personalità di "Affettività Negativa" e "Psicoticismo" spiegavano in modo statisticamente significativo la severità clinica.

Conclusioni

Alla luce dei risultati ottenuti, i tre gruppi sembrano distinguersi rispetto alla sintomatologia manifesta, agli schemi di riferimento ed ai tratti personologici, con alcune sovrapposizioni tra i gruppi diagnostici esaminati. In particolare, i pazienti con DOC sembrano condividere con i pazienti con DPB diversi schemi e tratti personologici disfunzionali, nonché elevati livelli di severità clinica, differenziandosi dai soggetti ansiosi.

La possibilità di delineare, tramite appositi strumenti di valutazione somministrati nella fase iniziale dell'intervento, tratti e schemi disfunzionali specifici alla diagnosi si rivela di particolare utilità nell'indirizzare il trattamento, aiutando ad identificare sia gli specifici target di intervento che possibili criticità nella relazione terapeutica.

Schema therapy: Assesment e concettualizzazione di un caso con disturbo alimentare

Relatore: Laura Beccia, Psicologa, Psicoterapeuta, trainer e supervisore ISST, Società Italiana di Schema Therapy (S.I.S.T)

La Schema Therapy rappresenta un approccio teorico ormai validato nel trattamento dei disturbi di personalità e nei disturbi emotivi di lunga durata. I disturbi alimentari rappresentano una sfida importante per il trattamento: proprio per la presenza di un'alta comorbidità e prevalenza di particolari tratti della personalità in questa popolazione, è importante considerare i sistemi di credenze che sono alla base di questa patologia. Sembra chiaro che questi pazienti con schemi e credenze croniche e rigide a volte non rispondono all'approccio CBT standard e possono richiedere un trattamento che li tratti specificamente in modo più mirato. Al fine di affrontare adeguatamente le caratteristiche di questi disturbi, è necessario un modello che affronti il ruolo dell'esperienza precoce nello sviluppo degli schemi maladattivi, nonché i meccanismi di coping che mantengono queste strutture sottostanti: da diversi anni il modello della Schema Therapy, sviluppato da

Jeffrey Young (1990-1999), viene utilizzato efficacemente anche nella cura dei disturbi alimentari, grazie ad una chiara definizione del funzionamento della personalità e alla possibilità di intervenire sulla motivazione al trattamento che spesso risulta uno dei primi ostacoli. Un trattamento adeguato deve tenere conto della complessità dell'individuo estendendo l'intervento dalla sintomatologia alla personalità del paziente. Durante l'intervento verrà illustrata l'importanza di definire e concettualizzare in maniera condivisa con il paziente il proprio funzionamento prima di dare avvio al trattamento. Si presenteranno inoltre gli schemi e i mode tipici di un caso con diagnosi di disturbo alimentare.

La relazione terapeutica con i pazienti difficili in Schema Therapy

Relatore: Ambra Malentacchi, Trainer e Supervisore ISST, Centro Clinico, Firenze

La stanza della terapia è un luogo rappresentativo del più ampio mondo relazionale dell'individuo, in cui si rispecchiano i suoi problemi interpersonali radicati nella sua storia bibliografica, quando viene promosso un cambiamento nel rapporto terapeutico, esso è in grado di generalizzarsi alle relazioni della vita del paziente. I comportamenti disfunzionali dei pazienti più difficili risultano legati ai suoi problemi attuali ed anche in seduta possono essere molto forti, presenti e resistenti, per cui diventa cruciale saperli affrontare, all'interno di una relazione terapeutica costantemente messa alla prova da questo tipo di paziente.

Avvalersi degli aspetti della relazione supporta il terapeuta nel gestire l'impatto emotivo che i pazienti difficili possono avere su di lui, lo aiuta a sentirsi più confortevole, saldo e sicuro nell'affrontare eventuali offensive senza sentirsi sopraffatto, né reagire, permette di modulare accoglienza e mantenere dei confini personali chiari con i pazienti estremamente richiedenti e permette di mantenere un atteggiamento empatico perfino nelle situazioni emotivamente più impegnative.

Per l'approccio Schema Therapy, il terapeuta deve essere in grado di offrire un'esperienza emotiva correttiva (Alexander e Franch 1946) rispetto agli schemi disfunzionali del paziente. Visto che si ritiene che più i pazienti sono gravi, più difficilmente sono in grado di far fronte da soli ai propri bisogni emotivi, perché non hanno vissuto esperienze soddisfacenti in tal senso, la relazione terapeutica nella Schema Therapy è particolarmente importante. Young et al. (2003) definiscono questo orientamento "limited reparenting", ovvero l'appagamento, entro adeguati limiti professionali, dei bisogni primari frustrati del paziente.

Questo particolare atteggiamento del terapeuta non ha per oggetto il paziente nella sua totalità, ma solo il mode bambino vulnerabile, nel momento in cui stabilisce con lui una connessione.

Il lavoro quindi deve venire costantemente bilanciato tra due strategie relazionali fondamentali: limited reparenting e confronto empatico dei comportamenti controproducenti che rendono difficile al terapeuta accedere al bambino vulnerabile e modellare l'adulto sano del paziente.

Cosa ostacola l'Adulto sano? Uno studio esplorativo sul ruolo di mediazione delle variabili meta-emotive nella relazione tra schemi e mode

Relatore: Alessandra Mancini, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC, Roma; Italian Academy of Schema Therapy, IAST, Roma; Praxis für Psychotherapie Manfred-von-Richthofen-Str. 9, Berlino

Co-autori: Luppino Olga Ines^{1,2}, Tenore Katia^{1,2}, Mancini Francesco^{1,2,3}

1 Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC, Roma

2 Italian Academy of Schema Therapy, IAST, Roma

3 Università Guglielmo Marconi, Roma

Introduzione

La Schema Therapy (ST) è un trattamento che mira a rafforzare le parti sane del paziente (i.e. nel linguaggio ST i mode dell'Adulto sano e del Bambino felice) diminuendo al contempo la pervasività degli schemi e dunque la sofferenza emotiva (che trova espressione nel mode bambino vulnerabile). Infatti, una maggiore pervasività degli Schemi Maladattivi Precoci (SMP) è stata associata a livelli di psicopatologia più elevati e ad una minore soddisfazione di vita. Tuttavia, la ricerca su quali variabili medino la relazione tra SMP e mode sani è scarsa. Cosa ci impedisce di rafforzare le nostre parti sane? Un'ipotesi è che le variabili meta-emotive (i.e. ciò che pensiamo o sentiamo circa le nostre esperienze emotive negative) possa influenzare la forza con cui gli SMP si esprimono nei mode "bersaglio" della ST, sia in positivo, che in negativo.

Questo studio mira a valutare il possibile ruolo di mediazione di variabili meta-emotive, come la ruminazione depressiva e la self-compassion, nella relazione tra SMP e: i) mode del Bambino vulnerabile e, ii) mode sani (cioè, Adulto sano e Bambino felice). Infatti, se da un lato la ruminazione depressiva implica un pensiero perseverativo e focalizzato su se stessi, che spesso ruota attorno al motivo per cui si provano emozioni negative, dall'altro lato la self-compassion implica l'accettazione delle emozioni negative.

Metodi

I dati sono stati raccolti online all'interno di un campione di soggetti non clinici (N=206). I ruoli di mediazione della self-compassion e della ruminazione depressiva sono stati valutati attraverso una serie di mediazioni multiple, utilizzando la procedura di Hayes (PROCESS) per la mediazione parallela.

Risultati

La self-compassion ha mostrato un ruolo unico nel mediare positivamente la relazione tra SMP e frequenza di attivazione dei mode adulto sano e bambino felice. Inoltre, sia la self-compassion che la ruminazione depressiva hanno mostrato un ruolo di mediazione nel diminuire e aumentare (rispettivamente) l'effetto avverso degli SMP sul mode bambino vulnerabile.

Conclusioni

I risultati sono in favore del ruolo di mediazione di variabili meta-emotive come self-compassion e ruminazione depressiva nella relazione tra la schemi e le loro modalità espressive.

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45
CORPO AULE - AULA 4

SIMPOSIO S-046

Per fare certe cose ci vuole ancora un metodo? Metodo e Tecnica in psicoterapia

Chair: Cecilia Volpi, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione di Terapia Cognitiva; V Centro di Terapia Cognitiva Multiverso Roma, Didatta SITCC

Discussant: Maria Teresa Rocchi, Psichiatra, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Didatta SITCC

Durante questi ultimi anni, nel mondo della clinica psicoterapica stiamo assistendo ad un interessante uso di tecniche terapeutiche e ad una riattualizzazione di vecchie tecniche provenienti da diversi approcci teorici. Spesso, pratiche basate sulla mindfulness, "esperienziali", orientate al corpo o immaginative che si vanno ad aggiungere a quelle di matrice squisitamente cognitiva e comportamentale.

Questo simposio vuole proporre una riflessione sul metodo o sui metodi utilizzati dagli psicoterapeuti dentro i quali i clinici incastonano le tecniche opportune di intervento terapeutico.

Alcune relazioni prenderanno come riferimento il metodo della "Moviola", di matrice Costruttivista Post Razionalista, così come concepita da Vittorio Guidano (V. Guidano 1979; 1981), da un punto di vista teorico e clinico, e di come questo metodo sia sopravvissuto nella sua struttura originale e di come possa essere aggiornato coerentemente agli sviluppi clinici e teorici attuali.

Dalla tecnica della moviola alla Terapia di Elaborazione Conoscitiva: utilità e limiti di indicazioni procedurali per la conversazione terapeutica

Relatore: Silvio Lenzi, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Co-autori:

Rossini, Roberta, Psicologa, Psicoterapeuta, Docente Coordinatrice di corso presso Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC; UMEE Ancona – AST Ancona;

Adir Robert Samolsky Dekel, Laurea in Psicologia, Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Costruttivista, Psicoterapeuta, Docente Coordinatore di Corso, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Psicoterapeuta presso Centro Sinesis Bologna

Sulla base di una descrizione della tecnica di conduzione della seduta di Vittorio Guidano (1991) realizzata secondo la prospettiva dell'analisi cognitivo-conversazionale dei trascritti di seduta, è stato possibile mettere a punto una sistematica guida per la conversazione terapeutica di orientamento cognitivista (Lenzi & Bercelli, 2010). Una volta individuate le principali attività conversazionali che caratterizzano la metodologia terapeutica–indagine e ridefinizione-, è stato descritto il loro susseguirsi tipico in seduta, il cosiddetto Ciclo dei Frame di Seduta. Tale sequenza di attività conversazionali mira a realizzare il razionale del processo terapeutico cognitivista: l'individuazione, il monitoraggio e la modificazione dell'attività cognitiva.

Il modello rende possibile, grazie alla prospettiva cognitivo-conversazionale, utilizzare i trascritti di seduta per monitorare momento per momento il processo terapeutico di rielaborazione della conoscenza e delle narrative personali, mettendo in relazione le attività conversazionali con processi conoscitivi attivati nel

paziente e nel terapeuta.

In questo intervento verranno discussi criticamente i punti di forza e i limiti di questa metodologia che nella sua formalizzazione da un lato garantisce una trasmissibilità e una affidabilità di applicazione, dall'altro richiede ampliamenti e articolazioni per validamente impattare la complessità dei processi conoscitivi (cognitivi, emotivi e comunicativi) e la loro variabilità individuale.

Il rilevamento sistematico delle motivazioni interpersonali nel dialogo clinico

Relatore: Claudio Iannucci, Psichiatra, Associazione di Terapia Cognitiva; Didatta SITCC, Roma

Ogni metodologia si situa nel confine, incerto ma strategico, tra la teoria e la prassi tecnica. Complessivamente è una disposizione sistematica a una modalità di raccolta ed elaborazione dei dati, di ascolto del dialogo terapeutico e di monitoraggio dello stato interiore e delle emozioni del terapeuta. Nel campo del cognitivismo evoluzionistico, che ha basi nella teoria multimotivazionale dei Sistemi Interpersonali, mi sembra che un metodo sistematico, adatto ai momenti sia dialogici che esperienziali, sia quello del monitoraggio motivazionale nella conversazione clinica. Questo approccio all'ascolto e alla decodifica, al seguito della teoria e delle conoscenze ad essa collegate, è una significativa condotta terapeutica che consente un adattamento più pronto ai movimenti relazionali dell'incontro e della cura.

Poiché un incontro clinico spesso produce un insieme poco coerente, disomogeneo e a volte inatteso di diversi contributi ricostruttivi ed esperienziali, per il terapeuta diventa necessario muoversi con rapidità e flessibilità nell'ascolto, sia del paziente che delle proprie risposte personali, che negli interventi (responsiveness, Monticelli 2023). Il monitoraggio degli indicatori motivazionali nel vivo della seduta consente al terapeuta una sintonizzazione non intuizionistica né preformata. Ciò allo scopo di identificare i momenti di transizione motivazionale e la loro qualità, valorizzare interventi il più possibile collaborativi e paritetici, identificare con più accuratezza le strategie controllanti del paziente attorno ai temi di un attaccamento lesionato e infine perseguire una alleanza di lavoro che sostenga qualità metacognitive, specialmente di agentività e padronanza, e contrasti i momenti di impasse e crisi.

Gli organizzatori dell'esperienza nella sua complessità. Sequenzializzare rigoroso e strategico come metodo per un'applicazione efficace delle tecniche di intervento

Relatore: Massimo Esposito, Psicologo, Psicoterapeuta, V Centro di Terapia Cognitiva Multiverso, Roma; Associazione di Terapia Cognitiva; Didatta SITCC, Roma

Co-autori: Fabiola Pisciotta, Psicologo, Psicoterapeuta, V Centro di Terapia Cognitiva Multiverso, Roma; Associazione di Terapia Cognitiva; Ordinario SITCC

A proposito di integrazione tra modelli di intervento in psicoterapia cognitiva, Guidano diceva: "spesso i terapeuti hanno la convinzione che la terapia sia un repertorio di tecniche da applicare [...]. La psicoterapia deve seguire una metodologia, perché quando hai una metodologia puoi inventare e introdurre tutte le tecniche che vuoi, momento per momento, dipende dal problema che il paziente sta presentando, dalla situazione che sta attraversando, del periodo terapeutico [...]."

Questa relazione nasce dalla necessità di ribadire l'importanza e l'utilità di usare un metodo di indagine, come la "Moviola", ed evidenziarne le sue caratteristiche di esperienzialità. Ricerca ed esplorazione dei fattori che

contribuiscono ad organizzare l'esperienza e la conoscenza: bisogni, significati personali, immagini mentali, emozioni, sensorialità e corporeità.

La psicoterapia è in tutto e per tutto un'esperienza, dal carattere esplorativo e perturbante. Essa deve consentire al paziente di acquisire, attraverso la ricostruzione sequenzializzata, dettagliata e rallentata dell'episodio emotivamente significativo, l'auto-osservazione, la consapevolezza di sé e dei propri modelli operativi relazionali e affettivi, del proprio modo di vedere, pensare, sentire e agire.

Lo scopo dell'intervento è principalmente quello di mostrare come il metodo della "Moviola", grazie alle sue caratteristiche, contribuisca a favorire l'uso e ad aumentare l'efficacia delle tecniche esperienziali, immaginative e corporee. E in seconda battuta, facilitare l'applicazione nella pratica clinica di un'articolazione attualizzata del metodo stesso.

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45
CORPO AULE - AULA 5

SIMPOSIO S-105

Il Disturbo ossessivo compulsivo in età evolutiva. Tra vulnerabilità, pervasività e comorbidità

Chair: Giuseppe Grossi, Psicologo, Psicoterapeuta, SPC, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma, CPR InMovimento, Fondi

Discussant: Emanuele Rossi, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC, SPC, Association for Contextual Behavioral Science ACBS

Il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) è un disturbo invalidante che limita, e a volte annulla, le possibilità di realizzazione della persona che ne soffre. In età evolutiva tali ripercussioni si estendono a diverse aree di funzionamento riguardanti soprattutto il rendimento scolastico, la qualità delle relazioni sociali tra pari ma anche familiari (Romano, 2016). La sofferenza, tuttavia, non si limita a questo, bensì può associarsi ad un notevole senso di solitudine, impotenza e scarsa consapevolezza su cosa stia accadendo; a cui si unisce il timore di essere considerati "pazzi" qualora la sintomatologia, ritenuta dal soggetto strana e bizzarra, venisse condivisa con qualcuno (ibidem). A ragione di una ulteriore intensificazione della sofferenza emotiva, sono da considerarsi rilevanti tanti altri aspetti che vanno da una storia di vulnerabilità, costellata di eventi sensibilizzanti a specifici sentimenti di responsabilità, colpa, rimprovero e ostracizzazione, ad altre condizioni cliniche associate che rendono così il disturbo ancor più pervasivo. Tale simposio intende fare luce su alcune tematiche riconducibili alle suddette variabili. Nel dettaglio il primo ed secondo intervento presentano un approfondimento su aspetti inerenti la storia di vulnerabilità dei giovani pazienti che soffrono di DOC, sia con l'intento di uniformarsi alla già ricca letteratura scientifica, che pone un particolare accento su precoci esperienze avverse che accrescono la sensibilità al timore di colpa, e, più nello specifico, alla colpa di tipo deontologico (Tenore K. et al., 2020; Veale D. et al., 2015), sia con l'intento di individuare tecniche terapeutiche specifiche che possano permettere di intervenire su tale sensibilità. A tal proposito il terzo intervento riporta una esperienza di trattamento "intensivo" su un caso particolarmente grave, nel quale le tematiche di responsabilità e ostracizzazione, veicolate dal senso di disgusto fisico e morale, rappresentano il nucleo del disturbo. In conclusione, relativamente alla comorbidità con cui spesso il DOC si manifesta, l'ultimo intervento propone una revisione sistematica della letteratura relativa alla definizione, comorbidità, valutazione e trattamento della Misofonia in età evolutiva, quando associata al Disturbo ossessivo compulsivo.

Romano, G., (2016), Il Disturbo Ossessivo Compulsivo. In: Isola, L., Romano, G., Mancini, F. (a cura di) (2016). Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza. Franco Angeli.

Tenore K., Basile B., Cosentino T., De Sanctis B., Fadda S. Femia G., Gragnani A., Luppino O., Pellegrini V., Perdighe C., Romano G., Saliani A., Mancini F., (2020). "Imagery Rescripting on Guilt-Inducing Memories in OCD: A Single Case Series Study". Front. Psychiatry.

Veale D., Page N., Woodward E., Salkovskis P. (2015). "Imagery Rescripting for Obsessive Compulsive Disorder: A single case experimental design in 12 cases". Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.

Il caso di Giulio: quando il senso di responsabilità incontra l'esplosione di una pandemia mondiale

Relatore: Sara Rustici, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro di psicoterapia Cognitiva, Grosseto

Co-autori: Ercolani Giordana, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC - Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC, Roma

Giulio, 9 anni, arriva in terapia con la richiesta di un intervento terapeutico mirato alla disregolazione emotiva, alle difficoltà relazionali e alla presenza di una flessione del tono dell'umore. I colloqui clinici, in accordo con la valutazione psicodiagnostica, hanno permesso la diagnosi di un importante Disturbo Ossessivo Compulsivo di tipo washer, che alimenta in Giulio una estrema distraibilità e lentezza nello svolgimento dei compiti con conseguente vissuto di inadeguatezza e forte rabbia per le molte ore che deve impiegare per concludere i compiti. Questi ultimi sono per il pz. "una punizione" perché lo portano a dover interrompere il gioco, per lui strategia di evitamento dal vissuto di inadeguatezza, castigo e colpa, andando quindi ad amplificare il suo aspetto rabbioso e depressivo. Giulio presenta una idea di sé come "diverso", "indegno", "non amabile", "sbagliato", debole, "sfortunato" e dell'altro come sempre pronto a giudicare, criticare e punire. Tali credenze lo portano ad aumentare la necessità di fare tutto bene, essere bravo e impegnarsi molto per far fronte alle tante responsabilità senza poi sentirsi colpevole di non aver fatto abbastanza. Questo lo espone ad un rischio maggiore nello sperimentare timore di colpa e colpa, contribuendo al secondario di rabbia per non aver fatto abbastanza e/o per essere costretto a sperimentare il timore di colpa/colpa, da lui considerate estremamente sgradevoli. Da qui il ruolo scompensante della pandemia di Covid-19, di cui il bambino si è sentito responsabile per essersi arrabbiato e rattristato, dopo che i genitori lo hanno punito per non aver fatto i compiti. Questa punizione per un mancato adempimento ad una sua responsabilità e l'insorgenza dei pensieri rabbiosi conseguenti sembrano aver rappresentato per lui la conferma di essere cattivo, stupido, indegno e quindi a rischio di essere lasciato solo, incapace e dunque potenzialmente colpevole di non saper fronteggiare le responsabilità, mentre possono succedere cose brutte a lui e ai suoi cari. La sua iper-responsabilizzazione e sensibilità alla colpa sono diventate intollerabili, fino all'esordio sintomatologico con le ossessioni di contaminazione e le conseguenti compulsioni di lavaggio delle mani. L'intervento terapeutico è stato inizialmente dedicato al trattamento del DOC secondo il modello di Mancini (Mancini et al.; 2016). Nella seconda parte della terapia, invece, il focus si è spostato sull'aspetto depressivo, accentuatosi quando la sintomatologia ossessiva ha subito una remissione lasciando spazio ai temi di inadeguatezza e non amabilità già presenti nel pz. La completa perdita di motivazione e collaborazione da parte di Giulio e le sue ripetute quarantene non hanno garantito la continuità dell'intervento terapeutico come previsto dal protocollo. Mancini F. (a cura di), 2016. La mente ossessiva. Raffaello Cortina Editore.

La Schema therapy per l'infanzia e l'adolescenza. L'Inner House nel trattamento del DOC: uno studio su casi singoli

Relatore: Lavinia Lombardi, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma

Co-autori:

Ercolani Giordana, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma;

Romano Giuseppe, Psicologo e Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma, Professore Straordinario Università "G. Marconi" Roma, Centro Clinico "Marco Aurelio" Roma

Alcuni individui con Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) possono sperimentare immagini e/o pensieri angoscianti intrusivi ricorrenti, che possono essere emotivamente legati a ricordi avversi del passato. L'Imagery Rescripting (ImRs) è risultato un intervento efficace per tali individui adulti con DOC (Tenore K. et al., 2020; Veale D. et al. 2015). L'obiettivo del presente studio è intervenire sulla valenza emotiva dei ricordi dolorosi che, se negli adulti può essere modificata attraverso l'ImRs, auspichiamo possa essere lo stesso in età evolutiva con l'applicazione della tecnica dell'Inner House, anche in questo caso per soggetti con DOC. Mentre l'adulto, in seguito alla psicoeducazione e grazie alla maggiore compliance, trova più facile capire che confrontarsi con gli affetti negativi è una parte importante del processo terapeutico, per i bambini è molto più difficile comprendere questa necessità. Inoltre i bambini spesso vengono inviati in terapia e presumono, oppure sanno, che qualcun altro (in genere genitori oppure gli insegnanti) vogliono cambiare qualcosa di loro; questo può scatenare una certa resistenza al cambiamento (Loose C., 2017). Obiettivo dello studio è anche indagare gli effetti dell'intervento svolto solo sulla vulnerabilità del bambino e/o adolescente attraverso la tecnica dell'Inner House e non direttamente sui sintomi del DOC presentati, così da poterne fare un buon uso strategico nell'esercizio della pratica clinica.

Loose C., Graaf P., Zarbock G. (2017) "La Schema Therapy con i bambini e gli adolescenti". Istituto Scienza Cognitive.

Tenore K., Basile B., Cosentino T., De Sanctis B., Fadda S. Femia G., Gragnani A., Luppino O., Pellegrini V., Perdighe C., Romano G., Saliani A., Mancini F., (2020). "Imagery Rescripting on Guilt-Inducing Memories in OCD: A Single Case Series Study". Front. Psychiatry.

Veale D., Page N., Woodward E., Salkovskis P. (2015). "Imagery Rescripting for Obsessive Compulsive Disorder: A single case experimental design in 12 cases". Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.

Quando il DOC si prende tutto. Il trattamento intensivo per intervenire su un caso grave di Disturbo Ossessivo Compulsivo in adolescenza

Relatore: Giordana Ercolani, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma, Consulente presso il Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva -TSMREE XIV della ASL Roma1

Co-autori:

Romano Giuseppe, Psicologo, Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma, Professore Straordinario Università "G. Marconi" Roma, Centro Clinico "Marco Aurelio" Roma;

Russo Federica, Psicologa, Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma;

Jarach Jacopo, Psicologo e Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma

Il Disturbo Ossessivo Compulsivo colpisce, nell'arco di una vita, circa 2-3% della popolazione; in particolare sembra esordire spesso in età evolutiva, tra i 9 e gli 11, anni con un particolare incremento in età adolescenziale. Gli effetti di questo disturbo sulla qualità della vita di chi ne soffre e dei suoi familiari possono essere molto negativi. Frequentemente l'intera quotidianità del paziente viene condizionata dal disturbo, con

conseguenze sfavorevoli alla vita relazionale e scolastica/professionale. In accordo con diversi studi di esito la psicoterapia cognitivo comportamentale, affiancata quando necessario al trattamento farmacologico, rappresenta la terapia di elezione per questo disturbo. La gravità di molti pazienti suggerisce la necessità di ricorrere a trattamenti intensivi come nel caso clinico presentato. Sulla base dell'efficacia del protocollo terapeutico messo a punto da Mancini F. e collaboratori (2016), L. è sottoposto ad un protocollo di trattamento intensivo con un duplice obiettivo: aiutarlo ad accettare livelli crescenti di minaccia, rappresentati nel suo caso dalla possibilità di essere "invaso" da sporco e insetti, scegliendo di rinunciare in modo graduale ai diversi tentativi di soluzione; intervenire sulla vulnerabilità al disturbo che, come anche confermato dalla letteratura, consiste nel timore catastrofico di poter essere colpevole. In particolare, trattandosi di un caso in età adolescenziale, l'intervento di esposizione con prevenzione della risposta (E/RP), inteso come pratica dell'accettazione, è stato applicato anche attraverso l'integrazione del protocollo DNA-V dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) di Hayes L. e Ciarrochi J. (2017). Nel dettaglio l'intervento di tipo intensivo ha visto il pz. coinvolto per quattro settimane, intervallate da una di interruzione, in diverse sessioni terapeutiche giornaliere orientate da un rationale strategico che mira, attraverso differenti tecniche, all'addestramento all'accettazione del rischio, all'intervento sulle memorie sensibilizzanti ai temi di vulnerabilità e alla gestione di meccanismi di mantenimento di tipo interpersonale, che il più delle volte coinvolgono i familiari più prossimi, i quali, in modo inconsapevole, ne favoriscono il mantenimento.

Mancini F. (a cura di), (2016). La mente ossessiva. Raffaello Cortina Editore.

Hayes L.L., Ciarrochi J., (2017). Adolescenti in crescita. L'ACT per aiutare i giovani a gestire le emozioni, raggiungere obiettivi, costruire relazioni sociali. Edizione italiana di Dell'Orco. Milano: Franco Angeli Editore.

Misofonia e DOC in Età Evolutiva: Strumenti di Valutazione e Protocolli di Intervento

Relatore: Sofia Mattioli, Associazione di Psicologia Cognitiva APC Roma, Foligno

Co-autori: Michela Fazi, Lucia Fiumalbi, Maria Verdiana Amato, Ilaria Nicandra Capuano, Clizia Cincidda, Cristina Curcio, Gianna Di Loreto, Angela Filocamo, Edoardo Fossati, Antonio Imbesi, Raffaele Isgrò, Alessia Minissale, Vanessa Nocito, Serena Paladini, Valeria Pecoraro, Camilla Pesaresi, Carolina Pinci, Caterina Scarano, Chiara Spadafora, Maria Chiara Sabato, Chiara Tonasso, Emanuela Trichilo, Allison Uvelli - Rete scuole APC-SPC;

Mercuriu Monica, Psicologo e Psicoterapeuta, SPC Scuola di psicoterapia cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma;

Romano Giuseppe, Psicologo, Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma, Professore Straordinario Università "G. Marconi" Roma, Centro Clinico "Marco Aurelio" Roma

La Misofonia è un disturbo caratterizzato da una ridotta tolleranza a determinati suoni o a stimoli ad essi associati. In età evolutiva, tale condizione può presentarsi in associazione a diverse manifestazioni psicopatologiche, tra cui il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC).

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di passare in rassegna la letteratura relativa alla valutazione e al trattamento della Misofonia in età evolutiva, quando presente in comorbidità con il DOC.

Con tale intento, sono state prese in considerazione quattro Review Sistematiche della Letteratura, condotte seguendo il metodo PRISMA, che hanno riguardato la definizione, la comorbidità, la valutazione e il trattamento di tale condizione.

Sono stati selezionati, da ciascun lavoro, unicamente gli studi che riguardavano l'età evolutiva e, per quanto riguarda il trattamento, un criterio di inclusione ha riguardato la compresenza di caratteristiche misofoniche e DOC.

In relazione alla Misofonia, i risultati hanno mostrato la presenza di un unico strumento utile per la sua valutazione in età evolutiva e dodici studi che riguardano il trattamento in infanzia e adolescenza; quattro lavori si sono occupati della comorbidità oggetto del presente lavoro.

In conclusione, si rendono necessari ulteriori lavori su larga scala, in grado di indagare la Misofonia in età evolutiva, con il fine di strutturare appositi strumenti di valutazione e di trattamento.

22 Settembre, Venerdì

16.30-17.45
CORPO AULE - AULA 6

SIMPOSIO S-085

Più è accurata la mappa, più è sicuro il viaggio: assessment e trattamento dei disturbi di personalità

Chair: Andrea Gragnani, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma; Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC; Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Discussant: Donatella Fiore, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

La funzione principale del processo di assessment è rappresentata dal tentativo di comprendere il paziente e il suo mondo di significati e di spiegarsi in che cosa consiste, come può essere nato e come si mantiene il problema che ci viene presentato.

L'assessment quindi, in quanto processo clinico, avvia una prima fase della psicoterapia propedeutica rispetto all'intero trattamento.

Questo processo appare ancora più indispensabile quando il clinico si confronta con i disturbi di personalità. La messa a punto precoce di una strategia terapeutica su misura per i pazienti complessi sembra essere un ingrediente facilitatore di alleanza, condivisione e quindi fondamentale per il successo terapeutico.

Durante questa fase di osservazione e conoscenza sembra fondamentale disporre di differenti strumenti di valutazione e fare riferimento a diverse metodiche di indagine clinica e diagnostica in un'ottica integrata, tenendo in considerazione la grande resistenza dei profili personologici con caratteristiche di pervasività, persistenza a disvelare e riconoscere le proprie vulnerabilità e gli stati problematici.

Il seguente simposio si propone di confrontare diversi contributi circa la valutazione della personalità, secondo diverse chiavi di accesso tese ad osservare e valutare i processi implicati nella psicopatologia della personalità quali scopi, anti-scopi, credenze, convinzioni patogene, bias cognitivi ricorrenti, stati mentali, cicli interpersonali, disfunzioni metacognitive, nuclei problematici e temi dolorosi.

In questa direzione si inseriscono i contributi proposti.

Il primo contributo si propone di indagare come una procedura standard di assessment, con conseguente formulazione del caso e condivisione con il paziente, possa aumentare l'efficacia del trattamento e quindi ridurre le percentuali di dropout soprattutto nei pazienti con disturbi di personalità.

Il secondo contributo presenta il S-AS (Scopi-AntiScopi; Femia, Gragnani e Lorenzini, 2020), uno strumento self-report, che può coadiuvare il clinico nel delicato processo di assessment in linea con il ragionamento clinico di matrice cognitivista. Lo strumento potrebbe potenziare l'assessment clinico e cogliere i fattori divergenti o convergenti fra l'osservazione clinica e testistica.

Il terzo contributo, attraverso la presentazione di un caso clinico, analizza la capacità del test MMPI-2 di operare una valutazione clinica del funzionamento personologico secondo i criteri dimensionali previsti dall'attuale DSM-5-TR (APA, 2023) e del modello alternativo sui Disturbi della Personalità (Sezione II del DSM-5-TR).

Il quarto contributo indaga l'emozione della noia, vissuto trasversale a diverse condizioni sintomatologiche, in un ampio campione non clinico. I dati mostrano la relazione tra noia e distress psicologico e tra noia e alcune tendenze personologiche. La noia quindi risulta un elemento importante da indagare sin dalla fase di assessment.

“Assessment terapeutico” e drop-out nei pazienti complessi

Relatore: Gaetano Mangiola, Centro Clinico Ecoipoiesis, Reggio Calabria; Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Reggio Calabria

Co-autori: Augusta Luana¹; Barbara Federica^{1,2}; Bartolo Emanuela¹; Chirico Doriana¹; Cento Luca¹; Conti Laura¹; De Santis Giuseppe¹; Drago Nancy¹; Felicetti Mariateresa¹; Giordano Annalisa^{1,2}; Labate Chiara²; Lavilla Federica¹; Lo Giudice Carla^{1,2}; Lucà Ylenia¹; Milano Rossella Maria¹; Morena Paola^{1,2}; Pazzano Paola^{1,2}; Pucci Silvia²; Zampaglione Milena¹

1 Centro Clinico Ecoipoiesis, Reggio Calabria

2 Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Reggio Calabria

L'intervento prende spunto dalle riflessioni presenti in letteratura circa i fattori maggiormente implicati all'interno di una gestione efficace dell'intervento terapeutico.

Nello specifico gli autori hanno provato ad indagare l'efficacia di anteporre alla psicoterapia una fase iniziale di assessment standardizzato.

E' stato preso in esame un ampio campione di pazienti con diagnosi di disturbo di personalità, di diversi terapeuti tutti operanti all'interno dello stesso centro clinico.

La procedura di assessment, utilizzata nel nostro centro clinico già dal 2008, prevede tre incontri di analisi del funzionamento attraverso un primo colloquio semi strutturato, l'utilizzo di una batteria di test (MMPI-2, SCID-5-PD, PID-5, SCL-90, TAS-20, ASQ e IIP-47), due colloqui dedicati all'intervista SCID-5-PD e all'approfondimento e un ultimo colloquio di restituzione.

L'incontro di restituzione è organizzato in tre fasi:

\- una prima fase di discussione collaborativa sui risultati degli strumenti psicodiagnostici utilizzati, sulla linea dell' "assessment terapeutico" (Finn, 1994, 1996);

\- una seconda fase di restituzione al paziente del suo funzionamento in ottica cognitiva, con la descrizione dei suoi sintomi, la vulnerabilità, i fattori di scompensamento e di mantenimento, eventuali cicli interpersonali e le risorse, sulla linea della "formulazione condivisa del caso" (Eells, 2007, 2009; Sturmey 2008, 2009);

\- un'ultima fase in cui viene definita una proposta terapeutica, sulla base di tutte le informazioni raccolte e condivise, esplicitando al paziente il razionale e le fasi dell'intervento terapeutico pensato per il suo caso specifico.

Nel corso della nostra pratica clinica, al termine dell'incontro di restituzione, abbiamo osservato spesso in molti pazienti un processo di insight rispetto al loro funzionamento, con un corrispettivo aumento della fiducia e della motivazione al trattamento, e quindi un outcome migliore in linea con i dati presenti in letteratura.

Secondo gli autori sarebbe proprio il modo in cui è strutturato l'incontro di restituzione che andrebbe ad influire precocemente e positivamente sull'alleanza terapeutica, la variabile indipendente che influisce sull'outcome.

Il presente lavoro quindi si propone di confrontare i dati relativi al dropout del campione di riferimento con quelli presenti in letteratura, ipotizzando che la procedura di assessment utilizzata riduca la percentuale di dropout dei pazienti complessi.

Si proporranno inoltre dei dati preliminari su un secondo campione di pazienti, al momento in fase di reclutamento, che effettuano la procedura di assessment ma non effettuano l'incontro di restituzione.

L'iper-investimento su scopi e antiscopi e la psicopatologia: quale relazione? Uno studio preliminare condotto mediante S-AS, PID-5 e SCL-90-R

Relatori:

Giuseppe Femia, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC, SPC, IGB

Isabella Federico, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Co-autori: Gragnani Andrea²; D'Olimpio Francesca³; Rogier Guyonne⁴; Mancini Francesco^{2,5}

² Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC, SPC, AIPC, SICC, IGB;

³ Dipartimento di Psicologia, Università della Campania "Luigi Vanvitelli";

⁴ Dipartimento di Scienze della Formazione, Università degli studi di Genova;

⁵ Università Guglielmo Marconi

La psicopatologia e, nello specifico, i disturbi della personalità sembrano essere caratterizzati da un iper-investimento su scopi e antiscopi, oltre che da una rigidità degli investimenti e, di conseguenza, da un piano esistenziale povero, che genera sofferenza e resistenza al cambiamento.

Il principale obiettivo del seguente studio è di esplorare la struttura fattoriale di un questionario di scopi e antiscopi (S-AS) e la relazione che intercorre tra i diversi fattori S-AS e i domini della personalità. Inoltre ci siamo posti i seguenti sotto-obiettivi: a) verificare se vi siano differenze tra un gruppo clinico, un gruppo di terapeuti e un gruppo di partecipanti non-clinici, in termini di iper-investimento (su scopi e/o antiscopi), ipotizzando che il gruppo clinico abbia punteggi più elevati rispetto agli altri due gruppi; b) osservare se un maggior iper-investimento sia associato ad un aumento dei punteggi in termini di sofferenza e disagio esperiti. A 569 partecipanti (popolazione generale) (n=188), pazienti (n=148) e psicoterapeuti in formazione (n=236)) è stato chiesto di rispondere ad un questionario composto da 20 scopi e 20 antiscopi. Ad un sottocampione è stato inoltre chiesto di compilare il PID-5 e la SCL-90-R.

L'analisi fattoriale eseguita sul S-AS ha suggerito la presenza di otto fattori. L'analisi multivariata della covarianza (MANCOVA) – con genere ed età come covariante – ha evidenziato differenze significative tra i tre gruppi sul primo, secondo e quarto fattore e con punteggi più elevati nel campione clinico. Non sono state riscontrate differenze significative sul quinto fattore, mentre per gli altri fattori (terzo, sesto, settimo e ottavo) il gruppo clinico ha ottenuto punteggi significativamente più elevati rispetto al gruppo degli psicoterapeuti in formazione. Dalle analisi delle correlazioni si evidenzia che tutti i fattori del S-AS – ad eccezione del quinto – correlano ($p < .05$) in modo positivo con tutti i domini del PID-5. Inoltre tutti i fattori del S-AS, ad eccezione del quinto, correlano con le sottoscale della Scala SCL-90-R. Tra il primo fattore del S-AS e le sottoscale Somatizzazione e Ansia fobica della Scala SCL-90-R sono state riscontrate correlazioni significative ma basse.

I risultati sembrano a favore di una relazione significativa e positiva tra iper-investimento in termini di scopi e antiscopi e psicopatologia. Da un punto di vista clinico, l'utilizzo di tale strumento – il S-AS – sembrerebbe in grado di cogliere l'architettura scopistica e, dunque, potrebbe agevolare il lavoro di assessment e offrire un supporto per lo sviluppo dell'alleanza terapeutica, oltre che per una progettazione mirata dell'intervento terapeutico. Dal punto di vista empirico, il S-AS potrebbe consentire l'integrazione tra le specificità del caso singolo e la conoscenza della costellazione di significati che sono alla base del funzionamento dei pazienti, nonché dei meccanismi che mantengono e aggravano la loro sofferenza (Mancini, 2016).

MMPI-2 e PID-5 a confronto: scale cliniche e funzionamento della personalità mediante un caso clinico

Relatore: Emanuele Del Castello, Didatta SPC e Docente di Psicodiagnostica SPC, Capua

Co-autori: Giuseppe Femia, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC, SPC, IGB

Background: Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) è da sempre considerato un test in grado di individuare gli aspetti clinici e di funzionamento della personalità e di discriminare la psicopatologia dalla normalità.

Obiettivo: L'obiettivo del presente studio mira a illustrare la capacità dell'MMPI-2 nel delineare il profilo di funzionamento della personalità mediante caso clinico, sia utilizzando una lettura di tipo clinico-categoriale sia di tipo dimensionale. Nello specifico, verranno confrontate le informazioni cliniche e di funzionamento della personalità rilevate dalla lettura delle scale di validità, le cliniche di base, le scale comportamentali, le scale di contenuto e supplementari dell'MMPI-2 con l'analisi del funzionamento della personalità rispetto ai domini di funzionamento del Sé (identità e auto-direzionalità) e del funzionamento Interpersonale (empatia e intimità).

Risultati: L'integrazione tra MMPI-2 e PID-5 disegna un profilo di personalità eterogeneo con tratti di perfezionismo e tratti di diffidenza. La descrizione delle scale cliniche in elevazione al test MMPI-2 rilevano problematiche interpersonali in accordo con il PID-5.

Conclusioni: In conclusione, il grado di accordo tra MMPI-2 e PID-5 segnala come il test MMPI-2 sia capace di operare una valutazione clinica del funzionamento personologico secondo i criteri dimensionali previsti dall'attuale DSM-5-TR (APA, 2023) e del modello alternativo sui Disturbi della Personalità (Sezione II del DSM-5-TR).

Il ruolo della noia come emozione cruciale nel funzionamento di alcune dimensioni personologiche

Relatore: Anna Chiara Franquillo, Laurea in Psicologia Clinica, dottorato di ricerca, specializzazione in Psicoterapia SPC Grosseto

Co-autori: Giuseppe Femia¹; Valerio Pellegrini²; Estelle Leombruni¹; Marco Sauttoni^{1,3,4}; Andrea Gragnani^{1,3}

1 Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva (APC-SPC), Roma;

2 Department of Developmental and Social Psychology, Sapienza University of Rome;

3 Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Grosseto;

4 ASL Toscana Nordovest, Pisa

Background: La noia, come esperienza umana universale, viene spesso associata ad un vissuto spiacevole e si caratterizza per diverse componenti, tra cui basso arousal, mancanza di attenzione, valenza negativa, una percezione amplificata del tempo e la sensazione di mancanza di scopo esistenziale. Lo studio di tale emozione non sembra essere particolarmente approfondito, nonostante questa sia un'esperienza comune e si associ ad alcune difficoltà psicologiche che riguardano, in linea generale, sia disturbi internalizzanti che esternalizzanti. La noia, inoltre, sembra essere un'emozione centrale in alcune sfaccettature di personalità. Nello specifico, ad esempio, sembra che tratti di personalità quali l'affettività negativa e il nevroticismo (caratterizzati da una

tendenza nei soggetti ad esperire, in modo intenso, una gamma di vissuti negativi come ansia e depressione) correlino positivamente con la noia.

Sulla base di tali premesse, il seguente lavoro si pone l'obiettivo di approfondire e comprendere l'associazione tra la noia e alcuni tratti di personalità e le ricadute che questa relazione ha sul distress psicologico.

Metodo: Il campione riguarda 588 italiani adulti di una popolazione generale che, tramite una survey online, sono stati sottoposti alla compilazione di alcuni strumenti di valutazione, tra cui il MSBS, per la noia, e il PID-5 come strumento innovativo di valutazione dei tratti di personalità, in accordo con il modello dimensionale proposto dal DSM 5. Per quanto riguarda i dati raccolti e la loro analisi, ci si è avvalsi del Network Model.

Risultati: I risultati mostrano un'interessante associazione tra la noia e il distress psicologico, in particolar modo con la depressione, e tra la noia e alcune tendenze personologiche, considerate tratti, come l'affettività negativa e il distacco.

Conclusioni: Sulla base di tali osservazioni, seppur riscontrabili all'interno di un campione non clinico, possiamo asserire che la noia sembrerebbe essere un vissuto centrale e trasversale ad alcuni tratti strutturanti la personalità, oltre che a diverse condizioni sintomatologiche che causano sofferenza. Pertanto, sulla base dei primi dati ottenuti da questo studio, sviluppi futuri di tale lavoro potrebbero rivolgere l'osservazione di tale costrutto su un campione specificatamente clinico, dal momento che tale emozione potrebbe esacerbare dei vissuti sintomatologici già dolorosi. Tutto questo perché lo studio della noia, come componente emotiva di più condizioni cliniche, potrebbe portare a diversi spunti di riflessione clinica fondamentali sia in termini di assessment che di intervento cognitivo comportamentale.

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15

SIMPOSIO S-050

TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

Di cosa parliamo quando parliamo di dissociazione? Nuove prospettive e antichi dilemmi

Chair: Maurizio Brasini, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Discussant: Tullio Scrimali, Università di Catania, Scuola ALETEIA di Enna

Vi sono pochi costrutti, nell'ambito della psicopatologia, che hanno una storia altrettanto articolata e controversa, che hanno ricevuto in tempi recenti altrettanta rilevanza, e che al crescere dell'interesse scientifico e col moltiplicarsi degli studi empirici continuano tuttavia a sfuggire ad una definizione chiara ed univoca della loro essenza, come il costrutto di dissociazione.

Questo simposio prende spunto dalla recente uscita della nuova edizione del volume "Dissociation and dissociative disorders - past, present and future" (2022, Routledge), per affrontare tre questioni collegate alla dissociazione.

La prima relazione, della dr.ssa Rachele Stacchiotti, senza la pretesa di fare il punto sullo stato dell'arte in merito al concetto di dissociazione e alla sua relazione con la psicopatologia, confronterà la teoria della dissociazione, come fallimento delle funzioni integratrici della coscienza, con altre posizioni alternative, come ad esempio quella, attualmente minoritaria, della dissociazione come prodotto della suggestionabilità ipnotica, ovvero del distanziamento difensivo dal dolore dell'esperienza avversa.

La seconda relazione, del Prof. Francesco Mancini, riprenderà le teorie del conflitto intrapsichico alla luce delle conoscenze attuali sui meccanismi psicologici che ne spiegano il funzionamento, distinguendo differenti tipi di conflitto e proponendo che in alcuni casi il recupero di una teoria empiricamente fondata può prevenire il rischio che il clinico adotti l'ipotesi della psicopatologia su base dissociativa in modo poco accurato.

La terza relazione, a cura della dr.ssa Giulia Bongiovanni, del dr. Paolo Spina e della dr.ssa Ornella Bellomia, passa in rassegna la letteratura sul maladaptive daydreaming, considerando l'ipotesi dissociativa e le implicazioni cliniche, con un esempio.

Le attuali prospettive sul costrutto di dissociazione

Relatore: Rachele Stacchiotti, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Ancona

Lo studio della dissociazione nella letteratura scientifica ha una storia clinica e teorica vasta e di lunga durata, ma soprattutto nell'ultimo decennio l'interesse sulla dissociazione e i disturbi dissociativi è cresciuto rapidamente, come dimostra l'aumento delle pubblicazioni e delle riviste dedicate all'argomento. Questo ha fatto sì che il ventaglio di punti dai quali il fenomeno è studiato e teorizzato sia diventato sempre più vasto, creando non poche controversie.

Ad oggi non è possibile rintracciare una prospettiva coesa sulla dissociazione, anche solo una definizione concettuale unitaria è difficile da individuare, non vi è accordo sulla distinzione dei vari fenomeni dissociativi né sulla spiegazione dei processi patogenetici sottostanti, tantomeno chiarezza sulla terminologia.

L'approccio che ad oggi risulta maggiormente condiviso nella società scientifica è quello che fa riferimento alla teoria dell'attaccamento come cornice per la comprensione dei fenomeni dissociativi, in particolare all'attaccamento disorganizzato e allo sviluppo traumatico. Risultati empirici consistenti supportano infatti l'idea che la disorganizzazione dell'attaccamento sia connessa ai sintomi dissociativi, suggerendo l'esistenza

di una dimensione traumatico-disintegrativa che si manifesta a vari livelli nel profilo psicopatologico di tutti i pazienti con storie di sviluppo traumatico.

Esiste però un altro filone di studi provenienti dal campo dell'ipnosi che mette in discussione le ipotesi eziologiche della dissociazione basate su trauma e attaccamento, sostenendo l'infondatezza del nesso causale tra trauma e dissociazione, affermando anche che molti eventi ai quali nel panorama contemporaneo ci si riferisce come "traumi" non siano realmente traumatici. Secondo questa posizione sarebbe la suggestionabilità ipnotica il fattore chiave: senza questa nessun trauma, per quanto intenso o cronico, porterebbe a un outcome di tipo dissociativo. In particolare Paul F. Dell negli ultimi 3 anni ha messo a punto il suo modello autoipnotico sulla dissociazione, evidenziando il punto nucleare che lo distingue da quello basato sul trauma: sebbene il dolore e il distress siano necessari per sviluppare un disturbo dissociativo, e anche se il trauma fosse innegabilmente avvenuto, non sono sufficienti per produrre dissociazione, che si verifica solo se l'individuo è altamente ipnotizzabile. Questa abilità ipnotica è inoltre intesa come distanziamento mentale dal dolore motivato, difensivo e attivo, mentre il modello del trauma si riferisce a una debolezza o una compromissione delle funzioni integrative derivante dalle esperienze traumatiche.

In questo lavoro verranno dunque passate in rassegna le ultime pubblicazioni riferite alle due posizioni sull'eziologia della dissociazione, evidenziandone le differenze e le controversie, all'interno di un panorama scientifico vasto e multiforme.

Il conflitto intrapsichico: un'alternativa parsimoniosa all'ipotesi dissociativa

Relatore: Francesco Mancini, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori: Mauro Giacomantonio, Università "La Sapienza", Roma

I conflitti intrapsichici, tema a lungo trascurato dal cognitivismo clinico, sono un oggetto di studio e riflessione centrale per la comprensione dei processi psicopatologici e della sofferenza umana. In assenza di una teoria del conflitto, le spiegazioni relative ai deficit tenderanno inevitabilmente ad essere utilizzate a compensazione di questa mancanza; pertanto, mettere a fuoco le diverse modalità con cui si possono presentare i conflitti intrapsichici può aiutare a ridurre il rischio di falsi positivi nella diagnosi di dissociazione. Nel presente lavoro, sulla base di una prospettiva finalistica della motivazione umana, vengono distinte tre tipologie di conflitto: a) i conflitti tra stati mentali separati; b) i conflitti all'interno dello stesso contesto mentale; c) i conflitti nel dominio della valutazione. Verranno passati in rassegna i principali processi psicologici di base che possono contribuire alla generazione, al mantenimento dei conflitti, come ad esempio il framing, la distanza psicologica e i contesti mentali. Si considererà in quali casi la spiegazione della psicopatologia in base a questi meccanismi risulta più parsimoniosa rispetto all'ipotesi dissociativa. Infine, verranno considerate alcune possibili strategie attraverso cui è possibile promuovere la risoluzione del conflitto intrapsichico con particolare enfasi sui processi di accettazione della perdita

Maladaptive daydreaming e fenomeni dissociativi

Relatore: Giulia Bongiovanni, IGB Istituto Gabriele Buccola, Palermo

Co-autori: Paolo Spina, Ornella Bellomia - IGB Palermo

Il Maladaptive Daydreaming (MD) viene definito da Somer come una condizione psicopatologica caratterizzata da un'intensa tendenza a fantasticare, prolungata nel tempo e accompagnata da veri e propri rituali comportamentali, in grado di facilitare il processo immaginativo, con conseguente compromissione del normale funzionamento individuale e sociale. A partire dalla situazione pandemica relativa al COVID-19, si è

notato un maggior numero di pazienti che manifestano problematiche legate al MD ed un notevole incremento di ricerche presenti in letteratura sull'argomento. Lo scopo di questo contributo è quello di fornire una revisione dei dati presenti in letteratura, per offrire una visione più chiara del fenomeno, sia da un punto di vista diagnostico, che per lo sviluppo di possibili trattamenti futuri. In letteratura è acceso il dibattito sulla possibilità di considerare il Maladaptive Daydreaming come categoria diagnostica a sé stante oppure come strategia di coping disfunzionale per la regolazione di specifici stati emotivi; alcuni studi, invece, ricercando le funzioni che il MD possa assolvere all'interno della psicopatologia dell'individuo, ipotizzano che lo stesso possa fungere da strategia volta a soddisfare il raggiungimento di una versione alternativa di sé ideale, grandiosa, di successo e potente, connettendo tale fenomeno ad una possibile vulnerabilità narcisistica; altri ancora hanno cercato di indagare la stretta correlazione tra trauma, fenomeni dissociativi e tendenza ad utilizzare il MD. Nello specifico tali soggetti, sembrerebbero essere caratterizzati da un'innata capacità di assorbimento e coinvolgimento immaginativo, per cui diversi studi sembrano protendere verso la possibilità che la presenza di trauma e fattori dissociativi rappresentino significativi fattori di vulnerabilità e di mantenimento nel Maladaptive Daydreaming. Al fine di comprendere in maniera concreta come tale fenomeno possa iscriversi all'interno di un quadro di funzionamento psicologico più ampio, verrà presentato il caso clinico di Francesco, ragazzo di 15 anni, che giunge in terapia presentando una severa sintomatologia inerente alla sfera dell'ansia sociale, verosimilmente esito di un sistema di credenze sul sé basato sui costrutti di "incapacità", "insicurezza", "inferiorità" e "mancanza di valore" che ne denotano una chiara vulnerabilità narcisistica. Il MD diviene quindi per Francesco la strategia attraverso cui vivere in una dimensione alternativa all'interno della quale poter essere la versione desiderata di sé: una persona potente fisicamente, di successo, capace di gestire le situazioni, sicura di sé, ammirata dagli altri e quindi di valore. Le informazioni inerenti strategie, tecniche di intervento e risultati dello stesso verranno fornite in sede congressuale.

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15

SIMPOSIO S-017

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

Dal giudizio all'accettazione: gli interventi esperienziali per promuovere l'autocompassione in psicoterapia

Chair: Michela Alibrandi, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Genova

Discussant: Simone Cheli, Department of Psychology, St. John's University, Roma

Gli atteggiamenti di autocolpevolizzazione e autocritica sono connessi all'iperattivazione del sistema di protezione dalla minaccia (threat system), trasversale a diverse psicopatologie.

In particolare essi si associano allo sviluppo e al mantenimento della sofferenza e a una riduzione delle capacità metacognitive.

Gli approcci presentati in questo simposio, compassion focused therapy, mindful compassion e videotecnica in ottica di terapia metacognitiva interpersonale (self mirroring therapy e video imagery rescripting), hanno l'obiettivo di promuovere un atteggiamento diverso nei confronti di se stessi, compassionevole e di autocura anziché di invalidazione e disprezzo.

Gli interventi che saranno presentati vanno oltre una prospettiva esclusivamente cognitiva e coinvolgono soprattutto l'esperienza corporea e somatica del soggetto, in un approccio di integrazione mente corpo.

Nel primo intervento, la dott.ssa Marta Floridi presenterà i risultati di uno studio longitudinale svolto in 21 nazioni finalizzato ad osservare il ruolo della compassione e della paura della compassione come moderatore tra la minaccia percepita durante il COVID-19 e la sintomatologia depressiva e ansiosa, lo stress e la social safeness.

Nel secondo intervento, il dott. Luca Bodini illustrerà il rationale di utilizzo e gli studi di efficacia a supporto di un intervento psicologico basato sulla mindful compassion per la riduzione del burnout negli operatori sanitari, con particolare riferimento all'esperienza avvenuta all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona con il personale infermieristico in prima linea durante la pandemia da COVID-19.

Nel terzo intervento, la dott.ssa Carlotta Bertini presenterà uno studio sull'utilizzo della Compassion Focused Therapy nella prima infanzia in 10 soggetti di età compresa tra i 6 e i 10 anni, per indagare quanto i bambini comprendano e siano in grado di usare questo tipo di linguaggio per orientarsi in relazione alle proprie problematiche. L'idea è che la modalità di lavoro Compassion-Focused sia percorribile anche in questa fascia d'età e che, promuovendo la consapevolezza del proprio funzionamento mediante questo tipo di psicoeducazione e un atteggiamento autocompassionevole, i bambini possano aumentare la loro capacità di tollerare e regolare emozioni difficili come ansia, rabbia e vergogna.

Nel quarto intervento, la dott.ssa Michela Alibrandi esporrà il trattamento di un caso clinico di disturbo di personalità caratterizzato da un livello elevato di autocritica e mostrerà come, con l'aiuto delle videotecnica applicate al trattamento in ottica di Terapia Metacognitiva Interpersonale, aiuta il paziente ad uscire da un loop di autocritica, tipico della sua struttura di personalità, per rivolgere a sé stesso uno sguardo più benevolo e promotore del cambiamento.

Compassione, salute mentale e social safeness durante la pandemia da COVID-19: evidenze da uno studio longitudinale in 21 nazioni

Relatore: Marta Floridi, Psicologa, II° anno SPC Grosseto, Tages Onlus Firenze

Co-autori:

Marcela Matos, Psicologa, Psicoterapeuta, Università di Coimbra, Centro di Ricerca in Neuropsicologia e Intervento Cognitivo-Comportamentale;

Veronica Cavalletti, Psicologa, Psicoterapeuta, Tages Onlus;

Simone Cheli, Psicologo, Psicoterapeuta, Tages Onlus; Università di Firenze

La pandemia da COVID-19 ha avuto un impatto significativo sulla vita delle persone a causa delle restrizioni e dei lockdown adottati dai vari paesi in diversi momenti, causando un'interruzione improvvisa della quotidianità e dei contatti sociali con altri. Questo ha comportato una serie di conseguenze negative sulla salute mentale e sul benessere delle persone. È stato infatti osservato che la paura di contrarre la COVID-19, così come le restrizioni sociali, si associano ad un aumento dei livelli di ansia, depressione e stress.

Per questo motivo le ricerche si sono concentrate sull'individuazione di fattori protettivi che potessero attenuare gli effetti sulla salute mentale della pandemia da COVID-19.

Obiettivo: *L'obiettivo dello studio è stato quello di osservare il ruolo della compassione e della paura della compassione come moderatore tra la minaccia percepita della COVID-19 e la sintomatologia depressiva e ansiosa, lo stress e la social safeness. In ottica longitudinale lo studio è andato ad indagare le variazioni nel tempo della compassione (per sé, per gli altri e dagli altri) e delle paure della compassione (per sé, per gli altri e dagli altri) durante la pandemia di COVID-19.*

Metodo: *Lo studio ha comportato quattro rilevazioni, più una quinta in corso al momento.*

Alla prima rilevazione hanno preso parte 4057 soggetti adulti di età compresa fra 19 e 91 anni, mentre alla seconda, alla terza e alla quarta rispettivamente 4156, 980 e 825 soggetti. I partecipanti appartenevano alla popolazione generale e sono stati reclutati in 21 Paesi di Europa, Medio Oriente, Nord America, Sud America, Asia e Oceania. Tages Onlus si è occupata di reclutare il campione italiano dello studio. I soggetti sono stati sottoposti ad una prima somministrazione tra Aprile 2020 e Maggio 2020, la survey online era composta da strumenti self-report che andavano ad indagare la minaccia percepita della COVID-19, compassione, depressione, ansia, stress, social safeness, crescita post-traumatica e sintomi da stress post-traumatico.

Risultati: *Dall'analisi dei dati è emerso che la self-compassion e la paura di ricevere compassione dagli altri moderavano la relazione tra la paura di contrarre la COVID-19 e le variabili legate alla salute mentale (depressione, ansia, stress). Inoltre è stato osservato che la compassione, con i suoi tre flussi, e la social safeness aumentavano la crescita post-traumatica, mentre la disconnessione sociale era un predittore di livelli più elevati di stress post-traumatico. Per quanto riguarda invece le modificazioni nel corso del tempo, è stato osservato che i flussi della compassione sono aumentati nel tempo, mentre le paure relative alla compassione sono diminuite durante la pandemia.*

Intervento basato sulla mindfulness e sulla compassione per ridurre il distress psicologico negli infermieri in prima linea durante la pandemia da COVID-19: razionale, fattibilità e studi clinici di efficacia

Relatore: Luca Bodini, Psicologo, IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Verona; Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona

Co-autori:

Simone Cheli, Psicologo, Psicoterapeuta, Tages Onlus; Università di Firenze;

Bonetto Chiara, Funzionario tecnico statistico, Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona;

Lasalvia Antonio, Professore Associato di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona, Dirigente medico presso l'UOC Psichiatria dell'AOUI Verona

La pandemia da COVID-19 ha esposto gli operatori sanitari di tutto il mondo a condizioni di lavoro pesantissime, con effetti devastanti sulla loro salute mentale, causando un incremento del burnout, ansia, sintomi depressivi, sintomi post-traumatici e ridotto investimento di energie nella sfera professionale. Tra i fattori più impattanti troviamo il sovraccarico lavorativo, l'aumento dei rischi per la salute in assenza di linee guida chiare, la riorganizzazione delle attività, una maggiore esposizione a condizioni di mortalità e un senso di incontrollabilità.

Tra gli operatori sanitari, il profilo professionale maggiormente a rischio di distress è quello degli infermieri, in particolare chi ha lavorato nei reparti maggiormente coinvolti nel trattamento dei pazienti affetti da COVID-19.

Alla data attuale numerosi gruppi di ricerca in tutto il mondo stanno sviluppando interventi volti a sostenere il benessere psicologico degli operatori. Tuttavia, mancano prove di studi clinici che testino interventi efficaci in una fascia di popolazione ad alto livello di sofferenza come gli infermieri in prima linea durante la pandemia da COVID-19.

In epoca pre-COVID-19 interventi di mindfulness e compassion sono risultati efficaci nel ridurre il burnout negli operatori sanitari. In particolare, la mindfulness, attraverso l'addestramento alla consapevolezza di sé, dei propri stati emotivi e comportamentali, permette la costruzione di una relazione di armonia ed equilibrio interno favorendo l'autoregolazione emotiva. La componente della compassione, intesa come consapevolezza della propria e altrui sofferenza unita all'intenzione di alleviarla, è risultata associarsi a capacità di adattamento in situazioni drammatiche come le pandemie, in particolare tra gli operatori sanitari. La compassione può essere un elemento in grado di bilanciare l'angoscia che un operatore sanitario sperimenta quando entra in contatto con eventi fortemente stressanti, attraverso la capacità di essere compassionevole con sé stessi, con gli altri e di ricevere compassione dagli altri. Un addestramento continuo alle pratiche di compassione consente di ribilanciare l'attivazione adattiva dei sistemi di regolazione affettiva e interrompere i circoli viziosi legati alla minaccia innescati da situazioni stressanti.

Partendo da tali premesse è stato sviluppato e testato con successo un intervento psicologico basato sull'approccio mindful compassion della durata di 7 settimane in epoca pre-COVID per studenti di infermieristica. Recentemente si è voluto implementare e valutare la fattibilità, l'accettabilità e l'efficacia di tale intervento in un contesto sanitario (Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona) con il personale infermieristico in prima linea durante la pandemia da COVID-19.

All'interno di questa relazione verranno presentati il rationale degli interventi di mindful compassion nella popolazione degli operatori sanitari e i dati di efficacia di diversi studi.

La compassion Focused Therapy in infanzia: applicazioni cliniche tra limiti e opportunità'

Relatore: Carlotta Bertini, Psicoterapeuta Tages Onlus, Firenze

Co-autori: Giulia Mori, Psicologa, Psicoterapeuta, Tages Onlus;

Simone Cheli, Psicologo, Psicoterapeuta, Tages Onlus, Università di Firenze

La “terapia basata sulla compassione” (Compassion Focused Therapy) è stata sviluppata per aiutare le persone che sperimentano alti livelli di vergogna e autocritica a coltivare un orientamento compassionevole e rappresenta un coerente modello di inquadramento e trattamento della psicopatologia. Questo tipo di approccio è stato ampiamente validato nella gestione della sofferenza emotiva di adulti, in misura minore in altre fasce d’età. Recentemente sono stati pubblicati alcuni studi che sostengono come la self-compassion sia legata anche al benessere emotivo di adolescenti e preadolescenti poichè riduce l’impatto dell’autocritica e della vergogna; è stato inoltre messo in evidenza quanto specifici percorsi legati al Parenting in ottica Compassion-Focused possano aiutare ad aumentare la regolazione emotiva, a diminuire l’autocritica e il senso di vergogna negli adolescenti. In infanzia, ad oggi, ci sono pochi studi in cui è stata indagata la fattibilità della CFT nella riduzione della sofferenza percepita dai bambini, nonostante numerose evidenze in letteratura che rimarcano l’associazione negativa tra self-compassion e psicopatologia.

L’obiettivo di questo studio è presentare 10 casi clinici di età compresa tra i 6 e i 10 anni a cui è stata proposta la concettualizzazione del caso mediante la Compassion Focused Therapy per indagare quanto i bambini di questa fascia d’età potessero comprendere e utilizzare questo tipo di linguaggio per orientarsi in relazione alle proprie problematiche. La fattibilità è stata testata mediante valutazione da parte dei terapeuti, feedback raccolti in seduta da parte dei bambini e dei genitori. L’idea è che la modalità di lavoro Compassion-Focused sia percorribile anche nella prima infanzia e che, promuovendo la consapevolezza del proprio funzionamento mediante questo tipo di psicoeducazione e tramite interventi di auto-compassione, i bambini possano aumentare la loro capacità di tollerare, regolare e validare emozioni difficili come ansia, rabbia e vergogna. Il fine è proporre una modalità di intervento nei bambini con psicopatologia che permetta loro di vivere all’interno della relazione terapeutica un senso di “Safeness” necessario a coltivare un atteggiamento compassionevole verso seè, verso gli altri e la capacità di ricevere compassione dagli altri, riducendo l’incidenza dell’autocritica, della vergogna per modificare precocemente quei Modelli operativi Interni che con il tempo diverranno sempre più rigidi e difficili da modificare.

I casi scelti verranno presentati in un’ottica dimensionale, distinguendo il versante esternalizzante ed internalizzante. Questo si rende necessario anche per poter verificare le possibili differenze nel proporre questo approccio sia in relazione a queste due macro categorie, sia in relazione all’età (esercizi, modalità e pratiche da proporre a casa).

L’attivazione della self compassion nel paziente attraverso la visione di sé sofferente, mediata dai neuroni specchio: Self Mirroring Therapy e Video Imagery Rescripting in ottica di Terapia Metacognitiva Interpersonale

Relatore: Michela Alibrandi, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Genova

Co-autori:

Dimaggio Giancarlo, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Centonze Antonella, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Bettoli Simona, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Genova

La Self Mirroring Therapy e la Video Imagery Rescripting sono tecniche che traggono le loro origini dal Videofeedback e portano nel setting terapeutico le conoscenze neuroscientifiche relative al sistema dei neuroni specchio.

Lo scopo è di aiutare il paziente a rivivere in modo incarnato le emozioni negative relative ad eventi dolorosi presenti e passati legati a schemi interpersonali disfunzionali, comprenderle e riscriverle attraverso il corpo. Il principale strumento è la videoregistrazione del paziente durante la rievocazione degli eventi in seduta e l'osservazione dei video in un clima di collaborazione con il terapeuta.

Il paziente, vedendo le espressioni emotive del proprio volto, è agevolato nel riconoscere in modo intuitivo, somatico ed incarnato le proprie emozioni, attraverso il sistema dei neuroni specchio che normalmente usa per comprendere in maniera automatica ed esperienziale gli stati emotivi altrui. L'emozione viene vissuta e sentita attraverso il corpo e non solo elaborata cognitivamente. Questo processo può facilitare il paziente ad avere verso se stesso un atteggiamento di self-compassion anziché di critica e autoaccusa come spesso capita in contesti esterni alla terapia.

Nella presentazione si mostrerà un esempio di caso clinico di disturbo di personalità in cui l'utilizzo delle videotecnica applicate al trattamento, in ottica di Terapia Metacognitiva Interpersonale, aiuta il paziente ad uscire da un loop di autocritica, tipico della sua struttura di personalità, per rivolgere a se stesso uno sguardo più benevolo e promotore del cambiamento.

23 Settembre, Sabato

09.00-10.15

SIMPOSIO S-027

TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

Teorie della personalità in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale

Chair: Giorgio Rezzonico, Psichiatra, Professore ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà Medica dell'Università degli Studi di Milano – Bicocca. Past President e Didatta SITCC

Discussant: Antonio Semerari, Psichiatra, Didatta SITCC, Terzo Centro di Terapia Cognitiva, Roma

I casi clinici più dibattuti e più difficili da trattare sono i disturbi della personalità. Il simposio vuole partire dalla base e presentare alcune teorie della personalità normale, così come concettualizzate dai diversi orientamenti in CBT. Si alterneranno quindi diversi autori di orientamenti diversi che presenteranno diversi modi di concettualizzare la personalità normale da cui discendono i diversi disturbi della personalità patologica. La domanda che ci si pone è: quale dovrebbero essere le caratteristiche di una persona adattata e che realizza le sue potenzialità per se stesso e all'interno della sua comunità?

Validazione di un questionario per la valutazione della personalità basato sui Sistemi Motivazionali Interpersonali (MISEQ)

Relatore: Rosario Esposito, Psicologo, Didatta SITCC, Didatta SPC Napoli

Co-autori: Prevete, Stefania, Psicologa, SPC Napoli

Diversi autori hanno formalizzato la spiegazione del comportamento umano e l'efficacia dell'intervento terapeutico partendo da alcuni istinti comuni a tutti i mammiferi. Tali istinti sono stati descritti come Sistemi Motivazionali (Lichtenberg, 1989; Liotti e Monticelli, 2008). Liotti e Monticelli (2008) definiscono i Sistemi Motivazionali Interpersonali come «sistemi di regole innate», volti ad organizzare il comportamento per garantire la sopravvivenza dell'individuo e della specie. Questi sistemi motivazionali coinvolgono componenti cognitive, emotive e comportamentali e predispongono l'individuo ad azioni finalizzate al perseguimento di una meta specifica. Il presente contributo si pone come obiettivo la costruzione e validazione di un questionario (MISEQ) per valutare i SMI più frequentemente attivi in una persona. La costruzione del questionario durata circa 10 anni ha consentito una profonda riflessione sulla natura dei sistemi che regolano le relazioni umane, in special modo sui sistemi dell'attaccamento, dell'appartenenza, della collaborazione. Validità del questionario e riflessioni saranno presentati durante il simposio. Durante la presentazione sarà distribuita copia del questionario.

Il contributo dell'Acceptance and Commitment Therapy e della scienza contestuale nell'ambito della personalità e dei disturbi ad essa correlati

Relatore: Emanuele Rossi, Psicologo, Socio SITCC, Docente SPC, Member Association for Contextual Behavioral Science ACBS

I tratti di personalità vengono definiti nel DSM come pattern costanti di percepire, relazionarsi e pensare l'ambiente e se stessi, in una vasta gamma di contesti sociali e personali. Essi denotano disturbi di personalità quando divengono inflessibili e disadattivi, causando compromissione delle funzioni della persona e marcato disagio. L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) è un moderno approccio cognitivo-comportamentale contestuale evidence-based fondato su principi comportamentali ed evolutivisti e sulla Relational Frame Theory come estensione di questi principi al linguaggio e alla cognizione umani. È una terapia fortemente orientata all'azione che mira a favorire una maggiore flessibilità psicologica e presenta un modello esagonale unificato caratterizzato da sei processi chiave (accettazione, defusione, sé-come-contesto, contatto con il momento presente, valori e azione impegnata) ben radicati alla scienza sperimentale e alla ricerca clinica e di base, e organizzati in

una maniera coerente che tiene conto sia del funzionamento patologico che del funzionamento sano e permette di articolare su questi stessi processi l'intervento e il trattamento. In questa relazione si cercherà di delineare il contributo che l'ACT e la scienza alla sua base offrono alla comprensione della personalità e dei disturbi ad essa correlati, e al trattamento e all'intervento terapeutico.

Teorie della personalità nella Terapia Metacognitiva Interpersonale

Relatore: Emanuela Di Pietro, Psicologa, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Torino

Co-autori: Dimaggio, Giancarlo, Psichiatra, Didatta SITCC, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

All'interno della Terapia Metacognitiva interpersonale, l'assunto che fa da sfondo alle teorie della personalità è che gli esseri umani si muovono nel mondo guidati da schemi, definiti come previsioni implicite, automatiche e incorporate su come gli altri risponderanno ai desideri espressi. Gli schemi interpersonali sono connessi ai sistemi motivazionali e si strutturano all'interno delle relazioni infantili. Nello specifico, attraverso la storia di vita, si formano esperienze circa il modo in cui l'altro risponde alle espressioni dei propri bisogni o desideri, contestualmente, all'interno di tali episodi, si forma un'immagine dell'altro e, in corrispondenza, un'immagine di sé. Queste esperienze diventano schemi e formeranno copioni incarnati e stabili legati ad immagini di sé con l'altro, la cui attivazione susciterà specifiche emozioni, produrrà risposte corporee e guiderà il comportamento. Infatti, in seguito all'attivazione dello schema, per fronteggiare le conseguenze temute della risposta dell'altro e regolare il dolore psicologico corrispondente, l'essere umano mette in atto strategie di coping maladattive, che lo allontanano dalla scena temuta. Ogni schema si sviluppa a partire da un desiderio ("wish"), che trae origine dai sistemi motivazionali. All'interno della Terapia Metacognitiva Interpersonale diventa particolarmente importante che il terapeuta individui lo schema attivo nel racconto del paziente e si focalizzi sul sistema motivazionale sottostante a quello schema specifico. La capacità di individuare correttamente il wish attivo, in un dato racconto e in un dato momento, potrebbe condizionare la risposta alla terapia. A titolo esemplificativo, un esempio di una situazione in cui il wish primario, incentrato sul sistema dell'attaccamento, shifta nel sistema del rango (che, in questo caso, rappresenta la strategia di coping: un paziente potrebbe apparentemente portare in terapia difficoltà legate al bisogno di essere apprezzato in uno schema del tipo:

" Ho bisogno di essere apprezzato dall'altro perché....se esprimo il mio bisogno di vicinanza e supporto, prevedo che l'altro mi ignorerà e io mi sentirò triste e solo. Per evitare di essere ignorato, devo dimostrare di essere bravo perché, se sarò bravo, l'altro mi apprezzerà e mi starà vicino". In questo caso, lavorare sul sistema del rango significherebbe rinforzare il coping del paziente, ovvero la convinzione che la possibilità per lui di essere amato sia subordinata alla dimostrazione di valore ("sono amabile solo se sono bravo"). Il paziente

non starebbe meglio. È fondamentale dunque che il terapeuta si focalizzi sul wish primario, legato, in questo caso, al sistema dell'attaccamento con le sue implicazioni sull'idea di sé come amabile e meritevole di cure. Questo potrà fare la differenza nella terapia.

Variazione dei Sistemi Motivazionali Interpersonali e delle Funzioni Metacognitive negli Stati Mentali e nella costruzione della Alleanza Terapeutica

Relatore: Maurizio Falcone, Psichiatra, Didatta SITCC, Didatta SPC Napoli

Sulla base di un trascritto di una prima seduta, sarà descritto il monitoraggio motivazionale in collegamento con la variazione delle funzioni metacognitive, per valutare gli indici della Alleanza Terapeutica. Si descriveranno, inoltre, i dati per individuare precocemente i primi elementi fondamentali degli Stati Mentali caratteristici del paziente ai fini della Formulazione del caso e della progettazione del percorso terapeutico.

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15

SIMPOSIO S-078

TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

Un caso clinico in età evolutiva, tre esperti a confronto

Chair: Carlo Buonanno, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Discussant: Pietro Muratori, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Pisa

Tra i bambini e gli adolescenti, i disturbi d'ansia rappresentano la condizione psichiatrica più comune, con una prevalenza che oscilla tra il 15 e il 20% e una prevalenza puntuale nel mondo pari al 7%. L'età media di insorgenza è di circa 11 anni, anche se ogni disturbo d'ansia può comparire più facilmente durante una specifica fase dello sviluppo. L'esordio può essere acuto, ma il decorso dell'ansia tende ad essere cronico, con oscillazioni tra remissioni e recrudescenze sintomatiche e una continuità sia omotipica, sia eterotipica. In altre parole, in assenza di presa in carico, i pazienti che ne soffrono sono a rischio di sviluppare nuovi disturbi d'ansia, depressione, abuso di sostanze. Nonostante l'elevata prevalenza, fino all'80% dei bambini con disturbi d'ansia non riceve una diagnosi o un trattamento, un dato allarmante se consideriamo che le linee guida per il trattamento dell'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry raccomandano la terapia cognitivo-comportamentale come intervento di prima linea. In questo ultimo caso, il riferimento alla terapia cognitivo-comportamentale include una famiglia di interventi, che fanno capo anche a retroterra teorici a volte molto distanti tra loro (ACT, Schema Therapy, DBT, REBT). Ciò che accomuna tutte queste famiglie è che la scelta dell'intervento è subordinata a un rationale che poggia sulla formulazione del caso, a partire dalla quale sarà possibile tracciare un profilo interno del paziente, per poi definire il target (processi psicologici o contenuti degli stati mentali), oltre che la successione delle fasi dell'intervento (cosa facciamo e in quale ordine lo facciamo). Nel corso del simposio, organizzato dall'Area di Interesse per l'Età Evolutiva della SITCC (AIPEE), la discussione avrà come oggetto il caso clinico di un bambino con disturbo d'ansia. Bianca Rita Berti, Marika Ferri e Giuseppe Romano, colleghi che afferiscono a scuole differenti presenteranno tre tipologie di intervento, ciascuna riconducibile al proprio approccio. L'obiettivo sarà condividere somiglianze e differenze nelle varie fasi della presa in carico. Dalla definizione del setting, alla formulazione del caso, all'individuazione degli obiettivi terapeutici, alla scelta del timing nella somministrazione delle procedure di intervento.

Relatore: Bianca Rita Berti, Psicologa, Psicoterapeuta, UFSMIA USL Nord Ovest Toscana, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Università di Pisa

Relatore: Marika Ferri, Psicologa, Psicoterapeuta, Studi Cognitivi San Benedetto Del Tronto

Relatore: Giuseppe Romano, Università "G. Marconi", Roma, Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC (Roma, Grosseto e Ancona)

23 Settembre, Sabato

09.00-10.15

SIMPOSIO S-038

TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Un Setting Consapevole

Chair: **Adriana Pelliccia**, Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta SITTC, Centro di Terapia Cognitiva, Como

Discussant: **Maria Rosa Ponti**, Psicologa, Psicoterapeuta, Studio Multiverso, Sassari; Psicologa scolastica, formazione sistemica e cognitivista, Università di Sassari; Referente SITCC Sardegna

Durante le ormai numerose sessioni di esami di specialità, ci siamo incuriositi dei setting utilizzati dagli specializzandi per le sedute di psicoterapia. In seguito abbiamo allargato l'esplorazione coinvolgendo psicoterapeuti junior e senior dei nostri Centri Clinici e delle nostre Scuole del CTC di Como e del CESIPc di Firenze.

Pur riferendosi tutti pienamente ad un modello Cognitivo Costruttivista sono emersi i setting più svariati. Scelti accuratamente o trovati e subiti passivamente. Misti a seconda della fase del colloquio o della terapia: inizio e contratto terapeutico, colloquio, commiato. Privilegiando la preferenza del paziente e/o la comodità del terapeuta, con flessibilità o rigidità...

Abbiamo voluto portare l'attenzione su come un setting scelto consapevolmente (cosa mi permette di fare? come mi protegge?) sia una risorsa per il terapeuta, che nella comodità trova protezione e sicurezza, ma anche libertà di avvicinarsi al paziente in modo peculiare, sia esso un bambino, un adolescente, un adulto, una coppia...

Altrettanto importante sarà il focalizzarsi sul vissuto del paziente cercando di chiederci se e quanto il setting si co-costruisce al pari della relazione e dell'intero percorso terapeutico, fine compresa.

È un sondaggio esplorativo che non ha valore statistico, ne tanto meno pretende di essere esaustivo, ma che illustra, anche visivamente, una molteplicità di disposizioni spaziali variamente giustificate.

Setting e ciclo di vita del terapeuta

Relatore: **Antonio Fenelli**, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Scuola ATC Cagliari; Studio Multiverso Roma

Co-autori: **Maurizio Gorgoni, Fabiola Pisciotta, Massimo Portas, Scuola Atc Cagliari, Massimo Esposito, Cecilia Volpi** - Scuola Atc Cagliari, Studio Multiverso Roma

Seguendo il percorso di vita professionale e privata del terapeuta ed i cambiamenti del setting nel corso degli anni, si metterà in evidenza la reciprocità, facendo emergere la congruenza delle modificazioni e la loro interdipendenza.

Aneddoti e fotografie saranno il filo conduttore della relazione.

Oltre lo spazio

Relatore: Claudia Lonati, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Cognitiva, Como

Ci sono alcuni ambienti che rendono uno spazio-tempo un contesto dedicato alla sperimentazione di un "incontro".

Le stanze che vi presento sono degli spazi che cambiano nella dimensione, nella luce, nei colori, negli arredi e nei materiali, sono setting diversi in base al luogo dove svolgo la professione o dell'utenze che incontro come psicoterapeuta.

Vi racconterò com'è la stanza con il paziente bambino e adolescente in un contesto che può essere lo studio privato o un consultorio, tutti luoghi caratterizzati dall'essere accoglienti e sicuri.

Il Setting non è solo regole

Relatore: Marzia Mattei, Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Centro di Terapia Cognitiva, Como

Che le regole del setting siano indispensabili è un dato acquisito e crediamo incontestabile. Alcune delle normative a cui attenersi sono disposte dall'Ordine e sono generiche, altre dal terapeuta e sono peculiari di ciascun professionista. In entrambi i casi sono protettive sia per il paziente che per il terapeuta: regolare i tempi della seduta, le diverse possibilità di contattare il terapeuta, le modalità di pagamento e altro, definiscono le basi di ogni contratto terapeutico.

Tuttavia in questa riflessione si cercherà di andare oltre le regole, occupandoci di quali modalità di disposizione di poltrone, scrivanie, divani, lettini, ci troviamo a proporre al paziente e tenderemo di mettere a fuoco la consapevolezza del terapeuta nella scelta del (o dei) setting che utilizza: cosa gli consentono, cosa favoriscono, cosa ostacolano... Evidenzieremo come queste scelte siano parte integrante di una relazione terapeutica co-costruita.

Dottore dove mi siedo? ...

Relatore: Gianluca Provvedi, Psicologo, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Centro Studi in Psicoterapia Cognitiva, Firenze

Fin dall'esordio della psicoterapia si è posta una particolare attenzione al contesto all'interno del quale si svolge il processo terapeutico, fino a giungere ad una rigida codifica di regole, peraltro a volte disattese nella pratica psicoanalitica.

Tali regole, variamente declinate, sono presenti in ogni approccio psicoterapeutico. Come è noto, esse riguardano la frequenza, la durata delle sedute, l'onorario e vari aspetti pratici relativi alla conduzione della psicoterapia. Un aspetto, non sempre esplicitato ma sempre almeno implicitamente presupposto, riguarda la disposizione fisica, spaziale, dei partecipanti al processo terapeutico.

La presente riflessione riguarda proprio questo aspetto e l'apporto che esso offre nel facilitare od ostacolare un percorso terapeutico.

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15

SIMPOSIO S-029

TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

La concettualizzazione del caso secondo la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI): formulazione e intervento in diversi disturbi

Chair: Antonella Centonze, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Discussant: Silvio Lenzi, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna

Le persone soffrono quando nella loro esperienza di vita sono stati ripetutamente non soddisfatti alcuni bisogni fondamentali entro le relazioni significative, per lo più con i caregivers. Come risultato di queste esperienze si generano alcune strutture rappresentazionali, che costituiscono il cuore delle strutture cognitivo-affettive della personalità che chiamiamo Schemi Interpersonali Maladattivi (Dimaggio et al., 2013). Gli schemi interpersonali sono strutture predittive apprese a seguito di esperienze negative in cui alcuni importanti bisogni nel dominio delle motivazioni interpersonali - ad es. rango, affiliazione, sessualità, attaccamento, cooperazione, ecc. - sono stati frustrati; essi sono primariamente dei pattern di conoscenza implicita, procedurale: prima di essere delle idee su di sé e sugli altri, sono un modo di sentirsi – e di sentirsi nel corpo – in certe circostanze relazionali; gli schemi interpersonali si attivano in conseguenza dell'attivazione di uno specifico desiderio nel dominio interpersonale. Per esempio se si attiva l'attaccamento si manifestano gli schemi interpersonali ad esso correlati; gli schemi interpersonali di un soggetto lo spingono a focalizzare l'attenzione su materiale coerente con il desiderio attivo e a prevedere il destino cui questo andrà incontro. Inoltre la persona, per lenire la sofferenza, tenderà a ricorrere a varie tipologie di coping disfunzionali sia di tipo cognitivo sia di tipo comportamentale, che genereranno svariate tipologie di disturbi. Sebbene la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) (Dimaggio, Semerari et al., 2007) sia stata manualizzata per il trattamento di pazienti con disturbo di personalità di tipo inibito-coartato (Dimaggio, Montano, Popolo & Salvatore, 2013), la formulazione del funzionamento basata sulla presenza di wish non soddisfatti, di schemi interpersonali maladattivi e di coping conseguenti può essere la via d'accesso per la spiegazione del funzionamento di altri disturbi; riteniamo che una concettualizzazione e l'intervento in ottica TMI possa garantire il mantenimento della remissione ed evitare le recidive, oltre che facilitare la remissione dei sintomi connessi ai disturbi.

In questo simposio verranno presentati quattro interventi in cui la formulazione del funzionamento del paziente effettuata sulla base degli schemi e dei coping può spiegare la generazione e il mantenimento di alcuni disturbi psicopatologici che hanno una valenza relazionale importante, come le dipendenze affettive, disturbi alimentari, o nel caso di violenza domestica; così come di un disturbo di personalità come quello schizotipico, che pone nella relazione importanti problemi come quelli rilevati nel continuum schizofrenico.

Dipendenza Affettiva: il caso di Milena riletto secondo il modello TMI

Relatore: Caterina Diani, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Indipendenze, Verona

Co-autori: D'Urzo Maddalena, Pasinetti Manuela, Popolo Raffaele - Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale

Così come per le altre forme di Dipendenze Comportamentali, fatta eccezione per il Disturbo da Gioco D'azzardo, la Dipendenza Affettiva (DA) non risulta inclusa tra i quadri clinici proposti dal DSM-5-TR (APA, 2022) per insufficienza di dati sperimentali. Ciononostante diversi autori e gruppi di ricerca si sono interrogati su una sua definizione, al fine di poter intervenire in modo efficace in tutte quelle situazioni dove la gestione delle relazioni affettive risulta ricorsivamente coinvolta nell'influenzare in modo disfunzionale la vita personale e relazionale.

Il gruppo di Reynaud e colleghi propone una definizione basata sulle analogie riscontrate con le dipendenze da sostanze, dove la durata e la frequenza della sofferenza del paziente risulta direttamente proporzionale al tempo speso nel pensare, controllare e gestire la relazione stessa, seppur riconosciuta come dolorosa e disfunzionale (Reynaud, Karila, Blecha e Benyamina, 2010). Successivamente Borgioni (2015) l'ha definita come una forma di amore ossessiva, simbiotica e fusionale, spesso erroneamente confusa con il Disturbo Dipendente di Personalità, dal quale si differenzia per una maggior focalizzazione su un'unica figura di dipendenza e un minor bisogno di rassicurazione e accudimento. Altrettanto importanti in fase di assement risultano le diagnosi differenziali con la Coodipendenza, la Dipendenza da sesso e il Disturbo da masochismo sessuale.

In questo lavoro presenteremo la storia di Milena, una donna di 48 anni con un passato di Anoressia Nervosa, Depressione e Abuso Alcolico, costellato dal susseguirsi di relazioni affettive caratterizzate da dipendenza, sottomissione e autosvalutazione. Dopo una prima descrizione del caso in termini di assessment, diagnosi differenziale e descrizione del profilo interno, andremo ad osservare come possa il concetto di Dipendenza Affettiva essere riletto in chiave TMI. Più nello specifico, vedremo come gli schemi interpersonali patogeni e i cicli interpersonali maladattivi possano essere letti come vere e proprie modalità di coping, finalizzate a mantenere il legame affettivo con la persona oggetto di dipendenza ed evitare la sofferenza associata agli schemi attivati. Tali ricorsività verranno ulteriormente approfondite nell'analisi della relazione terapeutica, dell'interazione con l'altro desiderato e, soprattutto, del processo di costruzione dell'immagine di sé.

Violenza Domestica e Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI): presentazione di un caso singolo secondo il modello della TMI e meccanismi di mantenimento

Relatore: Andrea Pasetto, Psicologo, Psicoterapeuta, Spazio di Ascolto N.A.V. Comune di Verona

Co-autori: Dimaggio Giancarlo, Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale

In questo lavoro presenteremo l'intervento su un caso singolo di violenza domestica, trattato secondo il modello della Terapia Metacognitiva Interpersonale (Misso et al., Journal of Clinical Psychology 2022; Pasetto et al., Partner Abuse 2021). Verrà discusso il modello della Terapia Metacognitiva Interpersonale adattato ai domestic offenders (di tipo "impulsivo") attraverso l'analisi delle varie fasi del trattamento: dalla definizione del contratto terapeutico alla valutazione dei fattori di rischio e della motivazione, dalla formulazione condivisa del funzionamento a partire dagli schemi interpersonali maladattivi alla promozione del cambiamento.

Nell'analisi dell'intervento proposto metteremo in risalto la presenza di eventuali disturbi di personalità o tratti e i meccanismi di mantenimento dell'agire violento che ostacolano la promozione del cambiamento, fattori che riguardano la scarsa metacognizione e la costante attenzione all'altro con la pretesa del suo cambiamento, gli schemi interpersonali maladattivi che guidano il comportamento violento, metacredenze e rimuginio.

Modello di mantenimento dei Disturbi dell’Alimentazione secondo la Terapia Metacognitiva Interpersonale

Relatore: Melania Marini, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori:

Fioravanti Gloria, Centro Trattamento Integrato Disturbi Alimentari e Obesità Verona;

Galasso Viviana, Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale;

Cacciatore Addolorata, Psicologa Psicoterapeuta Lecce;

Popolo Raffaele, Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale;

Dimaggio Giancarlo, Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale

In letteratura emerge che i Disturbi dell’Alimentazione (DA) presentano outcome ancora non soddisfacenti con tassi di drop-out elevati. L’approccio più utilizzato, al momento, è quello transdiagnostico (Fairburn, Cooper, Shafran, 2003) che vede i DA come un’unica categoria diagnostica mantenuti da alcuni meccanismi: perfezionismo, bassa autostima nucleare, difficoltà interpersonali e intolleranza alle emozioni. Diversi studi evidenziano come le disfunzioni metacognitive (Semerari et al., 2003) e gli schemi interpersonali precoci influenzino il comportamento alimentare in persone con DA (Legenbauer et al., 2018) e presentano altresì chiare disfunzioni nelle differenti dimensioni della mentalizzazione (Fonagy, 2006; Gagliardini et al., 2020). Inoltre, i comportamenti alimentari disfunzionali sono utilizzati come strategie di coping per gestire emozioni e credenze negative su di sé (Halmi et al., 2000; Diaz-Maria et al., 2000; Dalle Grave, 2012; Fairburn, 2014; Oliva et al., 2020) e risultano legati all’attivazione disfunzionale degli schemi. Il controllo dell’alimentazione, del peso e delle forme del corpo infatti richiedono l’utilizzo di diverse strategie che si strutturano a tutti gli effetti come meccanismi di mantenimento patogeni nel disturbo. Ovvero, oltre all’utilizzo dei meccanismi di mantenimento del disturbo (restrizione, esercizio fisico, lassativi e diuretici), un ruolo primario è rivestito anche dal continuo rimuginare, dai check del corpo e dell’alimentazione e da varie forme di evitamento: per esempio la paziente non tocca o espone allo sguardo alcune parti del corpo. In questa presentazione mostreremo, attraverso un’esemplificazione clinica, come la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) possa offrire un modello di concettualizzazione dei vari DA esplicativo della complessità sintomatologica e del mantenimento del disturbo stesso: come i DA si mantengono attraverso un intreccio di meccanismi di mantenimento tipici dei Disturbi di Personalità (DP) con quelli tipici dei DA. Il modello prevede la centralità degli schemi interpersonali maladattivi, focalizza le difficoltà metacognitive nel lavorare sugli stati interni, evidenzia il DA come coping disfunzionale considerando gli specifici meccanismi di mantenimento. I pazienti con DA, per esempio, davanti a un desiderio sano di essere amati, accettati, visti, hanno la profonda convinzione che l’altro li criticherà, si allontanerà, li guarderà con indifferenza. Per gestire queste risposte negative sono convinti che raggiungere i ‘giusti’ peso e forme corporee costituisca l’unico o il principale fattore in base al quale soddisfarli.

La TMI nel Disturbo Schizotipico di Personalità

Relatore: Virginia Failoni, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori: Popolo Raffaele, Dimaggio Giancarlo, Catania Dario - Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale

Il Disturbo Schizotipico di Personalità (DSP) è caratterizzato da un modello pervasivo di funzionamento della persona caratterizzata da intenso disagio e ridotta capacità di relazioni strette, alterazioni del pensiero, distorsioni cognitive e percettive, eccentricità nel comportamento, nell'aspetto e nel linguaggio. Per queste caratteristiche specifiche il DSP è indicato nell'ICD-11 (WHO, 2020) come disturbo schizotipico ed elencato sotto i disturbi dello spettro della schizofrenia. Il DSP costituisce circa il 3% della prevalenza dei disturbi di personalità; la sua diagnosi è meno frequente se comparata, ad esempio, ai disturbi del Cluster B.

Sebbene una recente review sul DSP (Kirchner et al., 2018) concluda che non è possibile formulare raccomandazioni basate sulle evidenze per il trattamento di questo disturbo, la terapia metacognitiva interpersonale (TMI) si è mostrata efficace in questi casi con tassi elevati di remissione e buona adesione al trattamento con nessun drop out (Cheli, 2020; Cheli et al., 2019).

In questo lavoro presenteremo il background teorico del modello di intervento TMI proposto per favorire il miglioramento sintomatologico e di funzionamento di pazienti affetti da DSP. Illustreremo la procedura di intervento e i diversi passaggi successivi a partire dal caso di un giovane di 29 anni affetto da DSP in servizio presso un servizio pubblico per la salute mentale. In particolare descriveremo le alterazioni metacognitive, gli schemi interpersonali maladattivi e i cicli interpersonali disfunzionali che caratterizzano il disturbo, mostrando le procedure di intervento e la gestione della relazione terapeutica.

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15

SIMPOSIO S-012

TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

Disturbo da gioco d'azzardo online: analisi del fenomeno e nuove sfide per il trattamento

Chair: **Fabiola Pisciotta**, Psicologa, Psicoterapeuta, UOS Patologie da dipendenza D5 ASL Roma 2, V centro terapia cognitiva Multiverso, Roma

Discussant: **Matteo Masi**, Psicologo, Psicoterapeuta, Ser.D di Bordighera e CSM di Ventimiglia, ASL 1 Imperiese

Per la prima volta nel 2013 all'interno del DSM 5 viene introdotta la categoria "disturbo da addiction non correlato all'uso di sostanze" in cui viene inserito il disturbo da gioco d'azzardo (DGA). Si tratta di un momento di svolta importante permesso dal lavoro congiunto di clinici e ricercatori che ha reso possibile la concettualizzazione del DGA, l'individuazione di linee guida diagnostiche e di protocolli di trattamento specifici. Ad oggi, dieci anni più tardi, il fenomeno si è ulteriormente modificato. Allo stato attuale, complice anche la pandemia da Covid-19, il gioco d'azzardo si è spostato dalla modalità presenziale a quella online, che è predominante sia a livello di mercato che per quanto riguarda le nuove diagnosi e i pazienti che accedono ai Servizi pubblici e privati. Diventa quindi fondamentale tenere conto della trasformazione del fenomeno al fine di comprendere cosa spinge il paziente a scegliere il gioco online e proporre un percorso di trattamento adeguato alle sue esigenze.

Il presente simposio ha lo scopo di descrivere l'evoluzione del gioco d'azzardo nella sua modalità online; presentare alcuni strumenti e piattaforme di gioco, fotografando il fenomeno al momento presente ed ipotizzando le sue evoluzioni future ed infine proporre una strategia di trattamento in chiave cognitiva.

Gioco d'azzardo online: evoluzione del fenomeno

Relatore: **Silvia Miceli**, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione presso CTC Torino, tirocinante psicoterapeuta presso Ser.D di Giaveno, ASL TO3

Nel DSM 5 viene concettualizzato per la prima volta il disturbo da gioco d'azzardo (DGA) collocato all'interno delle dipendenze, nella categoria del "disturbo non correlato all'uso di sostanze"; nell'edizione precedente del DSM esso veniva classificato come un "disturbo del controllo degli impulsi". Parallelamente vi è interesse crescente da parte di clinici e ricercatori sul tema, per meglio concettualizzare, comprendere ed individuare percorsi di trattamento efficaci. Per tale ragione è necessario considerare il DGA nella sua complessità, tenendo conto delle sue sfaccettature, ponendo attenzione al recente sviluppo della modalità di gioco online che ad oggi è predominante a livello di mercato. In Italia nel 2021 il gioco online rappresentava il 61% delle giocate con una crescita del valore economico che ha raggiunto i 67,17 miliardi di euro.

All'interno della comunità scientifica internazionale negli ultimi anni sono stati svolti numerosi studi aventi come obiettivo quello di fornire una risposta ad alcuni interrogativi emersi con la diffusione del gioco online: Per quale ragione si è assistito al passaggio da una modalità di gioco presenziale a una modalità di gioco online?

Quali fattori portano il paziente a prediligere il gioco online?

Chi è il giocatore online e che caratteristiche ha?

L'intervento proposto ha l'obiettivo di presentare il fenomeno del gioco online rispondendo ai precedenti interrogativi, avvalendosi di studi internazionali ed italiani di recente pubblicazione.

Disturbo da gioco d'azzardo nel digitale: differenze e similitudini tra le piattaforme online

Relatore: Marco Chiapparino, Psicologo, Ser.D di Imperia (IM) e Servizio Prevenzione e Promozione della Salute nella scuola a Bussana di Sanremo (IM), ASL 1 Imperiese, Psicoterapeuta in formazione, CTC Torino

La crescente attenzione posta dai manuali diagnostici sulle dipendenze non correlate a sostanze – o comportamentali – mette in luce, insieme alla rilevanza clinica del fenomeno, una concomitante difficoltà nel definire quali siano i comportamenti disfunzionali che hanno sufficienti evidenze scientifiche tali da meritare una propria categoria nosografica. Nel caso del “disturbo da gioco d'azzardo” (DGA) le principali criticità sono due: la categoria diagnostica del DSM-5-TR non contiene criteri o specificatori che descrivono l'espressione del disturbo nella rete; all'interno del manuale il “disturbo da gioco su Internet”, inserito nelle “condizioni che necessitano di ulteriori studi”, non riguarda la manifestazione del DGA online, ma il gaming. È utile a livello clinico il saper riconoscere le differenze tra le piattaforme digitali. In particolare, riguardo ai casino online, ci focalizzeremo sulla relazione tra quest'ultimi e i social casino games, oltre a evidenziare come le loot boxes (“scatole premio”) nei videogames condividono alcune meccaniche del gioco d'azzardo. Dall'analisi della letteratura emerge che l'utilizzo ricorrente dei social casino games, grazie alla facilità di accesso e l'esposizione precoce in giovane età, può essere un fattore di rischio che predice il livello di coinvolgimento nelle future attività di gambling online in cui si spende denaro reale. In aggiunta, indaghiamo l'importanza delle caratteristiche di personalità (es. impulsività, sensibilità alla ricompensa, desensibilizzazione alla perdita) rilevanti nella transizione dall'uso dei social casino games a un disturbo da gioco d'azzardo. Oltre a essere dei potenziali predittori verso il coinvolgimento futuro nel gioco problematico, le loot boxes possono attrarre chi ha già un problema col gioco d'azzardo e aggravare la sintomatologia, influenzando le convinzioni sul gioco e il quantitativo di denaro impegnato nelle “scatole premio”. Considerando che la pandemia di COVID-19 ha incentivato la tendenza verso una maggiore presenza online degli utenti e con gli sviluppi futuri delle realtà immersive, come il metaverso, le problematiche riguardanti il gioco d'azzardo online saranno sempre più frequentemente oggetto di attenzione clinica per lo psicologo.

DGA online e trattamento: un nuovo approccio per una nuova sfida

Relatore: Luca Rossi, Psicologo, Psicoterapeuta, SC Psicologia ASL TO3 A.F. Dipendenze; Sessuologo Clinico, Docente Scuola di Psicoterapia Cognitiva CTC sede di Torino; Coordinatore Referente AIPD (Area di interesse psicoterapia delle dipendenze) SITCC

Il recente sviluppo del gioco d'azzardo online pone ai clinici che operano in questo settore nuovi interrogativi e la necessità di analizzare il fenomeno con un approccio differente dalle linee guida sviluppatesi negli ultimi anni sul trattamento del giocatore d'azzardo. Sempre più il gioco viene utilizzato come rapido antidoto alla noia o come forma auto curativa rispetto a crescenti preoccupazioni, difficoltà relazionali e tono dell'umore deflesso.

A fianco delle buone pratiche introdotte negli ultimi anni inerenti al trattamento del giocatore d'azzardo, emerge la necessità di proporre ulteriori strumenti e di lavorare su nuove strategie. Controllo economico con valute virtuali, blocco dei dispositivi con app dedicate, conoscenza più approfondita della nuova offerta online

sono solo alcuni degli aspetti necessari allo specialista per affrontare questa nuova sfida. Il percorso terapeutico si sviluppa in un susseguirsi di tematiche progressivamente affrontate nei colloqui che vanno dal controllo dello stimolo alla ridefinizione di false credenze ricollegate ai meccanismi del gioco. Si lavora sull'identità del paziente e sull'ampliamento delle competenze sociali. Particolare attenzione viene inoltre dedicata alla prevenzione delle ricadute, analizzando assieme al soggetto in trattamento possibili situazioni e circostanze relazionali sfavorevoli che possano favorire future recidive.

23 Settembre, Sabato 9.00-10.15 SIMPOSIO S-043
TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

Disturbo antisociale di personalità: dagli schemi di funzionamento alla relazione terapeutica

Chair: Andrea Gragnani, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma; Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC; Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Discussant: Giuseppe Nicolò, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva; ASL Roma 5; Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, SICC

Il simposio è dedicato al Disturbo antisociale di personalità (ASPD), un complesso quadro psicopatologico, che è pervasivo nella vita di chi ne è affetto e che ne influenza significativamente il funzionamento individuale e sociale.

Nonostante il disturbo sia, da lungo tempo, oggetto di studio interdisciplinare e richiami l'attenzione clinica e forense, considerato il suo notevole impatto psicosociale, ad oggi la ricerca sul funzionamento e sul trattamento del ASPD è ancora limitata. A contribuire a ciò appaiono non solo la complessa multifattorialità e gli esiti del ASPD, che rendono vivo il campo di studio e pongono sfidanti obiettivi a clinici e studiosi, ma anche le specifiche problematicità che lo caratterizzano, come il mancato accesso spontaneo dell'individuo ai trattamenti o il rischio di venirne escluso a causa della difficile gestione del disturbo. Questo aspetto richiama ulteriormente l'attenzione della ricerca scientifica e della pratica clinica sul ASPD.

I lavori propongono contributi aggiornati all'interno del panorama cognitivista sui modelli psicopatologici del ASPD, con particolare attenzione alla vulnerabilità al disturbo, sulle procedure di valutazione e diagnosi, su protocolli e buone prassi di trattamento e sulla relazione terapeutica.

Il contributo di Aceto e colleghi propone una rassegna sistematica degli studi empirici che si sono occupati di individuare i fattori di vulnerabilità ambientale e cognitiva al ASPD e di evidenziare il contributo delle variabili cognitive nell'eziologia e nel funzionamento del disturbo.

Il lavoro di Beccai presenta un caso clinico in cui è stato implementato un intervento cognitivo-comportamentale, integrato alla terapia focalizzata sugli schemi. Il caso illustra come l'intervento sul ASPD richieda elevata flessibilità e necessità di una gestione integrata di molteplici setting, valorizzando, inoltre, la specifica efficacia del lavoro sulla vulnerabilità.

Il lavoro di Bilotta e colleghi è dedicato al sentimento di odio nella relazione terapeutica con il paziente antisociale, discutendo questo sentimento dalla prospettiva del terapeuta all'interno di una cornice metacognitiva interpersonale.

Il contributo di Lagrotteria propone un modello di valutazione psicodiagnostica del ASPD, che descrive la complessità del processo di valutazione e come questo, a partire da un accurato assessment, necessiti di modelli strutturati, fondati su evidenze scientifiche condivise, e richieda il coinvolgimento di diversi setting e relativi scopi.

Relazione tra vulnerabilità cognitiva e ambientale nel Disturbo Antisociale di Personalità: una revisione sistematica della letteratura

Relatore: Marianna Aceto, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma; Università Telematica Guglielmo Marconi, Roma

Co-autori:

Federico Isabella, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma;

Brasini Maurizio, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma;

Gragnani Andrea, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma; Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SITCC; Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Background: Il Disturbo antisociale di personalità (ASPD) è caratterizzato da un pattern di inosservanza delle norme sociali, condotte illegali e aggressive e mancanza di rimorso per le proprie azioni (APA, 2013). Nonostante il notevole impatto psicosociale del disturbo, la ricerca sul trattamento risulta ancora limitata (Davidson et al., 2009; Glenn, Johnson, & Rayne, 2013; Wilson, 2014). La popolazione con disturbo antisociale giunge, inoltre, di rado all'attenzione dei servizi di salute mentale e, per tal ragione, anche gli studi sul trattamento sono scarsi (van den Bosch et al., 2018). Ad oggi, la maggior parte degli studi sull'eziologia del ASPD ne ha posto in rilievo la componente biologica (Tielbeek et al., 2017), mentre le evidenze scientifiche sulla vulnerabilità cognitiva e ambientale sono ancora limitate (De Lisi et al., 2019). In letteratura è descritto come le esperienze infantili avverse (adverse childhood experiences, ACEs) si associano a uno sviluppo precoce di schemi maladattivi (early maladaptive schemas, EMS), che possono aumentare la vulnerabilità allo sviluppo di sofferenza psicologica, compreso lo strutturarsi di un disturbo di personalità (Thimm, 2010).

Obiettivo: Obiettivo principale dello studio è passare in rassegna e analizzare gli studi empirici che si sono occupati di valutare il legame tra i più tipici EMS individuati nel ASPD e specifiche ACEs che potrebbero avere contribuito al loro sviluppo.

Metodo: È stata condotta una rassegna sistematica degli studi pubblicati da Gennaio 2002 ad Agosto 2022 sui seguenti database scientifici: PubMed, Scopus, MEDLINE, APAJournals e Google Scholar.

Risultati: Gli studi analizzati rilevano una vulnerabilità ambientale precoce simile tra ASPD e altri disturbi, tra cui il Disturbo borderline di personalità, evidenziando, tuttavia, un significativo ruolo di mediazione di specifici Schema modes tra ACEs e sviluppo di ASPD.

Conclusioni: Le evidenze di un legame tra EMS e ACEs nello sviluppo del ASPD risultano ancora scarse e disomogenee. Sarebbe, pertanto, auspicabile approfondire empiricamente aspetti legati alla vulnerabilità cognitiva al ASPD per favorire una maggiore comprensione del funzionamento del disturbo e approntare interventi evidence-based di maggiore efficacia. La discussione dei risultati sarà ampiamente esposta in sede congressuale.

Cosimo, il giustiziere

Relatore: Sara Beccai, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitivo-comportamentale CTCC, Firenze

In questa relazione verrà esposto il caso di Cosimo, 14 anni. Prima della terapia ha già avuto alcuni ricoveri per agiti auto ed etero aggressivi sia in ambito familiare che scolastico ed è stato segnalato al Tribunale dei Minori per una presa in carico da parte dei Servizi Territoriali. La diagnosi è Disturbo della Condotta con Disturbo Esplosivo Intermittente. Cosimo è un ragazzino che si sente profondamente solo e non compreso, ha imparato che in caso di bisogno non può contare su nessuno e deve farsi giustizia da solo. Succede a scuola,

quando i compagni lo scherniscono e i professori non lo proteggono, succede in casa, quando i genitori rivolgono le attenzioni al fratello minore e gli dicono che lui “è grande e deve cavarsela da solo”. Quando il dolore diventa insopportabile, Cosimo reagisce aggredendo, minaccia i genitori, diventa violento con i coetanei e con il fratellino, o si chiude in camera immergendosi nel mondo dei videogames. Quando queste strategie non solo falliscono, ma contribuiscono ad aumentare il senso di solitudine, Cosimo si fa del male: ha già tentato il suicidio 2 volte. I genitori credono che il figlio sia “difettato”, che una malattia lo renda aggressivo e incapace di capire che “così non si fa”. I genitori sono impauriti dal figlio e questo li rende sempre più distanzianti (la madre) o aggressivi e punitivi (il padre). Cosimo gestisce il rifiuto tenendo a sé i genitori attraverso la minaccia, o di far loro del male o di farsi del male. Quando Cosimo viene portato in Comunità Terapeutica, gli stessi meccanismi di mantenimento interpersonali si ripetono con gli educatori, questi sono spaventati da lui e tendono a isolarlo e a dedicarsi agli altri. La psicoterapia con Cosimo si è articolata in tre fasi: una prima fase di terapia individuale in cui sono stati usati strumenti di terapia cognitiva e di Schema Therapy, all’interno di un ambiente relazionale in cui Cosimo si sentisse compreso, validato e protetto. In una seconda fase, alla terapia individuale è stato affiancato un lavoro con gli educatori della comunità, in accordo con il ragazzo, i genitori e i Servizi: generare negli educatori una risposta diversa ai comportamenti di Cosimo ha consentito al ragazzo di esplorare i propri bisogni e di esprimerli in modo più funzionale. In adolescenza è importante un lavoro sistemico, viste anche le caratteristiche neurobiologiche della mente adolescente, nel caso di Cosimo si è reso necessario data la gravità del disturbo. L’ultima fase della terapia ha coinvolto anche i genitori di Cosimo ed è iniziata in concomitanza con la sua uscita dalla Comunità e il rientro a casa. Per questo modulo è stato utilizzato il protocollo ABFT, che prevede un lavoro congiunto genitori-figlio, che ha l’obiettivo di riparare le ferite dell’attaccamento e aiutare i genitori a connettersi a validare le emozioni del figlio.

“M’odia, non m’odia”: Il sentimento di odio nella relazione terapeutica con il paziente antisociale

Relatore: Elena Bilotta, Psicologa, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori: Nicolò Giuseppe, Semerari Antonio - Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Nel panorama degli stati mentali potenzialmente sperimentabili da un individuo, l’odio corrisponde sicuramente al sentimento più minaccioso e distruttivo. I contributi presenti in letteratura lo descrivono e definiscono in termini di emozione, atteggiamento, forma generalizzata di rabbia, sindrome, valutazione generalizzata degli altri, forma di giudizio morale, mezzo di svalutazione (es. Fischer et al., 2018). Nonostante il potenziale interesse e l’utilità di una approfondita conoscenza del fenomeno, il tema dell’odio in psicoterapia non ha ricevuto finora grande attenzione empirica o anche semplicemente descrittiva, in particolar modo in ambito cognitivista: i principali contributi esistenti fanno infatti riferimento soprattutto alla corrente psicodinamica (es. Freud, 1915; Klein, 1952; Gabbard, 2000). Il motivo dietro questa scarsa attenzione va probabilmente ricercato nella concezione moralistica dell’odio come sentimento sbagliato, cattivo, perverso. Piuttosto che essere valutato come uno dei sentimenti sperimentabili nelle relazioni interpersonali, l’odio viene relegato a una dimensione estremamente patologica e grave della personalità, specialmente se si considerano le sue possibili conseguenze in termini di comportamenti distruttivi e pericolosi. È più facile, da terapeuti, empatizzare coi sentimenti di odio che il paziente prova nei confronti di sé stesso piuttosto che comprendere la rappresentazione e il significato dell’odio che egli potrebbe sperimentare nei confronti degli altri. È possibile infatti che, nella condivisione di sentimenti di odio da parte del paziente, il terapeuta percepisca una minaccia per sé o per il mondo esterno e di conseguenza cada in una tendenza a non esplorare in maniera aperta e curiosa tali rappresentazioni, tantomeno le proprie possibili manifestazioni di odio nei confronti del paziente

stesso. Questa dinamica interpersonale può essere particolarmente presente nel setting terapeutico con il paziente antisociale, ove rabbia e odio sono sentimenti tipicamente riportati e potenzialmente sperimentati anche dal terapeuta stesso nei confronti del paziente, sia in riferimento agli agiti del paziente, sia in riferimento ai vissuti riportati.

Nel presente contributo viene discusso il sentimento di odio nella relazione terapeutica con il paziente antisociale in una prospettiva metacognitiva interpersonale, con il supporto di esemplificazioni cliniche.

La valutazione del Disturbo antisociale di personalità: dalla diagnosi alla valutazione del rischio di recidiva aggressiva/criminale

Relatore: Brunella Lagrotteria, Psicologa, Psicoterapeuta, ASL RM5 DSM DP; Università di Roma LUMSA; Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Il Disturbo Antisociale di Personalità, nella sua complessità, ha implicazioni cliniche e forensi: dalle caratteristiche personologiche quali impulsività, manipolazione, mancanza di considerazione per le conseguenze delle proprie azioni e di rimorso, al costo sociale (rischio di condotte aggressive, reati, conseguenze sulle vittime, costi pubblici, ecc.). La valutazione di tale disturbo di personalità implica quindi un accurato assessment, che tenga conto sia delle caratteristiche personologiche ai fini della diagnosi e diagnosi differenziale, che di eventuali fattori di rischio di agiti impulsivi/violenti (fattori di rischio storici, attuali, futuri, statici e dinamici), necessitando in tal senso di modelli strutturati di valutazione capaci di rilevare le diverse caratteristiche del disturbo, riconosciute e condivise dalla comunità scientifica dell'ambito. Di conseguenza la valutazione del DASP coinvolge diversi setting di valutazione e relativi scopi: setting clinici e setting forensi (dalla determinazione della diagnosi, alla diagnosi differenziale, alla valutazione di fattori di rischio, di pericolosità sociale in contesti di cura forensi, in caso di Misure di Sicurezza, ecc.), considerando che tale target di pazienti arriva all'attenzione del clinico nella maggior parte dei casi per motivi legati a problemi con la legge.

Il modello alternativo dei Disturbi di Personalità del DSM-5 (Sez. III) fornisce una descrizione dimensionale, indicando precise caratteristiche diagnostiche: l'incapacità a conformarsi alle leggi, mancanza di preoccupazione per gli altri, mancanza di rimorso, comportamento finalizzato al vantaggio personale, presentando maggiori compromissioni nei domini dell'Antagonismo e della Disinibizione, lo Specificatore rileva la presenza di caratteristiche psicopatiche.

Caratteristiche psicopatologiche simili e trasversali alla diagnosi di Psicopatia (o l'eventuale presenza di tratti psicopatici nel DASP) e ad altri disturbi di personalità, obbligano ad un accurato assessment ai fini della diagnosi differenziale.

Nello scenario nazionale e internazionale attuale gli strumenti di valutazione per il disturbo antisociale di personalità sono continuo oggetto di studio e ricerca. Il modello di valutazione presentato tiene conto quindi delle caratteristiche psicopatologiche e implicazioni forensi, comprendendo strumenti di valutazione ai fini della diagnosi in linea con la recente proposta di modello alternativo dei DP del DSM-5 (PID-5, SCID-5-AMPD), e strumenti che valutino il rischio (stima) di comportamenti violenti del DASP (Psychopathy Checklist-Revised-PCL-R, Historical Clinical Risk Management-20, Versione 3 - HCR-20 V3).

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15

SIMPOSIO S-073

CORPO AULE - AULA 3

Disturbo Ossessivo Compulsivo: protocolli di intervento, procedure e tecniche di intervento innovative

Chair: Elena Prunetti, Psicoterapeuta, Didatta SITCC APC-SPC; Responsabile Centro di Psicoterapia CBT DBT di Padova

Discussant: Teresa Cosentino, Psicologa, Psicoterapeuta. Docente SPC-APC, Roma

Ad oggi è noto che La terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) è un trattamento consolidato per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), nonché accreditato dalle linee guida internazionali che raccomandano nello specifico l'utilizzo della tecnica di Esposizione e della Risposta (ERP) con o senza l'inclusione di strategie di terapia cognitiva.

Sebbene la letteratura scientifica negli ultimi anni abbia messo al centro degli studi di efficacia l'ERP, pochi studi hanno tentato di chiarire alcuni problemi documentati in letteratura e osservabili nella pratica clinica come il tema del rifiuto dell'ERP e del drop-out, trascurando il ruolo di specifici determinanti prossimi della sofferenza nel DOC.

Difatti, è noto, e scientificamente provato, che la colpa, in particolare la colpa deontologica, sia implicata nello sviluppo e nel mantenimento del DOC. Ciò richiama la necessità di ampliare le evidenze già disponibili in letteratura e studiare l'utilizzo di strategie terapeutiche o procedure di intervento volte alla riduzione della sensibilità alla colpa patologica, intervenendo selettivamente sulla riduzione di questa sensibilità, e analizzare l'esito dei trattamenti per documentare l'efficacia di specifiche procedure di intervento che tengano conto della concettualizzazione teorica del modello di funzionamento del disturbo che è stato messo a punto nel campo.

Il seguente simposio propone diversi lavori inerenti alla ricerca in ambito clinico che cercano di evidenziare ruolo di trattamenti innovativi, "Theory Oriented", nel DOC, evidenziando l'importanza di specifici protocolli di intervento mirati alla riduzione della sensibilità alla colpa e all'accettazione.

In questa direzione si ineriscono i diversi contributi proposti.

Il primo contributo (di Vittoria Zaccari, Andrea Gragnani, Giuseppe Femia, Valerio Pellegrini,& Francesco Mancini), dal titolo "Cognitive-Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: The Results of a Naturalistic Outcomes Study", presenta un importante lavoro di ricerca clinica che ha testato l'efficacia di un trattamento, attraverso uno studio naturalistico, che combina procedure basate sull'evidenza (TCC/ERP) e interventi cognitivi che facilitano il processo di accettazione. I risultati di questo lavoro hanno messo in luce l'importanza di questa specifica procedura di intervento, che enfatizza l'accettazione del timore di colpa, mostratasi efficace, documentando una riduzione significativa della sintomatologia, bassi tassi di rifiuto e di abbandono dell'ERP.

Il secondo contributo (di Daniele Tresso, Nicola Petrocchi, Barbara Cesarelli, Giovanni Bassanelli, Teresa Cosentino, Elena Prunetti) dal titolo "Protocollo di intervento individuale di Compassion Focus Therapy in persone con diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo", presenta un importante progetto di ricerca che ha valutato l'effetto di un intervento individuale di Compassion Focused Therapy nella riduzione della sintomatologia ossessivo-compulsiva, attraverso la valutazione degli esiti con follow up a 3 mesi, 6 mesi e ad 1 anno, mettendo in evidenza la tenuta nel tempo dei risultati ottenuti dall'intervento.

Il terzo contributo (di Angelo Maria Saliani, Francesca D'Olimpio, Vittoria Zaccari, Giuseppe Femia..... & Francesco Mancini), dal titolo "Trattare il disturbo ossessivo-compulsivo ricucendo la sensibilità alla colpa:

dati preliminari di tre studi single-case”, è un innovativo lavoro di ricerca, che presenta l'applicazione di specifiche strategie terapeutiche e procedure di intervento volte alla riduzione della sensibilità alla colpa patologica nel DOC attraverso tre studi basati su un disegno di ricerca single-case. Questo contributo illustra come la riduzione della sensibilità al dialogo interno colpevolizzante produce un miglioramento della sintomatologia ossessivo-compulsiva.

Cognitive Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: results of an outcome naturalistic study

Relatore: **Vittoria Zaccari**, Psicologia Clinica e di Comunità, Università Europea di Roma. Specializzata in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma. Dottoranda di ricerca in Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma. Professore a contratto, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma. Socio SITCC e consigliere SITCC Lazio.

Co-autori: **Vittoria Zaccari**^{1,2}, **Andrea Gragnani**¹, **Giuseppe Femia**¹, **Valerio Pellegrini**^{1,3}, **Katia Tenore**¹, **Stefania Fadda**¹, **Olga I. Luppini**¹, **Barbara Basil**¹, **Teresa Cosentin**¹, **Claudia Perdighe**^{1,2}, **Giuseppe Roman**^{1,2}, **Angelo M. Saliani**¹, **Francesco Mancini**^{1,2}

1 Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Roma;

2 Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma;

3 Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione dell'Università Sapienza di Roma

Background: *La terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) è un trattamento consolidato per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) e accreditato dalle linee guida internazionali. Tuttavia, la letteratura scientifica documenta una varietà di strategie cognitive e comportamentali utilizzate nel trattamento del DOC. Appare sempre di più necessario analizzare l'esito dei trattamenti per documentare l'efficacia di specifiche procedure di intervento.*

Obiettivo: *L'obiettivo del presente studio è stato quello di verificare, attraverso uno studio osservazionale retrospettivo, l'efficacia di una specifica procedura di intervento che combina procedure cognitivo-comportamentali basate sull'evidenza e specifici interventi cognitivi che evidenzino il problema dell'accettazione su un campione di pazienti con DOC attraverso un follow-up a 9 mesi.*

Metodo: *Quaranta pazienti con DOC sono stati reclutati e sottoposti a una specifica procedura di trattamento. Tutti i pazienti hanno avuto una valutazione psicodiagnostica per il DOC attraverso l'Y-BOCS eseguita in due tempi: prima del trattamento (t0) e dopo 9 mesi (t1). La valutazione dei risultati è stata effettuata tramite la Y-BOCS. Sono state condotte analisi parametriche e non parametriche.*

Risultati: *L'analisi dei dati ha mostrato una diminuzione dei punteggi tra t0 e t1 alla Y-BOCS in termini di interferenza, gravità e compromissione della sintomatologia ossessivo-compulsiva. L'analisi ANOVA per misure ripetute ha mostrato una significativa riduzione dei sintomi dopo il trattamento ($F [1, 39] = 137.56, p < .001, \eta^2 = .78$). I risultati ANOVA sono stati confermati dal Wilcoxon Signed Ranks Test. Tale analisi ha prodotto una significativa diminuzione dei punteggi totali della Y-BOCS ($z = 5.51, p < .001$) e nelle sotto-dimensioni di ossessioni ($z = 5.49, p < .001$) e compulsioni ($z = 5.45, p < .001$). Infine, l'analisi del Reliable Change Index ha indicato che su 40 partecipanti 33 hanno riportato miglioramenti dei sintomi, di cui 23 erano clinicamente significativi (i.e., due deviazioni standard al di sotto della media alla baseline).*

Conclusioni: *I risultati hanno mostrato rilevanza clinica per il trattamento del DOC ed evidenziano come questa procedura cognitiva garantisca outcome positivi.*

Protocollo di intervento individuale di Compassion Focus Therapy in persone con diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Relatore: Daniele Tresso, Psicoterapeuta. Laureato in Psicologia Clinico-dinamica, Università degli studi di Padova. Centro di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale DBT Padova e Vicenza

Co-autori: Nicola Petrocchi[§], Barbara Cesarelli*, Giovanni Bassanelli*, Teresa Cosentino#, Elena Prunetti*#.

*Centro di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale DBT Padova;

§ Compassionate Mind Italia;

Scuola di Psicoterapia Cognitiva

Il presente lavoro si concentra sui risultati del follow up a 3 mesi, 6 mesi e 1 anno di un progetto di ricerca che ha voluto valutare l'effetto di un intervento individuale di Compassion Focused Therapy nella riduzione della sintomatologia ossessivo-compulsiva, adottando un atteggiamento compassionevole verso sé stessi e promuovendo una maggiore accettazione della propria imperfezione morale. I risultati di tale studio suggeriscono l'efficacia della CFT non in quanto terapia in sé, ma come intervento post o preparatorio nel potenziare l'intervento standard sul DOC. Il protocollo di trattamento, che consisteva in 12 incontri di Compassion, è stato somministrato a 6 pazienti del Centro di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale DBT di Padova. L'obiettivo del lavoro è presentare e discutere i dati relativi all'andamento delle dimensioni indagate durante il follow up e la tenuta nel tempo dei risultati ottenuti.

Trattare Il disturbo ossessivo-compulsivo ricucendo la sensibilità' alla Colpa: dati preliminari di tre studi single-Case

Relatore: Angelo Maria Saliani, Psicologo, Psicoterapeuta, Socio Didatta SITCC. Docente e Didatta APC, SPC, SICC, AIPC. Presidente SITCC Lazio.

Co-autori: F. D'Olimpio[°], V. Zaccari^{*^}, G. Femia*, B. Astiaso Garcia^{*^}, S. Fadda*, A. Gragnani*, G. Grossi*, O. Luppino*, G. Mangiola*, C. Perdighe*, K. Tenore*, F. Mancini^{*^}

* Scuola di Psicoterapia Cognitiva - SPC, Roma;

° Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Caserta;

^ Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma

Keywords:

Disturbo Ossessivo-Compulsivo; Senso di Colpa Deontologico; Self-Talk; Accettazione; Dialogo Socratico Drammatizzato; Imagery Rescripting

Il ruolo della colpa nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è noto da tempo e provato scientificamente (Mancini 2016, Mancini e Gangemi 2017). Sulla base di tale evidenza, diventa auspicabile l'uso di strategie terapeutiche e di procedure tecniche volte alla riduzione della sensibilità alla colpa patologica (Shapiro e Stewart 2011). Negli ultimi dieci anni sono stati condotti già diversi studi clinici tesi a dimostrare che, intervenendo selettivamente sulla riduzione della sensibilità alla colpa dei pazienti con DOC, si sarebbe ottenuta una riduzione della sintomatologia. Tutti hanno prodotto risultati coerenti con l'ipotesi di partenza (Cosentino et al. 2012, Petrocchi et al. 2020, Saliani et al. 2021, Tenore et al. 2020).

Questo lavoro presenta tre studi basati su un disegno di ricerca single-case: nel primo viene descritta una procedura chiamata dagli autori Dialogo Socratico Drammatizzato (DSD) (Saliani et al 2021) che integra i principi del disputing della terapia razional-emotiva di Ellis (1962), i principi terapeutici dell'accettazione cognitiva proposti da Mancini (2016) e il chairwork di Moreno (1948) e Perls (1973). La procedura mira a una ristrutturazione del self-talk colpevolizzante tipico del paziente ossessivo. Saranno infine presentati i dati di outcome relativi al trattamento con DSD di 14 pazienti.

Il secondo è uno studio di outcome che impiega la tecnica di Imagery Rescripting (IR) (Arntz 2012) per trattare le memorie traumatiche di rimprovero colpevolizzante. Saranno presentati i dati relativi all'outcome di 6 pazienti trattati con IR.

Il terzo studio presenta i dati di 20 pazienti trattati con DSD e IR sulla relazione esistente tra la sensibilità al dialogo interno colpevolizzante (misurata con un breve questionario costruito ad hoc) e la gravità dei sintomi (misurata con la Y-BOCS), al fine di verificare, tramite l'impiego di tecniche di regressione lineare, se la prima spiegasse statisticamente la seconda. L'ipotesi di partenza prevedeva infatti che al ridursi dei punteggi relativi alla sensibilità al dialogo interno colpevolizzante si sarebbero ridotti anche i punteggi relativi alla gravità dei sintomi.

Saranno infine discussi i dati dei tre studi, le loro implicazioni cliniche e le prospettive per la ricerca futura.

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15

SIMPOSIO S-028

CORPO AULE - AULA 4

Prendersi cura di chi si prende cura: come lavorare con le figure di accudimento

Chair e Discussant: Francesca Baggio, Psicologa, Psicoterapeuta, didatta Associazione Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Padova

Il simposio nasce dalla voglia di confrontarsi su alcune delle possibilità di cura che l'approccio cognitivo comportamentale può offrire attraverso interventi in vari setting e con varie figure di attaccamento che sono in una relazione di accudimento di un destinatario finale, il "paziente". Che i loro diretti clienti siano genitori o educatori, i relatori ci presenteranno come hanno lavorato con strategie e strumenti cognitivo comportamentali per migliorare la capacità di accudimento e favorire relazioni di comprensione, sintonizzazione e attaccamento più significative e sicure

L'intervento di Parent Training secondo l'approccio REBT in un caso di Disturbo Ossessivo Compulsivo in età evolutiva

Relatore: Sara Bernardelli, Psicologa, Psicoterapeuta, didatta Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Albert Ellis Institute New York, Verona

Il Parent Training è un intervento a supporto della genitorialità che fornisce ai genitori strumenti per la gestione delle problematiche dei figli. Nel presente lavoro verrà presentato un intervento di Parent Training seguendo l'approccio della REBT-Rational Emotive Behavior Therapy (Ellis, 1955) in un caso di Disturbo Ossessivo Compulsivo. Particolare attenzione verrà data all'intervento sulle idee disfunzionali del genitore come fattore di mantenimento di tipo ambientale rispetto al quadro sintomatologico presentato dal figlio.

La comunità educativa: quando chi si prende cura non è la famiglia. Un'esperienza di formazione, supervisione e supporto ad educatori di una comunità per minori

Relatore: Giulia Rancati, Laurea in Psicologia, Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva e Cognitivo Comportamentale Studi Cognitivi; psicoterapeuta presso Casa di Cura Villa Esperia, Università Bocconi Milano

Co-autori: Laura Rigobello, Psicologo, Psicoterapeuta, didatta Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Team DBT Pavia, Università Commerciale Bocconi

Come sostenere la cura e le funzioni educative quando la famiglia non può? Quale formazione e quale supporto offrire agli educatori? Un'esperienza con un gruppo di educatori orientata alla terapia dialettico comportamentale per la gestione di comportamenti impulsivi, problematici e la disregolazione emotiva. L'apprendimento delle skills per una maggior efficacia degli interventi e come occasione di aiuto ai minori.

La seduta con genitori feriti e, a volte, incalzati dalla giustizia

Relatore: Michele Masotto, Psicologo, Psicoterapeuta, didatta Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Associazione Facilitazione genitoriale, Verona

L'obiettivo dell'intervento è quello di mettere in luce le dinamiche relazionali e familiari in genitori ad alta conflittualità, all'interno di un quadro di separazione e con interventi giudiziari in atto. Si porrà l'accento sugli schemi relazionali e genitoriali disfunzionali, sui cicli interpersonali che vengono attivati e su come tutto questo venga poi amplificato dal contesto sociale (famiglie di origine, mondo della giustizia, ...) e vada a pesare sulle capacità genitoriali.

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15
CORPO AULE - AULA 5

SIMPOSIO S-095

Casi clinici complessi: tra la crisi di procedure e tecniche e il ragionamento clinico

Chair: Giuseppe Grossi, APC-SPC, Rome, CPR InMovimento, Fondi

Discussant: Veronica Sanges, SPC, Napoli

Molte procedure tipiche della terapia cognitivo comportamentale sono efficaci per un ventaglio molto ampio di condizioni psichiatriche. Tuttavia, una percentuale importante di pazienti mostra una scarsa adherence sia in seduta, sia nel procedere agli homework concordati. La conseguenza di questa riduzione della disponibilità si traduce nella cronicizzazione del disturbo o, peggio ancora, nel drop-out. Nel corso del simposio, discuteremo delle difficoltà che coinvolgono il terapeuta nella gestione dei casi clinici complessi. In questi casi, il ragionamento clinico che guida l'agire terapeutico si basa su una corretta formulazione del caso, grazie alla quale vengono identificati con chiarezza i fattori che possano essere da ostacolo al trattamento e quelli utili a stabilire una gerarchia di rilevanza di obiettivi. Nel simposio verranno presentati quattro casi di pazienti con disturbo ossessivo compulsivo, in cui anche il terapeuta più esperto si è trovato in difficoltà nel procedere con il trattamento. In particolare, discuteremo delle ragioni legate alla necessità di cambiare rotta e strategie e dell'opportunità di tornare al ragionamento clinico orientato dalla formulazione del caso. Verranno descritti gli effetti negativi dell'utilizzo di una tecnica di comprovata efficacia quale l'esposizione e prevenzione della risposta (EPR), nella presentazione del caso di Pietro, un ragazzo di 19 anni con diagnosi di disturbo ossessivo compulsivo (DOC). In questo caso, la presenza di fenomeni dissociativi e di percezioni a carattere persecutorio attivati in terapia dal paziente del dott. Iuliano impedivano l'utilizzo di tecniche di esposizione con prevenzione della risposta. Allo stesso modo, la comorbidità tra il DOC, il disturbo narcisistico di personalità e il disturbo paranoide di personalità del paziente della dott.ssa Fabrizia Tudisco rendeva necessaria una riformulazione degli obiettivi della paziente. La comprensione del momento di impasse ha permesso alla terapeuta di concentrarsi e risolvere i cicli interpersonali. La difficoltà di un ragionamento clinico che tenga in considerazione le variabili di più disturbi in comorbidità viene evidenziata anche dal caso di Monica, paziente con un DOC e un disturbo borderline di personalità, che ha richiesto non solo la conoscenza di procedure terapeutiche relative ai due quadri psicopatologici, ma la capacità di integrarle e cucirle sulle caratteristiche specifiche della paziente. In conclusione, gli effetti negativi di un ragionamento clinico inadeguato, incompleto che non tenga in considerazione una corretta formulazione del caso viene evidenziato anche nel progetto terapeutico descritto dal dott. La Sala, in cui la decisione di inserire il paziente in una struttura psichiatrica per lavorare sul ritiro sociale ha aumentato la sua sintomatologia ossessiva, con un peggioramento del quadro clinico e una maggiore chiusura del ragazzo.

“Dottore ho paura di lei!”. Un caso di disturbo ossessivo compulsivo con fenomeni dissociativi e percezioni persecutorie

Relatore: Enrico Iuliano, APC-SPC, Roma; CPR InMovimento, Fondi

P. è un ragazzo di 19 anni iscritto all'ultimo anno di liceo. Decide di intraprendere una terapia cognitivo comportamentale a seguito della diagnosi di Disturbo ossessivo compulsivo ricevuta presso un noto ospedale di Roma. P. mi parla dei suoi pensieri ossessivi e degli atti compulsivi che è costretto ad eseguire

quotidianamente per neutralizzare la possibilità che la minaccia temuta possa verificarsi. In particolare teme di poter morire qualora non eseguisse alcuni rituali come ad esempio soffiare sulle mani, eseguire mentalmente delle operazioni matematiche, controllare l'ora sempre nella stessa maniera e secondo precise regole, ecc...

Sin da subito P. mostra al contempo un livello di allerta molto alto ed una particolare reattività dell'arousal autonomico, riferisce stati di confusione mentale, mostra una certa disorganizzazione anche nella coordinazione motoria e nel modo in cui si muove nell'ambiente, dove talvolta sembrerebbe come guidato dall'attivazione di stati transitori. Con il prosieguo della terapia, dalla sua storia di vita si evincono elementi che farebbero ipotizzare delle relazioni familiari poco sicure, al contrario spaventose ed angoscianti.

La presenza di un quadro clinico multiplo pone sfide diverse ed impone al terapeuta un ragionamento clinico più complesso all'interno del quale bisogna stabilire una gerarchia di rilevanza tra obiettivi terapeutici ed analizzare con cura ed attenzione quali fattori possano essere di ostacolo al trattamento.

In particolare nel corso del trattamento si è riscontrata una grossa difficoltà nell'applicazione della tecnica di esposizione con prevenzione della risposta, a causa dell'attivazione di fenomeni dissociativi e di percezioni a carattere persecutorio attivi nella stanza di terapia nel momento in cui si metteva in atto la tecnica di elezione per il trattamento della sintomatologia ossessivo compulsiva.

Si discuterà delle implicazioni cliniche e di trattamento in un caso di Disturbo ossessivo compulsivo con sintomi dissociativi e percezioni a contenuto persecutorio. In particolare si tratteranno le difficoltà nella formulazione del caso nel tentativo di analizzare i meccanismi che sottendono la sintomatologia psicopatologica e come questi possano essere interconnessi tra loro all'interno di un quadro clinico complesso ed eterogeneo.

Fattori e processi che ostacolano la terapia: il caso di R.

Relatore: Fabrizia Tudisco, SPC Napoli

In questo intervento sarà presentato il caso di R., ragazzo di 28 anni, con diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) in comorbidità con Disturbo Narcisistico di Personalità, Disturbo Paranoide di personalità e tratti Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DSM 5; APA, 2013). R. manifesta una sintomatologia ossessiva (Y-BOCS: 22; DOC moderato), in prevalenza rituali mentali, che generano in lui una profonda sofferenza soggettiva che cerca di alleviare attraverso il ricorso a soppressione del pensiero, strategia che diventa a sua volta ritualizzata, e ruminazione. La richiesta del paziente è quella di ridurre la sintomatologia ossessiva al fine di riuscire a portare a termine l'università, suo piano di vita investito, che da anni sente di aver trascurato a causa del suo disturbo. In linea con il contratto terapeutico, nel tentativo di procedere in una direzione di trattamento orientato alla riduzione della sintomatologia ossessiva, durante la ricostruzione del profilo interno del disturbo, sono emersi degli aspetti disfunzionali di personalità che sembrano essere mantenuti dal DOC stesso: il disturbo di asse I sembra infatti essersi generato come tentativo di soluzione della minaccia percepita all'interno delle relazioni interpersonali. Nel dettaglio, a seguito di incontri relazionali, alla mente di R. arrivano immagini intrusive di scene vissute in cui sente di essere stato umiliato, deriso e non riconosciuto nel suo valore personale dall'altro; questi scenari attivano in lui la sensazione di dover ripercorrere mentalmente l'interazione nei minimi dettagli nel tentativo di eludere la minaccia di aver potuto permettere che ciò accadesse, di non aver messo in atto tutte le possibili azioni per evitare il senso di colpa deontologico attivato dal timore di aver violato una propria norma morale, l'ordine naturale delle cose ("come ho potuto permettere che ciò accadesse"). L'egodistonia del funzionamento interpersonale maladattivo ha rappresentato, all'interno della

terapia con R., una difficoltà nell'attuazione dei protocolli di comprovata efficacia per il trattamento del DOC. Il cambio di rotta, la ritrattazione del contratto terapeutico, ha esposto il paziente e la terapeuta a momenti di impasse in cui si è reso necessario risolvere prima i cicli interpersonali per poi tornare a occuparsi della sintomatologia che il paziente aveva necessità di ridurre. A questo scopo, saranno presentate le strategie e le manovre terapeutiche tese ad aumentare l'insight di R. all'interno della relazione terapeutica, il razionale sotteso al timing degli interventi, gli esperimenti comportamentali, le tecniche esperienziali e gli esiti degli interventi.

“La terapia del tutto”. Un caso di Disturbo ossessivo compulsivo e Disturbo Borderline di personalità

Relatore: Luca Cieri, APC-SPC, Roma, ASL Roma 5; Istituto Psicopatologia, Roma

Monica ha 36 anni, casalinga, vive con il marito. Fin dall'adolescenza ha immagini intrusive e sogni legati ad “un'altra sua personalità (Mira), lesbica e maledetta”, che aveva percepito molti anni fa durante un episodio psicotico breve. Correlati a questi pensieri, vive dubbi ossessivi rispetto al proprio orientamento sessuale, iniziati quando il padre (morto diversi anni fa e affetto da un disturbo psicotico mai curato) le diceva nei momenti di forte aggressività frasi come “fai schifo! Sei una sporca lesbica!”.

Soprattutto nella fase iniziale della psicoterapia Monica è un fiume in piena in cui descrive le forti emozioni che prova, alcuni episodi dolorosi del passato e i suoi dubbi ossessivi rispetto al fatto se sia o no lesbica.

La prima seduta con Monica getta le basi degli assi portanti della terapia, sia in termini di relazione terapeutica, che di obiettivi.

Oltre quindi ad accogliere la richiesta della paziente di gestire i sintomi legati al DOC, le ho proposto lavorare sulla regolazione e validazione delle emozioni e sull'integrazione fra la “parte” lesbica e provocatoria e quella desiderosa d'affetto, lavoro questo che la paziente ha chiamato “la terapia del tutto”.

In questo senso il lavoro sugli aspetti legati al DOC e al DBP sono andati in parallelo, sia perché avevano la stessa importanza e motivazione ad essere affrontati da parte della paziente, sia perché non si sono registrati rischi rispetto alla sicurezza personale.

Nella presentazione di questo caso clinico si vuole in primo luogo fornire un esempio di compresenza fra DOC e DBP e di come integrare procedure terapeutiche relative ai due quadri psicopatologici. In secondo luogo capire a quale aspetto dare maggior peso dal punto di vista degli obiettivi terapeutici e con che timing. Infine di come può essere favorita l'alleanza terapeutica.

Il trattamento di un caso di Disturbo Ossessivo Compulsivo con importante ritiro sociale, in un ragazzo domiciliato presso una struttura residenziale psichiatrica per minori

Relatore: Michele La Sala, SPC Napoli, CPR InMovimento, Fondi

M. è un ragazzo di quasi 18 anni, che aveva ricevuto diagnosi di Disturbo ossessivo compulsivo dalla Neuropsichiatria Infantile del proprio territorio di appartenenza. Egli temeva di essere contaminato dagli altri e contrarre una malattia grave: per tale motivo, oltre alle compulsioni di controllo, aveva man mano cominciato ad evitare le situazioni sociali fino a non uscire più di casa, da circa un anno. Per tali motivi, nonostante M. fosse assolutamente contrario e dopo vari tentativi di trattamento risultati fallimentari, il ragazzo veniva collocato in una struttura psichiatrica residenziale per minori, su decisione sia della

neuropsichiatria infantile di riferimento sia della famiglia del ragazzo, ormai sfinita dalle sue ossessioni e dai suoi rituali. Lo scopo iniziale del trattamento residenziale era ridurre il ritiro sociale per poi, successivamente, intervenire sui rituali e sulle ossessioni.

Oltre al ritiro sociale, M. aveva importanti difficoltà circa il cibo: nello specifico, egli mangiava solo ed esclusivamente se mentre la mamma cucinava egli poteva controllare l'integrità e l'origine di ogni singolo alimento utilizzato e la pulizia di ogni singola stoviglia utilizzata dalla madre; in caso contrario, si rifiutava di pranzare e cenare passando le intere giornate quasi in totale digiuno. Tutto ciò aveva causato la comparsa di forte malessere e malumore nel proprio nucleo familiare, sfociati anche in alcuni agiti aggressivi da parte del padre nei confronti del figlio.

Sin da subito il trattamento cognitivo comportamentale del Doc è parso abbastanza difficoltoso: il ragazzo non era d'accordo con il suo collocamento in comunità ed avrebbe voluto rimanere nella propria casa. Pur lamentandosi e soffrendo per il proprio ritiro sociale, infatti, reputava la propria casa un contesto più sicuro ed in cui era anche sicuramente più libero di organizzare i propri spazi e la propria condotta come meglio riteneva.

Oltre alla scarsissima motivazione al trattamento, la difficoltà del trattamento era ulteriormente acuita sia dal vivere in una struttura in cui erano presenti già 8 ospiti, di età compresa tra 15 e 21 aa e di cui 2 avevano una diagnosi di Disturbo Oppositivo-Provocatorio ed uno di Disturbo della Condotta, sia dalla presenza di uno staff di 14 operatori (6 educatori, 1 psicoterapeuta, 1 neuropsichiatra infantile, 6 O.S.S.). Tale condizione di convivenza e relazioni forzate, infatti, complicavano ulteriormente il trattamento del Doc in quanto ogni operatore con i propri comportamenti ed il proprio stile di personalità quasi sempre acuiva ulteriormente la sintomatologia ossessiva di M.. Allo stesso modo, l'interazione con ospiti affetti da DOP e Disturbo della Condotta aveva evidenti effetti nefasti sulla sintomatologia di M., acuendo non solo le ossessioni di contaminazione ma, anche e forse soprattutto, la tendenza del ragazzo ad isolarsi.

Tale condizione di convivenza forzata ha, di conseguenza, imposto un ragionamento clinico più ampio ed articolato e la necessità di interagire quasi costantemente con l'equipe della comunità, allo scopo sia di far comprendere loro come determinati comportamenti peggioravano la sintomatologia di M. sia per cercare soluzioni che potessero favorire l'interruzione, o perlomeno una netta riduzione, delle dinamiche disfunzionali tra M. e gli altri giovani ospiti della struttura.

23 Settembre, Sabato

9.00-10.15
CORPO AULE - AULA 6

SIMPOSIO S-064

Ritiro sociale: psicopatologia, caratteristiche cliniche, genitorialità**Chair: Fabio Moroni**, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma**Discussant: Manuel Petrucci**, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Il ritiro sociale è stato concettualizzato come sintomo di disturbi clinici di diversa natura anziché un disturbo specifico con eziologia propria. Nel DSM-5 (DSM-5 APA – American Psychiatric Association, 2014) è stato incluso tra i sintomi di vari disturbi psicologici, come l'ansia sociale, il mutismo selettivo, l'autismo, la depressione maggiore, la personalità evitante e la schizofrenia. A seconda del disturbo in cui si manifesta può, quindi, associarsi a manifestazioni cliniche differenti, come inibizione emotiva oppure aggressività (Procacci e Semerari, 2019).

In questo simposio si intende delineare le principali caratteristiche del ritiro sociale e le più attuali conoscenze cliniche di ricerca sull'argomento. Verranno discusse le caratteristiche del ritiro sociale e le differenti forme a seconda del disturbo in cui si manifesta. Inoltre, si racconteranno casi clinici di giovani con ritiro sociale, esemplificando le diverse manifestazioni a seconda delle caratteristiche di personalità. Verrà inoltre raccontata l'esperienza di un gruppo esperienziale per giovani con ritiro sociale e di un gruppo di sostegno per i genitori di ragazzi con ritiro sociale. Si discuteranno le caratteristiche di personalità e i cicli interpersonali tipici dei genitori di ritirati sociali, evidenziando un percorso di gruppo in cui sono state applicate tecniche di analisi funzionale.

Ritiro Sociale: Cosa fare? Chi deve fare? Come deve fare?**Relatore: Michele Procacci**, Psichiatra, Psicoterapeuta, ASL RM1, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Il ritiro sociale è una forma estrema di disagio caratterizzata da riduzione/assenza di relazioni e contatti sociali, un fenomeno in aumento soprattutto tra gli adolescenti. Descriveremo i fattori predittivi delle forme di ritiro sociale fin dalla infanzia, le possibili traiettorie evolutive ed eventuali quadri clinici. Ma visto l'aumento dei casi, necessita stabilire delle indicazioni chiare sia per chi deve segnalare sia per chi deve valutare. Cercheremo di rispondere agli interrogativi del nostro titolo, alla luce di quanto presente in letteratura, sia per delineare le forme di prevenzione sia per definire le cure attraverso gli attuali approcci terapeutici che tengano conto delle possibili comorbilità.

Giovani con ritiro sociale: casi clinici a confronto e caratteristiche peculiari**Relatore: Barbara Paoli**, Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo; ASL RM3, Municipio XII – D4 – Centro di Salute Mentale, Roma

L'evitamento sociale viene attualmente considerato come un processo transdiagnostico che accomuna diversi disturbi mentali. Le difficoltà nell'interazione sociale e l'assenza di relazioni stabili rientrano tra i fattori che caratterizzano diverse psicopatologie, come i disturbi dello spettro autistico, la sindrome dell'hikikomori, l'ansia sociale, la depressione e diversi disturbi di personalità, come il disturbo evitante e il narcisismo covert

(Colle et al., 2017; Masi et al., 2021). Vi sono tre fattori principali associati all'evitamento sociale: la bassa motivazione alla socialità; l'ansia legata a contesti sociali; la scarsa abilità nel costruire relazioni interpersonali soddisfacenti (Colle et al., 2017). L'evitamento sociale quindi, può essere indipendente dalla sintomatologia specifica, ma rappresentare una strategia di coping reattiva a diverse problematiche.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di approfondire le caratteristiche di personalità associate al ritiro sociale, mediante l'analisi di indici relativi alla sofferenza emotiva e interpersonale, legati a manifestazioni di adattamento alla solitudine o dell'incapacità di uscire dallo stato di solitudine stesso, in un campione di giovani adulti tra i 18-24 anni seguiti all'interno di un Centro di Salute Mentale della ASL RM3. Nello specifico, si intende descrivere l'esistenza di specifici schemi cognitivi, caratteristiche di personalità e stili di coping nei giovani adulti con ritiro sociale. Inoltre, attraverso l'esemplificazione di alcuni casi clinici, si osserverà come il ritiro sociale possa delinarsi diversamente a seconda del funzionamento interno e del quadro di personalità specifico. Per esempio, può associarsi a reazioni di chiusura e inibizione emotiva come nel disturbo evitante, oppure ad agiti aggressivi tipici del narcisismo di tipo covert. La natura dello studio è esclusivamente di tipo conoscitivo/descrittivo su un piccolo campione. Nella descrizione dei profili si utilizzeranno sia i dati estrapolati da una batteria di test specifici che valutano schemi cognitivi, tratti di personalità, tipologia di ritiro sociale e stili di coping, sia dati derivanti da osservazione clinica.

Infine, verrà descritto un intervento di gruppo esperienziale con ragazzi dai 18-24 anni condotto all'interno del CSM e verranno discussi i cambiamenti osservati nei giovani con ritiro sociale, evidenziando le diverse evoluzioni del quadro psicopatologico.

Le osservazioni cliniche e i dati di ricerca saranno analizzati criticamente secondo il modello cognitivo-comportamentale.

L'impatto del ritiro sociale sui genitori: un gruppo di sostegno in ottica cognitivo-comportamentale

Relatore: Roberta Trincas, Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo; ASL RM3, Municipio XII – D4 – CSM; Scuole di Psicoterapia Cognitiva S.r.l., Roma

Le condotte genitoriali sono tra i fattori di vulnerabilità e mantenimento delle problematiche che portano al ritiro sociale. Per esempio, diversi autori osservano che il controllo genitoriale, inteso come una serie di comportamenti intrusivi che i genitori mettono in atto per influenzare pensieri ed emozioni dei figli, sia di rinforzo per l'evitamento sociale degli stessi (Rubin et al., 1995; Schneider et al., 1998; Lin et al., 2020). Per esempio, di fronte ad un ragazzo particolarmente inibito, i genitori potrebbero cercare di incoraggiarlo forzandolo ad impegnarsi in attività sociali; questa pressione genitoriale può paradossalmente incrementare la tendenza all'evitamento sociale e la chiusura nei confronti dei genitori (Bell e Chapman, 1986). Anche l'isolamento sociale dei genitori e la tendenza ad essere iperprotettivi sono fattori che si associano alle difficoltà sociali che portano all'isolamento dei figli (Thompson et al., 2019; Colle, 2017). Vi sono invece atteggiamenti, come la conoscenza genitoriale, che si associano a maggiori capacità sociali e di mentalizzazione da parte dei figli; in altre parole, la comprensione e l'apertura del genitore verso le esperienze interne e sociali del figlio correla negativamente con problematiche internalizzanti (Booth-LaForce et al., 2012; Lin et al., 2020).

Nonostante le evidenze dimostrino come gli atteggiamenti genitoriali siano rilevanti nel mantenimento dell'evitamento sociale, sono scarsi gli studi sui cicli interpersonali tipici e sulle possibili strategie di intervento sui genitori. Diversi autori suggeriscono che gli interventi dovrebbero includere componenti che affrontino le questioni della reattività genitoriale e aiutino i genitori ad apprendere strategie per rispondere ai

comportamenti dei ragazzi socialmente ritirati senza diminuire il calore, né iperproteggerli o controllarli (Colle, 2017; Zarra-Nezhad, 2022).

Il nostro obiettivo è di mostrare un intervento di stampo cognitivo-comportamentale adottato in un gruppo dedicato a genitori di giovani adulti con ritiro sociale presso un Centro di Salute Mentale della ASL-RM3. In un piccolo gruppo di genitori sono stati utilizzati principi di Analisi Funzionale per identificare i cicli interpersonali problematici, ossia le reazioni dei genitori ai comportamenti di chiusura e ritiro sociale dei figli. Il fine è stato identificare i comportamenti che rinforzano la chiusura e aiutare i genitori a sviluppare strategie alternative più funzionali al fine di incoraggiare, sostenere e validare l'esperienza dei figli. Verranno presentate delle vignette esemplificative di cicli interpersonali tipici dell'interazione genitori-figli, come per esempio la resa vs la pretesa da parte dei genitori in risposta alla chiusura dei figli. Infine, verrà delineato l'intervento attuato secondo un'ottica cognitivo-comportamentale.

23 Settembre, Sabato

14.00-15.15

SIMPOSIO S-004

TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

È possibile fare studi di efficacia in Italia? Alcune esperienze tra difficoltà e best practices

Chair: Simone Cheli, Psicologo, Psicoterapeuta, Tages Onlus & Università di Firenze

Discussant: Maurizio Brasini, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Per quanto il format sia suscettibile ad errori e distorsioni, il Randomized Controlled Trial (RCT) resta il gold standard nello sviluppo e nella validazione dei protocolli clinici. Per essere inclusa in una linea guida internazionale, una psicoterapia deve mostrare non solo una fattibilità (studi preliminari che dimostrino che sia sicura, sostenibile per utenti e professionisti), ma anche un'utilità clinica che in breve corrisponde alla pubblicazione di alcuni RCT, possibilmente con bracci attivi di controllo. Per difficoltà organizzative e forse una certa preferenza culturale per gli studi di processo, in Italia gli RCT hanno sempre ricevuto limitata attenzione da parte dei terapeuti. Questo ha in parte confermato l'idea che nel nostro paese non sia percorribile condurre studi di efficacia. L'obiettivo del presente simposio è quello di presentare tre esperienze che cercano di andare in controtendenza rispetto a questo pregiudizio, mostrando sia le difficoltà organizzative e i limiti nel condurre un RCT sia i vantaggi per la ricerca di efficacia in psicoterapia. Simone Cheli presenterà due esperienze in corso presso i Centri Clinici Tages col fine di validare interventi integrati per i tratti schizotipici e perfezionistici. Fabrizio Didonna descriverà il suo programma di ricerca nello sviluppo e nella validazione della Mindfulness Based Cognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder. Giancarlo Dimaggio passerà in rassegna gli studi per la definizione dell'utilità clinica della Terapia Metacognitiva Interpersonale nel trattamento dei disturbi di personalità e non solo.

L'esperienza di Tages Onlus nel trattamento dei tratti perfezionistici e schizotipici

Relatore: Simone Cheli, Psicologo, Psicoterapeuta, Tages Onlus & Università, Firenze

Co-autori: Veronica Cavalletti, Centri Clinici Tages, Firenze

Nel corso degli anni le attività dei Centri Clinici Tages e dei progetti di ricerca di Tages Onlus si sono sempre più orientate secondo una prospettiva dimensionale. L'idea di fondo era ed è che lo sviluppo di interventi efficaci debba orientarsi nei confronti di specifici tratti di personalità. A tal fine abbiamo avviato due progetti finalizzati alla validazione di protocolli terapeutici per pazienti con prominenti tratti perfezionistici e schizotipici. Dopo alcune cases series in cui abbiamo confermato l'utilità di interventi focalizzati sulla metacognizione (Cheli, Lysaker, Dimaggio, 2019; Cheli, 2022) e sulla compassione (Cheli, Cavalletti, Petrocchi, 2020; Cheli, Petrocchi, Cavalletti, 2022), abbiamo condotto un trial clinico randomizzato controllato in cui testare un modello integrativo di terapia individuale per i tratti schizotipici: Evolutionary Systems Therapy for Schizotypy (Cheli, 2023; Cheli et al., 2023). I risultati hanno mostrato tassi di drop-out inferiori al 10% e tassi di remissione della diagnosi superiori al 75%. Al contempo, abbiamo testato un secondo intervento integrativo per pazienti

perfezionistici in cui il focus sulla compassione era associato allo sviluppo relazionale dei cicli interpersonali maladattivi (Cheli, et al. 2020; Cheli et al., 2022). Dopo alcune cases series, il protocollo di gruppo denominato Mindful Compassion for Perfectionism è attualmente oggetto di un trial clinico randomizzato controllato, i cui primi risultati ne confermano la fattibilità e l'utilità clinica. Obiettivo della presentazione è di discutere, oltre ai risultati e i loro limiti, anche le difficoltà e le possibili soluzioni nello sviluppare trial clinici all'interno del contesto italiano.

Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (MBCT for OCD): presentazione di due studi di efficacia, Open Trial e RCT, realizzati rispettivamente in un contesto italiano ed estero

Relatore: Luca Bodini, Psicologo, IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Verona, Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona

Co-autori: Fabrizio Didonna, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro Italiano di Terapia Cognitiva-Mindfulness per il DOC e il Trauma

In questa presentazione verranno illustrati due studi di efficacia, un Randomized Controlled Trial (Zhang, Lu, Didonna et al., 2021) e uno studio pilota (Didonna et al., 2019), relativi al modello terapeutico Mindfulness-Based Cognitive Therapy per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, un programma di trattamento di "Terza generazione" manualizzato e sottoposto a validazione, che integra gli elementi efficaci della terapia cognitivo-comportamentale con i principi e le pratiche meditative di mindfulness.

Durante questa presentazione verranno messi in luce i punti di forza e i limiti di tali studi, ma anche stimolata una riflessione riguardo alla comparazione tra gli ostacoli incontrati nell'implementare simili ricerche nel contesto italiano e l'efficienza e relativa facilità di organizzazione e attuazione di studi anche robusti come gli RCT, in un contesto estero, con particolare riferimento a quello cinese.

Didonna, F., Lanfredi, M., Xodo, E., Ferrari, C., Rossi, R. & Pedrini, L. (2019). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: a pilot study. Journal of Psychiatric Practice®. 25(2):156-170.

Zhang T, Lu L, Didonna F, Wang Z, Zhang H and Fan Q (2021). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Unmedicated Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial With 6-Month Follow-Up. Frontiers of Psychiatry. 12:661807. doi: 10.3389/fpsyt.2021.661807

Terapia Metacognitiva Interpersonale: efficacia preliminare e trial randomizzati

Relatore: Giancarlo Dimaggio, Psichiatra, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

La Terapia Metacognitiva Interpersonale è stata prima formulata per comprendere e trattare i disturbi di personalità (Dimaggio et al., 2007) e successivamente manualizzata con una serie di procedure step-by-step (Dimaggio et al., 2013; 2019; in stampa). L'obiettivo della manualizzazione era di procedere alla verifica empirica. Sono state eseguite delle case series (Dimaggio et al., 2017; Gordon-King et al., 2018) e dei single case studies (Cheli et al., 2020; Pasetto et al., 2022) e uno studio a braccio singolo per promuovere la recovery negli esordi psicotici (Inchausti et al., 2023). Successivamente il protocollo TMI-Gruppo (Popolo et al., 2021) è stato oggetto di uno studio pilota non controllato (2018). Si è così gettata la base per 2 trial randomizzati

controllati (Randomized clinical trial RCT; Popolo et al., 2019; 2021), ai quali si affianca uno studio a braccio singolo (Inchausti et al., 2020). Un altro RCT più ampio di TMI per gli adolescenti è stato completato (Inchausti et al., in preparazione). Un altro modello che parte dalla manualizzazione TMI è il Metacognition Oriented Social Skills Training, anche questo oggetto di un RCT (Inchausti et al., 2018). È stato completato il primo RCT pre-registrato con un gruppo di controllo attivo, in cui è stata testata la TMI per i Disturbi del Comportamento Alimentare (TMI-DCA). Complessivamente gli studi hanno mostrato la capacità della TMI in tutte le forme di contenere i drop-out sotto il 10% e di generare buoni outcome nei domini sintomatici e interpersonali. Tale capacità è mantenuta anche in studi in cui o la TMI è stata applicata insieme ad altri approcci (Simonsen et al., 2022) o alcuni elementi della terapia sono stati inclusi in programmi di trattamento che includevano altri elementi (Cheli et al., 2023; Prunetti et al., 2022). Riassumo qui i risultati degli studi descritti, i loro limiti e le implicazioni per la futura ricerca.

23 Settembre, Sabato

14.00-15.15

SIMPOSIO S-076

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

La DBT in differenti contesti e pazienti: esperienze e implementazioni a confronto

Chair: **Ilaria Riccardi**, Psicologa, Specializzazione in Psicologia Clinica e Psicoterapia Cognitivo Comportamentale, dottorato di ricerca in Neurobiologia della plasticità neurale, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma

Discussant: **Andrea Gragnani**, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva AIPC

La Terapia Dialettico Comportamentale (DBT) nasce come trattamento per il rischio suicidario grave, per poi espandersi prima a persone con Disturbo Borderline di Personalità (DBP) e poi anche con altre condizioni psichiatriche e psicologiche multiproblematiche. La ricerca empirica, replicata e applicata in più di 50 Paesi, ha dimostrato ampiamente la sua efficacia portando la DBT a essere uno dei principali e più diffusi trattamenti evidence-based. Malgrado la DBT sia un riferimento presente nelle linee guide internazionali dei percorsi di cura della Salute Mentale e sia promettente anche in altri ambiti, la sua implementazione in Italia è ancora lacunosa. Questo simposio fornisce un'approfondita osservazione di alcune applicazioni della DBT a diverse realtà cliniche e di prevenzione, spaziando attraverso molteplici contesti, da quelli di programmazione e intervento clinico di tipo istituzionale a quelli di prevenzione primaria. Verrà riportata l'esperienza maturata nei servizi pubblici dell'Emilia Romagna, un impegno ormai decennale volto a integrare la DBT come intervento evidence-based con gli interventi ordinari rivolti a pazienti con DBP, per poi approdare a progetti più recenti, che ne vedono l'applicazione alla popolazione adolescenziale, scolastica e dei giovani adulti presenti nell'istituzione carceraria. Sarà presentato un protocollo di trattamento basato sulla DBT per la valutazione e il trattamento di adolescenti con gravi disturbi del comportamento e della regolazione emotiva attivo presso l'IRCCS Fondazione Stella Maris, in considerazione del fatto che la DBT è un trattamento di comprovata efficacia per la prevenzione dei comportamenti suicidari e dell'autolesività anche nella popolazione adolescenziale.

Inoltre, poiché la sperimentazione della DBT in ambito clinico forense è relativamente recente e non ha ancora ottenuto un'adeguata applicazione al contesto carcerario italiano, verrà presentata e discussa una sua recente applicazione pilota, effettuata su un campione di giovani adulti (18-30 anni) detenuti, afferenti agli istituti penitenziari Beccaria e San Vittore di Milano, all'interno di un progetto regionale che ha coinvolto la Società Italiana per la Dialectical Behavior Therapy-SIDBT come fornitore del servizio. Infine il simposio permetterà di conoscere anche i programmi di prevenzione primaria, destinati a ridurre il rischio di problematicità nella popolazione generale, che prevedono l'insegnamento delle abilità DBT nelle scuole secondarie di primo e secondo grado. Sarà presentato un progetto di adattamento e le relative linee guida del DBT Skills Training in ambito scolastico, con particolare riferimento al protocollo DBT STEPS-A (Skills Training per la regolazione emotiva negli adolescenti), un programma SEL (Social Emotional Learning) attuato dagli insegnanti.

Il trattamento skill training DBT per i disturbi gravi di personalità nei servizi della salute mentale e dipendenze patologiche dell' Emilia Romagna

Relatore: Gianluca Farfaneti, Responsabile SDD Psicologia Clinica e Psicopatologia, Forlì-Cesena, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Forlì-Cesena

Co-autori: Michele Sanza, Psichiatra, Direttore Dipartimento Salute Mentale, Forlì

Innumerevoli studi hanno comprovato l'efficacia della Terapia Dialettico Comportamentale per il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità. Benché la DBT costituisca un punto di riferimento assoluto per tutte le guide internazionali e i documenti di indirizzo e programmazione nazionali dei percorsi di cura di Salute Mentale, la sua implementazione nel contesto reale dei Servizi pubblici è tutt'altro che scontata. La regione Emilia Romagna ha avviato da tempo un programma orientato a migliorare l'offerta di cura per i disturbi di personalità che trova nella diffusione della rete della DBT nei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM DP) il suo principale punto di riferimento. Nell'esperienza ormai più che decennale del programma regionale, il fattore critico fondamentale è l'integrazione della DBT standard e della DBT ST alone con gli altri interventi psicoterapeutici e farmacologici erogati dai servizi pubblici. La strategia impiegata per armonizzare gli interventi Evidence Based con gli interventi ordinari è stata quella di una stepped care per livelli di intensità di cura. La presenza di 6 team DBT che operano nel sistema pubblico – comprese le strutture private accreditate – con gli oltre 30 gruppi di Skills Training attivi nei DSM DP dell'Emilia Romagna costituiscono oggi la solida ossatura di un sistema di offerta per il Disturbo Borderline di Personalità realizzato anche attraverso la stretta collaborazione con la Società Italiana di terapia Dialettico Comportamentale.

“Ragazze interrotte”: l'esperienza della DBT in un Servizio per adolescenti con gravi disturbi del comportamento e della regolazione emotiva

Relatore: Annarita Milone, Direttore di UOS IRCCS Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI

Co-autori:

Lisa Polidori, Laurea in Psicologia, specializzazione in Psicologia Clinica e Psicoterapia, Dirigente psicologo UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva IRCCS Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI;

Placini Francesca, Dirigente medico UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva IRCCS Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI;

Ruglioni Laura, Dirigente psicologo UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva IRCCS Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI;

Valente Elena, Dirigente psicologo UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva IRCCS Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI.

L'adolescenza rappresenta un periodo fortemente a rischio per lo sviluppo di disturbi nell'area della disregolazione emotiva e dell'impulsività, disturbi che negli ultimi anni sono diventati una vera e propria emergenza psichiatrica, essendo alla base di comportamenti fortemente a rischio, quali abuso di alcool e di sostanze, promiscuità sessuale, auto lesività non suicidaria, ideazione suicidaria e tentativi di suicidio. Nel 2017 il suicidio ha rappresentato la seconda causa di morte negli Stati Uniti negli adolescenti tra 15 e 19 anni (WHO, 2022) e nel 2019 nel mondo la quarta causa di morte tra i giovani tra 15 e 29 anni (Kann, 2018) e si presume che questi dati si siano aggravati a seguito della pandemia da Covid-19.

La DBT è un trattamento evidence -based per la prevenzione di comportamenti suicidari e autolesività anche nella popolazione adolescenziale (Linehan et al. 2006; Mehlum et al., 2012; Miller et al, 1997). L' intervento presenterà il Servizio "Al di là delle nuvole- teens", per la valutazione e il trattamento di adolescenti con gravi disturbi del comportamento e della regolazione emotiva, attivo presso l'IRCCS Fondazione Stella Maris, presso il quale dal 2020 è stato avviato un protocollo di trattamento basato sulla DBT. Verranno presentati le modalità di accesso, il profilo psicopatologico dei pazienti afferenti al servizio, l'impostazione del percorso psicoterapeutico e discusse le implicazioni cliniche e di trattamento.

L'esperienza della DBT nel contesto carcerario: un'applicazione con detenuti giovani adulti

Relatore: Donatella Fiore, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Co-autori: Lavinia Barone, Laurea in Psicologia, Laurea in filosofia, Specializzazione e Dottorato in Psicologia, Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Professore ordinario, Università degli Studi di Pavia

I pazienti forensi sono pazienti complessi e multiproblematici che presentano diagnosi diverse, caratterizzate di frequente da più comorbidità: Disturbo Borderline di Personalità e Disturbo Antisociale di Personalità (dal 50% al 80%), Disturbi dell'Umore, Disturbi D'Ansia e Disturbo da Uso di Sostanze. La letteratura sul contesto forense riporta come il burn-out del personale sia comune e frequente e caratterizzato da pessimismo rispetto al proprio lavoro, apatia e/o rabbia nei confronti dei pazienti e da conseguente comportamento di ritiro dai contatti con i pazienti e dalle mansioni lavorative. Da parte dei detenuti, i comportamenti multiproblematici esibiti riguardano in gran parte comportamenti impulsivi, sia di natura auto che eterolesiva.

La DBT è un trattamento con comprovate prove di efficacia per le caratteristiche associate al Disturbo Borderline di Personalità (DBP), quali Disturbo del comportamento suicidario, autolesività non suicidaria, impulsività, disregolazione emotiva, aggressività eterodiretta, comportamenti che interferiscono con la terapia sia da parte dei pazienti che del team dei sanitari, comportamenti che interferiscono con la qualità di vita. Per queste sue caratteristiche, risulta un trattamento elettivo in presenza di comportamenti multiproblematici, contraddistinti da una deficitarietà pervasiva nelle capacità di regolazione emotiva, che esita in comportamenti fuori controllo di matrice impulsiva.

Le sperimentazioni della DBT al contesto carcerario sono iniziate relativamente di recente rispetto all'implementazione della DBT ai contesti di cura sanitari (ad es. Sussel & Siesmaa, 2017; Robin et al., 2000), ma non hanno ancora conosciuto nel nostro Paese una sperimentazione adeguata al contesto carcerario italiano.

Obiettivo della nostra presentazione è illustrare e discutere una recente applicazione pilota, su una popolazione carceraria di giovani adulti (18-30 aa), organizzata negli istituti penitenziari Beccaria e San Vittore di Milano, all'interno di un progetto regionale finanziato e coordinato da Solidarietà in rete-SIR, che ha coinvolto la Società Italiana per la Dialectical Behavior Therapy-SIDBT come fornitore di servizio.

L'obiettivo della presente relazione è quello di illustrare un'implementazione della DBT nel contesto carcerario, mostrando le analogie e le differenze rispetto alla DBT Standard, e discuterne le possibili implicazioni e i potenziali sviluppi.

Un programma di prevenzione primaria: introduzione alle DBT Skills nelle scuole

Relatore: Paola Pazzano, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva di Bari, Centro di Psicoterapia Cognitiva Ecopoiesis, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Reggio Calabria

Co-autori: Giordano Annalisa, Milano Rossella Maria, Mangiola Gaetano - Centro di Psicoterapia Cognitiva Ecopoiesis, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Reggio Calabria

Gli adolescenti possono essere classificati lungo un continuum che va dalla normale disregolazione emotiva asintomatica alla disregolazione non grave e sintomatica alla franca disregolazione emotiva e comportamentale con Disturbo del Comportamento Suicidario, Parasuicidarietà e Autolesività non suicidaria. L'adattamento della Dialectical Behavior Therapy (DBT) alla popolazione adolescenziale (Mehlum et al., 2012; Rathus e Miller, 2016) risponde ad esigenze cliniche di prevenzione primaria, secondaria o terziaria della labilità emotiva, reattività emozionale, impulsività, confusione del sé e difficoltà interpersonali. Lo Skills Training DBT è uno dei protocolli di maggiore efficacia riconosciuta per il potenziamento di specifiche abilità quali la mindfulness, la regolazione emotiva, l'efficacia interpersonale e la tolleranza della sofferenza.

Lo scopo di questo lavoro è di illustrare i programmi di prevenzione primaria, destinati a ridurre il rischio di problematicità nella popolazione generale. Tali programmi prevedono l'insegnamento delle abilità DBT ai giovani delle scuole secondarie di primo e secondo grado.

Sarà presentato un progetto di adattamento e le relative linee guida del DBT Skills Training in ambiente scolastico, con particolare riferimento al protocollo DBT STEPS-A (Skills Training per la regolazione emotiva negli adolescenti), un programma SEL (Social Emotional Learning) attuato dagli insegnanti (Mazza et. al., 2016). Saranno discusse le implicazioni per una implementazione futura.

23 Settembre, Sabato

14.00-15.15

SIMPOSIO S-108

TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

Il trattamento intensivo del Disturbo Ossessivo Compulsivo

Chair: Giuseppe Romano, Psicologo, Psicoterapeuta, Professore straordinario Università "G. Marconi" Roma, Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC Roma, Grosseto e Ancona, SICC Roma, APC Verona, IGB Palermo

Discussant: Gaetano Mangiola, Centro Clinico Ecoipoiesis, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Reggio Calabria

Il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) affligge, in Italia, circa un milione di persone. Gli effetti sulla qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari possono essere davvero molto negativi. In molti casi, l'intera attività quotidiana del paziente è condizionata dal disturbo, con gravi conseguenze per la vita di relazione e per il lavoro o lo studio. Esistono trattamenti di provata efficacia che consistono in cure farmacologiche e psicoterapeutiche e, in accordo con diversi studi di esito, la psicoterapia cognitivo comportamentale è la psicoterapia di elezione.

L'esperienza di diversi gruppi di professionisti che si occupano di intervento psicoterapeutico sul DOC ha mostrato che il trattamento intensivo può essere di particolare utilità per i casi più gravi e anche per le persone che, per motivi logistici, hanno difficoltà a seguire una psicoterapia a frequenza settimanale.

Nel corso del simposio saranno presentati protocolli di trattamento, che hanno dato prova di efficacia, e illustrati alcuni casi clinici per i quali questo tipo di intervento si è rivelato particolarmente valido.

Effetti a lungo termine di un trattamento intensivo del disturbo ossessivo compulsivo associato a trattamento dei familiari

Relatore: Francesca Mancini, Psicologa, psicoterapeuta, Centro Clinico Verona

Co-autori:

Turri, Alice, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro Clinico Verona;

Biondani, Irene, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro Clinico Verona;

Mancini, Francesco, Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC

Il presente lavoro intende mostrare gli esiti di un trattamento intensivo di una paziente con Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC). Gli effetti del trattamento sono risultati stabili nel tempo. In particolare, i risultati ottenuti sono stati monitorati e registrati attraverso diversi momenti di valutazione: all'inizio e alla fine della terapia stessa e successivamente attraverso tre diversi follow up a tre, sei mesi e ad un anno.

La paziente è una studentessa di 28 anni affetta fin dall'adolescenza da DOC di tipo superstizioso con compulsioni di ripetizione, lavaggi e neutralizzazioni; Ha già intrapreso sia numerose psicoterapie tradizionali che altrettante farmacoterapie, senza alcun successo.

Durante il trattamento, la paziente ha svolto ogni giorno un'ora di terapia cognitivo comportamentale con una terapeuta di riferimento e due sedute di Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP), con l'ausilio di diverse terapeute. Il trattamento era preceduto e si concludeva con una fase di valutazione psicodiagnostica attraverso l'uso di test di personalità, di stato e test specifici per il DOC. Il percorso individuale della paziente

è stato affiancato dal percorso effettuato dai suoi familiari (madre, padre e sorella) che hanno effettuato 7 incontri con una terapeuta dedicata.

In particolare, riteniamo che il ruolo dei familiari sia stato cruciale per la buona riuscita del trattamento. Gli incontri svolti con la terapeuta li hanno aiutati a comprendere il disturbo e le dinamiche familiari che ne permettevano il mantenimento. Nella fase finale del percorso i familiari e la paziente, insieme alle rispettive terapeute, hanno svolto alcuni incontri per imparare a svolgere contratti in cui concordare i comportamenti che la paziente poteva modificare in accordo con i suoi cari al fine di eliminare le compulsioni.

La compattezza della squadra paziente-famiglia ha fatto in modo che la paziente recuperasse gran parte dell'autonomia perduta nello svolgimento delle attività quotidiane con una significativa remissione della sintomatologia ossessivo compulsiva.

Trattamento di 4 giorni di Bergen: un'esperienza norvegese

Relatore: Paola Spera, Psicologa, Psicoterapeuta, Dritto al Punto STP, Verona

Co-autori: Francesca Mancini, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Verona

Il presente intervento si propone di presentare il "Bergen 4-day treatment for OCD" (B4DT) (Havnen, Hansen, Haug, Prescott e Kvale, 2013), un protocollo per il trattamento del disturbo ossessivo compulsivo, e nello specifico si propone di introdurre un progetto di applicazione del trattamento alla realtà italiana.

In particolare, il "Bergen 4-day treatment for OCD" (B4DT) è un trattamento intensivo per il disturbo ossessivo compulsivo, che dura solo 4 giorni, ideato e manualizzato da un gruppo di psicoterapeuti norvegesi, che si basa principalmente sulla tecnica di esposizione con prevenzione della risposta (ERP).

È un compromesso tra la terapia individuale e quella di gruppo ed è stato definito infatti un "trattamento individuale in un setting di gruppo": il setting è di gruppo, ma il rapporto paziente/terapeuta è di 1:1.

Il primo giorno pazienti e terapeuti si ritrovano tutti insieme. I terapeuti forniscono una psico-educazione sul disturbo ossessivo compulsivo e sui suoi meccanismi di mantenimento. Successivamente, i pazienti si presentano brevemente a turno e, sempre in gruppo, ognuno stabilisce la gerarchia di stimoli a cui si esporrà nei giorni successivi. Durante il secondo e il terzo giorno il gruppo si divide, e ogni paziente, insieme ad un terapeuta, affronta gli stimoli temuti in maniera sempre più autonoma. Il quarto giorno il gruppo si riunisce, viene discusso quanto fatto nei giorni precedenti e l'attenzione viene spostata sul come continuare il trattamento una volta rientrati a casa. Ogni partecipante, quindi, elabora un programma dettagliato in relazione a come continuare le esposizioni nelle due settimane successive.

I risultati dimostrano una significativa riduzione della gravità del disturbo misurata con la Y-BOCS e un significativo miglioramento del tono dell'umore misurato con il BDI, e il mantenimento dei risultati al follow up ad un anno e a 4 anni.

Diana, una ragazza ricorsa al trattamento intensivo

Relatore: Benedetto Astiaso Garcia, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori:

Romano Giuseppe, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Nuzzo Ilaria, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto;

Segatori Eugenia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma;

Mancini Francesco, Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC e APC

Il presente lavoro è stato sviluppato con la finalità di descrivere il caso clinico di Diana, ragazza di 25 anni sottoposta al trattamento intensivo del Disturbo Ossessivo Compulsivo.

Diana racconta principalmente ossessioni riferibili alla categoria di contaminazione, riportando pensieri ed immagini mentali relativi al dubbio di poter essere entrata in contatto con sostanze ritenute pericolose, una su tutte la rabbia. Checking, washing e rituali mentali rappresentano le principali compulsioni agite dalla paziente al fine di evitare il verificarsi dell'immaginario temuto. Il disgusto ed il timore di contaminazione risultano soggetti ad una maggiore attivazione a partire da un principio morale. L'attività ossessiva viene presentata come ripetitiva, persistente e non giustificata alla realtà presente, compromettendo in maniera determinante la qualità della vita e delle relazioni sociali del soggetto. La paziente manifesta, inoltre, un'attività mentale di tipo compulsivo covert, finalizzata a contrastare sensazioni di NJRE. A tale condizione clinica si affianca, oltre ad una deflessione umorale di tipo secondario, un quadro personologico complesso, meglio descritto da tratti Narcisistici, Borderline ed Istrionici. Aspetto di centrale importanza nel trattamento risulta dunque la dimensione interpersonale, il riconoscimento dei cicli interpersonali e, soprattutto, il superamento di testing relazionali. Diana presenta uno spiccato livello di impulsività e sembra oscillare tra due stati mentali: di tristezza ("gli altri non mi capiscono e non comprendono i miei reali bisogni") e di forte collera ("gli altri, seppur capiscano le mie difficoltà, non mi aiutano e non mi accudiscono, rendendo la mia vita ancor più difficile").

Il gruppo Doc, operante con il patrocinio della Scuola di Psicoterapia Cognitiva Comportamentale di Roma, ha sviluppato un intervento di quattro settimane, cucito specificatamente su Diana, costituito, in prima istanza, da una valutazione psichiatrica, dalla formulazione del caso e dalla somministrazione di una batteria di test (a inizio e a fine trattamento). Il protocollo, così come formulato da Mancini et al. (2016), ha previsto un addestramento all'accettazione del rischio (E/rp, Act, ristrutturazione cognitiva), un intervento sulle memorie (Iwr, Cft) e incontri di parent training, strategie atte a perseguire un duplice obiettivo: da un lato aiutare la paziente ad accettare livelli via via crescenti delle minacce rappresentate dalle ossessioni, dall'altro intervenire sulla vulnerabilità al disturbo. Il caso di Diana mostra come il trattamento intensivo sia di particolare utilità per i casi più gravi.

Il trattamento intensivo del DOC: descrizione del protocollo e dati di esito

Relatore: Giuseppe Romano, Psicologo, Psicoterapeuta, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma; Università "G. Marconi", Roma

Co-autori:

Mancini, Francesco, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva;

Ercolani, Giordana, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva;

Tenore, Katia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, IAST, Italian Academy Schema Therapy;

Astiaso Garcia, Benedetto, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva

Il gruppo di psicoterapeuti che si occupa specificatamente di Disturbo Ossessivo Compulsivo, nell'ambito dei professionisti formati presso le Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC e APC, ha misurato l'efficacia di uno specifico protocollo terapeutico cognitivo comportamentale che ha un duplice obiettivo. Da una parte, aiutare il paziente ad accettare livelli via via crescenti delle minacce rappresentate dalle ossessioni, rinunciando in modo progressivo alle compulsioni e ad altri tentativi di soluzione, come ad esempio le richieste di rassicurazione, le ruminazioni e gli evitamenti. In questo modo si riduce l'effetto dei processi psicologici che mantengono e aggravano il disturbo. Dall'altra, intervenire sulla vulnerabilità al disturbo che, come molte ricerche suggeriscono, consiste nel timore catastrofico di essere colpevoli (per lo più per colpe di tipo deontologico), che nella maggior parte dei casi deriva da esperienze precoci di rimproveri vissuti come molto

dolorosi o a seguito di eventi di assunzione di responsabilità eccessiva e, dunque, da evitare ad ogni costo. L'intervento sulla vulnerabilità può essere attuato con specifiche tecniche volte a ridurre la drammaticità delle memorie di queste esperienze.

Le procedure di trattamento e il loro razionale sono riportate nel volume "La mente ossessiva", curato da Francesco Mancini (2016).

La gravità di molti pazienti con DOC, tuttavia, suggerisce il ricorso a trattamenti intensivi.

Il Servizio per il trattamento intensivo del Disturbo Ossessivo Compulsivo, dello Studio di Psicoterapia Cognitiva di Castro Pretorio a Roma, ha elaborato un piano di intervento di quattro settimane, intervallate da una di interruzione, che consiste in un fase iniziale di valutazione psichiatrica, formulazione del caso e somministrazione di una batteria di test (a inizio e fine trattamento); tre/quattro ore al giorno di addestramento alla accettazione del rischio (attraverso l'uso di diverse tecniche come l'Esposizione e Prevenzione della risposta - E/RP, procedure di Acceptance and Commitment Therapy – ACT e interventi di ristrutturazione cognitiva) e, in base alle specifiche esigenze, l'attuazione, in contemporanea, di due ore al giorno di intervento sulle memorie tramite la tecnica di Imagery with Rescripting (IWR).

Il protocollo prevede, inoltre, se necessario, la realizzazione di incontri con i familiari che sono coinvolti, spesso, nel disturbo e nonostante le migliori intenzioni, per comprensibili esasperazioni, alimentano il disturbo stesso. Durante le sedute i familiari saranno aiutati a reagire e gestire i sintomi del proprio congiunto in modo efficace. Nel corso della presentazione sarà descritto il protocollo, evidenziate le parti di cui è composto, chiarite le risorse necessarie all'attuazione e presentati alcuni dati di esito del trattamento.

23 Settembre, Sabato

14.00-15.15

SIMPOSIO S-096

TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

Complex Post-Traumatic Stress Disorder: proposte terapeutiche ed efficacia dei trattamenti

Chair: Erica Pugliese, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma. Presidente Associazione Millemè - Violenza di Genere e Dipendenze Affettive, Roma

Discussant: Stefania Fadda, Scuole di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma

Nonostante il disturbo post-traumatico da stress complesso (C-PTSD) sia stato inserito solo nel 2018 come categoria indipendente all'interno dell'ICD-11, nell'ultimo decennio è stato oggetto di attenzione tanto dal punto di vista teorico che clinico. Data la creazione di una categoria diagnostica indipendente solo nel 2018, sono ancora poche le evidenze circa i risultati prodotti da trattamenti o interventi di diversa matrice che si sono concentrati tanto su sintomi specifici quanto sulla sofferenza generale esperita da chi soffre di questo disturbo.

In considerazione della complessità e varietà delle manifestazioni sintomatologiche associate al trauma complesso e delle evidenze a esso associate, il presente simposio si propone di offrire una sistematizzazione delle conoscenze attualmente disponibili al fine di guidare la pratica clinica su approcci di provata efficacia. La rilevanza del presente simposio risiede nella possibilità di offrire una raccolta e sistematizzazione dei contributi presenti in letteratura e delle applicazioni pratiche dei modelli di intervento al fine di discuterne le implicazioni per la futura ricerca e pratica clinica. Fondamentale per il trattamento di questo disturbo, infatti, sembra essere la personalizzazione dell'intervento sulla base della specificità del paziente e della sua sintomatologia.

Nel presente simposio verranno illustrati tre casi clinici i cui trattamenti poggiano le fondamenta sui due macro-approcci alla cura del disturbo, uno "unimodale", prevalentemente indirizzato al lavoro diretto sul trauma, e l'altro, più graduale, in tre fasi: stabilizzazione, riscrittura del trauma e consolidamento. Verrà posto in evidenza come tali approcci sembrano avere più punti in comune che differenze. In ogni protocollo, infatti, apparrà necessaria una fase di messa in sicurezza del paziente, seguita dal lavoro sul trauma e, a conclusione, un consolidamento delle nuove risorse e prevenzione delle ricadute. In conclusione, emergerà in maniera univoca la necessità di adattare l'intervento sulla base dei sintomi che causano maggiore disagio al paziente.

cPTSD: diagnostic criteria, assessment and treatment: a narrative review from a cognitive-behavioral perspective

Relatore: Federica Visco-Comandini, Centro Psychè (Medici per i diritti umani) e Associazione di Psicoterapia Cognitiva APC, Roma

Co-autori:

Luciana Ciringione, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Verona

Cannito Loreta, SPC, Ancona;

Cornacchia Lucia, SPC, Roma;

Gino Fabiana, SPC, Grosseto;

Di Domenico Sara, SPC, Roma;

Albanese Marzia, SPC, Roma;

Fadda Stefania, SPC;
Pugliese Erica, SPC, Roma;
Visco-Comandini Federica, SPC, Roma

Il disturbo post-traumatico da stress complesso (cPTSD) è stato inserito solo nel 2018 come categoria indipendente all'interno dell'ICD-11, nonostante dagli anni '90 sia oggetto di attenzione e dibattiti tanto dal punto di vista teorico che clinico. A livello nosologico, la validità del costrutto è al centro di una lunga controversia rispetto alla sua sovrapposizione con altri disturbi di natura traumatica. La tardiva definizione di una diagnosi indipendente ha fatto in modo che, oggi, siano ancora poche le ricerche sul tema e riconosciuti dalla comunità clinica e accademica i trattamenti e gli interventi di diversa matrice rivolti a chi soffre di questo disturbo.

Data la complessità e varietà delle manifestazioni sintomatologiche associate al trauma complesso, questo lavoro ha un duplice scopo: (i) sistematizzare le conoscenze attualmente disponibili rispetto all'inquadramento sintomatologico del cPTSD e (ii) analizzare la letteratura esistente per evidenziare gli approcci terapeutici maggiormente efficaci per il trattamento del disturbo.

La rilevanza scientifica e clinica del presente progetto risiede nella possibilità di raccogliere e sistematizzare i contributi presenti in letteratura sia rispetto alla classificazione del disturbo sia per la futura ricerca e pratica clinica. Fondamentale per il trattamento è infatti la personalizzazione dell'intervento sulla base della specificità del paziente e della sua sintomatologia.

A tal fine è stata condotta una ricerca in letteratura tramite diversi motori di ricerca: PsycINFO, PsyArticles, PubMed, Scopus, Google Scholar. Sei ricercatori indipendenti hanno effettuato individualmente una ricerca bibliografica tra maggio 2022 e novembre 2022. Sono stati successivamente uniti i contributi di ciascun ricercatore, eliminati i doppi e gli articoli che non sono stati ritenuti idonei per rispondere alla domanda di ricerca.

Dall'analisi dei contributi è emersa una distinzione chiara tra i confini psicodiagnostici del cPTSD, il PTSD e il disturbo borderline di personalità. Emerge inoltre un'alta eterogeneità di interventi attualmente disponibili per il trattamento del trauma complesso, sia per quanto concerne la sintomatologia target, sia rispetto alle misurazioni utilizzate per rilevarne l'efficacia.

La letteratura sembra confermare la scelta della distinzione diagnostica del cPTSD rispetto alle altre patologie post-traumatiche. Risultano però ancora poco consolidate le procedure di intervento, soprattutto sembra esserci ancora poca specificità degli interventi nel trattare le manifestazioni psicopatologiche peculiari del cPTSD. Nella maggior parte dei protocolli appare necessaria, in linea con le linee guida internazionali per il trattamento del trauma, una fase di messa in sicurezza del paziente, seguita dal lavoro di rielaborazione del trauma e consolidamento delle nuove risorse acquisite. Quello che appare sempre più evidente è la necessità di personalizzare l'intervento clinico sia sulle esigenze del paziente che sulle competenze cliniche del terapeuta.

Hai paura del buio? Il trattamento degli incubi di una vittima di tortura

Relatore: Marzia Albanese, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, SPC Roma

I disturbi del sonno rappresentano un sintomo estremamente rilevante nel disturbo da stress post-traumatico semplice e complesso (PTSD, cPTSD). Tra questi, gli incubi giocano un ruolo centrale nel mantenimento e nel peggioramento dei sintomi clinici dell'intero profilo diagnostico. Infastiditi da incubi ricorrenti, infatti, i pazienti traumatizzati hanno risvegli frequenti ed improvvisi con successiva difficoltà al riaddormentamento. Tutto questo, si ripercuote sul quadro generale già presente, aggravandolo: difficoltà di concentrazione, fenomeni dissociativi, senso di irreparabilità. Tuttavia, allo stesso tempo gli incubi rappresentano una notevole

risorsa nel trattamento psicoterapeutico poiché, grazie al loro contenuto generalmente connesso al trauma esperito sia in forma strettamente replicativa che simbolica, rappresentano un'utile modalità di accesso diretto alle memorie traumatiche e alle credenze patogene conseguenti, favorendone, se adeguatamente trattati, l'elaborazione. Il presente lavoro si pone dunque l'obiettivo di evidenziare l'importanza di un trattamento specifico degli incubi nella presa in carico dei pazienti post-traumatici mediante la descrizione del caso clinico di A., giovane rifugiato politico con diagnosi di cPTSD sopravvissuto a tortura e violenza intenzionale nel proprio paese di origine in seguito ad un periodo di detenzione. A seguito di una valutazione psicodiagnostica specifica (PCL-5, Limes, DES-II, BDI, NFQ) e di un piano terapeutico volto all'elaborazione delle memorie traumatiche mediante un approccio trifasico (stabilizzazione, elaborazione, integrazione) viene messa in evidenza l'importanza fondamentale dell'uso dei contenuti degli incubi nell'efficacia del trattamento. Il lavoro specifico sugli incubi è stato svolto attraverso il ricorso alla Control Mastery Theory (CMT) per l'accesso alle credenze patogene del paziente e all'Imagery Rehearsal Therapy (IRT), attualmente definita come tecnica di livello A per il trattamento degli incubi, per ridurne la frequenza. Attraverso il trattamento così effettuato, si osserva ad oggi nel paziente un netto miglioramento della sintomatologia post-traumatica generale, della riduzione della frequenza degli incubi e, soprattutto, della percezione di padronanza sugli stessi mediante le strategie apprese.

Il caso di Daniel: "Chi sono? Non lo so..so solo che dentro di me è come se fossi in guerra"

Relatore: Anna Maria Petta, Associazione Crossing Dialogues, Roma

Daniel, 31 anni, di origine nord-africana, è seguito in un servizio di psicoterapia del privato sociale di Roma e, dopo essere arrivato via mare, è stato trattenuto in un centro di espulsione ottenendo il rigetto della richiesta di asilo politico.

La sintomatologia rilevata, compatibile con PTSD complesso, era caratterizzata da flashback, somatizzazioni, umore deflesso, disturbi del sonno come insonnia, difficoltà di addormentamento, risvegli precoci caratterizzati da iperarousal, incubi sulle violenze subite, ruminazioni, rimuginio, disregolazione emotiva e a volte autolesionismo. Si rilevavano, inoltre, difficoltà mnesiche e attentive. Approfondendo la storia di vita, tramite la Linea della vita della Terapia Espositivo Narrativa (NET,) emergevano episodi di abuso psicologico e fisico non solo all'interno del contesto familiare. Il padre era alcolista e aggressivo, il fratello era violento e ne ha abusato sessualmente e ripetutamente, ed egli ha vissuto anche vessazioni da parte dei pari culminate in uno stupro di gruppo, a causa della sua immagine ritenuta non mascolina anche in presenza di un problema ai genitali. Quest'ultimo aspetto ha rappresentato per Daniel la base su cui si sono strutturate credenze disfunzionali rispetto alla sua identità e all'essere "difettoso" in quanto "metà donna e metà uomo" e relative problematiche sull'identità di genere.

Il lavoro terapeutico, ancora in corso, si è basato sul modello trifasico e si è focalizzato dapprima sulla stabilizzazione e, successivamente, sulla rielaborazione delle memorie traumatiche. In prima fase, sono state utilizzate psicoeducazione sul trauma, tecniche provenienti dalla psicoterapia sensomotoria per la gestione dei flashback, terapia cognitiva standard per i sintomi depressivi unita a tecniche di Compassion Focused Therapy e di defusione dell'Acceptance and Commitment Therapy. Nel secondo step seguendo l'ordine cronologico si è lavorato sugli episodi traumatici usando prevalentemente le tecniche di Imagery Rescripting per trattare l'invalidazione dei bisogni e dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) per l'elaborazione dei ricordi di abuso fisico/sexuale e connessi all'identità di genere. Su questi, tuttavia, è ancora in corso il trattamento. Rispetto al tema dell'identità di genere e della sessualità è stato poi effettuato un

percorso di psicoeducazione specifica in collaborazione con l'antropologa dell'équipe ma è ancora tuttora in corso il percorso di esplorazione.

Concludendo, ad oggi egli riesce a gestire le attivazioni, comprendendo la relazione tra i sintomi e la sua storia, ha ridotto notevolmente l'autocritica ed è riuscito ad elaborare alcuni ricordi. L'EMDR è stata fondamentale e ha consentito l'emersione dapprima delle cognizioni negative relative al trauma e successivamente di quelle positive attraverso un'attivazione contenuta all'interno della finestra di tolleranza. Infine, sono stati necessari particolari accorgimenti in fase di spiegazione del razionale considerando gli aspetti transculturali.

Aisha: il corpo come veicolo del trauma

Relatore: Federica Visco-Comandini, Centro Psychè, Medici per i diritti umani, e Associazione di Psicoterapia Cognitiva APC, Roma

Co-autori: Ciolfi Alessandra, Associazione di Psicoterapia Cognitiva APC

Il Disturbo da Stress Post Traumatico Complesso (C-PTSD) è stato recentemente inserito all'interno della nomenclatura diagnostica dell'ICD-11 (2018). Questo ha permesso di descrivere con maggiore specificità una sintomatologia complessa ed eterogenea come quella presentata da persone esposte a esperienze traumatiche durature e prolungate nel tempo e distinguerla dal Disturbo da Stress Post Traumatico Semplice. Il caso clinico presentato descrive il profilo interno di una donna proveniente da un paese asiatico, esposta a molteplici episodi di violenza interpersonale sia durante le fasi critiche di sviluppo che durante l'età adulta, che ha favorito l'emersione di una sintomatologia post-traumatica e dissociativa polimorfa, caratterizzata primariamente da dissociazione somatoforme. Il lavoro terapeutico si è declinato su due dimensioni, una volta all'aumento della consapevolezza dei processi mentali e alla ristrutturazione cognitiva rispetto alle credenze patogene, attraverso l'utilizzo di tecniche di psicoterapia cognitiva comportamentale (CBT), l'altra focalizzata sulla rielaborazione delle memorie traumatiche utilizzando primariamente il canale somatico attraverso la psicoterapia sensomotoria (SP). La SP considera il corpo come elemento centrale nell'ambito della valutazione e dell'intervento clinico, intervenendo sulla disregolazione del sistema nervoso e sulla sofferenza provocata dalla iperattivazione. Il focus somatico permette di processare specificatamente le memorie implicite e facilita l'autoregolazione del sistema nervoso.

L'intervento terapeutico si è declinato in tre fasi: la prima è stata finalizzata a rafforzare le risorse esistenti e svilupparne delle nuove per regolare l'iper- e ipo-attivazione del sistema nervoso autonomo attraverso l'utilizzo della SP, inoltre è stata orientata ad accrescere la consapevolezza degli stati mentali attraverso ABC e rafforzare le competenze manifestate dalla personalità apparentemente normale (ANP) attraverso intervento CBT. La seconda fase è stata orientata ad affrontare il passato e le memorie traumatiche attraverso l'utilizzo dell'abilità di sequenziamento che ha permesso di processare degli impulsi di movimento rimasti bloccati durante gli episodi traumatici. La terza fase è stata orientata a rafforzare le competenze acquisite e ad accompagnare la paziente a fronteggiare le difficoltà legate alla quotidianità.

L'interesse per questo caso clinico risiede non solo nell'utilizzo di una terapia orientata specificatamente alla rielaborazione della sintomatologia somatoforme ma anche nella dimensione transculturale del setting clinico, che trova attraverso la SP una modalità efficace ed estremamente fruibile in popolazioni con caratteristiche socio-culturali differenti rispetto a quelle occidentali.

23 Settembre, Sabato

14.00-15.15

SIMPOSIO S-066

TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

Disregolazione Emotiva in Adolescenza

Chair: Alessia Laforgia, Centro Clinico AIPC, Bari

Discussant: Giorgia Simoncini Malucelli, Sleep Medicine Unit, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma

Secondo Thompson (1994) la regolazione emotiva è l'insieme di tutti i processi estrinseci e intrinseci responsabili del monitoraggio, della valutazione e della modifica delle reazioni emotive, in particolare nelle loro caratteristiche di intensità e temporalità, al fine di realizzare i propri scopi.

In adolescenza è presente un certo grado di disregolazione emotiva che può portare ad una difficoltà ad auto-regolare le relazioni con i pari e con i familiari.

Obiettivo del simposio sarà affrontare un tema di assoluto rilievo offrendo una panoramica sulle manifestazioni della disregolazione emotiva, nelle diverse espressioni psicopatologiche, e la ricaduta nel lavoro clinico. I contributi del simposio si propongono di analizzare le espressioni della disregolazione emotiva, la traiettoria evolutiva cercando di mettere in luce il ruolo dei fattori di vulnerabilità personale (tratti personali o temperamentali) e il ruolo di eventi o circostanze avverse.

La prima comunicazione di Ferlisi e Palmisano dal titolo "Disgusto verso sé stessi e autolesionismo nel DBP" affronta la relazione tra disgusto verso sé stessi e autolesionismo proponendo una chiave di lettura derivante dall'analisi di casi clinici. Il secondo studio di Catalano e colleghi affronta il tema dei "Autolesionismo e fattori di rischio: la personalità e gli eventi avversi" e cerca di capire se e in che misura questi fattori abbiano un ruolo nello sviluppo delle traiettorie di vulnerabilità personale. Il terzo contributo di Gagliardi dal titolo "Dimensionalità d'attaccamento e regolazione emotiva. Impatto sulla vulnerabilità all'ansia sociale e ai disturbi alimentari" tratta il ruolo della somaticità e la sua influenza sulla vulnerabilità al disturbo d'ansia sociale e ai disturbi alimentari, problemi che implicano specifica disregolazione emotiva e insorgenza tipica in adolescenza. La quarta comunicazione di Leccese e colleghi dal titolo "Alessitimia e instabilità emotiva uno studio osservazionale negli adolescenti" affronta il tema dell'alexitimia nei disturbi alimentari.

Disgusto Verso sé stessi e autolesionismo nel DBP

Relatore: Ferlisi Gabriele, Psicologo, Psicoterapeuta, Órmos Centro di Psicoterapia Cognitiva, Università degli Studi di Bari

Co-autori: Palmisano Giovanni Luca, CRISI scarl Onlus, Università Bona Sforza

La funzione adattiva del disgusto è di evitare contaminazioni fisiche e morali attraverso un comportamento volto ad allontanare l'oggetto percepito come nocivo o ripugnante (Olatunji & McKay, 2009). Il disgusto verso sé stessi descrive l'interiorizzazione disadattiva della reazione al disgusto. L'oggetto che suscita disgusto è la persona stessa (e i suoi comportamenti) e questo si traduce in un'autovalutazione negativa basata sul disgusto (Powell et al., 2015).

Ille e colleghi nel 2014 hanno rilevato come il disgusto verso sé stessi sia più marcato in persone con disturbi psichici piuttosto che in soggetti sani e come pazienti con DBP e disturbi alimentari ne riportassero livelli più elevati rispetto ad altre tipologie di pazienti.

Uno studio condotto nel 2015 da Smith e colleghi ha messo in evidenza come i partecipanti che riportavano di aver sperimentato con maggiore frequenza sentimenti di disgusto verso sé stessi avessero maggiori probabilità di attuare comportamenti autolesionistici. Inoltre nel DBP questa emozione sembra essere correlata positivamente con la gravità dei sintomi (Schienle et al., 2013) e con la disregolazione emotiva. Alla luce di queste considerazioni e del notevole incremento negli ultimi anni di comportamenti autolesionistici, in particolare in adolescenti e giovani adulti, approfondiremo la relazione tra disgusto verso sé stessi e autolesionismo proponendo una chiave di lettura derivante dall'analisi di casi clinici.

Autolesionismo e fattori di rischio: la personalità e gli eventi avversi

Relatore: Arturo Catalano, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro Clinico AIPC Bari, Centro Gippsi Fondazione E.P.A.S.S.S., Bari

Co-autori:

Laforgia Alessia, Centro Clinico AIPC Bari;

Foschino Barbaro Maria Grazia, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, AIPC Bari

L'autolesionismo è un comportamento che compare in adolescenza con una prevalenza del 15-20% (Ross et al., 2002); l'International Society for the Study of Self Injury definisce l'autolesionismo come "un danno deliberato ed autoinflitto al proprio corpo senza intento suicidario e per scopi non socialmente accettati" (2018). Il DSM V ha individuato nel comportamento di autolesionismo non suicidario (NSSI) una categoria diagnostica a sé stante. I comportamenti patologici legati a ciò che il DSM V ha definito "autodanneggiamento intenzionale" sono in particolare distinguibili in condotte di autodanno, condotte di autoavvelenamento e condotte autolesive. Pattinson e Kahan furono i primi ad attribuire alle condotte autolesive una decisiva entità clinica, in particolare individuando un comportamento diretto, ripetitivo, con bassa letalità presente in un tempo ristretto e caratterizzato da consapevolezza del significato dell'azione commessa e dall'intento di farsi male autonomamente (1983).

Il nostro lavoro si propone di individuare l'eventuale presenza di fattori di rischio predisponenti e/o correlati al comportamento di autolesionismo. La letteratura mette in evidenza l'importanza di una particolare struttura di personalità e di particolari tratti che possono maggiormente rappresentare fattori di vulnerabilità per la comparsa di atti di autolesionismo. Oltre alla personalità, la letteratura individua ulteriori fattori di rischio, come la presenza di quadri psicopatologici legati all'area dell'umore, dell'ansia e del comportamento alimentare; anche i fattori familiari e le esperienze traumatiche precoci potrebbero rappresentare fattori da approfondire (Lenkiewicz et col, 2017).

Nello specifico, gli atti autolesionistici saranno indagati attraverso colloquio clinico e somministrazione dell'Italian Inventory of Statements about Self-injury (ISAS, Klonsky e Glenn, 2009), mentre i tratti di personalità verranno rilevati attraverso l'Inventario di personalità per il DSM V (Fossati et al., 2013).

Dimensionalità d'attaccamento e regolazione emotiva. Impatto sulla vulnerabilità all'ansia sociale e ai disturbi alimentari

Relatore: Marcantonio Gagliardi, Psicologo, Psicoterapeuta, University of Greenwich, London, UK

La teoria dell'attaccamento – nata negli anni 60 del secolo scorso dalle intuizioni di John Bowlby – individua classicamente tre dimensioni – evitamento, ambivalenza e disorganizzazione – come fondamento delle relazioni di cura. Queste dimensioni sono acquisite in infanzia, in un periodo sensibile che si chiude sul finire

del secondo anno. Sebbene enormemente fruttuosa, questa prospettiva ha dimostrato significativi e persistenti limiti esplicativi. Particolarmente problematico è risultato spiegare come l'attaccamento si trasmetta da una generazione all'altra e quale sia la sua specifica influenza sulla psicopatologia. Una possibilità di uscita da questa impasse è offerta dalla recente proposta di un'estensione dimensionale della teoria in chiave cognitivo-evoluzionistica (Gagliardi, 2021). Secondo questa teoria estesa, quattro dimensioni aggiuntive – fobicità, depressività, somaticità e ossessività – vengono acquisite per la prima volta in un periodo sensibile in età prescolare. Il complesso delle dimensioni guida poi la dinamica motivazionale. Questo lavoro riguarda il ruolo della somaticità e la sua influenza sulla vulnerabilità al disturbo d'ansia sociale (DAS) e ai disturbi alimentari (DA), problemi che implicano specifica disregolazione emotiva e insorgenza tipica in adolescenza. La somaticità è definita come la dimensione indotta dal grado in cui il curatore disconferma e definisce gli stati interni del bambino – in particolare, sensazioni ed emozioni. Una eccessiva definizione esterna rende il bambino incerto rispetto a questi stati e maggiormente incline a riferirsi al suo curatore prima e a altre figure di riferimento poi. In altri termini, la somaticità setta la nostra tendenza implicita ad affiliarci. La necessità di modulare questa tendenza trova origine adattiva come difesa dalla minaccia ancestrale degli agenti patogeni ma diventa anche un fattore di rischio per DAS e DA. L'eccesso di somaticità favorisce il focalizzarsi su come si è percepiti dagli altri e il vivere le situazioni sociali come minacciose: quindi l'ansia sociale. In questo caso, la ricerca di riferimenti definenti nel confronto coi pari tipico dell'adolescenza rende difficile regolare adeguatamente le emozioni. Allo stesso modo, una attenzione eccessiva al proprio corpo e aspetto spingono il somatico – incerto dei propri stati interni – a utilizzare il cibo per autodefinirsi e regolare emozioni intollerabili. Il quadro teorico offerto dalla presentata estensione dimensionale dell'attaccamento offre una spiegazione evoluzionistica della vulnerabilità a DAS e DA e della loro dinamica emotivo-motivazionale, offrendo quindi nuovi strumenti per orientare il loro trattamento.

Alessitimia e instabilità emotiva: uno studio osservazionale negli adolescenti

Relatore: Adriana Leccese, Psicologa, Specializzanda Psicoterapeuta, AIPC Bari, Università di Foggia

Co-autori:

Lucia Monacis, Università di Foggia;

Antonella Calvio, Specializzata AIPC Bari, Università di Foggia;

Melania Severo, Specializzanda Psicoterapeuta IV anno, AIPC Bari, Università di Foggia;

Giusi Antonia Toto, Università di Foggia;

Annamaria Petito, Docente AIPC Bari, Università di Foggia;

Pierpaolo Limone, Università Pegaso

Obiettivo

Dati di letteratura dimostrano il ruolo che le emozioni giocano nelle scelte e nei comportamenti alimentari discriminando i concetti di fame fisica ed emotiva. I disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione si contraddistinguono per specifici comportamenti legati al cibo e pensieri che interessano la forma del corpo e il peso. I soggetti con disordini alimentari, infatti, potrebbero vivere le emozioni come inaccettabili o spaventanti e usare il controllo alimentare come strategia di evitamento o gestione degli affetti.

L'alessitimia, un disturbo nel processamento cognitivo e affettivo dell'esperienza, e la disregolazione emotiva contraddistinta da incapacità di gestire e regolare le proprie emozioni sembrano associarsi a comportamenti non salutari, come quelli che rientrano nei disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione. Tra questi, i sintomi dell'Ortoressia nervosa, caratterizzata da una preoccupazione relativa al consumo di alimenti puri e sani, fino a raggiungere un'attenzione alle caratteristiche nutritive ed organolettiche del cibo.

Il presente studio è un disegno di ricerca osservazionale volto ad indagare la correlazione tra il costrutto Alessitimico e quello della disregolazione emotiva nei comportamenti e cognizioni relative al cibo in studenti adolescenti di una scuola secondaria di secondo grado del comune di Foggia.

Metodi

Il campione, composto da 89 studenti, prevalentemente di genere femminile, ha compilato un questionario socio-demografico, la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), la Difficult in Emotion Regulation Scale (DERS), L'Eating Attitude Test (EAT-26), la Teruel Orthorexia Scale (TOS) e Dusseldorf Orthorexia Scale (DOS).

Le analisi statistiche hanno esaminato la relazione tra Alessitimia e regolazione emotiva con le attitudini alimentari, con specifica attenzione all'ortoressia, nel contesto delle variabili socio-demografiche.

Risultati

Coerentemente con i dati di letteratura a supporto del presente studio, ci si aspetta di osservare che le difficoltà di riconoscimento e di verbalizzazione delle emozioni, caratteristiche del costrutto Alessitimico, e di gestione delle emozioni si associano ai sintomi dei disturbi alimentari, tra questi quelli dell'ortoressia. Tali forme di assunzione del cibo potrebbero rappresentare una strategia di coping disadattiva diretta al controllo delle difficoltà emotive.

Discussioni

A partire da tali premesse, studi futuri su adolescenti potrebbero valutare l'efficacia di interventi di gruppo psicoeducativi ad orientamento cognitivo comportamentale per la regolazione emotiva come forma di prevenzione allo sviluppo di disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione.

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-054

TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

L'utilizzo degli interventi Terapeutico-Riabilitativi all'interno del Sistema Sanitario Nazionale: applicabilità e sostenibilità

Chair: Vincenzo Russo, Psicologo clinico, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma1, UOC Salute Mentale 1 distretto, Roma

Discussant: Giuseppe Nicolò, Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore DSM ASL Roma5, Terzo Centro di Terapia Cognitiva, Roma

Il Simposio che si intende presentare riguarda la discussione circa l'utilizzo e la promozione degli interventi Psicoterapeutici e Riabilitativi all'interno dei Servizi pubblici del Sistema Sanitario Nazionale, principalmente nei Dipartimenti di Salute Mentale DSM. Le principali linee guida, nazionali e internazionali, e i vari Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali PDTA ci indicano la necessità di utilizzare interventi Evidence Based come trattamenti di elezione per i vari disturbi psichiatrici. L'esperienza clinica quotidiana evidenzia che non sempre è possibile applicare il migliore intervento suggerito come efficace in letteratura nel trattamento di uno specifico disturbo mentale. Le cause sono molteplici e si va dalla scarsità di risorse del personale impegnato (Psichiatri, Psicologi, TeRP), alla mancanza di aggiornamento verso nuove tipologie di intervento, privilegiando i setting one to one piuttosto che i setting gruppal, etc... Molto spesso gli interventi scelti prescindono da una raccomandazione o suggerimento inteso come buona pratica utilizzata all'interno dell'Organizzazione in cui l'operatore lavora, lasciando ad esso la libertà di scegliere l'intervento terapeutico o riabilitativo da proporre in base alla sua esperienza, preparazione o pregiudizio. Lo scopo è presentare e promuovere gli interventi nati o adattati per le specifiche esigenze del Servizio Pubblico, incentivando e motivando la riflessione circa nuovi modelli di trattamento, verificandone l'applicabilità e la sostenibilità degli stessi. Verranno presentati tre interventi: Social Skill Training per i Disturbi Mentali Gravi, Trattamento per i Disturbi Emotivi Comuni e un Protocollo basato sui principi dell'ACT (Acceptance and Commitment Therapy per Adolescenti). Tali interventi sono pensati per le esigenze specifiche dei servizi in cui sono erogati ed in linea con un approccio Evidence Based.

Trattamento di gruppo dei Disturbi Emotivi Comuni nei Servizi di Salute Mentale

Relatore: Vincenzo Russo, Psicologo clinico, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma1, UOC.Salute Mentale 1 distretto

Co-autori: Ilaria Martelli Venturi, Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma1, U.O.C. Salute Mentale 14 distretto

Il lavoro ha lo scopo di presentare un protocollo originale manualizzato di trattamento di gruppo transdiagnostico per i disturbi emotivi comuni. Con la definizione di Disturbi Emotivi Comuni (DEC) ci si riferisce a quadri clinici riferibili a stati ansioso-depressivi che sono molto frequenti nella popolazione generale (disturbi d'ansia, attacchi di panico, stati depressivi lievi e moderati, disturbi del sonno, disturbi somatoformi, disturbo post-traumatico da stress). Si tratta di pazienti che, pur manifestando una significativa sofferenza soggettiva, riescono comunque a mantenere un discreto funzionamento di vita sociale, affettiva, lavorativa e scolastica

anche se a spese di livelli differenti di disabilità fisica, psichica e sociale, costituendo un importante problema di salute pubblica. La pandemia ha contribuito ad un ulteriore incremento di questi disturbi, soprattutto tra i giovani. Alla richiesta sempre maggiore di trattamento da parte di questi pazienti, non corrisponde un'adeguata offerta pubblica che possa fare fronte al problema in modo adeguato. La Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione (Istituto Superiore di Sanità, 2022) segnala che i Dipartimenti di Salute Mentale, nel 2019, prima della pandemia, erano in grado di rispondere correttamente a poco più del 55% del fabbisogno assistenziale stimato e, in queste condizioni di difficoltà, i servizi di salute mentale danno necessariamente priorità ai disturbi mentali più gravi. Tuttavia, il carico di sofferenza e di disabilità dei disturbi emotivi comuni è certamente maggiore di quello dei disturbi gravi sia perché anche tra i primi vi sono forme estremamente invalidanti sia perché sono significativamente più diffusi. Nelle considerazioni conclusive la giuria di questa Consensus Conference ha sottolineato quanto sia più che mai opportuno ed urgente una forte sollecitazione al potenziamento di psicoterapie evidence-based, che, attualmente vedono l'approccio cognitivo-comportamentale il più efficace per i disturbi d'ansia e depressivi. Il presente protocollo si inserisce proprio all'interno di questo mandato istituzionale, è suddiviso in moduli e l'ipotesi all'origine è che ogni modulo rappresenti i punti cardine che qualunque percorso psicoterapico dovrebbe affrontare (emozioni, regolazione emotiva, disturbi d'ansia, disturbi depressivi, storia di attaccamento, comunicazione e abilità interpersonali, esperienze traumatiche). Verrà, inoltre, presentato l'effetto del trattamento a 6 mesi attraverso l'analisi dei dati raccolti su un campione pilota di pazienti e, a conclusione, sarà presentata anche la versione del protocollo per adolescenti e genitori.

Social Skill Training: dalla teoria all'applicazione nei Servizi

Relatore: Laura Bernabei, Dirigente Psicologo, Psicoterapeuta DSM-DP, ASL Roma 5;
Direttore Didattico Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Sapienza
Università di Roma

Le Abilità Sociali (AS) sono comportamenti interpersonali regolati e/o sanciti socialmente. Si strutturano a partire dall'età evolutiva e si evolvono negli anni grazie all'esperienza.

Le AS descrivono il complesso repertorio di competenze che ogni individuo acquisisce e che confluisce nelle capacità di comunicare in modo efficace, di adottare comportamenti pertinenti al contesto, di regolare le emozioni, di essere efficaci nelle relazioni interpersonali e lavorative, ecc.

Tutte queste abilità possono essere compromesse o mai acquisite nei Disturbi Mentali Gravi (SMI) descrivendone alcuni sintomi core.

Sovente, questi sintomi core non ricevono la giusta attenzione nella presa in carico dei Servizi Territoriali e/o non ricevono il giusto trattamento.

La relazione ha lo scopo di descrivere il Social Skills Training, un intervento di tipo psicosociale, che, attraverso l'impiego di tecniche CBT-oriented, consente alla persona di apprendere o riabilitare le competenze sociali.

È un trattamento di gruppo, in cui i membri sono guidati alla pratica delle singole abilità insegnate in contesti di training e poi praticate nel real-world.

La difficoltà che molto spesso capita di incontrare nell'applicazione di tale intervento risiede nella scarsa conoscenza della tecnica stessa, nella mancanza di un numero di operatori adeguato (occorre in genere un terapeuta e un co-terapeuta), e/o la presenza di confusione rispetto a quale sia l'operatore destinato ad erogare il trattamento.

La relazione intende chiarire i punti sopra descritti alla luce delle linee-guida internazionali e della letteratura basata sulle migliori evidenze.

Applicazione di un protocollo basato sull'Acceptance and Commitment Therapy in un Servizio di tutela e Salute Mentale dell'Asl Roma 6. Risultati e Prospettive Future.

Relatore: Maria Caccetta, Dirigente Psicologo Asl Roma 6, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale SPC, Istruttrice di Mindfulness, Formatrice Centro Studi Erickson, Roma

Nei servizi di Salute Mentale per l'età evolutiva si sta assistendo, in particolare a seguito della pandemia da Sars Covid-19, ad un incremento del 25-30% delle problematiche psicopatologiche negli Adolescenti (Sinps,2020). Dai dati rilevati da una indagine (Berlocco, Caccetta, Catania, Serafini, Perrini, Di Pietro) effettuata presso il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL Roma 6 emerge che nel 2020 nei servizi di TSMREE il 42,3% dei pazienti in carico sono adolescenti con problematiche psichiatriche, di questi il 54% presenta una diagnosi di disturbi depressivi, l'8% adolescenti con problematiche psichiatriche gravi. I dati emersi, insieme a quelli già presenti in letteratura, evidenziano la necessità di una presa in carico precoce, al fine di ridurre la cronicizzazione dei disturbi psichiatrici, la strutturazione di quadri clinici complessi e favorirne il benessere psicologico. Si è deciso di implementare il protocollo terapeutico di gruppo basato sull' Acceptance and Committent Therapy (ACT), terapia cognitivo comportamentale di terza generazione, ideato da Sheri Turrell e Mary Bell (Act per Adolescenti, Fiorini Editore, 2019). La decisione di utilizzare il setting di gruppo nasce da una duplice scopo, il primo favorire la presa in carico terapeutica di un maggior numero di utenti e ottimizzare le risorse del servizio, il secondo scopo è offrire un contesto dove promuovere relazioni interpersonali, aspetto quest'ultimo, che predice il benessere psicologico degli adolescenti (Colemann et al 2009). Inoltre il riconoscimento delle lotte, che gli adolescenti tipicamente affrontano, come universali, all'interno di un setting di gruppo tra pari, è una consapevolezza che favorisce la normalizzazione delle esperienze vissute (S.Turrel; M. Bell; 2019). La scelta di utilizzare un protocollo basato sull'Acceptance and Committent Therapy nasce dalla considerazione che la priorità data nell'ACT ai valori (ciò che conta, ciò per cui vale la pena impegnarsi) è perfettamente in linea con l'urgenza degli adolescenti di scoprire un senso dei loro stessi valori e di ciò che è importante e li aiuta a rinunciare a desideri che non è funzionale perseguire. Saranno presentati i risultati dell'applicazione del protocollo basato sull'Acceptance and Committent Therapy (ACT) ad un gruppo di 8 adolescenti, di età media 16 anni, con diagnosi di disturbi depressivi, distimia e disturbo dell'umore NAS. Ai partecipanti sono stati somministrati test iniziali (MASC II, CDI II, I-CAMM, I-AFQ-Y8, SEF) e sarà effettuata una ri-somministrazione alla fine del trattamento. Durante il simposio saranno illustrati i risultati raggiunti e le prospettive future.

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-020

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

Maltrattamenti infantili e traumi come fattori di rischio e di mantenimento nei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DA): quali prospettiva di cura

Chair: **Patrizia Todisco**, Medicina Interna e Psichiatria, Psicoterapeuta, Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i Disturbi dell'Alimentazione, Villa Margherita, Arcugnano (VI)

Discussant: **Silvia Rinaldi**, Medico Chirurgo, Psicoterapeuta, Specializzazione in Psicologia Clinica e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva; Didatta SITCC, Professore a contratto Università degli Studi dell'Insubria e Docente Scuola di Specializzazione CTC, Varese

La letteratura internazionale ha dimostrato un'associazione significativa tra esperienze traumatiche e psicopatologia alimentare, evidenziando una sintomatologia più grave nei pazienti con storia traumatica. I pazienti DA che riferiscono maltrattamenti nell'infanzia hanno una probabilità maggiore di presentare un altro disturbo psichiatrico in comorbilità, un rischio suicidario maggiore, un esordio del DA in età più precoce, una forma più grave di malattia e più frequentemente riferiscono abbuffate-comportamenti purgativi rispetto ai soggetti DA non esposti a maltrattamenti nell'infanzia.

Nei DA l'esposizione a traumi e ad altre esperienze avverse nell'infanzia e in altri momenti della vita rappresenterebbero sia fattori di rischio sia fattori di mantenimento e il loro legame con la psicopatologia alimentare sarebbe mediata dalla disregolazione emotiva e dalla dissociazione. I soggetti con queste caratteristiche presentano più frequentemente anche autolesionismo non suicidario (ANS). Il comportamento ANS appare significativamente associato a vergogna, sensazione d'inferiorità (basso rango sociale) e auto-criticismo. Quest'ultimo risulta a sua volta connesso all'insoddisfazione corporea e alla gravità dei DA e può essere considerato una strategia disfunzionale di regolazione emotiva che appare correlata significativamente a eventi avversi di vita.

I trattamenti attuali per i DA sono caratterizzati da scarsa efficacia e alta percentuale di dropout, soprattutto nei pazienti complessi e con comorbilità psichiatrica, che più frequentemente sono quelli con una storia traumatica. Sempre più autori hanno pertanto proposto un approccio personalizzato per i DA, da integrare ai trattamenti evidence-based proposti dalla letteratura, come la terapia cognitivo comportamentale o la terapia basata sulla famiglia, nell'ottica di ottenere un miglioramento degli indici di remissione.

Il simposio avrà l'obiettivo di illustrare il tema del trauma e dell'autolesionismo nei DA, come pure differenti prospettive di cura attraverso la presentazione di casi clinici di pazienti con storia traumatica e autolesionismo non-suicidario trattati in setting ambulatoriale. In particolare, verrà presentato un caso di Anoressia nervosa trattato secondo la concettualizzazione del caso di Natalia Seijo, che individua lo sviluppo del disturbo in un contesto familiare traumatizzante, e due casi di DA, un minore e un adulto, per descrivere le ricadute clinico-operative della concettualizzazione del rapporto tra eventi avversi, corporeità e comportamento ANS. Verranno infine illustrati i dati preliminari di uno studio che indaga l'effetto dell'integrazione di tecniche mindfulness all'interno di un programma di riabilitazione psiconutrizionale trauma-informed in pazienti ricoverati.

Gli eventi traumatici nei Disturbi dell'Alimentazione: update della letteratura

Relatore: Patrizia Todisco, Laurea In Medicina, Medicina Interna e Psichiatria, Psicoterapeuta, Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i Disturbi dell'Alimentazione, Villa Margherita, Arcugnano (VI)

Le esperienze traumatiche, soprattutto durante l'infanzia (esperienze avverse e maltrattamenti infantili) ma anche in altri momenti della vita, rivestono notevole importanza nei disturbi dell'alimentazione (DA) favorendone l'insorgenza ma anche rendendo più difficile la guarigione, associandosi a più alta comorbidità e mortalità. Nei DA gli eventi traumatici nell'infanzia rappresentano un fattore di rischio attraverso la loro interazione con lo sviluppo delle strutture cerebrali e con i sistemi ormonali coinvolti nella reazione allo stress. La loro presenza si associa ad alterazioni dell'integrità delle strutture cerebrali che modulano processi cerebrali quali la ricompensa, il gusto e la percezione dell'immagine corporea e costituiscono un fattore di vulnerabilità per l'insicurezza sociale. La prevalenza di maltrattamenti infantili (esposizione sostenuta o ripetuta a eventi che solitamente coinvolgono il tradimento della fiducia; possono essere attivi o passivi) è risultata elevata in ciascun tipo di DA rispetto ai controlli sani e a quelli psichiatrici, come pure la prevalenza di trascuratezza emotiva e fisica si è dimostrata superiore a quella rilevata nella popolazione generale. I dati della letteratura hanno fatto ipotizzare pertanto la presenza di un eco-fenotipo maltrattato nei DA, come in altre patologie psichiatriche, a indicare che i soggetti che hanno subito un maltrattamento infantile rappresentano un sottotipo distinto, con un'espressione fenotipica specifica, per la presenza di modificazioni epigenetiche e polimorfismi genetici che interagiscono con l'esperienza aumentando il rischio di psicopatologia. Nei DA i pazienti con maltrattamento nell'infanzia presentano caratteristiche di maggior gravità (comorbidità psichiatrica, rischio suicidario, esordio precoce, sintomatologia più grave) e più frequentemente comportamenti bulimico-purgativi rispetto a quelli senza storia di maltrattamento infantile. Finora la disregolazione emotiva e la dissociazione si sono dimostrati i fattori di mediazione tra maltrattamenti infantili e psicopatologia alimentare: i comportamenti alimentari fungerebbero da regolatore emotivo disfunzionale in grado di controllare transitoriamente le memorie e gli stati emotivi connessi ai traumi, soverchianti le capacità di sopportazione del sistema mente-corpo dell'individuo, innescando un meccanismo di automantenimento del disturbo. Recentemente è stato proposto di applicare ai DA la piramide degli eventi avversi infantili (ACEs) e del suo supposto meccanismo d'azione, attraverso cui il maltrattamento nell'infanzia e altre forme di violenza influenzano durante tutta l'esistenza la salute e il benessere delle persone che li sviluppano. I diversi livelli della piramide rappresentano i fattori che interagiscono in modo bidirezionale e contribuiscono alla predisposizione, all'esordio e al mantenimento dei DA e alle comorbidità mediche e psichiatriche a essi connesse, con un aumentato rischio di mortalità prematura.

Comportamenti autolesivi e disturbi dell'alimentazione: quale rapporto? Una revisione alla luce dei dati epidemiologici relativi alla pandemia Covid-19

Relatore: Armando Cotugno, Psichiatra, Psicoterapeuta; Responsabile UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare; Centro Clinico Astrea, Roma

A partire dal maggio 2020 una serie di studi scientifici e inchieste giornalistiche hanno evidenziato come la pandemia Covid-19 abbia avuto un impatto negativo sulla salute mentale degli adolescenti. Le Agenzie Internazionali per la Salute Pubblica, oltre a riportare un incremento dei disturbi ansiosi e depressivi, hanno registrato un marcato aumento dei disturbi alimentari (DA). I dati epidemiologici registrano un aumento dell'incidenza di circa il 30% sulla popolazione generale: l'osservazione più attenta di questi dati rileva come

tale incremento sia dovuto in particolare all'aumento dei casi di anoressia nervosa nella prima adolescenza, significativamente associata a comportamenti autolesivi non suicidari (ANS). Il comportamento ANS appare fortemente connesso alla disregolazione emotiva che, a sua volta, costituisce un elemento centrale dei disturbi alimentari da discontrollo (Bulimia Nervosa e Binge Eating), tanto che il protocollo DBT risulta efficace nel trattamento di questi disturbi.

Al contrario, l'aumento dei DA registrato durante la pandemia Covid-19 appare segnato dalla connessione tra comportamenti ANS e restrizione alimentare, dove l'ipercontrollo e l'inibizione emotiva sono prevalenti. Questo dato epidemiologico ci costringe a considerare l'intricato rapporto tra eventi di vita avversi, corporeità e regolazione emotivo-interpersonale: la prospettiva della psicopatologia dello sviluppo fornisce un'adeguata cornice teorica per la comprensione di questo delicato intreccio e consente di declinare i diversi protocolli d'intervento, focalizzati su specifici target sintomatologici, all'interno di un continuum dimensionale.

L'auto-criticismo costituisce un importante fattore cognitivo di modulazione tra comportamento ANS e DA. Il comportamento ANS appare significativamente associato ad auto-criticismo, vergogna e sensazione d'inferiorità (basso rango sociale). L'auto-criticismo, inteso come versione maladattiva del perfezionismo, appare a sua volta connesso all'insoddisfazione corporea e alla gravità dei DA. Infine, l'auto-criticismo può essere considerato una strategia disfunzionale di regolazione emotiva che appare correlata significativamente a eventi avversi di vita.

Al fine di descrivere le ricadute clinico-operative di questa concettualizzazione del rapporto tra eventi avversi, corporeità e comportamento ANS, verranno presentati due casi di DA, un minore e un adulto, che meglio esemplificano la possibilità di ritagliare l'intervento terapeutico sul caso singolo all'interno di un continuum dimensionale.

Trattamento trauma informed dell'AN secondo il modello di N. Seijo: un caso clinico

Relatore: Maria Paola Boldrini, Psicologia Clinica e di Comunità; Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale; ESTD President elect and Chair of Education Committee Trainer, Supervisor AreaTrauma, Modena

Nel contesto dei modelli di trattamento dei DCA, emerge sempre più la necessità di integrare il lavoro col paziente in un'ottica trauma informed. In questa direzione, gruppi di lavoro afferenti alle associazioni AISTED (www.aisted.it) ed ESTD (www.estd.org), dedicate alla ricerca e allo sviluppo nel campo del trattamento dei disturbi traumatici e dissociativi, stanno adottando, con esiti clinici soddisfacenti, il modello di Natalia Seijo. Quest'ultima, psicoterapeuta di fama internazionale, specializzata nel campo del trauma e dissociazione e dei DCA, propone una specifica concettualizzazione del caso clinico che tenga conto dello sviluppo del disturbo in un contesto familiare traumatizzante. Da qui discende anche un modello di trattamento specifico, studiato da Natalia Seijo, che verrà illustrato attraverso la presentazione di un caso clinico di AN trauma correlata. L'obiettivo è mostrare lo sviluppo di un percorso clinico dalla diagnosi al trattamento in applicazione del modello di Natalia Seijo, portando in luce la specificità di una terapia trauma e dissociazione orientata, come estremamente benefica per pazienti con storie di maltrattamento familiare.

Mindfulness come elemento regolatore – dati di una ricerca clinica

Relatore: **Anna Pillan**, Psicologa Clinica, Psicoterapeuta Sistemico Relazionale e Familiare; Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i Disturbi dell’Alimentazione, Villa Margherita, Arcugnano (VI)

Co-autori:

Bucci Enrica, Psicologa Clinica, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale;

Cazzola Chiara, Psicologa Clinica, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale;

Buscaglia Francesca, Psicologa Clinica, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale;

Garolla Alice, Psicologa Clinica, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale

Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i Disturbi dell’Alimentazione, Villa Margherita, Arcugnano (VI)

La mindfulness è considerata una specifica modalità di vivere l’esperienza interna ed esterna con attenzione consapevole, accettandola momento dopo momento così com’è, senza giudicarla e senza identificarsi nei propri contenuti mentali. Questo stato attento della mente permette al paziente di osservare gli schemi cognitivi rigidi e disfunzionali caratteristici dei Disturbi dell’Alimentazione attraverso un progressivo processo di consapevolezza e di decentramento. Gli interventi basati sulla Mindfulness possono avere un effetto positivo nella riduzione dei sintomi, migliorando la capacità di accogliere e gestire emozioni negative e riducendo i meccanismi di evitamento.

Nello studio che verrà presentato è stato indagato l’effetto dell’integrazione di tecniche mindfulness all’interno dei gruppi di psicoterapia cognitivo-comportamentale in pazienti ricoverati presso un’unità specializzata nella riabilitazione psiconutrizionale dei disturbi della nutrizione e dell’alimentazione con un approccio trauma-informed. Si è valutato il cambiamento della consapevolezza emotiva attraverso cinque domini in due gruppi differenti di pazienti: Gruppo 1, composto da pazienti che hanno partecipato a gruppi di psicoterapia in cui sono state inserite pratiche di mindfulness; Gruppo 2 costituito da pazienti che non hanno svolto pratica mindfulness all’interno dei gruppi di psicoterapia.

I cinque domini indagati per valutare l’effetto della mindfulness integrata nei gruppi di psicoterapia concernono la capacità di:

- \- osservare cognizioni ed emozioni;*
- \- descrivere le esperienze interne;*
- \- agire con consapevolezza;*
- \- non giudizio;*
- \- gestire la reattività alle emozioni.*

I dati preliminari e il gradimento dei pazienti sembrano supportare l’utilità delle pratiche di mindfulness all’interno di gruppi di psicoterapia cognitivo-comportamentale nel migliorare la consapevolezza emotiva in soggetti affetti da disturbi della nutrizione e dell’alimentazione.

23 Settembre, Sabato 15.15-16.30 SIMPOSIO S-062
TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

Identità di genere, sessualità e relazioni interpersonali: tematiche attuali in psicoterapia e sessuologia

Chair: Cecilia Volpi, Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta SITCC. Scuola ATC Cagliari, Studio Multiverso Roma

Discussant: Antonio Fenelli, Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, Didatta SITCC. Scuola ATC Cagliari, Studio Multiverso Roma

Negli ultimi anni, sempre più psicoterapeuti hanno avuto modo di confrontarsi con tematiche precedentemente poco trattate, quali per esempio l'incongruenza di genere, modelli relazionali alternativi alla coppia tradizionale oppure persone che prediligono la sessualità virtuale a quella reale. Il non binarismo, la disforia di genere, l'asessualità, la non-monogamia consensuale e la sessualità virtuale sono infatti argomenti ormai comuni all'interno delle psicoterapie.

Se in alcuni di questi pazienti la sofferenza portata sarà la conseguenza della discrepanza tra sesso biologico ed identità di genere, in altri sarà legata al non trovare un posto e un senso di sé nel mondo, e in altri ancora a difficoltà significative nel vivere la sfera affettiva ed intima.

Il compito delicato e fondamentale dello psicoterapeuta, nel pieno rispetto del sentire profondo di tutti e tenendo conto del piano inconscio di guarigione di ciascuno, consiste nell'aiutare la persona a trovare un proprio equilibrio interiore, in armonia con l'ambiente sociale di riferimento, promuovendo l'autopoiesi per il raggiungimento del maggior livello di benessere possibile. Sarà inoltre importante che il terapeuta sia scientificamente aggiornato rispetto a questi temi ed abbia un approccio aperto, curioso, inclusivo e non giudicante. Le relazioni di questo simposio tratteranno tematiche quali la varianza e la disforia di genere negli adolescenti e negli adulti, il poliamore, l'asessualità e l'utilizzo dei sex robots, offrendo esempi clinici di pazienti e spunti di riflessione nel campo della psicoterapia e della sessuologia.

To be non-binary or not to be? Evader per non soffrire: due storie parallele

Relatore: Angelo Maria Inverso, Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, Didatta SITCC. AUSL Valle D'Aosta, Ivrea

Un'ampia revisione della letteratura sulla disforia di genere in età evolutiva (Frew e coll, 2021) ha concluso che "i bambini con disforia di genere spesso presentano una serie di comorbidità psichiatriche, con un'alta prevalenza di disturbi dell'umore e d'ansia, traumi, disturbi alimentari e autismo. suicidalità e autolesionismo". Gli autori, nonostante le incongruenze dei dati, frutto di gravi manchevolezze metodologiche e superficialità degli studi, ritengono che "i dati hanno mostrato che i bambini con disforia di genere sono gravati da problemi di salute mentale... Il 44,3% di un campione di 97 bambini è risultato avere una significativa storia psichiatrica, tra cui il 9,3% del campione aveva tentato il suicidio.. È stato comunemente rilevato che i bambini con disforia di genere spesso soffrono di comorbidità che peggiorano durante la pubertà, periodo in cui sono generalmente ad alto rischio di suicidio.

Il focus della nostra riflessione, condotta attraverso il racconto di due storie parallele, è la possibile connessione tra sofferenza psicologica e l'autoattribuzione di un'identità non-binary di genere.

Presenteremo due storie parallele di adolescenti, autodefinitesi non-binary, giunte alla nostra osservazione per aver tentato il suicidio.

Ci domanderemo se la disforia di genere nell'infanzia e nell'adolescenza sia attualmente più nel dominio dell'ideologia queer che in quello della conoscenza scientifica e professionale (Perez e Errasti, 2022) e se l'incertezza della propria identità di genere non sia che un aspetto della sofferenza del non trovare un posto e una identità nella modernità liquida.

Esploreremo, nei limiti consentiti da una presentazione, il rapporto fra nominazione e creazione di entità sociali e quanto possa essere pervasivo ed efficace il potere di nominare.

Illustreremo, attraverso le nostre storie, l'importanza dell'autoselezione del gruppo di riferimento, nel tentativo di costruire una stabile e riconoscibile identità.

Cercheremo di dare conto del doloroso bisogno di essere qualcuno per qualcun altro e delle conseguenze drammatiche di un fallimento di questa ricerca di riconoscimento.

Infine, come l'illusione di essere una singolarità non-binary in un mondo binary possa essere considerata una risposta che salva dall'annullamento.

Tabitha Frew, Clare Watsford & Iain Walker (2021): Gender dysphoria and psychiatric comorbidities in childhood: a systematic review, Australian Journal of Psychology, DOI: 10.1080/00049530.2021.1900747

Pérez, M., and Errasti, J. (2022). Psychology and gender dysphoria: Beyond queer ideology. Papeles del Psicólogo, 43(3), 185-199. <<https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3001>>

L'approccio clinico nella varianza e nella disforia di genere

Relatore: Gaia Polloni, Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa Clinica, Didatta CTC Como, Milano e Torino. Centro Terapia Cognitiva, Como

Il termine ombrello Transgender (trans, dal latino, significa al di là) fa riferimento a tutte quelle persone che percepiscono una discordanza tra sesso biologico –o sesso assegnato alla nascita– ed identità di genere. Non binario è un altro termine ombrello che racchiude gli individui che non si riconoscono, o non si riconoscono pienamente, nella divisione binaria di genere. Non tutti coloro che sperimentano un'incongruenza tra sesso biologico ed identità di genere vivono un disagio psicologico e desiderano intraprendere un percorso di affermazione di genere, al fine di ottenere cambiamenti corporei e raggiungere una maggior sintonia. Soltanto nei casi in cui la discordanza provochi una profonda e persistente sofferenza psicologica si parlerà di Disforia di Genere (DSM 5).

Il terapeuta che si trova a lavorare con persone Transgender e Gender Diverse (TGD) dovrebbe avere una buona conoscenza delle tematiche correlate, essere aggiornato, utilizzare un linguaggio appropriato, inclusivo e rispettoso ed avere un atteggiamento aperto e, soprattutto, non giudicante. Dal momento che nella popolazione TGD vi è spesso una comorbilità con disturbi psicopatologici, quali per esempio disturbi dell'umore, comportamenti autolesivi ed ideazione suicidaria – correlazione che sembra essere maggiormente presente negli adolescenti (Chew et al., 2020) –, sarà fondamentale indagarne la presenza, prioritizzando il benessere psicologico e l'equilibrio interiore dei pazienti.

Se ciò che spinge l'individuo a consultare il clinico sono i risvolti psicologici, sessuali e relazionali dell'incongruenza di genere, il lavoro terapeutico si porrà come obiettivo l'esplorazione del mondo interiore del paziente, in modo particolare della sua identità sessuale. Importante sarà inoltre porre attenzione ad eventuali transfobia e/o omofobia interiorizzate, che potrebbero rallentare il processo di accettazione ed affermazione di sé. La presente relazione si focalizzerà su alcuni dei punti centrali del lavoro psicoterapeutico con persone Transgender e Gender Diverse.

I cambiamenti delle relazioni affettive e sessuali in clinica e nelle scuole di specializzazione

Relatore: Ivan De Marco, Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo Clinico, Didatta SITCC. IUSTO affiliato Pontificia Studiorum Universitas Salesiana, Pinerolo (TO)

Negli ultimi anni, e in particolare dopo i lockdown causati dal Covid-19, sono state messe in discussione le dinamiche classiche di costruzione e mantenimento delle relazioni interpersonali sessualizzate. Negli incontri mediati dai software e facilitati dai social media si esprimono spesso intenzioni relazionali alternative alla coppia tradizionale, fra cui: la situationship (relazione volutamente ambigua di chi non desidera etichette) e i friends with benefit (persone che desiderano una relazione di sola amicizia con coinvolgimento sessuale), oltre ad azioni e reazioni che possono comportare un alto rischio di sofferenza come il sexting, il revenge porn e il ghosting.

Soprattutto nelle giovani generazioni emergono nuove forme di descrizione di legami affettivi che possono comprendere o escludere sesso e sentimento, con o senza pretese di esclusività; c'è per esempio l'aromance (aromantic e asessuale) ovvero relazioni di coppia senza sesso né amore, e anche il poliamore, ossia relazioni interpersonali che possono essere caratterizzate sia da interessi sentimentali che sessuali. In parte queste manifestazioni ricordano la libertà sessuale e relazionale già emergente dal Sessantotto in poi, ripresa in varie espressioni sociali, culturali e artistiche (come nel film "Hair" del 1979).*

Inoltre, anche negli studi di psicoterapia, sono sempre più frequenti persone che si sentono incapaci di intraprendere storie sentimentali, dopo diversi fallimenti nelle conoscenze iniziate sui social, e coppie che chiedono aiuto nell'aprire la loro relazione; mentre nelle classi di specializzazione si presentano giovani colleghi che si dichiarano non binaristi.

Diventa quindi necessario, laddove è possibile, un costante aggiornamento scientifico e culturale per mantenere un approccio comprensivo e costruttivo, con rimandi non sempre possibili ai principali modelli d'intervento e alle tradizionali teorie di riferimento. Nel setting clinico lo sforzo di accompagnare le persone e le coppie verso il maggior livello di benessere possibile comporta più del solito una fase di attenta valutazione della situazione (in particolar modo delle emozioni e dei vissuti interni) e il monitoraggio prudente e costante dell'esplorazione e dei cambiamenti, in contesti e fasi di vita molto delicati con alto rischio di danni iatrogeni e sofferenza.

Sex Robot. L'inizio di una nuova era della sessualità?

Relatore: Angelo Zappalà, Psicologo, Psicoterapeuta, Criminologo Clinico. CBT Academy, IUSTO Università Pontificia Salesiana di Torino

Co-autori: Cabula Ilaria, CBT Academy, Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva Comportamentale in ambito clinico e forense, Torino

I progressi dell'intelligenza artificiale (IA) e della robotica stanno gradualmente offrendo sia nuove opportunità di esperienze intime con agenti erotici artificiali - erobot (erôs + bot) (Dubè et al., 2022) sia i "sex robot". I sex robot sono macchine costruite per assomigliare a esseri umani e possono essere dotate di funzionalità come la capacità di interagire con le persone, rispondere a domande e fare movimenti realistici. La finalità di queste macchine è la simulazione dell'esperienza di un rapporto sessuale con un partner umano (Döring, 2021; Döring et al., 2020; Dubè, Anctil, 2020, Szczuka, Krämer, 2017). Ci sono divergenti opinioni riguardo alla loro utilità e accettabilità etica. Da un lato, si potrebbe ipotizzare che i sex robot potrebbero migliorare la vita sessuale di individui che altrimenti non avrebbero accesso a esperienze sessuali

soddisfacenti, come ad esempio coloro che soffrono di disabilità o di problemi di isolamento sociale. D'altra parte, ci sono preoccupazioni che l'utilizzo di sex robot potrebbe portare a una crescente disumanizzazione delle relazioni umane e alla promozione di comportamenti sessualmente inappropriati. Inoltre, vi è preoccupazione che l'utilizzo di sex robot potrebbe ulteriormente perpetuare le disuguaglianze di genere e la violenza sessuale, dando agli utenti la possibilità di "possedere" e "controllare" un partner robotico (Desbuleux, Fuss, 2023). Data la natura controversa del tema, i sex robot continuano ad essere oggetto di un dibattito accademico e culturale in corso, con la necessità di ulteriori ricerche per comprendere appieno i loro effetti sugli individui che ne fanno uso e sulla società.

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-098

TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

Le scuole di specializzazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale: modelli di formazione a confronto

Chair: **Marta Sconci**, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Terapia Cognitiva di Como e Milano, Centri Psicologia Clinica, Milano

Discussant: **Carlo Ricci**, Psicologo, Psicoterapeuta, Consulta Scuole di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale, Istituto Walden, Università Pontificia Salesiana di Roma

Gli Istituti di specializzazione in psicoterapia hanno lo scopo di impartire agli allievi una formazione professionale idonea all'esercizio dell'attività psicoterapeutica riconosciuta in ambito scientifico [<https://www.miur.gov.it/psicoterapia>]. Il tema della formazione riveste un ruolo centrale nell'ambito della ricerca in psicoterapia, perché caratterizza la competenza di partenza degli psicoterapeuti a seconda degli specifici orientamenti [Orlinsky & Rønnestad, 2005; Bani et al., 2010]. L'oggetto della proposta del presente simposio è una discussione che metta a confronto i modelli teorici e pratici di alcune scuole di formazione afferenti alla Società Italiana di Terapia Cognitivo Comportamentale (SITCC): il Centro Terapia Cognitiva di Como, Studi Cognitivi di Milano, SPC di Reggio Calabria e AIPC di Bari, al fine di identificare elementi comuni e specificità. Il Centro Terapia Cognitiva riconosce nella relazione tra terapeuta e paziente lo strumento terapeutico d'elezione per un processo di riorganizzazione del significato personale e di incremento di consapevolezza. Quest'ultima ricopre un ruolo centrale in quanto parte integrante del cambiamento terapeutico.

La consapevolezza del terapeuta si sviluppa attraverso tre elementi principali: il lavoro di formazione nel gruppo classe; le esperienze corporee; l'analisi personale. Il gruppo di scuole di specializzazione in psicoterapia Studi Cognitivi si fonda sulla conoscenza e sull'applicazione di tecniche evidence-based attraverso un apprendimento esperienziale e in costante contatto con la ricerca scientifica. Gli obiettivi principali della scuola sono: l'acquisizione di competenze teoriche, cliniche e l'applicazione flessibile dei modelli e delle tecniche del paradigma cognitivo-comportamentale; la conoscenza del setting terapeutico e la pianificazione e monitoraggio della terapia. L'Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva - APC di Bari mira a bilanciare il saper fare e il saper essere del "buon terapeuta". L'obiettivo formativo viene conseguito da una parte attraverso il riconoscimento dei propri schemi/emozioni disfunzionali, la condivisione nel gruppo classe delle storie di vita personali, l'insegnamento di pratiche e di disciplina interiore e mindfulness, dall'altra attraverso role-playing ed esercitazioni pratiche sulle pratiche evidenced-based. Le scuole di specializzazione SPC-APC riconoscono l'importanza della ricerca scientifica come guida per la pratica clinica. I corsi SPC di Reggio Calabria prevedono una formazione in Terapia Metacognitiva Interpersonale che mira ad incrementare le funzioni metacognitive del paziente. Il network propone uno studio che indaga la validità percepita della formazione da parte degli ex allievi in termini di competenze acquisite e livelli di soddisfazione professionale ed economica raggiunti.

Fine ultimo del simposio è esplorare le differenti dimensioni di formazione consentendo il dialogo tra di esse.

La formazione in Psicoterapia Cognitivo Costruttivista Relazionale: la dimensione del saper fare e del saper essere

Relatore: Eleonora Rosi, Psicologa, specializzanda in Psicoterapia, Scuola di Specializzazione Centro di Terapia Cognitiva, Child Psychopathology Unit, Scientific Institute, IRCCS Eugenio Medea, Como

Co-autori: Arianna Bonanomi¹; Jessica Galli¹; Giulia Giribono¹; Martina Meroni¹; Anna Messina^{1,3}; Eleonora Moro¹; Erika Raggi¹; Claudia Rubis¹; Francesca Terzaghi¹; Natascha Usai¹

¹ Scuola di Specializzazione Centro di Terapia Cognitiva;

³ Faculty of Biomedical Sciences, Institute of Public Health, Università della Svizzera italiana, Lugano.

All'interno delle scuole afferenti alla SITCC, il Centro Terapia Cognitiva forma specializzandi in psicoterapia con orientamento teorico Cognitivo Costruttivista Relazionale.

Tale orientamento offre, all'interno dell'ambito cognitivo-comportamentale, un allenamento a lavorare su pensieri, emozioni e corpo a livello cognitivo, emotivo-incarnato e relazionale. Lo strumento terapeutico principale è la relazione fra terapeuta e paziente, contesto nel quale diventa possibile innescare eventi affettivamente significativi e orientare un processo di riorganizzazione di significato personale e di consapevolezza. Lo psicoterapeuta, infatti, è un perturbatore strategicamente orientato verso un sistema chiuso auto-eco-organizzato [1]. La strada della responsabilità individuale si consolida in parallelo con la consapevolezza che lo strumento di cambiamento sia il terapeuta stesso, non le tecniche che utilizza [2]. Questo si traduce in una formazione che porti all'incremento di consapevolezza dell'allievo tenendo in considerazione non solo la dimensione del saper fare, ma anche quella del saper essere [3]. Proprio in merito alla dimensione del saper essere, riteniamo che siano tre gli elementi nucleari della nostra formazione.

Primariamente, il lavoro di formazione nel gruppo classe: consiste nell'esplorare le proprie problematiche personali più significative all'interno del gruppo e affrontarne le dinamiche relazionali nel qui ed ora. Entrambi gli aspetti portano all'acquisizione di una maggiore consapevolezza del proprio funzionamento replicando nel contesto formativo quello che accade in seduta.

Secondariamente, esercizi ed esperienze corporee consentono un accesso ulteriore ad una conoscenza di sé che passa dall'implicito all'esplicito. Infatti, le esperienze mentali che viviamo soggettivamente sono incorporate nei nostri comportamenti, movimenti e cambiamenti fisiologici legati all'esperienza, tanto che il sé si definisce come prodotto di una mente incorporata [4].

Infine, ma non per minor importanza, l'analisi personale è una condizione essenziale per la padronanza della dimensione relazionale in clinica e per l'arricchimento della conoscenza di sé [5].

L'insieme di questi elementi, accompagnati dall'acquisizione di tecniche e competenze teoriche, portano il giovane terapeuta a costruire una maggiore consapevolezza della lettura di sé, degli altri e a saper stare nel qui ed ora della relazione terapeutica in maniera personale e strategicamente orientata.

[1] Guidano VF (1992). *Il sé nel suo divenire*. Bollati Boringhieri.

[2] Bara BG (2018). *Il terapeuta relazionale: tecnica dell'atto terapeutico*. Bollati Boringhieri.

[3] Bara BG (2005). *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva: Teoria*, cap. 3.

[4] Stern DN (2005). *"Il" momento presente: in psicoterapia e nella vita quotidiana*. Raffaello Cortina Editore.

[5] Bara BG & Sconci M (2019). *La psicoterapia didattica nella formazione dei terapeuti cognitivi*. *Cognitivismo Clinico*, 16(1).

Sinergia tra ricerca e pratica clinica evidence-based

Relatore: Arianna Belloli, Dottoranda di ricerca in Psicologia e Psicologa-psicoterapeuta in formazione, Sigmund Freud University Milano-Vienna, Studi Cognitivi Milano

Co-autori:

Matilde Buattini, Sigmund Freud University Milano-Vienna, Studi Cognitivi Milano;

Alessio Mantovani, Sigmund Freud University Milano-Vienna;

Giovanni Maria Ruggiero, Sigmund Freud University Milano-Vienna, Studi Cognitivi Milano, Consulta Scuole di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale

Il modello formativo del gruppo di scuole di specializzazione in psicoterapia Studi Cognitivi si fonda sull'orientamento cognitivo-comportamentale, prevedendo l'accuratezza e la flessibilità dell'applicazione di tecniche evidence-based, all'interno di una concettualizzazione completa del caso clinico che viene condivisa col paziente. Già a partire dal primo anno di scuola, gli obiettivi che vengono conseguiti sono i seguenti: (i) acquisizione consolidata dei presupposti teorici e clinici del paradigma cognitivo-comportamentale; (ii) riconoscere e distinguere i diversi modelli cognitivo-comportamentali; (iii) apprendere le procedure terapeutiche (tecniche) in maniera affidabile e riproducibile con un didatta tecnico e imparare ad adattare alla personalità del singolo paziente con un didatta supervisore; (iv) conoscere l'evoluzione della terapia cognitivo-comportamentale (CBT), dalle prime applicazioni, sia standard (Beck & Ellis) che costruttiviste (Mahoney, Lorenzini, Sassaroli & Guidano), ai modelli di terza generazione; (v) saper effettuare una diagnosi sia nosografica che funzionale secondo l'approccio CBT e (vi) conoscere le basi di definizione del setting terapeutico, pianificazione del trattamento e monitoraggio della terapia. A partire dal primo anno di scuola è fortemente consigliato un percorso di psicoterapia individuale, al fine di riconoscere fin da subito e poter lavorare in itinere sulle proprie rigidità e fragilità per ottimizzare la consapevolezza di sé come professionisti. Già dai primi mesi di scuola, anche all'interno delle lezioni teoriche col didatta di riferimento, vengono favorite simulazioni ed esercitazioni pratiche col fine di promuovere un contesto di apprendimento esperienziale e concreto. In sintesi, la mission del gruppo Studi Cognitivi consiste nell'offrire un modello formativo caratterizzato dalla sinergia tra ricerca scientifica, didattica e pratica clinica. La ricerca scientifica, fin dagli albori della scuola, ha costituito un caposaldo del gruppo, in quanto l'ambito clinico e quello di ricerca sono sempre stati posti in un rapporto di complementarità e mutuo arricchimento. Il fine ultimo è di formare professionisti che possano orientarsi nel mondo con un approccio scientifico, considerando sia il progresso degli studi di efficacia dei trattamenti, che l'utilizzo di strumenti di assessment e concettualizzazione del caso fondati su studi empirici, al fine di contribuire a un costante e rigoroso sviluppo della disciplina.

TMI vs. CBT standard: cosa rende un terapeuta più efficace?

Relatore: Doriana Chirico, Psicologa, specializzanda in Psicoterapia, Scuola di Specializzazione SPC, Reggio Calabria, Centro di Psicoterapia Cognitiva Associazione Ecoipoiesis, Reggio Calabria

Co-autori: Augusta Luana^{5,6}; De Santis Giuseppe^{5,6}; Drago Nancy^{5,6}; Lavilla Federica^{5,6}; Conti Laura^{1,3,4}; Mangiola Gaetano^{1,2,5}

1 Didatta SITCC;

2 Didatta SPC;

3 Didatta SPC/APC;

4 Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva;

5 Centro di Psicoterapia Cognitiva Associazione Ecopoiesis;
6 Scuola di Specializzazione SPC

Le Scuole di Specializzazione SPC-APC sono volte a formare l'allievo rispetto alle "teorie dei fatti, della cura e della tecnica" (Semerari, 1991). Attraverso l'impiego di una metodologia formativa di natura teorico-pratica, i didatti si propongono di educare l'allievo a cogliere le caratteristiche del funzionamento del paziente in termini di credenze, scopi e schemi, sottolineando fattori di mantenimento del disturbo e proponendo obiettivi da raggiungere attraverso strategie e tecniche evidence-based.

Il network SPC-APC riconosce l'importanza della ricerca scientifica come guida per la pratica clinica, promuovendo l'utilizzo di trattamenti innovativi ed efficaci. Nello specifico, i corsi SPC nella sede di Reggio Calabria prevedono una formazione in Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI). La TMI mira ad incrementare il funzionamento metacognitivo del paziente per promuovere il riconoscimento e il padroneggiamento degli stati mentali problematici che causano conflitti interpersonali (Dimaggio et al., 2015), migliorando le relazioni e la qualità globale di vita. Allo stato attuale, la TMI è stata manualizzata per il trattamento di alcuni disturbi di personalità, nei quali le disfunzioni metacognitive rivestono un ruolo centrale nello sviluppo, nel mantenimento del disturbo e nella resistenza al cambiamento, in quanto ostacolano l'alleanza terapeutica.

L'obiettivo del presente studio è indagare se la formazione offerta dal circuito SPC e, nello specifico, una formazione in TMI venga percepita dagli ex-allievi come valida a trovare un impiego professionale, risultando efficace in termini di competenze professionali acquisite. Verrà inoltre indagato il grado di soddisfazione professionale ed economica raggiunto.

Il campione sarà composto da ex-allievi del circuito SPC-APC (distinti in due gruppi sperimentali, in base al training effettuato in TMI o CBT standard) che verranno invitati a compilare un'indagine online attraverso la piattaforma Google Moduli. Nel dettaglio verranno indagate le seguenti variabili: occupazione, efficacia delle competenze acquisite, grado di soddisfazione professionale ed economica.

Sulla base di una precedente ricerca effettuata su un campione di psicoterapeuti del circuito SPC-APC (Perdighe & Mancini, 2016), prevediamo di ottenere un significativo livello di soddisfazione professionale ed economica e di efficacia delle competenze apprese nel corso di specializzazione. L'ipotesi specifica è che gli psicoterapeuti formati in TMI considerino le competenze acquisite più efficaci di coloro che hanno effettuato un training in CBT standard e che abbiano di conseguenza una maggiore soddisfazione professionale ed economica.

Diventare un buon terapeuta: esplorazione del percorso formativo

Relatore: Marco Angelillo, Psicologo, specializzando in psicoterapia, Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Co-autori: Annalisa Loconsole¹; Carolina Papa^{2,3}; Gianluca Cruciani²; Ludovica Briotti⁴; Claudia Perdighe²; Mariagrazia Foschino Barbaro^{1,5}; Livia Colle^{1,6}; Barbara Barcaccia^{1,2,3}

1 Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari;

2 Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma;

3 Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma;

4 Fondazione Villa Maraini Onlus, Roma;

5 Consulta Scuole di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale;

6 Terzo Centro di Psicoterapia, Roma

L'Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva – AIPC, nata a Bari nel 2014, appartiene al network APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) - SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva).

L'obiettivo del nostro contributo è di presentare il modello di formazione proposto dalla nostra Scuola e di avviare una riflessione insieme ai colleghi sull'importanza della qualità formativa e su quali qualità e competenze andrebbero sviluppate in un percorso di formazione alla professione per diventare un "buono psicoterapeuta". A questo proposito, verranno presentati alcuni dati preliminari raccolti sulle credenze degli specializzandi relative alle qualità che un "buon terapeuta" dovrebbe avere.

Il percorso formativo delle nostre scuole mira bilanciare conoscenze teoriche, competenze tecniche e auto-consapevolezza: sapere, saper fare e saper essere un buono psicoterapeuta.

Il training di base intende fornire gli strumenti del mestiere per esercitare la professione, saper fare e saper essere; per quanto riguarda il "saper essere", un'ampia mole di ricerche si è focalizzata sulla dimensione personale, relazionale e interpersonale del saper essere uno psicoterapeuta [Kottler, & Carlson, 2016; Hatcher, 2015; Barcaccia, 2021], caratteristiche predittive del buon esito del trattamento [Heinonen et al., 2020]. Per favorire lo sviluppo di questi aspetti, nel training si svolge un lavoro di riconoscimento e consapevolezza dei propri schemi/emozioni disfunzionali, per evitare che abbiano un impatto negativo sulla relazione con il paziente. Nel corso del quadriennio vengono anche condivise con la classe le storie di vita personali. Tutti gli allievi sono incoraggiati a individuare e praticare strategie di auto-regolazione emotiva e disciplina interiore, con particolare riferimento alle pratiche di mindfulness.

Role-playing ed esercitazioni costituiscono la base essenziale per la parte di apprendimento relativa al "saper fare": il didatta mostra la messa in atto della tecnica, successivamente gli allievi sono invitati a esercitarsi in coppie. Seguono poi feedback e discussioni su difficoltà incontrate e come superarle.

Attraverso simulate e role playing gli allievi si allenano anche a gestire la relazione terapeutica, con particolare attenzione a rotture e riparazioni dell'alleanza, un aspetto fondamentale della formazione nelle nostre scuole [Semerari et al., 2022].

La ricerca è un pilastro della nostra formazione: i modelli di terapia appresi sono sempre evidence-based e gli allievi sono incoraggiati a valutare le prove di efficacia sperimentale quando si interessano a nuovi modelli e nuove tecniche. Chi lo desidera, ha la possibilità di partecipare ad attività di ricerca. Il Forum di Assisi, un convegno per specializzandi provenienti da tutte le sedi della Scuola, rappresenta un'occasione di confronto e aggiornamento professionale continuo.

Nel corso della presentazione illustreremo il nostro iter formativo, con particolare attenzione al percorso di training.

23 Settembre, Sabato 15.15-16.30 SIMPOSIO S-033
TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Dalla relazione ai protocolli, il lavoro specifico di alcuni psicoterapeuti cognitivisti sui fattori aspecifici

Chair: Francesco Pratesi Telesio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale CTCC, Firenze

Discussant: Tullio Michele Scrimali, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Professore Università di Catania e Scuola ALETEIA di Enna, Direttore Centro Clinico Aleteia di Enna, Acicastello, Catania

A partire dal famoso Verdetto del Dodo proposto da Rosenzweig (1936,) diversi autori continuano a dibattere sulla presunta importanza assoluta dei fattori aspecifici nei percorsi di ambito psicoterapico. Nella SITCC stessa viene, per esempio, a volte discussa quasi una contrapposizione tra valore della relazione e ruolo dei protocolli terapeutici che, invece, potrebbero essere associati come ottimi elementi sinergici. Questo simposio vorrebbe trattare gli aspetti generici delle psicoterapie, in particolare sottolineando quanto possano essere oggetto di preparazione e lavoro specifico da parte dei terapeuti. La prospettiva offerta sarebbe quella di sollecitare gli specialisti a valutare le strategie che utilizzano con i pazienti da angolazioni di vario tipo, incrementando la consapevolezza dei meccanismi di perturbazione delle tecniche adoperate e stimolando processi di armonizzazione, coerenza, efficacia nei loro interventi.

La Psicoterapia tra bonobo e scimpanzé

Relatore: Ferdinando Galassi, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, S.O.D. Psichiatria Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi AOUC, Firenze, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale CTCC, Firenze

La discussione sui fattori generici di relazione ruota intorno ad un'evidente efficacia clinica dei fattori non specifici. Le riflessioni e la ricerca su quali e quanti siano sembra essere sterminata. Dando un occhio all'evoluzione e concentrandosi sulla storia degli esseri viventi emergono alcune caratteristiche dei rapporti interpersonali ancora presenti nel cervello degli umani che li differenziano dalle scimmie.

La psicoterapia nello spazio: incontri ravvicinati tra paziente e terapeuta

Relatore: Bruno Intreccialagli, Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Secondo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

“Si perde sempre l'essenziale. È una legge di ogni parola intorno al nume. Non saprà eluderla questo riassunto della mia relazione con la luna.” (“La luna” di Jorge Luis Borges).

Questo intervento, oltre ad entrare nella aspecificità dei fattori di cura in psicoterapia cognitiva si propone di valutare alcune delle aspettative riguardo la sua efficacia. Nell'ipotesi dell'autore modalità di comunicazione differenti da quella verbale, profondamente radicate nella memoria ancestrale del genere umano, possono

svolgere il compito di rendere sorprendentemente inefficaci gli strumenti a disposizione del terapeuta o al contrario di validarne in modo coerente e spettacolare il loro utilizzo.

Il terapeuta “coraggioso”: se la neurobiologia guida la presenza del terapeuta

Relatore: Sara Beccai, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Terapia Cognitivo Comportamentale CTCC, Firenze

In questa relazione verrà presentata una riflessione, prevalentemente in chiave didattica, su come e se i contributi della neurobiologia possono guidare e orientare la presenza del terapeuta e favorire la costruzione della relazione terapeutica. Allan Shore già nel 1994 suggerisce che le “comunicazioni emotive tra terapeuta e paziente sono al centro psicobiologico dell’alleanza terapeutica e i processi emozionali, da cervello destro a cervello destro, sono la base per lo sviluppo, per la psicopatologia e per la psicoterapia.” È noto infatti che l’emisfero destro, non solo si sviluppa prima di quello sinistro, ma ha un proprio magazzino di memoria e contiene tutte quelle esperienze infantili che non sono accessibili all’emisfero sinistro, a cui cioè non è stata associata una narrazione. Una ricerca clinica di Diener del 2007 riporta che “quanto più i terapeuti facilitino l’esperienza e l’espressione affettiva nella psicoterapia, tanto più i pazienti mostrano dei cambiamenti positivi, ancor più l’agevolazione degli affetti da parte del terapeuta è un forte predittore del successo del trattamento”. Ancora Siegel (2010) afferma che “il potere di dirigere la nostra attenzione ha il potere di dare forma ai pattern di attivazione cerebrale, così come il potere di dare forma al cervello stesso”. A partire dalla Teoria Polivagale di Porges sappiamo quanto la sicurezza sia indispensabile al fine di poter consentire al paziente di poter fare quelle esperienze emotive necessarie al cambiamento ed alla guarigione, sicurezza che solo la presenza del terapeuta può costruire e mantenere. Implementare le capacità del terapeuta di accedere a una comunicazione “right brain to right brain”, costruire la sicurezza necessaria per consentire al paziente di fare un’esperienza emotiva nuova, imparare a regolare l’emotività del paziente attraverso la relazione, sono competenze che possono essere insegnate e apprese? Le numerose ricerche di neurobiologia ci stanno dicendo cosa funziona a livello cerebrale e ci dicono soprattutto come attraverso la relazione, ovvero attraverso la presenza del terapeuta, ovvero di come la presenza del terapeuta può e deve costruire sicurezza e dirigere l’attenzione dal paziente verso la strada del suo cambiamento. È quindi possibile costruire una pratica del “come fare e come stare” per noi terapeuti?

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-005

TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Violenza di Genere: cosa stiamo sbagliando?

Chair: Francesca Cavallo, Psicoterapeuta, Rappresentante Regionale SITCC Abruzzo, Dottore di Ricerca in Neuroscienze, Sessuologa Clinica Università dell'Aquila, Pescara

Discussant: Iliara Baiardini, Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Genova

Una donna su tre, secondo l'OMS, nel corso della vita è stata vittima di abusi fisici e/o psicologici all'interno delle mura domestiche. Oggi i centri antiviolenza, secondo la rilevazione del 2017, sono 366 in tutto il Paese. La legge 119/2013, recependo le linee guida della Convenzione di Istanbul, prevede, anche attraverso lo stanziamento di finanziamenti ad hoc, percorsi di recupero per gli offenders, che, anche se in ritardo rispetto agli Stati Uniti e ad altri paesi europei, hanno cominciato ad attivarsi gradualmente anche in Italia a partire dal 2009.

Quello che ci chiediamo è: la legge sta funzionando nella sua capacità di mettere in sicurezza le vittime di violenza di genere? È possibile fare qualcosa di più per prevenire tali reati?

Il simposio in oggetto vuole essere un momento di confronto "operativo" tra tutte le figure che prendono parte a questo terribile fenomeno sociale. Le competenze necessarie sono multivariate e l'esigenza di lavorare in equipe multidisciplinare è difatti una vera e propria necessità. Lo scopo è di mettere in luce tutto ciò che di buono è stato fatto fino ad oggi, valorizzandolo, e mettere in luce anche quelle che sono le criticità, le difficoltà, gli intoppi nel percorso di prevenzione, intervento e cura. Auspichiamo in una concreta collaborazione tra le parti presenti ed in ascolto per poter procedere con la stesura di protocolli efficaci e nuove linee guida.

I numeri della violenza di genere. Come stiamo affrontando il fenomeno: leggi e risultati

Relatore: Beatrice Sabatelli, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro TMI, Roma

Co-autori:

Lenzi D., Centro TMI Roma;

Golia M., CTU/CTP Napoli;

Capodanno A.M., Psicoterapeuta, Centro TMI Napoli;

Pasetto A., Centro Petra Verona.

Descriveremo tutti i tipi e le definizioni sulla Violenza di Genere. Ne descriveremo la portata epidemiologica e il fenomeno sociale ad esse legata. Analizzeremo la normativa e le leggi sulla Violenza di Genere, la sua corposità rende bene la complessità del fenomeno che, nonostante tutto, non si riesce ad arginare.

I numeri noti non tengono conto del sommerso, di tutti quei casi che non arrivano in PS e, pertanto, non vengono considerati nelle statistiche.

Quotidianamente sono diffuse notizie di femminicidi, i numeri sono in crescita, ancor di più quelli relativi al periodo pandemia e post pandemia.

I provvedimenti di allontanamento sono continuamente disattesi...cosa non sta funzionando?

“Protocolli di intervento efficaci per le vittime: esempi clinici e proposte”

Relatore: Delia Lenzi, Neurologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale Roma, Associazione Millemè violenza di genere, Roma

Co-autori:

Marchi L., Centro Psicoclinico Pisa;

Golia M., CTU/CTP Napoli;

Capodanno A.M., Psicoterapeuta, Centro TMI Napoli;

Pasetto A., Centro Petra Verona

In termini di prevenzione ci sarebbero due aspetti importanti da trattare, l'educazione sentimentale nelle scuole, che dovrebbe essere obbligatoria, e il trattamento di quelle vittime che, per motivi psicologici, non riescono ad interrompere in tempo (o ad evitare) la relazione con l'offender.

Per quanto riguarda l'approccio verso chi perpetra violenza domestica, ovvero i cosiddetti “domestic offenders”, è necessario comprendere prima di tutto quali offender potrebbero beneficiare maggiormente di programmi terapeutici e quali programmi di trattamento utilizzare.

La capacità di prevenire, prevedere e curare il comportamento violento rappresenta una sfida e una grande responsabilità, date le conseguenze che può avere sulla comunità. Per prima cosa è necessario distinguere tra due tipi di comportamento aggressivo, perché come psicoterapeuti è possibile intervenire con qualche possibilità di efficacia solo su quello impulsivo, reattivo, basato sulla perdita di controllo sulle proprie emozioni (Garofalo et al., 2016). L'aggressività predatoria, fredda, premeditata è, al contrario, caratteristica di un profilo personale che rientra nell'ambito della psicopatia e antisocialità (assenza di rimorso, non curanza per il dolore altrui, ecc), aspetto sul quale, allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, solo un intervento efficace della giustizia può fare qualcosa. Nel momento in cui si identifica la popolazione di offenders che potrebbe beneficiare di un trattamento psicoterapeutico, è necessario adottare protocolli di intervento efficaci.

“Percorsi di cura per gli autori di violenza: l'approccio metacognitivo”

Relatore: Andrea Pasetto, Psicoterapeuta, Spazio uomini N.A.V. (Non Agire Violenza), Centro Petra, Verona

Co-autori:

Marchi L., Centro Psicoclinico Pisa;

Lenzi D., Associazione Millemè violenza di genere, Roma;

Golia M., CTU/CTP Napoli;

Capodanno A.M., Psicoterapeuta, Centro TMI Napoli

In questo lavoro presenteremo il trattamento di una serie di casi studio (3) di violenza domestica trattati secondo il modello della Terapia Metacognitiva Interpersonale (Pasetto A., Misso D., Velotti P., Dimaggio G., Metacognitive Interpersonal Therapy for Intimate Partner Violence: A Single Case Study, Partner Abuse 2021). L'intervento è durato 24 sedute di psicoterapia con follow up a due mesi dalla fine del trattamento, è stata utilizzata una batteria di test composta da PID-5 (Personality Inventory), SCL-90, IIP-47 (Inventory Interpersonal Problem), UPPS-P, ed FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire) ripetuta all'inizio (T0), ad un mese (T1), a tre mesi (T2), a sei mesi (T3) e al follow up (T4) a due mesi dalla fine del trattamento e le analisi

hanno considerato l'indice RCI confrontando i punteggi TO-T4. Saranno presentati i risultati del trattamento e criticità rilevate durante la terapia.

Criticità e limiti dei protocolli attuali: cosa stiamo sbagliando?

Relatore: Francesca Cavallo, Psicoterapeuta, Rappresentante Regionale SITCC Abruzzo, Dottore di Ricerca in Neuroscienze, Sessuologa Clinica Università dell'Aquila

Co-autori:

Marchi L., Centro Psicoclinico, Pisa;

Lenzi D., Associazione Millemè violenza di genere, Roma;

Capodanno A.M., Psicoterapeuta, Centro TMI, Napoli;

Pasetto A., Centro Petra, Verona

I dati ISTAT indicano che dal 2004 al 2019 la percentuale di donne uccise dal partner o ex-partner sul totale delle donne uccise nell'anno di riferimento è cresciuto dal 38,7% al 61,3% (su 111 donne uccise nel 2019). Per essere ancora più chiari, su 111 donne morte per omicidio nel 2019, 68 sono state uccise dal partner attuale e dall'ex partner. Inoltre i dati del Ministero dell'Interno aggiornati al 2020, dopo 1 anno di Codice Rosso, mostrano che il 79,07% sul totale delle 1741 denunce di violazione dell'Art. 387 bis C.P., "Violazione dei provvedimenti di allontanamento dalla casa familiare e del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa", è stata fatta da vittime di sesso femminile. Troppo spesso accade che il maltrattante o lo stalker perseveri nei comportamenti violenti, nonostante i provvedimenti interdittivi a suo carico. Ne sono un esempio casi drammatici di cronaca dove ad essere uccise sono donne che, pur trovando il coraggio di denunciare, cosa per niente semplice, non sono state protette.

I dati sono impietosi: le leggi non sembra stiano funzionando.

È quindi indispensabile fare qualcosa di meglio per prevedere e prevenire il fenomeno. La domanda è: cosa? Il problema ha a che fare con la concreta possibilità che le funzioni preventive e rieducative della pena abbiano effettiva applicazione. Nella maggior parte dei casi, la pena non è più commisurata né alla possibilità di rieducazione, né alla reale possibilità che il soggetto non delinqua nuovamente. L'effetto deterrente connotato ad una pena elevata, dati alla mano, non sempre si traduce in apprezzabili risultati sul piano concreto.

E così, da una parte sembra necessario rafforzare i controlli da parte delle autorità giudiziarie sugli autori di reato e per garantire maggiore protezione alle vittime, dall'altra occorrerebbe agire sul piano "educativo", in chiave di prevenzione, e sul piano "rieducativo" degli "offenders" in modo che la pena (che necessita di essere eseguita in concreto) possa contribuire al loro eventuale reinserimento sociale, laddove possibile.

Torniamo quindi alla domanda che ci siamo posti: cosa possiamo fare affinché la legge funzioni? Dobbiamo cambiarla o dobbiamo applicarla meglio? Cercheremo di rispondere a questa domanda con proposte d'azione e protocolli efficaci.

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-107

TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

CTC. Centro Terapia Cognitiva = Costruire Tendenza Culturale. I Laboratori Scientifico Culturali del CTC tra crescita personale e collaborazione nella navigazione della complessità

Chair: **Marzia Mattei**, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Terapia Cognitiva, Como, Milano, Torino

Discussant: **Fabio Aldo Pietro Furlani**, Medico, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali, Centro Terapia Cognitiva, Como, Milano, Torino; Studio Torinese Psicologia Cognitiva

Nati nel difficile anno 2020, i Laboratori del CTC hanno iniziato a tracciare un percorso scientifico e culturale che ha ad oggi prodotto oltre trenta eventi, rivolti ad addetti ai lavori e popolazione, e decine e decine di ore di formazione interna.

L'epistemologia cognitivo costruttivista relazionale, nel porre l'accento sulla traiettoria sistemico processuale, vuole creare movimento e fermento culturale, dove pensieri ed emozioni, lungi dal cercare una fittizia realtà, proteggono il primato della complessità.

Tendenza non è quindi quella del ricercare e proporre idee 'vere', quanto il ribadire modi che garantiscano il confronto nella libertà di pensiero, come appunto i Laboratori fanno.

Così in questo Simposio gli interventi proposti avranno il file rouge della crescita personale dei partecipanti intrecciato alla collaborazione tra le differenti Aree di Interesse, a tessere la trama tra idee ed emozioni, in continuità tra la pratica terapeutica, la ricerca scientifica e la diffusione culturale.

Gli intrecci dei Laboratori Scientifico Culturali del Centro Terapia Cognitiva. Effetti del caregiving sull'equilibrio familiare: come interviene la malattia sulle dinamiche relazionali tra genitori e figli nelle varie fasi del ciclo di vita?

Relatore: **Roberta Vaccaro**, Psicologa, Neuropsicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Cognitiva, Como, Fondo per l'Alzheimer e le Demenze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Co-autori:

Simona Abbondanza, Psicologa, Neuropsicologa, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva, Como Milano Torino; Ginco coop soc, Como; Centro Riabilitativo ABILI, Milano

Cardani Isabella, Psicologa, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva, Como Milano Torino; Asst- Lariana;

Rizzi Marta, Psicologa, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva, Como Milano Torino.

La natura generativa e costruttiva dello sviluppo ontogenetico rappresenta uno dei filtri fondamentali per osservare i fenomeni psicologici che si intrecciano nell'arco della vita.

Al contempo, credenze, aspettative e significati personali si intersecano nelle diverse occasioni di interazione interpersonale e costruzione-evoluzione di una relazione.

In questa visione, l'obiettivo dell'intervento è narrare, con uno sguardo metacognitivo, le riflessioni condivise negli incontri dei Laboratori Scientifico Culturali del CTC.

Nel dettaglio, il nucleo tematico è rappresentato dagli effetti del caregiving sull'equilibrio familiare nelle trame delle Aree di Interesse Invecchiamento Consapevole, Terapia Genitoriale e Età Evolutiva che hanno lavorato fianco a fianco e in sinergia.

I quesiti che hanno stimolato la riflessione sono: come accompagnare un figlio verso una fisiologica inversione di ruoli nella cura del genitore anziano fragile mantenendo, recuperando o migliorando un senso di continuità personale e della relazione? Quali scenari si aprono quando il caregiver è a sua volta genitore? Quali riorganizzazioni relazionali possibili all'interno della famiglia che affronta la malattia cronica? Che effetto sul benessere del bambino?

Ampliare i punti d'osservazione sul lutto, per ampliare le opportunità di cura in psicoterapia

Relatore: Augusto Salvatore Altavilla, Medico, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva, Como Milano Torino

Co-autori: Manerchia Grazia, Psicologa, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva, Como Milano Torino

L'esperienza del lutto si sviluppa in maniera dinamica all'interno della complessità dell'individuo, alcune emozioni possono essere vissute in maniera dirompente ed altre, invece, possono essere elaborate in modo fluido ed equilibrato fino al raggiungimento di un nuovo grado di complessità e quindi di un nuovo equilibrio. Il lutto ci pone di fronte a costanti riflessioni per far fronte all'unicità del paziente.

Che impatto ha nella consapevolezza personale e sul fluire della coscienza, nonché sulla narrativa personale? Come procede l'elaborazione del lutto nei pazienti considerati gravi?

All'interno di un dialogo tra psicoterapeuti che svolgono la loro attività in ambiti diversi, ci si confronta, anche sul lutto in età evolutiva, una delle esperienze destinate a lasciare una traccia profonda nella storia di vita di una persona.

Quali fattori possono ostacolare o facilitare l'elaborazione in età evolutiva di una esperienza così ad alto impatto emotivo? Dove può collocarsi il lutto all'interno dello scenario terapeutico, soprattutto quando il processo è bloccato dalla mancanza di fattori di protezione e/o dalla presenza dei fattori di rischio?

Questo lavoro, qui presentato come sinergia tra l'Area di Interesse (AI) paziente grave e l'AI età evolutiva dei Laboratori Scientifico Culturali del Centro Terapia Cognitiva, vuole essere il punto iniziale di una riflessione su uno studio e una modalità di intervento articolata che possa tenere conto non solo dell'unicità individuale ma anche della necessità sociale di dare spazio alla morte, al lutto e alla ritualità che dà significato alla fine della vita.

Il sistema motivazionale interpersonale cooperativo nel calcio

Relatore: Daniele Crosta, Psicologo, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva, Como Milano Torino

Co-autori:

Cardani Isabella, Psicologa, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva Como Milano Torino; Asst- Lariana;

Morosi Elisa, Psicologa, Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva Como Milano Torino, Polo di Psicologia s.r.l.;

Vacchi Laura, Psicologa Psicoterapeuta, Laboratori Scientifico Culturali Centro Terapia Cognitiva Como Milano Torino, Università degli Studi di Milano-Bicocca;

Robbioni Samuele, Psicopedagogo e Formatore;

Senes Matteo, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

I punti di osservazione da cui ciascuno di noi può guardare uno stesso fenomeno sono molti e si moltiplicano in modo esponenziale se ad osservare quello stesso fenomeno sono persone diverse, provenienti da mondi ed esperienze professionali e di vita differenti. La ricchezza che ne deriva è di valore inestimabile.

Questo è uno dei fili rossi che unisce i partecipanti ai Laboratori scientifico culturali del CTC ed è uno degli strumenti che abbiamo utilizzato in questa analisi, in cui, partendo dalla cornice teorica dei sistemi motivazionali interpersonali (SMI), abbiamo osservato le dinamiche relazionali che si muovono all'interno del gioco di una squadra di calcio, categoria U16, appartenente al settore giovanile di una società professionistica. In particolare, considerando il valore cruciale della cooperazione in uno sport di squadra come il calcio, attraverso lo sguardo di psicologi, psicoterapeuti, psicologi dello sport, metodologi e tecnici abbiamo individuato i comportamenti che, all'interno della dinamica di gioco, rappresentassero le espressioni del sistema motivazionale cooperativo e di quello agonistico, gli "attivatori" dentro uno scambio relazionale caratterizzato da rapidità e immediatezza e il loro impatto sulla prestazione sportiva.

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-102

TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

L'utilizzo dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) con gli adolescenti: esperienze cliniche a confronto

Chair: Emanuele Rossi, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC, Association for Contextual Behavioral Science ACBS, Pesaro

Discussant: Lorenza Isola, Psicologa, Psicoterapeuta, Equipe per l'Età Evolutiva, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC, Didatta SITCC

L'ACT è una forma di psicoterapia cognitivo-comportamentale di terza ondata che focalizza l'attenzione sui processi di flessibilità psicologica: accettazione e defusione, contatto con il momento presente e sé-come-contesto, valori e azione impegnata (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999, 2012).

Tale terapia riconosce alla base delle problematiche presentate dai pazienti fusione cognitiva, evitamento esperienziale e i processi ad essi correlati, strategie che risultano non funzionali nella gestione del malessere psicologico.

L'ACT si configura come modello particolarmente adatto nel trattamento psicoterapico in età evolutiva, poiché propone un approccio transdiagnostico che si focalizza su molteplici aspetti legati al funzionamento psicologico. Nel periodo dell'adolescenza, in particolare, la fase di transizione all'età adulta (Erikson, 1995) potrebbe essere ostacolata nel momento in cui il pensiero risulta ancorato a regole verbali precise. Le difficoltà del paziente nel metterle in discussione e i tentativi di evitamento di emozioni spiacevoli, paradossalmente, aumentano lo stato di malessere e conducono all'utilizzo di ulteriori strategie di evitamento disfunzionali e maladattive (come ad es.: isolamento, utilizzo di sostanze), allontanando l'adolescente dai suoi valori (Bach, Moran, 2009).

Lo strumento della Matrice nell'ACT (Polk, Schoendorff, Webster, Olaz, 2017) unifica i sei processi fondamentali di flessibilità psicologica e consente di rappresentarli visivamente attraverso un diagramma composto da due linee perpendicolari che si intersecano formando quattro quadranti. Tale prospettiva contestualistico-funzionale dell'ACT e questa modalità di rappresentazione grafica rendono maggiormente fruibile all'adolescente la visione della sua situazione attuale, le proprie esperienze psicologiche e le azioni messe o da mettere in campo, fornendo la possibilità di identificare nuove strategie e stimolando un comportamento attivo e propositivo per condurlo verso una vita ricca, piena e soddisfacente.

L'ACT inoltre identifica il raggiungimento del benessere psicologico con la capacità di mantenere un pensiero flessibile anche davanti alle difficoltà di vita che sono inevitabili.

Il simposio sarà caratterizzato dall'esposizione di esperienze di trattamenti ACT e di utilizzo di strumenti ACT in CBT con adolescenti che riportano diverse vulnerabilità e diagnosi, un minore con difficoltà nella regolazione delle emozioni e di adattamento al contesto della famiglia adottiva, uno studio pilota su un piccolo campione, quattro minori che presentano elevati punteggi di perfezionismo e patologie connesse, un percorso di promozione di volontà, accettazione ed impegno attraverso i sei passi della matrice ACT.

Dalle esperienze riportate si evince come la fruibilità del modello e degli strumenti alla base dell'ACT hanno permesso di coinvolgere l'adolescente in terapia, allenare la flessibilità psicologica nei vari contesti clinici evidenziati all'inizio della terapia e infine di raggiungere esiti positivi in linea con i valori e con gli obiettivi di vita dell'adolescente.

L'Acceptance and Commitment Therapy nella terapia del perfezionismo maladattivo in età evolutiva: uno studio pilota

Relatore: **Cristiana Patrizi**, Psicoterapeuta Equipe per l'Età Evolutiva, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC, Didatta SITCC

Co-autori:

Semeraro Valeria, Psicologa, Psicoterapeuta Equipe per l'Età Evolutiva, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC, Docente SITTC;

Masci Silvia, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC;

Di Giulia Claudia, Psicoterapeuta TSMREE XIV Municipio di Roma

Da tempo viene valutata la possibilità di affiancare ad un approccio CBT classico il protocollo ACT nel trattamento dei giovani pazienti che presentano forme maladattive di perfezionismo e patologie ad esso connesse. La flessibilità psicologica su cui agisce nello specifico l'ACT è l'abilità chiave per mediare la relazione tra perfezionismo autocritico e sintomi ansiosi e depressivi. Inoltre ACT si configura come un modello particolarmente adatto nell'intervento con bambini e adolescenti, poiché offre una visione evolutiva dei processi psicologici e del comportamento umano, oltre ad un approccio transdiagnostico alla psicopatologia, focalizzato sui processi trasversali legati al funzionamento psicologico. In considerazione di quanto suggerito dalla recente letteratura abbiamo condotto uno studio pilota su un piccolo campione di quattro pazienti (tre femmine di età media di 18 anni e un maschio di 17 anni) che presentano alti punteggi di perfezionismo maladattivo e psicopatologie ad esso connesse. Tutti i soggetti hanno concluso una prima fase della terapia CBT standard, che ha avuto lo scopo di affrontare la fase acuta di ansia, depressione e in un caso di disturbo alimentare. Nella seconda fase, ai giovani pazienti è stato proposto un protocollo ACT per il perfezionismo che prende spunto dal lavoro di Ong (2019) e dal manuale di Kemp (2021). Il protocollo si propone di far concentrare il giovane sui suoi valori, di essere più gentile, di accettare sé stesso quando le cose non procedono perfettamente e di mettere in prospettiva gli errori senza essere schiacciato dall'autocritica. Ci aspettiamo che l'intervento li aiuti ad identificare la presenza di forme maladattive di perfezionismo e al contempo sviluppare le abilità necessarie a superarlo. Aspetto ancor più rilevante è quello di imparare ad accettare l'imperfezione, senza però perdere la motivazione all'impegno. Scopo ulteriore dell'intervento diviene dunque quello di incentivare in essi modalità più efficaci per affrontare gli aspetti problematici legati all'eccessiva autocritica, all'ansia e all'isolamento sociale, senza compromettere gli aspetti che possono essere utili, come cercare di soddisfare standard elevati. La valutazione degli esiti avviene in tre tempi: prima dell'inizio del protocollo ACT, alla fine delle sedute (circa 15) e con un follow-up a sei mesi. Le scale individuate sono:

- per le condizioni psicopatologiche generali l'SCL-90 (Derogatis et al. 1974);
- per valutare il perfezionismo l'MPS (Frost, et al.1990);
- come misura del grado in cui gli adolescenti osservano le esperienze interne, agiscono con consapevolezza e accettano le loro esperienze interne senza giudizio viene usato il questionario CAMM (Greco et al. 2011);
- per avere una misura dell'inflessibilità psicologica in relazione alla fusione cognitiva e all'evitamento esperienziale è stato dato il I-AFQ-Y17 (Greco et al.2008).

I valori sono stati valutati con la scala SCS-SF (Wilson & Groom, 2002).

Il caso di S.: i valori come bussola per la terapia e per la vita

Relatore: **Dalila Gigante**, Psicologa clinica, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Il lavoro in terapia con gli adolescenti è caratterizzato a volte da difficoltà di adesione alla terapia, in particolare quando ragazzi e ragazze, nella loro storia evolutiva, annoverano esperienze sfavorevoli fin dalla prima infanzia e mostrano difficoltà nell'affidarsi all'altro e nella gestione delle emozioni, vissute anche come amplificate in questa delicata fase di crescita. L'utilizzo di tecniche ad hoc è fondamentale per agganciare gli adolescenti in terapia e renderli parte attiva del percorso e conseguentemente della loro stessa vita. Risulta a volte difficoltoso utilizzare le tecniche classiche di ristrutturazione cognitiva, in quanto l'adolescente, anche a causa delle proprie esperienze di vita, può risultare ancorato a regole precise verbali, con difficoltà di metterle in discussione, e tentativi di evitamento dei pensieri ed emozioni relative alla sua storia che, paradossalmente, aumentano emozioni sgradevoli e dolorose e conducono all'utilizzo di altri metodi di evitamento (utilizzo di cannabis), allontanandolo dai suoi valori (Bach, P.A. & Moran D.J., 2008).

La terapia ACT, basata sul contestualismo funzionale, l'analisi comportamentale applicata e la Relational frame therapy, sostiene l'importanza di allineare i pazienti ai propri valori, come una bussola, al fine di indebolire il comportamento governato da regole (Turrel, S.L., Bell, M. 2019).

Verrà portato come esempio di utilizzo delle tecniche della terapia ACT il caso di S., adolescente adottato, dimesso da un percorso comunitario, inizialmente poco compliant alla terapia. L'utilizzo della matrice e del bersaglio dei valori ha permesso di coinvolgere il ragazzo nel percorso della terapia. Il linguaggio del distanziamento, le metafore, il focus su valori e obiettivi hanno permesso la defusione dai pensieri disfunzionali (Barcaccia, B., 2013), il passaggio all'azione, per condurre il ragazzo verso una vita piena e soddisfacente, ha favorito un miglioramento del tono dell'umore ed il lavoro sul tema dell'accettazione della sua storia di vita che inevitabilmente lo caratterizza.

V.A.I. Aurora: Un percorso di promozione di Volontà, Accettazione e Impegno attraverso i sei passi della matrice ACT

Relatore: Valentina Ronzi, Scuola di Psicoterapia Cognitiva IGB, Association for Contextual Behavioral Science ACBS, Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva SITCC, Palermo

La matrice ACT (Polk, K., Schoendorff, Benjamin Webster, M., & Olaz, F. O. 2017) è uno strumento che unifica i sei processi ACT - accettazione, defusione, sé come contesto, contatto con il momento presente, valori e azione impegnata - e consente di rappresentarli visivamente attraverso un diagramma composto da due linee perpendicolari che si intersecano formando quattro quadranti. Tali quadranti ci forniscono efficacemente la prospettiva contestualistico-funzionale dell'ACT e un "punto di vista" sulle nostre azioni ed esperienze psicologiche. La linea verticale rappresenta la linea dell'esperienza che definisce la differenza tra esperienza "esterna" percepibile tramite i cinque sensi ed esperienza "interna" che emerge dall'attività mentale e dalle abilità introspettive. La linea orizzontale è la linea del comportamento che definisce la differenza tra azioni "via da" funzionali ad allontanarci da esperienze indesiderate (evitamento esperienziale) e azioni "verso" funzionali ad avvicinarci a chi e che cosa è importante (valori).

Verrà presentato il caso clinico di una giovane adolescente, esemplificativo dell'efficacia della matrice ACT attraverso l'applicazione dei sei passi: impostare il punto di vista, comprendere l'efficacia dei movimenti "via da", gli ami e il problema con i tentativi di controllo, aikido verbale, allenare la compassione verso sé stessi, sfruttare la forza dell'assumere diverse prospettive.

La matrice ACT è stato uno strumento visivo notevolmente vantaggioso per allenare la flessibilità psicologica, ovvero l'abilità di notare ciò che funziona, in quali contesti, al servizio di cosa, al fine di incrementare le azioni "verso" una vita ricca, piena e significativa, anche in presenza di "ostacoli interni".

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-056

CORPO AULE - AULA 3

TAM (Three Axis Model): un modello a tre assi per la concettualizzazione del caso in un'ottica evolutiva e costruttivista. Nuovi sviluppi.

Chair: **Filippo Nicola Frassi**, Psicologo, Psicoterapeuta, Associazione Studi Cognitivi Pandora (LU), Centro Psicoterapia Cognitiva, Pontedera (PI)

Discussant: **Michele Procacci**, Psichiatra, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

In questo simposio ci proponiamo di presentare gli sviluppi di un nuovo modello (Lambruschi, 2018) per la concettualizzazione esplicativa del caso, che rappresenta un tentativo esplicito di integrazione tra due universi concettuali e metodologici, da un lato il modello delle organizzazioni di significato personale e dall'altro la teoria dell'attaccamento, aggiornati alla luce dei più recenti sviluppi.

Si tratta di un modello a tre assi in grado di render conto dei rapporti tra configurazioni d'attaccamento, sviluppo delle diverse organizzazioni del sé (ivi comprese le cosiddette organizzazioni miste, che rappresentano, di fatto, la maggior parte delle situazioni cliniche reali) e delle loro possibili declinazioni su livelli diversi di funzionamento metacognitivo in prima e in terza persona, con le relative possibili uscite psicopatologiche.

Quello proposto è un modello ben operazionalizzabile e integrabile alla metodologia d'assessment, che potrebbe quindi assistere il terapeuta nell'impostare in modo rigoroso la concettualizzazione del caso e quindi guidare in forma articolata sia la pianificazione degli obiettivi terapeutici, che la modulazione della relazione col paziente.

Il simposio si svilupperà partendo da un primo momento di condivisione concettuale del modello stesso; seguirà la presentazione dell'intervista semi-strutturata TAM-I e della Scala di Valutazione (TAM-S), messa a punto per operazionalizzare il funzionamento del soggetto sui tre assi; e infine l'esemplificazione del sistema di codifica della TAM-S attraverso la presentazione di un caso clinico.

Presentazione concettuale del modello TAM

Relatore: **Riccardo Bertaccini**, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Centro di Terapia Cognitiva Forlì, Azienda USL Romagna, Forlì

Co-autori:

Furio Lambruschi, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Centro Terapia Cognitiva, Forlì;

Lisa Polidori, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, IRCCS Fondazione Stella Maris.

Il modello presuppone che un adeguato inquadramento sul piano esplicativo della psicopatologia presentata dal paziente richieda, quanto meno, la considerazione di tre dimensioni/assi evolutivi.

L'asse primario della reciprocità fisica esprime la cosiddetta funzione affettiva e primaria del parenting, connessa alle competenze basilari di sensibilità e responsabilità espresse dalla figura d'attaccamento e pone le basi per la strutturazione del senso di sé in termini di amabilità/non amabilità e sicurezza/non sicurezza nelle relazioni. Qui prendono forma i programmi fondamentali per il mantenimento dello stato di relazione con

l'altro, sotto forma di schemi interpersonali senso-motori primari (Implicit relational knowing: Lyons-Ruth 1998).

L'asse secondario della reciprocità semantica esprime, invece, l'altra importante funzione del parenting, strettamente embricata alla prima, quella cosiddetta educativa, volta alla definizione di confini, all'adesione alle regole morali, sociali, di guida nelle strategie di socializzazione e di affiliazione al gruppo e al contesto culturale e sociale di appartenenza.

Nel terzo asse infine trovano posto le competenze metacognitive e i livelli di integrazione del Sé e rende conto degli aspetti processuali e dimensionali della psicopatologia nell'andamento dalla normalità alla nevrosi, fino ai più complessi disturbi di personalità e alla sintomatologia psicotica.

L'intervista TAM-I e la Scala di Valutazione TAM-S

Relatore: Giuliano Cuoghi, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Centro Terapia Cognitiva di Bologna

Co-autori:

Bianca R. Berti, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Università degli Studi di Pisa, Azienda USL Nord-Ovest Toscana;

Sabrina Delbarba, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Centro Terapia Cognitiva di Forlì.

La Scala di Valutazione del Modello dei Tre Assi denominata TAM-S (Three Axis Model - Scale) si propone di valutare le tre dimensioni descritte dal modello TAM (Lambruschi, 2018) e si articola in tre sezioni corrispondenti alle dimensioni del modello: Asse I - Organizzazioni Distanziante e Controllante; Asse II - Organizzazioni Normativa e Contestualizzata (per entrambe le scale si distinguono una sottoscala basata su indicatori di contenuto e una sottoscala basata su indicatori di tipo processuale); Asse III - Competenze metacognitive e livelli di integrazione del Sé. Il punteggio su ogni asse è collocato su una scala che va da un estremo negativo ad un estremo opposto positivo, che ne rappresentano le polarità concettuali. I punteggi vengono attribuiti in base all'analisi del trascritto di un'intervista semi-strutturata (TAM-I, Tree Axis Model - Interview) che prende l'avvio dall'Autocaratterizzazione del paziente, dalla quale sono estratte alcune aree di definizione del sé del paziente, poi declinate ed analizzate in termini episodici. Verranno brevemente discusse le caratteristiche specifiche di ciascun asse della Scala, corredate di esemplificazioni cliniche.

Il sistema di codifica del modello TAM

Relatore: Melvin Piro, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Centro Terapia Cognitiva di Forlì

Co-autori: Andrea Epifani, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC.

Durante l'intervento verrà presentata la procedura che permette, partendo dal trascritto dell'intervista semi-strutturata TAM-I e applicando i criteri di codifica sintetizzati nel lavoro di gruppo, anch'essi discussi nel corso della presentazione, di arrivare a quantificare un punteggio su ciascuno dei tre assi che permetta la collocazione del paziente all'interno del modello (TAM) da questi definito. L'esposizione della procedura di codifica messa a punto verrà esemplificata per mezzo di un trascritto della TAM-I.

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-023

CORPO AULE - AULA 4

Psicoterapia e neuromodulazione cerebrale non invasiva: opportunità e sfide di un approccio integrato ed innovativo al trattamento delle dipendenze

Chair: Manuela Pasinetti, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Discussant: Luca Rossi, Psicologo, Psicoterapeuta, SC Psicologia ASL TO3 A.F. Dipendenze, Sessuologo Clinico, Docente Scuola di Psicoterapia Cognitiva CTC Torino, Coordinatore Referente AIPD (Area di interesse psicoterapia delle dipendenze) SITCC

Le tecniche di neuromodulazione cerebrale non invasiva maggiormente impiegate in ambito clinico sono la stimolazione magnetica transcranica (TMS) e la stimolazione transcranica con correnti dirette (TDCS). Nel primo caso viene utilizzato un breve impulso elettrico, il quale genera un campo magnetico che attraversa il cranio per indurre una corrente elettrica a livello della corteccia cerebrale. Nel secondo caso viene utilizzata una corrente elettrica diretta che stimola aree corticali specifiche.

Le basi neurobiologiche dell'effetto di questi trattamenti sono da ricondurre alla modifica dei pattern di attivazione di specifiche popolazioni neuronali che, in risposta a stimolazioni ripetute, determina un effetto di neuroplasticità.

Negli ultimi 15 anni, sulla scorta di numerosi studi clinici e revisioni sistematiche, la TMS ha ricevuto un riconoscimento via via maggiore da parte delle autorità regolatorie quale strumento per il trattamento di disturbi neurologici e psichiatrici. Nel 2008 la US Food and Drug Administration (FDA) ha approvato la TMS per il trattamento della depressione maggiore resistente al trattamento e nel 2016 le linee guida del Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT) raccomandano la TMS come trattamento di prima scelta nei pazienti che non hanno risposto in modo adeguato ad almeno un trattamento farmacologico antidepressivo e la TDCS viene indicata come trattamento di terza scelta.

Nel trattamento dei disturbi da addiction la TMS si è dimostrata uno strumento efficace nel ridurre il craving, in particolare nel disturbo da uso di cocaina e nel disturbo da gioco d'azzardo.

La terapia cognitivo-comportamentale e la stimolazione magnetica transcranica sono quindi trattamenti entrambi supportati da prove di validità scientifica nel trattamento dei disturbi da dipendenza. L'effetto combinato di questi due trattamenti è particolarmente interessante per la possibilità di agire in modo complementare sui meccanismi alla base dei comportamenti di addiction, in particolare il craving.

Nel corso di questo simposio verranno presentate le più recenti evidenze relative all'uso delle tecniche di neuromodulazione nel trattamento dei disturbi mentali con un focus sulle dipendenze. Verranno presentate esperienze condotte in due diversi centri clinici sulla costruzione di percorsi di trattamento integrato con psicoterapia e TMS o TDCS. Ulteriore elemento di riflessione su questo tipo di approccio verrà offerto dalla presentazione dei risultati preliminari di uno studio clinico volto a stimare l'effetto del trattamento con TMS sulle tematiche affrontare in seduta da pazienti con disturbi da addiction.

Psicoterapia cognitivo-comportamentale e stimolazione magnetica transcranica nei disturbi da dipendenza: efficacia di un approccio terapeutico integrato

Relatore: Werner Maria Natta, Psichiatra, Psicoterapeuta, Professore a contratto di Psichiatria per il Servizio Sociale, Università del Piemonte Orientale, Direttore Sanitario Brain and Care, Torino

Co-autori:

Mattei Cristina, Brain and Care;

Madeo Graziella, Brain and Care;

De Giovanni Antonio, Brain and Care;

Rossi Luca, SC Psicologia ASL TO3 A.F. Dipendenze;

Zanardi Gabriele, Brain and Care;

Bonci Antonello, Brain and Care

La stimolazione magnetica transcranica (TMS) è la principale metodica di neuromodulazione cerebrale non invasiva utilizzata in ambito clinico. Questa metodica trova indicazioni nel trattamento di diversi disturbi mentali, primo fra tutti il disturbo depressivo maggiore, ma anche il disturbo ossessivo compulsivo, il disturbo post-traumatico da stress, i sintomi negativi della schizofrenia, i disturbi d'ansia e i disturbi neurocognitivi. Nel campo della patologia delle dipendenze, le maggiori evidenze scientifiche riguardano il disturbo da uso di cocaina, il gioco d'azzardo patologico e la dipendenza da alcol.

Le applicazioni della TMS si estendono anche all'ambito neurologico, in particolare nel trattamento della fibromialgia, della malattia di Parkinson, della cefalea e nella riabilitazione post-stroke.

Sono ad oggi disponibili centinaia di studi clinici randomizzati in questi diversi ambiti di applicazione e questo ha permesso di condurre revisioni sistematiche e metanalisi che hanno portato all'inserimento di questo trattamento all'interno di linee guida internazionali quali Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP), National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

La terapia cognitivo-comportamentale e la TMS sono quindi entrambi trattamenti supportati da prove di validità scientifica nel trattamento dei disturbi da dipendenza. L'effetto combinato di questi due trattamenti risulta poco studiato in letteratura, ma potenzialmente di grande interesse per la possibilità di agire in modo complementare sui meccanismi alla base dei comportamenti di addiction, in particolare il craving. Un campione di pazienti con disturbi da addiction e senza comorbidità psichiatriche o neurologiche gravi è stato reclutato presso tre diversi centri clinici a partire da gennaio 2023. I pazienti hanno effettuato un percorso di trattamento con TMS per almeno 20 giornate e psicoterapia cognitivo-comportamentale con una seduta a settimana. I soggetti sono stati assegnati casualmente ad effettuare la seduta di psicoterapia prima o dopo il trattamento TMS. La valutazione è stata effettuata tramite test psicometrici e neuropsicologici all'inizio del trattamento, a conclusione della fase intensiva di trattamento e al termine della fase di mantenimento. In aggiunta a questo, il terapeuta ha tenuto traccia della rilevanza in seduta di 4 tematiche significative per i pazienti con disturbi da dipendenza: craving, motivazione all'astensione, rabbia, tristezza.

I risultati verranno analizzati e presentati con particolare riferimento all'esito del trattamento nel suo complesso e all'effetto specifico sulle tematiche affrontate in seduta confrontando tra loro i due gruppi. Inoltre, in termini di efficacia del trattamento e percentuale di drop-out, il campione complessivo verrà

confrontato con un campione di riferimento di pazienti che non hanno effettuato psicoterapia, ma solo trattamento TMS.

Analisi delle ricadute e dei drop-out in soggetti con dipendenza da cocaina che hanno seguito un protocollo di Stimolazione Magnetica Transcranica ripetitiva

Relatore: **Silvia Perrone**, Psicologa, Psicoterapeuta, PSINEURO - Istituto Neuroscienze Cliniche Lecce, Membro Comitato Scientifico "Advanced Center for Hermeneutics and Applied Phenomenology", Università del Salento

Co-autori: **Caggia Giovanni; De Luca Giulia** - Istituto NeuroScienze Cliniche – PSINEURO

In questi ultimi anni, grazie allo sviluppo di nuove tecnologie nel campo della neuro-modulazione, sono stati condotti diversi studi circa l'efficacia della Stimolazione Magnetica Transcranica ripetitiva (rTMS) per il trattamento della dipendenza da cocaina (A. Terraneo, L. Leggio e coll., 2015; F. Lolli, M. Salimov e coll., 2021). Questi studi evidenziano l'utilità di tale trattamento al fine di ridurre l'uso della sostanza a breve e a lungo termine e anche il problema delle ricadute (M. Antonelli e coll., 2021). Presso l'Istituto di Neuroscienze Cliniche di Lecce i pazienti affetti da dipendenza da cocaina possono intraprendere percorsi di cura basati sulla rTMS e allo stesso tempo seguire un protocollo di TCC di terza generazione.

Obiettivo di questo studio è condurre un'analisi circa il problema delle ricadute e dei drop-out nei pazienti sottoposti a un trattamento di rTMS e di rTMS più terapia cognitivo-comportamentale di terza generazione (TCC e mindfulness).

Strumenti e Metodo: *l'analisi è stata condotta su 30 soggetti affetti da dipendenza da cocaina. Alcuni di questi hanno seguito un protocollo di rTMS, altri hanno seguito parallelamente alla rTMS anche 12 sessioni di TCC e mindfulness. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a valutazione psicometrica con MMPI, SCL-90, una scala di misurazione del craving e una scala di misurazione della consapevolezza (MAAS). I test sono stati somministrati a T0 – T1 (mese) e a T3 (3 mesi).*

I risultati di questo studio evidenziano la necessità di trattamenti integrati per la prevenzione delle ricadute e l'efficacia della rTMS inserita in un programma di psicoterapia cognitivo-comportamentale di terza generazione.

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-032

CORPO AULE - AULA 5

Il lutto complicato: modelli cognitivi, personalità e trattamento

Chair: Stefania Fadda, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Discussant: Roberta Trincas, Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo; CSM ASL RM3 - Municipio XII; Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Roma

La perdita di una persona cara implica un impatto e un percorso di sofferenza che assume connotazioni differenti a seconda degli scopi, delle aspettative, delle motivazioni, della storia di vita, delle caratteristiche di personalità e del contesto sociale e culturale di ogni individuo (Parkes, 2000; Love, 2007; Perdighe e Mancini, 2010). Mentre alcuni soggetti posseggono maggiori risorse per fronteggiare questo evento, altri rischiano di sviluppare quello che il DSM 5 definisce un Lutto Complicato (LC – Agnew et al., 2010), ossia un prolungamento del normale processo di lutto, che produce effetti negativi sulla salute fisica e mentale, influenzando fortemente la qualità della vita dei soggetti in lutto e dei loro familiari. L'individuo non accetta la morte come un evento irreversibile, mette in atto pensieri e comportamenti disfunzionali inerenti la morte e una disregolazione emotiva continua, connessa principalmente a sensazioni di confusione, rabbia e incredulità (Shear et al., 2011;

APA, 2013; Lombardo et al., 2014; Carmassi et al., 2016).

L'introduzione della diagnosi di "Disturbo da Lutto persistente complicato" all'interno del DSM 5 ha spostato il focus di interesse sulle caratteristiche di tale disturbo e sullo sviluppo di possibili linee di trattamento.

Nel presente simposio verranno presentati alcuni lavori di ricerca che approfondiscono, all'interno di un'ottica cognitivo-comportamentale, quali caratteristiche consentono di distinguere una reazione di lutto complicato da una reazione di perdita normale, altri che sottolineano delle differenze nel pattern del lutto complicato associate a specifici tratti di personalità. Verranno poi presentati alcuni casi clinici dove si evidenzia come il processo del lutto può essere ostacolato da specifiche caratteristiche di personalità; inoltre verranno delineati diversi approcci terapeutici nel lavoro sull'elaborazione del lutto: TMI, TCC e EMDR. Infine, si parlerà di lutto complicato in età evolutiva, con particolare riferimento ai bambini orfani vittime di violenza domestica.

Lutto complicato e tratti di personalità

Relatore: Vanessa De Tommaso, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Grosseto

Co-autori:

Bernaudo Antonella, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Lecce;

Bonina Francesca, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Reggio Calabria;

Trincas Roberta, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Fadda Stefania, Scuole di Psicoterapia Cognitiva

La morte di una persona cara, seppure sia un evento doloroso, nella maggior parte dei casi esita in un processo di rielaborazione, che porta i soggetti in lutto ad accettare progressivamente la perdita e ad integrarla all'interno della propria esperienza personale. Quando la reazione di lutto persiste oltre i dodici mesi dall'evento e il soggetto non accetta la morte come un evento irreversibile, assistiamo allo sviluppo di un

Disturbo da Lutto Persistente Complicato (DLPC), ovvero un blocco del processo normativo di lutto, che può produrre pensieri e comportamenti disfunzionali inerenti la morte, oltre che isolamento sociale, ideazione suicidaria, difficoltà nel riprendere le attività quotidiane, ruminazione sulle circostanze della perdita, desiderio persistente della persona morta e intense reazioni emotive nell'immaginarla o ricordarla.

La letteratura scientifica ha messo in luce come una sintomatologia più grave di DLPC si associ più frequentemente a credenze negative su di sé/sul futuro/sulla vita/sul mondo, a critiche secondarie circa la propria reazione di perdita, a stili di coping incentrati su un evitamento ansioso o depressivo e a scopi aspecifici, percepiti come poco controllabili e perseguibili. La relazione tra DLPC e personalità, invece, è stata poco approfondita; gli studi disponibili non hanno rilevato relazioni con specifici disturbi di personalità, ma hanno evidenziato correlazioni con il tratto specifico del nevroticismo.

L'obiettivo di questo studio è di approfondire le caratteristiche del lutto complicato (credenze, scopi e coping) secondo un modello cognitivo-comportamentale, confrontandolo con il lutto normale; in particolare, si intende indagare la presenza di un profilo di DLPC specifico (credenze, scopi e coping) in associazione a caratteristici tratti di personalità: borderline ed evitante. Lo studio è stato condotto su un campione italiano che aveva avuto esperienza di lutto di una persona cara negli ultimi 10 anni, a cui è stata somministrata una batteria di test volta ad indagare i sintomi di lutto complicato, le credenze, gli scopi rilevanti, gli stili di coping e i tratti di personalità.

Coerentemente agli studi presenti in letteratura, dall'analisi dei dati è emerso che i soggetti con DLPC presentano più credenze negative generali e relative alla propria reazione di perdita rispetto ai soggetti con lutto normale, oltre che scopi aspecifici legati a stati emotivi. Inoltre, sono state osservate differenze significative tra chi ha tratti borderline e chi ha tratti evitanti di personalità in particolare sui seguenti fattori: credenze secondarie alla reazione di perdita, stili di coping e problema secondario. I risultati verranno discussi in maniera più approfondita coerentemente con le ipotesi descritte e i dati di letteratura.

Il caso di Giusy, un lutto che diventa identità

Relatore: Silvia Rosafio, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Lecce, Centro Nova Mentis, Lecce

Co-autori: Trincas Roberta, Fadda Stefania - Scuole di Psicoterapia Cognitiva

Giusy ha 50 anni, giunge in terapia su invito del marito a distanza di 5 anni dalla perdita del figlio maggiore A. scomparso a soli 18 anni in seguito ad un incidente stradale. Afferma come la sua vita non abbia più senso dopo quell'evento, si assenta spesso dal lavoro, non si occupa del secondogenito, le sue conversazioni hanno come unico tema costante il figlio scomparso. Ha continui scontri con la madre dalla quale "non si sente vista e compresa" ed è ambivalente nei confronti delle sorelle e dei fratelli. Rispetto al figlio scomparso afferma: "lui mi amava come non aveva mai fatto nessuno prima".

G. vive la sua morte come un'ingiustizia, ha alle spalle due tentativi di suicidio, il primo 8 mesi dopo la morte del ragazzo e il secondo dopo due anni, in entrambi i casi ha assunto una significativa quantità di psicofarmaci, ma tale da non causarle la morte. Per circa due anni ha assunto alcool in maniera discontinua. La sua identità di colpo ha iniziato a coincidere con la perdita "sono una mamma che ha perso un figlio, nessuno può capire il mio dolore", "non ho più niente da festeggiare, ho perso mio figlio e niente può distrarmi da questo". Perdighe e Mancini (2010) evidenziano come l'accettazione della perdita sia ostacolata dalla presenza di credenze sulla stessa ed è quello che è accaduto a Giusy. A questo si aggiungono altre credenze come "non posso occuparmi delle incombenze legate a mia madre, non sto bene" o ancora "se mi comporto in questo modo è perché ho perso mio figlio, nessuno può dirmi nulla".

La psicoterapia è durata per due anni, con 2 incontri settimanali. Il marito e il figlio sono stati seguiti da un collega. La diagnosi emersa è di disturbo istrionico con lutto complicato. Condivisa la stessa con la paziente, il trattamento è stato svolto secondo il modello TMI.

Inizialmente è stato necessario dedicare ampio spazio alla condivisione del contratto terapeutico, l'aspetto personologico ha reso difficile la definizione e il mantenimento di confini. L'ideazione suicidaria al momento della presa in carico era nettamente diminuita. Tutte le funzioni metacognitive risultavano deficitarie. La psicoeducazione sulle emozioni ha rappresentato il primo obiettivo condiviso, dal momento che Giusy definiva "dolore" ogni esperienza emotiva, per cui l'intervento si è focalizzato inizialmente sul monitoraggio. L'individuazione degli stati mentali problematici è stata lenta e faticosa, sia perché G. non rispondeva alle domande sia perché ad ogni colloquio c'era un litigio con i familiari da stemperare. Successivamente il lavoro si è spostato prima sulla gestione delle emozioni (mastery), poi sulla consapevolezza di una identità oltre il lutto. Infine il potenziamento del decentramento ha rappresentato un aspetto fondamentale della psicoterapia, fase estremamente impegnativa data la presenza di numerosi cicli interpersonali.

Tua per sempre: Storia di un legame permanente

Relatore: Daila Capilupi, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di psicoterapia Cognitiva, Bologna

Il lutto evoca negli esseri umani risposte che allo stesso tempo sono emozionali, cognitive e comportamentali. Le reazioni alla morte della persona amata spesso hanno un decorso simile, ad esempio si passa dall'incredulità, alla collera, alla tristezza, alla colpa e all'auto rimprovero.

Ci sono alcune situazioni di lutto traumatico o complicato, in cui vi sono da una parte l'ansia da separazione, dall'altra la reazione post-traumatica (Prigerson e Jacobs, 2001).

In questi casi, le reazioni al lutto, anziché diminuire col passare del tempo, aumentano.

Verrà descritto il caso di una paziente che presenta i criteri diagnostici di lutto complicato unito a basse capacità metacognitive e scarso monitoraggio (Semerari 1999).

La paziente è stata trattata per diversi anni, con un intervento che comprende una psicoterapia cognitiva unita all'utilizzo dell'E.M.D.R. per facilitare: l'elaborazione degli ostacoli che possono complicare il lutto, l'elaborazione delle reazioni attuali alla perdita, la psicoeducazione, lo sviluppo di risorse e di scenari futuri per promuovere un lutto sano (A. Onofri, C. La Rosa 2015).

La psicoterapia trauma focused nel lutto traumatico in età evolutiva.

Il caso di Marta, un'orfana di femminicidio

Relatore: Marvita Goffredo, Psicologa, psicoterapeuta, AIPC Bari

Il lutto di un genitore viene sempre a configurarsi come un'esperienza profondamente dolorosa che soverchia le normali strategie di fronteggiamento del bambino che la subisce.

La condizione di bereavement si fa più intensa e pervasiva quando la morte del genitore avviene in modo violento e criminale. È questa la condizione di tutti i bambini e ragazzi "orfani di crimini domestici", che hanno subito la perdita di un genitore perché ucciso dall'altro genitore. Oltre alle inevitabili conseguenze sul piano della sicurezza interna e sulla rappresentazione di Sé, per molti di questi bambini la condizione di vulnerabilità psicologica è accresciuta dall'essere stati testimoni diretti dell'omicidio del proprio genitore, ad epilogo di una lunga storia familiare di violenza domestica.

La letteratura disponibile sul tema riporta il Disturbo da Stress Post-traumatico come il quadro diagnostico più frequente (Alisic et al. 2017). Tuttavia si potrebbe ipotizzare un'evoluzione psicopatologica verso il Disturbo da Lutto Persistente Complicato. Molti di questi bambini, infatti, vivono la morte della propria figura di accudimento assistendovi direttamente (criterio A) e per questo potrebbero non riuscire a completare il processo di elaborazione della perdita, poiché le risposte emotive associate al trauma non permetterebbero la naturale evoluzione del processo di elaborazione del lutto. A ciò è da aggiungersi che il nuovo contesto di caregiving, essendo esso stesso in lutto, potrebbe non sintonizzarsi con i bisogni mostrati da questi bambini, determinando il persistere di un'intesa sofferenza e stati interni negativi per un tempo superiore rispetto al fisiologico processo di elaborazione di un lutto (criterio B).

Il presente contributo verterà sulla presentazione del percorso di presa in carico psicologica di Marta, una bambina orfana di madre, per mano del padre. Attraverso l'enucleazione delle principali manifestazioni cliniche in cui è esitato il lutto traumatico, si giungerà alla presentazione della metodologia di intervento terapeutico implementata: la TF-CBT per il lutto traumatico (Cohen et al. 2022). È indicata dalla letteratura come modello che raccoglie i maggiori dati di efficacia. Tale protocollo coniuga l'intervento focalizzato sul trauma con alcune componenti di lavoro per l'elaborazione del lutto traumatico: la psicoeducazione al lutto, la risoluzione dei sentimenti ambivalenti relativi alla persona deceduta e la ridefinizione della relazione.

23 Settembre, Sabato

15.15-16.30

SIMPOSIO S-081

CORPO AULE - AULA 6

Ricerca e clinica della disregolazione emotiva in età evolutiva

Chair: Carlo Buonanno, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Discussant: Vittoria Zaccari, Laurea in Psicologia, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma

La disregolazione emotiva è riconosciuta come una caratteristica transdiagnostica comune a diversi esiti psicopatologici e riscontrabile sia nei quadri esternalizzanti, sia in quelli internalizzanti. La regolazione delle emozioni è un insieme di processi di modulazione dell'esperienza e dell'espressione delle emozioni, grazie alla quale un individuo valuta, inibisce, mantiene o modifica l'intensità, la frequenza o la durata delle reazioni emotive, allo scopo di garantire un comportamento appropriato o di raggiungere obiettivi sociali condivisi. Di contro, la disregolazione, precursore di psicopatologia, è stata descritta come "l'incapacità di un individuo di esercitare uno o tutti gli aspetti dei processi modulatori coinvolti nella regolazione delle emozioni, a tal punto che l'incapacità si traduce in un funzionamento dell'individuo significativamente al di sotto della sua linea di base" (Bunford et al., 2015). Le definizioni tendono a concentrarsi principalmente sulle emozioni negative; tuttavia, Sjöwall et al. (2013) hanno suggerito come alcune popolazioni cliniche in età evolutiva possano avere difficoltà anche nel regolare le emozioni positive. A partire dalla natura transdiagnostica del costrutto, lo scopo del simposio è fare luce sul ruolo, sugli effetti sull'umore, sulle dinamiche che emergono quando la disregolazione coinvolge particolari ingredienti cognitivi e sui possibili interventi da somministrare nei bambini e negli adolescenti. Nell'intervento di Grossi e colleghi, sarà presentato uno studio condotto su tre gruppi di soggetti adolescenti (ADHD, ASD, Controllo) per comprendere il ruolo dei tratti callous unemotional e quello dei giudizi morali (MD) nella disregolazione della rabbia. Nunziante presenterà il caso clinico di un bambino con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, durante il quale descriverà un intervento progettato per favorire una gestione più funzionale delle emozioni spiacevoli. Zaccaria e colleghi descriveranno un intervento di gruppo per preadolescenti, realizzato dall'Equipe per l'età evolutiva APC e SPC di Roma, basato sull'integrazione di principi e strumenti mutuati dalla Dialectical Behavior Therapy (DBT) e dal modello DNA-V dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), teso alla promozione della consapevolezza emotiva e al miglioramento delle abilità di autoregolazione. Infine, Simonelli e colleghi presenteranno un lavoro di validazione italiana del Test of Self-Conscious Affect for Adolescents (TOSCA-A; Tangney & Dearing, 2002), attualmente lo strumento più utilizzato per la valutazione della propensione alla vergogna e alla colpa, emozioni morali coinvolte nelle dinamiche psicologiche dei disturbi da comportamento dirompente.

Il ruolo dei tratti callous unemotional e dei giudizi morali nello sviluppo di condotte aggressive, in un campione clinico di bambini con disturbo da deficit di attenzione/iperattività e disturbo dello spettro autistico

Relatore: Giuseppe Grossi, Laurea in Psicologia, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Centro di Psicoterapia e Riabilitazione, CPR InMovimento, Fondi

Co-autori:

Pizzini Barbara, Università telematica Giustino Fortunato;

Strappini Francesca, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Dipartimento di Filosofia e Comunicazione, Università di Bologna;

Socci Valentina, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Dipartimento di scienze cliniche applicate e biotecnologiche, Università degli Studi dell'Aquila;

Iuliano Enrico, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Centro di Psicoterapia e Riabilitazione, CPR InMovimento, Fondi;

Porfirio Maria Cristina, Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma;

Mazzone Luigi, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma;

Bruno Ginevra, Università degli Studi di Roma, Tor Vergata;

Buonanno Carlo, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC.

Nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (APA, 2014), all'interno della sezione dedicata ai disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta, per i disturbi della condotta è stato inserito un nuovo specificatore: la mancanza di rimorso o senso di colpa. In letteratura, questa variabile coincide con i tratti callous unemotional, un insieme di caratteristiche che definisce un gruppo di pazienti con prognosi peggiore e con un rischio maggiore di sviluppare un vero e proprio disturbo antisociale di personalità. Nel profilo interno dei pazienti con disturbo della condotta è centrale l'investimento sugli scopi di dominanza e di vendetta, in cui l'aggressività espressa è di tipo strumentale (Pardini et al., 2012). Inoltre, le condotte aggressive si mantengono e si stabilizzano nel tempo, grazie all'attivazione di meccanismi di disimpegno morale (Bandura et al., 2001). Secondo Bandura, infatti, le emozioni "moralì" come la colpa, la vergogna e il rimorso vengono disattivate dall'azione del moral disengagement (MD), variabile mediatore tra i fattori di rischio e i comportamenti antisociali (Hyde et al., 2010). L'obiettivo del nostro studio è osservare e comprendere il ruolo dei tratti CU e del MD, nel favorire lo sviluppo di condotte aggressive, in tre gruppi di soggetti adolescenti (ADHD, ASD, Normotipico). Lo studio ha coinvolto l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Neuropsichiatria Infantile del Policlinico di Tor Vergata Roma, il centro regionale di riferimento per la diagnosi e il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività e per il Disturbo dello Spettro Autistico, la Scuola di Specializzazione di Psicoterapia Cognitiva, sede di Roma, e il centro di Psicoterapia e Riabilitazione CPR di Fondi. Sono stati arruolati 121 soggetti, 51 con diagnosi di ADHD, 35 con diagnosi di ASD, 35 soggetti di controllo normotipici. I risultati mostrano differenze statisticamente significative tra i gruppi negli stili genitoriali, nei tratti CU, nel MD e nel comportamento (in particolare nelle scale del questionario CBCL che indagano la presenza di problemi ossessivo compulsivi, aggressivi, trasgressivi ed esternalizzanti). I dati raccolti verranno discussi in sede di congresso.

Il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente: Marco e la rabbia del piccolo Hulk

Relatore: Veronica Nunziante, Laurea in Psicologia, IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Napoli

Co-autori: Buonanno Carlo, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC

Il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente (DDUD) è stato inserito nel DSM-5 all'interno dei disturbi dell'umore e viene diagnosticato in bambini e adolescenti che presentano gravi e ricorrenti esplosioni di rabbia (verbali e fisiche), considerate sproporzionate in termini di intensità e durata rispetto alla situazione e che

mostrano un tono dell'umore persistentemente irritabile o arrabbiato nei periodi che intercorrono tra gli scoppi d'ira. Nella pratica clinica può risultare complesso effettuare la diagnosi differenziale del DDUD con il disturbo oppositivo provocatorio (Roy, Lopes & Klein, 2014) e/o con il disturbo bipolare, a causa della presenza, anche all'interno di questi quadri clinici, di irritabilità e scoppi d'ira. Ai fini della diagnosi differenziale, tali somiglianze richiedono un'analisi clinica che non si limiti agli episodi di rabbia ma che consideri altresì la periodicità sintomatologica, l'umore tra una crisi e l'altra e il funzionamento globale della persona (Noller, 2016).

Trattandosi di una categoria diagnostica relativamente nuova, la letteratura sugli interventi cognitivo-comportamentali è ridotta rispetto ad altri disturbi esternalizzanti. Gli studi presenti hanno dimostrato che la CBT può essere utile per la gestione della rabbia, dell'aggressività e dell'irritabilità (Sukhodolsky, Kassinove & Gorman, 2004), sintomi caratterizzanti il DDUD.

Considerando gli studi che descrivono l'intervento psicoterapeutico con bambini e adolescenti aventi una diagnosi di DDUD, si procederà dunque con la formulazione del caso e il progetto di intervento psicoterapeutico elaborato per Marco, un bambino di nove anni con diagnosi di DDUD. Gli obiettivi dell'intervento riguardano non soltanto la riduzione degli episodi di rabbia disregolata, ma soprattutto lo sviluppo di modalità di gestione funzionale delle emozioni spiacevoli, fattore significativo per il benessere emotivo e psicologico nell'arco di vita.

Disregolazione emotiva in preadolescenza. Un'esperienza di integrazione ACT e DBT applicata al contesto terapeutico di gruppo

Relatore: Martina Zaccaria, Laurea in Psicologia, Psicoterapeuta, Scuola Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Co-autori:

Ercolani Giordana, Scuola di psicoterapia cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma;

Romano Giuseppe, Scuola di Psicoterapia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma, Università "G. Marconi" Roma, Centro Clinico "Marco Aurelio" Roma

L'adolescenza è una fase di vita caratterizzata dalla ricerca di sensazioni forti, da un immaturo controllo degli impulsi e da una maggiore propensione al rischio. Tali peculiarità possono mettere a dura prova le capacità di autoregolazione dei giovani. In questo sistema di maturazione, lo sviluppo delle competenze di regolazione emotiva, ovvero l'insieme di tutti i processi estrinseci e intrinseci responsabili del monitoraggio, della valutazione e della modifica delle reazioni emotive al fine di realizzare i propri scopi (Thompson, 1994), è caratterizzato da una complessa interazione tra fattori disposizionali, fisiologici e relazionali. Per tale ragione è possibile incontrare stati di disregolazione emotiva, in cui il comportamento manifesto dell'adolescente traduce la sua incapacità di regolare gli stati emotivi ed organizzare le risposte comportamentali in modo funzionale. Di conseguenza, poiché numerosi dati mostrano come la disregolazione emotiva abbia un ruolo d'elezione nel favorire e mantenere la psicopatologia, la gestione delle emozioni ed il controllo del comportamento possono essere considerate le basi su cui costruire trattamenti terapeutici destinati alla fascia di età adolescenziale. L'obiettivo del presente lavoro è illustrare un intervento di gruppo per pre-adolescenti, realizzato dall'Equipe per l'età evolutiva APC e SPC di Roma, basato sull'integrazione di principi e strumenti mutuati dalla Dialectical Behavior Therapy (DBT) versione per Adolescenti (Rathus e Miller, 2016) e dal modello DNA-V dell'Acceptance and Commitment Therapy (Hayes e Ciarrochi, 2017), con lo scopo di promuovere consapevolezza emotiva e migliorare le abilità di autoregolazione, migliorare le relazioni

interpersonali e il benessere individuale. L'intervento terapeutico DBT bilancia dialetticamente accettazione e cambiamento per costruire una vita degna di essere vissuta. Allo stesso modo, il modello DNA-V promuove la flessibilità psicologica, definita come la capacità di entrare in contatto con il momento presente e cambiare o persistere nel comportamento (Hayes et al., 2017) in modo da costruire una vita piena e significativa, in linea con i propri valori. L'intervento di gruppo, i cui moduli e esiti verranno illustrati nella presentazione, ha previsto anche un setting parallelo destinato all'intervento con i genitori svolto da un terzo terapeuta.

Test of Self-Conscious Affect for Adolescents (TOSCA-A): validazione della versione italiana in un campione di adolescenti

Relatore: **Martina Simonelli**, Laurea in Psicologia, IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC, Roma

Co-autori:

Buonanno Carlo, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC;

Grossi Giuseppe, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Roma, Centro di Psicoterapia e Riabilitazione CPR InMovimento, Fondi;

Iuliano Enrico, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Roma, Centro di Psicoterapia e Riabilitazione CPR InMovimento, Fondi;

Socci Valentina, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Roma, Università degli Studi dell'Aquila;

Strappini Francesca, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC Roma, Università di Bologna.

Le emozioni di colpa e vergogna rivestono un ruolo chiave per il comportamento sociale e influenzano fortemente la risposta degli individui agli stimoli emotivi. La vergogna implica una valutazione negativa del sé e appare associata a risposte disadattive di evitamento. Al contrario, il senso di colpa comporta una valutazione negativa di un comportamento o di un'azione specifica e si associa a risposte adattive e di avvicinamento volte a riparare le conseguenze del comportamento trasgressivo (Lewis, 1971; Tangney, 1993). Sebbene le esperienze di vergogna e colpa facilitino le interazioni sociali efficaci, incoraggiando un comportamento appropriato, la tendenza a sperimentare queste emozioni in modo pervasivo si associa a diverse condizioni psicopatologiche, come suggerito da numerosi studi presenti in letteratura. Il questionario Test of Self-Conscious Affect for Adolescents (TOSCA-A; Tangney & Dearing, 2002) è attualmente lo strumento più utilizzato per la valutazione della propensione alla vergogna e alla colpa. Il test contiene 15 brevi scenari ipotetici (10 negativi e 5 positivi) progettati per valutare la propensione dell'individuo a sperimentare vergogna, senso di colpa e altri aspetti delle emozioni autocoscienti come orgoglio e distacco. Ogni scenario è seguito da risposte che valutano la probabilità che il soggetto sperimenti tali emozioni su una scala a 5 punti, da 1 (per niente probabile) a 5 (molto probabile). I dati presenti in letteratura mostrano buone proprietà psicometriche per il TOSCA-A. Non esistono, tuttavia, studi di validazione del TOSCA-A nella popolazione italiana. L'obiettivo dello studio è stato quello di validare la versione italiana del TOSCA-A in un campione di 497 adolescenti. Saranno discusse le caratteristiche psicometriche della scala in termini di struttura fattoriale, validità di costrutto e di criterio, nonché le sue possibili applicazioni in contesti clinici e di ricerca. Sarà evidenziata, infine, l'importanza di un'accurata misurazione della propensione alla colpa e alla vergogna negli adolescenti, nell'ottica dell'individuazione precoce di possibili fattori di rischio per lo sviluppo di condizioni di disagio psicologico.

23 Settembre, Sabato 17.45-19.00 SIMPOSIO S-074
TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

Narcisismo e antisocialità, differenze e continuità fra infanzia, adolescenza ed età adulta

Chair e Discussant: Pietro Muratori, IRCCS Fondazione Stella Maris, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

I tratti antisociali e narcisistici sono oggetto di crescente attenzione da parte della psicologia clinica dello sviluppo. Il simposio ha, dunque, l'obiettivo di far luce sui possibili prodromi della personalità antisociale e narcisistica in età evolutiva, ma anche di evidenziare se ci possano essere e, eventualmente, quali possano essere aspetti di continuità con una strutturata personalità antisociale o narcisistica in soggetti adulti.

In particolare, in un primo intervento il Dott. Buonanno descriverà come possibili prodromi e fattori di rischio dei comportamenti e della personalità antisociale in età evolutiva. Al suo contributo seguirà, poi, un commento del Dott. Nicolò, che cercherà di far luce sugli aspetti di continuità e divergenza con l'epoca adulta, sulla base della sua esperienza clinica.

In un secondo intervento, invece, la Prof.ssa Coppola descriverà possibili prodromi e fattori di rischio della personalità narcisistica in età evolutiva. Di seguito, il Dott. Carcione evidenzierà aspetti di continuità e divergenza tra il quadro proposto nella precedente esposizione e i casi osservati nella sua esperienza clinica di terapeuta dell'età adulta.

Menti immorali: i disturbi da comportamento dirompente

Relatore: Carlo Buonanno, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori:

Giuseppe Grossi, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, CPR in Movimento-Fondi

Francesca Strappini, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico;

Pietro Muratori, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

I disturbi del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta, tra cui il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta, sono diagnosi molto comuni in età evolutiva. Nel disturbo oppositivo provocatorio, i sintomi si caratterizzano per i comportamenti provocatori e la disobbedienza nei confronti dell'autorità. Nel disturbo della condotta, prevalgono modelli ripetitivi e durevoli di comportamento antisociale, con violazioni significative e persistenti di aspettative e regole sociali adeguate all'età, che peggiorano la prognosi. Le percentuali di prevalenza nel mondo fotografano un fenomeno preoccupante, con il 5,7% per qualsiasi disturbo dirompente, il 3,6% per il disturbo oppositivo provocatorio e il 2,1% per il disturbo di condotta (Karwatowska et al., 2020). Si tratta di condizioni che negli ultimi anni hanno conosciuto un sensibile aumento e che comportano costi economici e sociali. In questo senso, i comportamenti dirompenti rappresentano una crescente preoccupazione per la salute pubblica, rendendo sempre più importante la comprensione di quali fattori possono influenzarne lo sviluppo. In letteratura, i fattori di rischio più comuni fanno capo principalmente a elementi ambientali come la disciplina severa dei genitori, i maltrattamenti, il rifiuto dei coetanei, la depressione materna, il comportamento antisociale dei genitori, la devianza tra pari e la povertà, variabili che partecipano alla genesi dei comportamenti antisociali (Fairchild, 2019). Tuttavia, in

un'ottica cognitivista, perché si sviluppino procedure sempre più efficaci alla riduzione della sintomatologia è necessario fare luce sugli stati mentali prevalenti, che precedono l'emissione delle condotte sintomatiche. A questo scopo, nel corso della presentazione, sarà proposta una spiegazione delle condotte antisociali che tenga conto degli scopi iperinvestiti, delle ragioni che giustificano tali investimenti e del ruolo che le emozioni morali giocano nell'eziopatogenesi dei disturbi da comportamento dirompente. In particolare, saranno discussi i risultati di una ricerca sul ruolo che lo scopo della dominanza sociale assume nelle dinamiche antisociali, come attivatore di condotte aggressive e inibitore di comportamenti prosociali (Grossi et al., 2023). Le implicazioni cliniche della ricerca rappresentano un contributo che ci consente di tracciare profili di funzionamento sempre più chiari, utili a progettare interventi più efficaci, che mirino a prevenire lo sviluppo dei sintomi esternalizzanti, con i relativi esiti avversi a lungo termine.

ADHD, Disturbo della Condotta e Antisocialità, quale continuità?

Relatore: Giuseppe Nicolò, Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL Roma 5; fondatore del Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Una domanda frequente in clinica e ricerca psicologica riguarda la continuità nel corso della vita fra ADHD, disturbo della condotta e disturbo antisociale dell'adulto. Sebbene ADHD sia spesso associato alla comparsa di un successivo DC, molti bambini con ADHD non soddisfano mai i criteri del DC. Allo stesso modo, sebbene il DC sia un forte fattore di rischio per disturbo antisociale di personalità, il 50% dei bambini con DC non lo sviluppa. Inoltre, studi sulla continuità diagnostica dall'infanzia all'età adulta hanno identificato il DC come un comune precursore di una serie di comportamenti degli adulti, fra cui molti disturbi emotivi. Verranno discusse le implicazioni cliniche che questi dati possono suggerire per la presa in carico del paziente adulto antisociale.

Narcisismo in età evolutiva: definizione, manifestazioni e precursori parentali

Relatore: Gabrielle Coppola, Università di Bari

Co-autori: Rosalinda Cassibba, Cristina Semeraro - Università degli Studi di Bari

Il narcisistico in età evolutiva, pur non potendo essere inquadrato come un vero e proprio disturbo, ma solo come tratto dimensionale, è oggetto di crescente attenzione da parte della psicologia clinica dello sviluppo (Muratori et al., 2022). Nella definizione di Thomaes et al. (2009), il narcisismo è da ricondursi a una eccessiva motivazione a ricercare autostima: se così, la collocazione evolutiva della sua comparsa coincide con l'emergenza della motivazione all'autostima, che è strettamente connessa alla costruzione del concetto di sé. Solo nella metà dell'età scolare, attorno agli 8 anni, il bambino sviluppa un concetto di sé sovraordinato, globale e articolato in ambiti differenziati e fonda la sua immagine personale, oltre che sulla distinzione tra sé reale e sé ideale, anche su meccanismi di comparazione sociale che è ora in grado di fare tra sé e gli altri (Harter, 2006).

Il narcisismo in età scolare e adolescenza è stato inequivocabilmente identificato come un fattore di rischio per l'adattamento: in campioni di bambini e adolescenti a basso rischio, esso predice problemi di condotta (soprattutto in presenza di bassa autostima) e tratti Callous Unemotional (Barry et al., 2003), iperattività e rapporti problematici con i pari (Muratori et al., 2018), bullismo e vittimizzazione (Fanti et al. 2014); inoltre, esso aumenta le reazioni aggressive in situazioni di ego-threat (Thomaes et al., 2008). In campioni ad alto rischio, come adolescenti detenuti, istituzionalizzati o con diagnosi di DOP, emerge una consistente

associazione con pattern di reattività emotiva e aggressività, problemi di condotta e sintomi emotivi (Centifanti et al., 2013; Kauten et al., 2013; Muratori et al., 2018).

Lo stato dell'arte è meno chiaro, invece, sulla possibilità di individuare diverse forme di narcisismo (e.g., vulnerabile e grandioso) già in età evolutiva e se queste diverse forme siano associate diversamente agli esiti evolutivi e adattivi del bambino. Altro aspetto che va chiarendosi in anni recenti riguarda i precursori genitoriali del narcisismo: mentre studi ad orientamento clinico hanno incentrato l'attenzione sullo stile genitoriale, evidenziando il possibile ruolo di scarso monitoraggio, associato a basso o alto calore genitoriale (Eberly-Lewis et al., 2018; Horton et al., 2006; Mechanic e Barry, 2015), ma non hanno dato risposte definitive, contributi più recenti dalla psicologia dello sviluppo sembrano suggerire che siano dimensioni genitoriali più specifiche ad essere predittive di narcisismo infantile, come l'overvaluation e l'inflated praise (Brummelman et al., 2015; 2017; Coppola et al., 2020).

Il contributo intende presentare lo stato dell'arte di questa letteratura scientifica, con particolare attenzione alle potenzialità di distinguere già in età evolutiva diverse forme di narcisismo e ai diversi precursori genitoriali, allo scopo di evidenziare ricadute per il lavoro clinico in età evolutiva in ottica preventiva.

Il narcisismo o i narcisismi? Quale continuità dall'infanzia e adolescenza all'età adulta nello sviluppo del Disturbo Narcisistico di Personalità?

Relatore: Antonino Carcione, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, Roma

Fino al DSM-5 il Disturbi Narcisistico di Personalità era diagnosticabile solo attraverso le manifestazioni legate all'espressione della grandiosità, ovvero una modalità di comportamento legata ad arroganza, saccenza, presunzione e disprezzo verso gli altri e verso le regole. Nel DSM-5, con l'introduzione del modello alternativo AMDP, nella sezione III, assumono dignità diagnostica anche i tipo maligno e vulnerabile. Effettivamente un dato su cui oggi la maggior parte degli autori concordano è che il narcisismo è meglio comprensibile se considerato una dimensione, che è possibile riscontrare in modo trasversale in vari disturbi di personalità. Nel momento però in cui si considera una dimensione, allora dobbiamo avere chiaro quali sono le caratteristiche narcisistiche della personalità "normale" e in che modo, e per quali cause, esse assumono poi le caratteristiche di una dinamica di funzionamento patologica. Per tale ragione appare essenziale cercare di comprendere quale continuità è possibile riscontrare dal funzionamento nell'infanzia e nell'adolescenza allo sviluppo del narcisismo patologico nell'età adulta. Tali temi verranno dibattuti alla luce delle presentazioni e della letteratura teorica ed empirica rilevante sul tema.

23 Settembre, Sabato

17.45-19.00

SIMPOSIO S-009

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

L'applicazione delle tecniche immaginative e il lavoro sui mode sani nella Schema Therapy

Chair: **Barbara Basile**, Psicologa, Psicoterapeuta, trainer e supervisore ISST, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Italian Academy of Schema Therapy, Roma

Discussant: **Laura Beccia**, Società Italiana di Schema Therapy SIST, Saronno

L'Imagery Rescripting (IR) è una tecnica esperienziale utilizzata all'interno del modello della Schema Therapy, un approccio integrato che fa confluire contenuti e tecniche proprie della Terapia Cognitivo-comportamentale, della Terapia della Gestalt e della Teoria dell'attaccamento in un intervento unico. Uno degli obiettivi della ST include l'esplorazione delle esperienze infantili e adolescenziali all'origine dei problemi psichici del paziente, con lo scopo di identificare i bisogni emotivi fondamentali che non sono stati soddisfatti nel suo passato. All'interno di questo simposio verranno presentati diversi lavori in cui è stata utilizzata la tecnica immaginativa sia in fase diagnostica che come intervento terapeutico.

In un primo lavoro è stato utilizzato l'imagery diagnostico dove, tramite la tecnica del "float back", la sensibilità al disgusto attuale è stata ricollegata a esperienze precoci dal contenuto morale, confermando lo stretto legame tra l'emozione di disgusto e la moralità.

In un secondo intervento verranno presentati i risultati di due studi: nel primo, vengono discussi i risultati relativi all'effetto di un intervento di IR di gruppo nel rispondere ai bisogni emotivi di base, nel cambiare lo stato affettivo e nel ridurre le credenze disfunzionali dei soggetti. In un secondo studio è stato valutato come lo stesso tipo di intervento di IR abbia un effetto nel ridurre il problema meta-emotivo, le difficoltà nella regolazione emotiva e gli Schemi Maladattivi Precoci.

Inoltre, un terzo intervento mostrerà come intervenire per potenziare i mode sani (l'adulto sano e il bambino felice) nella fase finale dell'intervento; ed infine un quarto lavoro di confronto tra due casi clinici di pazienti con Disturbo Antisociale di Personalità (autori di reati e inseriti in comunità educative), sottoposti a due tipi di trattamento: CBT vs ST.

Il ruolo delle esperienze precoci nella sensibilità al disgusto: uno studio preliminare sulle memorie morali

Relatore: **Alessandra Mancini**, Psicologa, Psicoterapeuta, trainer e supervisore ISST, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Italian Academy of Schema Therapy, Roma

Co-autori:

Luppino Olga Ines, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC Roma, Italian Academy of Schema Therapy, IAST, Roma;

Tenore Katia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC Roma, Italian Academy of Schema Therapy, IAST, Roma;

Mancini Francesco, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Italian Academy of Schema Therapy, Roma, Università Guglielmo Marconi, Roma

Introduzione: Il disgusto è un'emozione di base, evolutasi al fine di salvaguardare la specie dalla contaminazione. Sebbene ciò che provoca disgusto chiama tipicamente in causa timori legati alla contaminazione fisica, la risposta di disgusto può essere elicitata anche da trasgressioni di natura morale (cannibalismo, pedofilia). Il legame tra la propensione generale a provare disgusto e la moralità, in particolare nel dominio deontologico, è supportato da una quantità crescente di dati di letteratura. Le spiegazioni evuzionistiche postulano che il disgusto si sia evoluto per indicare la presenza di una minaccia all'integrità dell'individuo non solo nel dominio fisico ma anche nel dominio socio-morale.

Obiettivi: Al di là di una prospettiva evolutiva, il link tra disgusto e morale potrebbe a nostro avviso essere meglio esplorato in termini di sviluppo individuale. La letteratura è scarsa in merito alle esperienze precoci associate ad un'alta propensione al disgusto, ragion per cui questo lavoro si propone di esplorare il contenuto dei primi ricordi associati ad una risposta di disgusto sperimentalmente indotta. Sulla base del legame stretto tra disgusto e moralità, abbiamo ipotizzato un'associazione tra sensibilità al disgusto e ricordi precoci a contenuto morale.

Metodo: 60 soggetti non clinici hanno compilato le misure di baseline. Successivamente ad un'induzione di disgusto mediante script audio, è stato chiesto loro di rievocare, attraverso la tecnica del "float back", esperienze precoci emotivamente coerenti. 10 valutatori indipendenti hanno esaminato il contenuto emotivo dei ricordi dandone una valutazione su scale visuo-analogiche.

Risultati: I risultati hanno mostrato un'associazione positiva tra sensibilità al disgusto e esperienze precoci dal contenuto morale (in cui il protagonista è oggetto di disprezzo, giudizio morale e rabbia).

Conclusioni: I dati supportano direttamente la centralità, per lo sviluppo della sensibilità al disgusto, delle esperienze precoci dal contenuto morale, confermando lo stretto link tra disgusto e moralità anche nei termini dello sviluppo individuale.

Il trattamento di Imagery Rescripting di gruppo in telematica sulle memorie infantili: Efficacia e riduzione del Problema meta-emotivo

Relatore: **Katia Tenore**, Psicologa, Psicoterapeuta, trainer e supervisore ISST, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC Roma, Italian Academy of Schema Therapy, IAST, Roma

Co-autori:

Mancini Alessandra, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC Roma, Italian Academy of Schema Therapy, IAST, Roma;

Luppino Olga Ines, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC Roma, Italian Academy of Schema Therapy, IAST, Roma;

Umberto Granziol, Department of General Psychology, University of Padova;

Mancini Francesco, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC Roma, Italian Academy of Schema Therapy, IAST, Roma, Università Guglielmo Marconi, Roma

L'Imagery rescripting (ImR) è una tecnica esperienziale, efficace nel trattamento di diversi disturbi mentali ed è stata incorporata con successo come parte del trattamento della Schema Therapy di gruppo. Al momento, non è mai stata valutata come tecnica autonoma in un setting di gruppo sulle memorie precoci.

Un'ipotesi non testata è che l'ImR agisca modificando il problema meta-emotivo, ovvero la risposta emotiva negativa alle emozioni primarie.

Obiettivi: In un primo studio ci siamo concentrati su un trattamento di ImR di gruppo proposto in telematica e ne abbiamo valutato l'efficacia nel rispondere ai bisogni emotivi di base, nel cambiare lo stato affettivo e nel

ridurre le credenze disfunzionali. Abbiamo voluto valutare, inoltre, se il realismo della memoria si associ ad una maggiore efficacia della tecnica.

In un secondo studio abbiamo indagato se il trattamento riduce il problema meta-emotivo, le difficoltà nella regolazione emotiva e gli Schemi Maladattivi Precoci (SMP). Inoltre, abbiamo osservato se il presunto cambiamento operi migliorando anche la compassione di sé positiva e se questo si rifletta nella dinamica degli Schema Mode.

Metodo: *A 52 partecipanti nello studio 1 e 45 partecipanti nello studio 2 sono stati somministrate 3 sessioni di ImR su ricordi infantili legati alla credenza disfunzionale che, attualmente, genera maggiore sofferenza.*

Risultati Studio 1 *la tecnica è risultata efficace nel facilitare il recupero di una memoria in quasi tutto il campione (intervallo 92,3-100%). Nel complesso, i valori di realismo della memoria sono stati elevati in tutte le sessioni. Quasi tutti i partecipanti hanno riferito di aver trovato soddisfazione ai loro bisogni attraverso l'ImR (89,7%). La soddisfazione di bisogni sembra associarsi alla capacità di immergersi nell'immagine. Inoltre, l'intensità della credenza disfunzionale si riduce significativamente dal pretest alla sessione 3. La tecnica ha anche modificato lo stato affettivo, riducendo l'eccitazione e i livelli di vergogna dalla prima alla terza sessione.*

Risultati Studio 2 *L'ImR di gruppo in modalità telematica determina una riduzione nei punteggi degli SMP e delle credenze di personalità disfunzionali. Si riduce inoltre il problema meta-emotivo e delle difficoltà nella regolazione emotiva. Parallelamente si osserva una riduzione dei Mode Genitore Esigente, del Bambino Arrabbiato, del Bambino Impulsivo, dell'Arreso Compiacente e dei punteggi del Mode Auto-esaltatore. La compassione di sé negativa (ma non positiva) è risultata significativamente inferiore dopo il trattamento.*

Conclusioni: *L'ImR di gruppo in telematica sui ricordi d'infanzia produce un miglioramento cognitivo ed emotivo. Oltre alla capacità di soddisfare i bisogni emotivi di base la tecnica sembra essere efficace nel modificare le credenze maladattive incapsulate nella memoria. I nostri dati sembrano, inoltre, indicare che l'ImR riduca l'atteggiamento critico ma non determini un aumento di un atteggiamento più benevolo.*

Il lavoro con le parti sane in Schema Therapy

Relatore: Elena Rosin, CBT Italia e ISST, Piave Del Grappa

Uno degli obiettivi principali in Schema Therapy è aiutare il paziente a sintonizzarsi sui propri bisogni emotivi e aiutarlo a soddisfarli in modo adeguato. Per raggiungere questo scopo è necessario sviluppare e rafforzare le parti sane del paziente: i mode Adulto Sano e Bambino Felice. L'Adulto Sano è la parte che permette al paziente di svolgere i compiti della vita adulta e che si impegna per soddisfare i propri bisogni in modo funzionale. Il Bambino felice è la parte connessa al divertimento, alle attività piacevoli, alla creatività e alla gioia, ed è importante per controbilanciare la sofferenza del mode Bambino Vulnerabile. Molti pazienti sono cresciuti in un ambiente che non ha permesso uno sviluppo sufficiente di queste parti ed hanno bisogno di essere sostenuti dal terapeuta per sviluppare queste importanti risorse. Spesso, durante l'apprendimento della Schema Therapy ci si focalizza sulle strategie che permettono la riduzione delle emozioni negative e la gestione degli atteggiamenti e dei comportamenti disfunzionali, dando meno spazio alla sviluppo di abilità e risorse del paziente. È fondamentale invece che il terapeuta concentri fin dall'inizio la sua attenzione ai punti di forza del paziente e che ne sia consapevole per decidere come modulare le varie strategie terapeutiche a disposizione. L'obiettivo è permettere lo sviluppo per ogni singolo paziente di un modo individuale e personale di sentire, pensare e reagire che permetta di affrontare la vita nel migliore dei modi.

In questo intervento verranno descritte le caratteristiche dell'Adulto Sano e del Bambino Felice e verrà indicato come favorire nel paziente il riconoscimento e la consapevolezza di questi mode. Verranno inoltre illustrate quali strategie si possono utilizzare in terapia per permettere il potenziamento di queste parti funzionali.

Approccio Cognitivo-Comportamentale Standard e approccio Schema Therapy a confronto nel trattamento di pazienti tardo-adolescenti affetti da disturbo antisociale di personalità e coinvolti in furti e rapine aggravate e inseriti in comunità penale educative

Relatori:

Melania Lugli, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Psicologa Clinico-Forense, Terapeuta livello avanzato, supervisore e trainer certificata ISST, socio fondatore Associazione di Psicologia e Psicoterapia Science and Method, Co-direttrice Scuola di Specializzazione in Psicoterapia ACABS, Socio fondatore ACISF, Accademia Italiana di Scienze Forensi, membro AAFS, Accademia Americana di Scienze Forensi;

Davide Bregoli, Psicologo Clinico-Forense, Etnopsicologo, specializzando Scuola di Psicoterapia ACABS, titolare Fattoria Sociale Dosso Sant'Andrea, consulente Psicologo Cooperativa "l'alternativa"

Questo lavoro ha come scopo il confronto tra l'efficacia di CBT Standard e Schema Therapy(ST) in pazienti con Disturbo Antisociale di Personalità autori di reati e inseriti in comunità educative.

Confrontando due casi clinici, uno trattato con approccio CBT e l'altro con approccio ST, quest'ultimo risulta più efficace del primo.

Nella ST, il Limited Reparenting e il confronto empatico, utilizzati come nucleo del trattamento anche nei disturbi di personalità più gravi, confermano la loro efficacia anche in ambito forense, con pazienti tardo-adolescenti.

Il modello ST è stato ampliato con l'inclusione di nuovi mode di coping come il Prepotente-Violento, il Predatore, il Paranoico Iper-controllante e il Falso-Manipolatore: essi sembrano essere particolarmente frequenti nei pazienti forensi tardo-adolescenti e adulti con Disturbo Antisociale di Personalità, oltre agli undici mode proposti da Young e colleghi. Questi mode di coping, nel percorso psicoterapeutico, pongono ostacoli al terapeuta CBT Standard, riducendone l'efficacia.

I mode di coping spesso si attivano secondo uno schema prevedibile. In alcuni casi, questi mode possono aiutare a spiegare gli eventi che portano e culminano nella commissione di crimini e reati. I principi e i metodi della ST sono stati integrati in ogni fase del trattamento.

L'obiettivo della CBT standard è aiutare i pazienti a identificare i pensieri ricorrenti, che rendono soggettiva l'interpretazione della realtà, e modificare le convinzioni disfunzionali, rielaborandoli e producendo emozioni e comportamenti adattivi; l'obiettivo della ST è contrastare automatismi maladattivi, per accedere e prendersi cura del mode Bambino Vulnerabile.

Durante il trattamento CBT, gli ABC comportamentali e cognitivi, i role-playing e training per il potenziamento dell'assertività, non essendo supportati dall'uso attivo della relazione terapeutica come elemento facilitante della terapia, non hanno permesso al paziente di beneficiare di una connessione emotiva stabile e sicura con il terapeuta. Inoltre, gli homework richiesti si sono rivelati molto complessi per il paziente trattato con l'approccio CBT, che ha dimostrato una limitata consapevolezza e accesso agli stati emotivi essenziali per l'utilizzo di tali tecniche. Inoltre, la maggiore direttività della CBT ha rischiato di rafforzare alcune parti disfunzionali tipiche del funzionamento Antisociale di Personalità, indebolendo l'efficacia terapeutica e conducendo al drop-out. Invece, il confronto empatico, il limited reparenting, l'imagery rescripting, cuore del ST, hanno contribuito a potenziare le abilità del Mode Adulto Funzionale.

Al termine della psicoterapia, la frequenza di attivazione degli Schemi Maladattativi Precoci è molto diminuita, così come la frequenza di attivazione dei Mode di Coping Disfunzionali; questi risultati sono stati confermati anche dai punteggi ottenuti all'YSQ e allo SMI, somministrati in fase post-trattamento.

23 Settembre, Sabato 17.45-19.00 SIMPOSIO S-080
TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

"La vita che vorrei": procedure innovative di assessment e di intervento terapeutico per adolescenti con gravi comportamenti impulsivi e disregolati

Chair: Riccardo Bertaccini, Psicologo, Psicoterapeuta, UO Neuropsichiatria Infantile AUSL Romagna, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

Discussant: Francesca Manaresi, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Astrea Roma

Gravi forme di disregolazione emotiva ed impulsività negli adolescenti rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di gravi condotte quali promiscuità sessuale, binge eating, abuso di sostanze, fino ad arrivare a comportamenti autolesivi non suicidari e comportamenti suicidari. Oramai molti studi mostrano come queste forme di disregolazione emotiva siano il complesso risultato della combinazione di vulnerabilità neurobiologiche, pattern di attaccamento, stili educativi e relazionali che esitano in gravi deficit di mentalizzazione. Rilevare e identificare le molteplici variabili che incidono sulla regolazione emotiva e sui processi metacognitivi ad essa associati permette di impostare percorsi terapeutici sempre più mirati ed efficaci. Il presente simposio intende promuovere un confronto tra diverse esperienze cliniche, presentando procedure innovative di assessment e di intervento terapeutico, facenti capo agli approcci più riconosciuti e di dimostrata efficacia nell'ambito dell'"Evidence based mental health" e declinati nella specifica dimensione dell'adolescenza.

Assessment attraverso la Three Axis Model -Interview (TAM-I): il caso clinico di un adolescente con grave disregolazione emotiva e comportamentale

Relatore: Bianca Rita Berti, Psicologo, Psicoterapeuta, UFSMIA USL Nord Ovest Toscana, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Università di Pisa

Co-autori: Lambruschi Furio, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva; Gruppo di ricerca TAM, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

Verrà presentato il caso di un adolescente il cui quadro clinico è caratterizzato da disregolazione emotiva e comportamentale. In particolare, ci concentreremo sul processo di assessment condotto in ottica cognitivo-evolutiva e in particolare riferendosi al Modello a Tre Assi di Lambruschi (2018, 2019, 2022). Si tratta di un modello in grado di render conto dei rapporti tra configurazioni d'attaccamento, sviluppo delle diverse organizzazioni del sé e delle loro possibili declinazioni su livelli diversi di funzionamento metacognitivo in prima e in terza persona, con le relative possibili uscite psicopatologiche. Vedremo l'analisi della TAM-I (Lambruschi et al, 2020), intervista applicata all'Autocaratterizzazione, strumento classico dell'assessment cognitivo-costruttivista che permette di identificare i costrutti del paziente, il suo modo di dare significato a sé e al mondo. In particolare, avendo l'obiettivo di arrivare ad una misura del funzionamento del soggetto su ognuno dei tre assi, si andrà ad esplorare nel dettaglio sul piano sia semantico che episodico l'esperienza interna del paziente, al fine di elicitarne gli elementi fondanti l'organizzazione del sé sia in termini di contenuti (temi organizzativi e aree emozionali critiche prevalenti), che di processi (stile di regolazione/definizione

emotiva, stile rappresentativo e narrativo, stile relazionale) sulla base del sistema di codifica a tre assi TAM-S (Lambruschi et al, 2020). Questo lavoro intende illustrare le potenzialità cliniche di questo strumento nella relazione col paziente adolescente, in termini di costruzione dell'alleanza di lavoro, di assessment e concettualizzazione del caso, di definizione e monitoraggio degli obiettivi terapeutici e infine di supporto all'intervento terapeutico con particolare riferimento a questa specifica area psicopatologica emergente in adolescenza.

Non integrazione, impulsività e disregolazione emotiva nel Disturbo del Comportamento Suicidario, Parasuicidarietà e Autolesività non suicidaria in adolescenza

Relatore: Donatella Fiore, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma

Co-autori:

Riccardi, Ilaria, Psicologa, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia di Roma, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, SICC;

Carcione, Nino, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, SICC;

Nicolò, Giuseppe, Psichiatra, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, SICC, ASL Roma 5 ;

Amadei, Giulio, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma;

Bucci, Ilaria, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma;

Foglia, Ludovica, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma;

Tarallo, Federica, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma.

Diversi sono gli studi che indagano il ruolo della disregolazione emotiva nell'insorgenza e nel peggioramento dei comportamenti suicidari e autolesivi, dei comportamenti impulsivi, della sintomatologia e del funzionamento globale della popolazione adolescenziale. Negli adulti con Disturbi di personalità è stato evidenziato come la metacognizione rappresenti un fattore generale della patologia della personalità. Un peggior funzionamento metacognitivo è strettamente legato alla gravità generale della personalità e disturbi di specifiche sotto-funzioni metacognitive sono legati in modo significativo ad alcuni stili e un mediatore tra fattori di rischio e l'insorgenza dei DP (Semerari et al., 2014, Carcione, Nicolò, Semerari, 2016). Allo stato attuale della ricerca non ci sono ancora evidenze sufficienti su studi e protocolli di trattamento centrati su tale variabile nella popolazione adolescenziale. Obiettivo di questo lavoro è descrivere la sintomatologia, le caratteristiche psicopatologiche, gli stili di personalità e i profili metacognitivi di un campione di pazienti adolescenti trattati presso il Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma. Saranno discusse le implicazioni per il trattamento.

"S4FE: Skills for Freedom and Efficacy:" regolare le emozioni in adolescenza attraverso una APP

Relatore: Lisa Polidori, Psicologo, Psicoterapeuta, UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva, IRCCS Fondazione Stella Maris Calambrone-PI, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

Co-autori:

Milone, Annarita, Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva IRCCS, Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI;

Placini, Francesca, Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva IRCCS, Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI;

Ruglioni, Laura, Psicologo, Psicoterapeuta, UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva IRCCS, Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI;

Valente, Elena, Psicologo, Psicoterapeuta, UO2 Psichiatria e Psicofarmacologia dell'età evolutiva IRCCS, Fondazione Stella Maris, Calambrone-PI

La disregolazione emotiva in adolescenza rappresenta un notevole rischio clinico, per l'emergenza di comportamenti a rischio tra i quali i più gravi il comportamento autolesivo non suicidario e la condotta suicidaria. Tra i possibili trattamenti per queste condotte, la Dialectical Behavioral Therapy adattata agli adolescenti (DBT-A) si è mostrata più efficace rispetto ad altri trattamenti nel ridurre i comportamenti autolesivi, l'ideazione suicidaria e i sintomi depressivi (Mehlum et al, 2014; 2016), mostrandosi adatta a modularsi sull'esigenza specifica di ogni adolescente e sulla gravità della condotta disregolata. I comportamenti disfunzionali sono concettualizzati dalla DBT come tentativi di gestire la disregolazione in mancanza di abilità di regolazione emotiva, che quindi vengono condivise ed insegnate ai ragazzi nell'ambito dei gruppi di skills training, con l'indicazione a utilizzare queste abilità nelle situazioni critiche quotidiane. Al fine di ottimizzare la generalizzazione dell'intervento, il team "Al di là delle nuvole" dell'IRCCS Fondazione Stella Maris, in stretta collaborazione con SIDBT (Società Italiana di Terapia Dialettico Comportamentale), ha progettato una App che, guidando gli adolescenti inseriti in un percorso terapeutico DBT, li sostenga nell'utilizzo quotidiano delle abilità attraverso una serie di alberi decisionali che favorisca scelte emotive e comportamentali efficaci e limiti l'utilizzo di risoluzioni disfunzionali di situazioni emotivamente critiche. Nel presente intervento verranno presentate le varie fasi di progettazione della app, lo stato dell'arte ed i possibili futuri ambiti di applicazione clinica e di ricerca.

23 Settembre, Sabato 17.45-19.00 SIMPOSIO S-071
TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

Il Lutto in Psicoterapia: modelli clinici a confronto

Chair: Adir Robert Samolsky Dekel, Laurea in Psicologia, Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Costruttivista, Psicoterapeuta, Docente Coordinatore di Corso, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Psicoterapeuta presso Centro Sinesis Bologna

Discussant: Antonio Onofri, Psichiatra, Didatta SITCC, Supervisore EMDR, Direttivo Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale Training School, Fondatore casa editrice e portale dedicato alla psicologia e psichiatria ApertaMenteWeb, Centro clinico de Sanctis

Il lutto - e più in generale la perdita - sono temi delicati e complessi, spesso centrali all'interno di un percorso psicoterapeutico. Molti quadri psicopatologici infatti trovano una radice esplicativa nella non risoluzione o comunque non adeguata rielaborazione di esperienze di perdita, che rimangono pertanto attive e non favorevoli i processi di integrazione e coesione del sé.

Il simposio si propone come occasione di riflessione sulle modalità con cui viene affrontato il tema del lutto complicato in psicoterapia, nel panorama cognitivo comportamentale attuale.

Verranno presentate quindi quattro relazioni che fanno riferimento a diversi modelli teorici: un intervento a matrice teorica cognitivo costruttivista, integrata con la teoria dell'attaccamento secondo il Modello Dinamico Maturativo; un intervento che descrive il modello della Terapia Metacognitiva interpersonale; un intervento che afferisce alla terapia cognitivo comportamentale ed infine un intervento rappresentativo della Schema Therapy.

Verrà dato spazio alla discussione sugli aspetti del lavoro in psicoterapia che favoriscono i corretti processi di elaborazione del lutto, cosicché l'esperienza della perdita possa divenire opportunità di apprendimento e di riaggiornamento della propria identità personale.

Lutto complicato e Psicopatologia: esemplificazione clinica

Relatore: Linda Battilani, laurea in Psicologia, specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Costruttivista, SBPC, Family Relations Institute

Co-autori: Samolsky Dekel Robert Adir, Laurea in Psicologia, Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Costruttivista, Psicoterapeuta, Docente Coordinatore di Corso, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Psicoterapeuta presso Centro Sinesis Bologna

Bowlby nel 1980 affermava che "Il lutto sano è il tentativo riuscito, da parte di un individuo, di accettare l'irreversibilità della perdita e di riorganizzare i propri legami affettivi". Patricia Crittenden nel 1997 articola il pensiero di Bowlby dichiarando che "un lutto è risolto quando la persona che l'ha subito riesce a collocare nel tempo l'evento doloroso e/o pericoloso, senza che questo influenzi ancora il funzionamento mentale e quindi il comportamento presente, e riesce a trasformare i sentimenti negativi dell'esperienza in sentimenti più complessi".

Robert A. Neimeyer nel 2006 rafforza le riflessioni di Crittenden sostenendo che "quando un lutto progredisce, chi ha subito la perdita integra gradualmente l'evento della morte all'interno della sua narrativa personale,

riguardando la natura del legame e costruendo un dialogo interno con la persona deceduta, di cui si continua ad avere una rappresentazione mentale. Con il tempo si riconosce la realtà della morte, le emozioni diventano agro-dolci, accessibili e mutevoli, piuttosto che deprimerci possono rendere la nostra vita più profonda”.

La neuroscienziata Mary Frances O'Connor (2022) considera il lutto come una forma di apprendimento, che, se viene ostacolato per vari motivi, può andare incontro ad una complicazione di tale processo.

Diverse variabili possono influire sull'elaborazione del lutto: l'età a cui si subisce la perdita (Maddison e Walker, 1967, Bowlby J 1980, Harris e Bifulco, 1991); la qualità dei legami d'attaccamento con la persona defunta; il tipo di perdita e le circostanze che l'hanno determinata (Rando 1993, Green 2000); il timing (morte lenta o improvvisa) e le possibilità di adattarsi con gradualità o meno (Lundin 1984, Sanders 1993, Rando 1993); le risorse individuali e le strategie di coping dell'individuo (Stroebe et al.1988; Shuchter e Zisook 1993); le caratteristiche di personalità dell'individuo; il supporto familiare e sociale disponibile; le precedenti esperienze di perdite e lutti.

Secondo il Modello Dinamico-Maturativo di P. Crittenden (1997) esistono vari tipi di lutto irrisolto di tipo preoccupato (preoccupato, vicario, immaginato, suggerito, alluso, anticipato, vendetta delirante) e vari tipi di lutto irrisolto di tipo distanziato (distanziato, spostato, bloccato, depresso, delirante, negato). L'aspetto critico è la risposta psicologica all'evento, più che l'evento in sé, ed essa dipende dalle capacità integrative dell'individuo nell'adattarsi al contesto attuale e dalle variabili del contesto stesso.

Partendo dall'ipotesi che ogni evento di vita, anche il più doloroso come la perdita di una persona cara, assumerà o meno un rilievo psicopatologico in funzione dell'assetto relazionale che incontra, verrà descritto un caso clinico dove i disturbi passati e presenti del paziente acquistano significato considerando un lutto complicato mai elaborato e altre variabili contestuali.

Interventi per il lutto complicato

Relatore: Antonella Centonze, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori: Popolo Raffaele, Psichiatra - Dimaggio Giancarlo, Psichiatra - Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale

In questo intervento mostreremo come i principali aspetti della psicopatologia dei disturbi della personalità possano rendere complessa l'elaborazione di un evento luttuoso impedendone il naturale processo di elaborazione. Sebbene poco indagata in letteratura questa relazione alcuni studi sottolineano come gli schemi disadattivi della personalità sono fattore di rischio (Alarcon, R. D. 1984) per lo sviluppo del lutto complicato, una forma grave e cronica di lutto caratterizzata da una serie di sintomi cognitivi, comportamentali ed emotivi problematici (Thimm, J. C., & Holland, J. M. (2017). Più facilmente in questi i casi si potranno manifestare aspetti di lutto patologico, che vanno dalla assenza prolungata assenza di lutto cosciente al lutto cronico (Bowlby, 1980, pp. 170-171; Onofri, La Rosa, 2015). Gli aspetti della psicopatologia della personalità: schemi interpersonali maladattivi, metacognizione compromessa, coping disfunzionali e difficoltà di regolazione emotiva contruibuiscono quindi a rendere il lutto “patologico” a causa dei significati che le persone attribuiscono al lutto, coerentemente con i loro schemi maladattivi .

Ad esempio la perdita di una persona cara può rinforzare l'immagine negativa di sé (Solo e non amabile) e può rinforzare l'immagine negativa dell'Altro (quale assente, sia relativamente al defunto sia relativamente alle relazioni altre affettive che sono percepite ad esempio come non accudenti in un momento di difficoltà). Questo sistema di attribuzione di significati si accompagna spesso ad intense e disregolate emozioni. La persona ricorrerà a diversi coping disfunzionali per regolarle i quali peggiorano la qualità della vita.

Si farà un breve cenno agli interventi sul Lutto Complicato secondo questa prospettiva delineando a) gli Interventi diretti, quali:

Regolazione emotiva (ansia, tristezza, angoscia, rabbia) connessi alla perdita tramite tecniche corporee quali: respiro calmante, grounding, etc.

Riduzione della ruminazione e del rimuginio: tecniche attentive, mindfulness

Elaborazione delle scene dolorose relative alla perdita: esposizione immaginativa e lavoro corporeo

Interventi di self compassion

Immaginazioni positive: rievocare i ricordi positivi con il defunto

b) Interventi indiretti (volti agli aspetti della personalità):

Elaborazione delle scene dolorose non connesse al lutto, imagery with rescripting e lavoro corporeo, tecniche drammaturgiche

Esperimenti comportamentali volti alla interruzione dei coping comportamentali

Riduzione della ruminazione e del rimuginio: tecniche attentive, mindfulness

Eludere la perdita per mantenere il controllo

Relatore: Melania Raccichini, laurea in Psicologia, specializzazione in Psicoterapia, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Ancona; Fondazione ANT Italia Onlus, Bologna

Co-autori:

Trincas Roberta, laurea in Psicologia, specializzazione in Psicoterapia, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Dirigente psicologo CSM ASL RM3 Municipio XII;

Fadda Stefania, laurea in Psicologia, specializzazione in Psicoterapia, Scuole di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Il lutto non è un processo unico e la sofferenza emotiva e la sua elaborazione non sono processi sempre presenti e necessari alla risoluzione. L'esito patologico di elaborazione del lutto è funzione piuttosto di vincoli e credenze personali che alimentano la critica verso i propri vissuti in relazione alla perdita e ne ostacolano l'accettazione. Questo è il caso di Carla 56 anni, nubile, che chiede di dedicare uno spazio intimo al proprio vissuto in seguito all'evento di perdita avvenuto 5 mesi prima. Il lutto riguarda la sorella minore affetta da patologia oncologica, con cui viveva. Dalla diagnosi all'evento infausto trascorrono 10 mesi, tempo che Carla dedica interamente all'accudimento della sorella. Il quadro clinico si caratterizza per la presenza di una sintomatologia ansiosa con ricorrenti attacchi di panico, sensi di colpa, irritabilità, insonnia, labilità emotiva. Si riscontra da subito un atteggiamento controllante, inibitorio circa gli stati emotivi interni, e uno schema rigido di convinzioni distorte che definiscono il modo in cui Carla si rappresenta se stessa, gli altri e la prospettiva di vita. Tra i fattori di vulnerabilità sono riconducibili una storia di depressione paterna e la perdita precoce della figura materna. Cordoglio questo vissuto in ambiente indisponibile, intollerante alle manifestazioni emotive e colmato da vissuti di responsabilità, dai quali è stata investita in famiglia. Lo scopo del suo valore personale e dell'autoefficacia sono direttamente e unicamente connesse alla capacità di non aver bisogno dell'altro, di non provare emozioni negative e di raggiungere alti standard di performance. L'abituale strategia di inibizione risulta poco efficace quando subentra con dirompenza il dolore per la perdita della sorella. Dopo un primo episodio di disperazione definito da dolore intollerabile e pianto ininterrotto, Carla fa i conti con quella che lei definisce la sua più grande espressione di fragilità. La sua attenzione viene investita nel monitoraggio dei suoi stati interni, alta sensibilità e intolleranza per i correlati somatici ed emotivi, interpretati come segnali di perdita di controllo. Questa sofferenza psichica invade mente e corpo nella loro interezza. I contenuti onirici riguardano sempre più spesso la perdita subita, l'attività di critica dialettica sui tentativi falliti di monitoraggio diventano più disfunzionali e compromettono il suo

funzionamento sociale e lavorativo. Carla dichiara la volontà di elaborare la perdita subita ma con l'esplicita richiesta di non essere intenzionata a condividere eventi legati alla sorella e stati emotivi implicati. La presa di coscienza dei suoi schemi disfunzionali porta Carla a riflettere sulla propria vita e sul rapporto con la sorella, contrastando la credenza di poter eludere la perdita. La presa di consapevolezza di queste modalità e la scoperta guidata delle sue emozioni consente a Carla di riconoscerne l'utilità per proteggere sé e gli altri dal proprio dolore.

Schema therapy e lutto complicato: il lavoro con le tecniche esperienziali

Relatore: Anna Opera, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico SPC Napoli, codidatta SPC Napoli

Co-autori:

Riccardi Gabriella, Psicoterapeuta Centro Clinico SPC Napoli, codidatta SPC Napoli;

Esposito Rosario, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, didatta SPC Napoli

La schema therapy è uno dei principali trattamenti evidence-based per le persone affette da disturbi di personalità (Giesen-Bloo et al., 2006; Bamelis, Evers, Spinhoven e Arntz, 2014; Bernstein et al., 2012). Il suo obiettivo terapeutico è quello di modificare le reazioni di coping all'attivazione degli schemi, favorire l'abbandono dei modelli disfunzionali con cui ci si relaziona con il proprio passato promuovendo un comportamento consapevole, sano ed equilibrato (Roediger, 2021). Le tecniche esperienziali (chair work, role playing e imagery) rappresentano uno dei principali interventi utilizzati nell'ambito della schema therapy e servono ad affrontare lo schema dal punto di vista emotivo, sfruttando la naturale tendenza umana ad elaborare meglio le informazioni in presenza della componente emotiva (Lang, 1987), provocando così un impatto più immediato e dirompente sull'individuo rispetto a quello generato dall'elaborazione verbale. L'uso di queste tecniche risulta utile in tutti quei casi in cui a livello verbale la persona rimane distaccata da esperienze passate significative, non riuscendo a portare a livello consapevole i ricordi di vita alla base degli schemi e delle credenze fonte di sofferenza psicologica. Durante un esercizio di imagery, svolto principalmente ad occhi chiusi, il paziente cerca di ricreare nella propria mente una situazione particolare (del suo passato, del suo presente o semplicemente immaginaria), passando dalla componente razionale (fredda) alla componente emotiva (calda) degli schemi. Questo lavoro permetterebbe all'individuo di sentire emotivamente gli schemi che sono presenti in lui e di capire in modo migliore e profondo quali bisogni emotivi non sono stati soddisfatti nella sua infanzia. Gli esercizi di imagery hanno molteplici finalità e possono essere utilizzati in diversi ambiti clinici. Il focus di questo lavoro è quello di presentare l'intervento di imagery applicato a situazioni di perdita, con l'obiettivo di favorire l'elaborazione di lutti che si protraggono troppo a lungo, aiutando i pazienti nella gestione di emozioni dolorose come la rabbia e il senso di colpa verso la persona defunta. Inoltre è stato riscontrato come gli abbandoni precoci e le perdite infantili svolgano un ruolo nell'adattamento alla perdita in età adulta. L'imagery di commiato non modifica la storia di vita del paziente, ma gli dà la possibilità di rivivere una esperienza interpersonale dove viene incoraggiato ad esprimere i suoi sentimenti più profondi, che in caso contrario potrebbero continuare a bloccarlo o sabotarlo nella vita quotidiana. Verranno illustrate in sede congressuale le fasi di un esercizio di imagery sul lutto (Roediger, 2021), attraverso l'esemplificazione di un caso clinico.

23 Settembre, Sabato

17.45-19.00

SIMPOSIO S-075

TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

L'integrazione come strategia di intervento sulle resistenze: contesti clinici a confronto

Chair: **Carla Maria Vandoni**, Psicologa, Psicoterapeuta, STPC, Scuola Torinese di Psicoterapia Cognitiva, CTC, Centro Terapia Cognitiva, Torino

Discussant: **Fabio Pietro Furlani**, CTC, Centro Terapia Cognitiva, Como e Milano, STPC, Scuola Torinese di Psicoterapia Cognitiva), Monza

Nel simposio verrà trattato il processo di integrazione quale intervento clinico-strategico per lavorare sulla resistenza al cambiamento. Si proporranno differenti sguardi sulle possibili declinazioni cliniche del lavoro in setting quali quello ospedaliero e quello dello studio di consultazione e in contesti di lavoro individuale, familiare e con l'utilizzo integrativo della Mindfulness.

L'integrazione promuove un allargamento ed arricchimento del sistema di conoscenza del paziente, rendendolo più aperto, flessibile, armonico e maggiormente capace di autoriferirsi le proprie esperienze traendone significati personali. Tramite gli interventi integrativi il paziente può quindi raggiungere un nuovo equilibrio più funzionale che gli consenta di adottare strategie cognitive, emotive e comportamentali più efficaci per l'adattamento alle situazioni contingenti ed il raggiungimento dei propri obiettivi di vita.

In tal senso, essa va intesa non solo come l'esito finale del trattamento, ma anche come il processo che si svolge a partire dalle prime fasi della terapia. Le relazioni del simposio si concentreranno su questi due aspetti, offrendo quattro differenti esempi di contesti e modi attraverso cui promuovere l'integrazione nel paziente, con l'obiettivo di evidenziare tale strategia come intervento efficace ed applicabile in senso trasversale a differenti situazioni cliniche e in diversi processi terapeutici.

La prima relazione confronta il modello bio-medico, che può causare una narrazione dissociativa, compartimentalizzante e una personificazione/oggettivizzazione della malattia, con la lettura integrativa della stessa, che ne favorisca l'internalizzazione nel sistema sé. La seconda relazione si focalizza sulla consapevolezza acquisita tramite strategie mindfulness-based, come risorsa integrativa per il trattamento di quadri clinici dis-integrati, dis-organizzati e strutturati in modo incoerente, contraddittorio o parziale. La terza relazione propone una lettura dei sintomi del giovane paziente in ottica integrativa sistemico-famigliare, come momento di crisi dei significati condivisi all'interno della famiglia, intendendo l'integrazione come relazione tra significati ed esperienza e creazione di spazio e di visione di insieme. La quarta relazione presenta il lavoro psicoterapeutico integrativo su un caso clinico con frammentazione delle parti del Sé tramite la metacognizione e la gestione delle varie personalità della paziente.

Dunque, l'integrazione come visione d'insieme, consapevolezza, internalizzazione, metacognizione e dialogo tra le parti del sé può favorire il processo terapeutico, intervenire con efficacia sulle resistenze del paziente ed aiutarlo a dare nuovi significati al sintomo, al comportamento, alla malattia.

L'integrazione della malattia: dal modello Bio-Medico all'overlap Psiche Soma

Relatore: Rossana Botto, Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento Neuroscienze, Università degli studi di Torino, Centro Clinico Maria Vittoria, Torino

Sono oramai numerosissime le evidenze a favore non solo di un'interazione tra psiche e soma, ma di un loro overlap. Tuttavia, nell'ambito medico, la dicotomia psiche-soma sembra ancora avere credito e l'applicazione del modello bio-psico-sociale non è completamente assodata e sviluppata.

Il modello bio-psico-sociale favorisce una lettura integrativa della malattia nel sistema mente-corpo della persona e stimola un'osservazione clinica della persona complessiva, che non si esime dalla complessità e che intende la persona e la sua malattia come un'unità di cura. Al contrario, il modello bio-medico semplifica e riduce il trattamento della persona, limitandosi ad intervenire sugli aspetti biologici della malattia ed essendo per questo motivo meno efficace negli esiti terapeutici del modello biopsicosociale, soprattutto nei casi di patologie mediche per le quali fattori psico-sociali giocano un ruolo cruciale. Tra questi, vi sono le condizioni di dolore nociplastico, di patologie croniche e di patologie oncologiche.

Ho osservato come l'approccio bio-medico a tali patologie non favorisca nei pazienti che le portano l'adozione di un'osservazione integrativa della malattia. Per i casi di dolore nociplastico, l'attribuzione dello stesso oscilla tipicamente tra una spiegazione "fisica" ed una "psichica" del fenomeno; nei casi di patologie croniche molto spesso la narrazione del paziente è di "convivenza" con la malattia, che diventa, in certi casi, anche "coinquilina scomoda con cui ci si siede a tavola la sera"; nei contesti oncologici è il gioco dei ruoli del sé e il conflitto tra le parti a limitare l'accettazione della malattia e l'integrazione della stessa come la "parte malata". La mancanza di una lettura integrativa mantiene una condizione dissociativa del sistema sé che blocca il processo psicoterapeutico ed il cambiamento. Il blocco può essere a monte, nei confronti della psicoterapia stessa, o può manifestarsi in itinere e causare una narrazione dissociativa, compartimentalizzante e una personificazione/oggettivizzazione della malattia che non viene assimilata dal sistema come sua condizione/caratteristica. A questo riguardo, l'accettazione e l'integrazione della malattia favoriscono il passaggio narrativo e di significati da "una malattia nel corpo" a "un corpo malato", dall'"avere il cancro" all'"essere malati", dall'"avere dolore" al "sentire dolore". Si tratta di una riformulazione del sintomo medico in ottica integrativa che offre cambiamento, nuove possibilità e diversi equilibri.

Il puzzle della consapevolezza: una possibile risorsa all'integrazione

Relatore: Chiara Marmo, Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento di Psicologia, Università degli studi di Torino, STPC, Scuola Torinese di Psicoterapia Cognitiva, CTC, Centro Terapia Cognitiva di Como e Milano, Centro Clinico Maria Vittoria, Torino

La consapevolezza aumenta la capacità di chiara visione di sé, del proprio funzionamento e di ciò che accade. Questo produce effetti sulle competenze individuali di regolazione emotiva, sulle abilità metacognitive e su una progressiva attitudine al decentramento e alla dis-identificazione da quanto esperito internamente ed esternamente, favorendo una migliore integrazione dei diversi aspetti dell'esperienza; incide, inoltre, sulla dimensione di scelta intenzionale sia in termini di gestione di quanto accade e sia in termini di azione mirata e orientata al benessere nella continuità del tempo.

La psicopatologia è ricca di quadri clinico-sintomatologici caratterizzati da pattern di rappresentazione di sé e della realtà dis-integrati, dis-organizzati e strutturati in modo incoerente o contraddittorio o parziale. In un'ottica più generale, la sofferenza psichica muove spesso da difficoltà di ordinare in un pattern coerente

pensieri, emozioni e sensazioni, intenzioni e azioni. I processi integrativi possono essere significativamente sostenuti dalla coltivazione della consapevolezza nell'ambito di interventi mirati.

Nella letteratura più recente, vi sono evidenze di come lavorare sullo sviluppo e l'approfondimento della consapevolezza nelle sue differenti componenti attentive, cognitive, emotive e conative possa aumentare l'efficacia dei processi di integrazione e di (ri-)costruzione di un equilibrio psicosomatico che è generativo di benessere, stabilità interna, mastery e autoefficacia.

La mindfulness diviene, quindi, risorsa per imparare a gestire i diversi aspetti che costituiscono l'esperienza soggettiva. Nelle sue applicazioni cliniche, può contribuire significativamente al lavoro sul cambiamento e sull'aumento di coerenza interna, aspetti fondativi della continuità del Sé in un processo dinamico evolutivo. Il contributo approfondirà, a partire da un breve inquadramento teorico-metodologico dei più recenti avanzamenti scientifico-sperimentali, il possibile ruolo della consapevolezza mindful nell'ambito delle applicazioni sui processi integrativi.

L'intervento sulla famiglia nella presa in carico del paziente evolutivo

Relatore: Federica Carleo, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Maria Vittoria, Torino

Il lavoro psicoterapeutico con bambini e adolescenti non può prescindere, sia in fase di assessment sia durante la terapia, dal contesto in cui il disagio ha origine e si esprime.

L'intento di tale intervento è di mettere in luce e analizzare alcune difficoltà e resistenze che ho riscontrato nel lavoro con la famiglia dei miei giovani pazienti.

In questi anni mi sono imbattuta in alcuni training, tecniche e protocolli per il trattamento delle più svariate patologie. Sembrano spiegare bene i sintomi, danno ottimi suggerimenti per il trattamento e tranquillizzano sia noi professionisti che i familiari. Si individua la situazione problematica, si aiutano i genitori a riconoscere le modalità di risposta e a modificarle mediante soluzioni più flessibili che aumentino la propria responsabilità nella cura. Se definiamo la famiglia come un insieme di interazioni ci viene naturale voler usare delle tecniche per migliorare tali relazioni.

Tale intervento, alleggerendo le famiglia dal peso delle difficoltà, porta spesso un sollievo immediato. Anche quando le cose vanno bene mi è capitato di imbartermi in un problema non secondario: le famiglie si affidano per ogni scelta e si viene a creare una sorta di ciclo idealizzante e dipendente. Inoltre quasi mai questa si rivela la soluzione. Più spesso cominciano e emergere diverse difficoltà: alcuni comportamenti si acutizzano, si riscontrano resistenze nel mettere in atto i suggerimenti, emerge un vissuto di colpa e talvolta anche di colpevolizzazione di uno dei due coniugi, etc.

Come suggerisce Guidano, la famiglia non è solo un insieme di interazioni, ma, come l'individuo, ha un modo proprio di costruire, mantenere, articolare e conservare la propria identità che tende a mantenersi uguale nonostante le trasformazioni. Inoltre l'identità non è solo narrativa, ma la famiglia nella quotidianità di tutti i giorni "accade" e poi utilizza un significato per "descriversi".

In quest'ottica i sintomi del giovane paziente vanno letti come momenti di crisi del significato condiviso; come se le narrazioni personali dei vari membri smettessero di essere integrate in una trama narrativa comune e ognuno continuasse per la propria strada a perseguire le sue.

Diviene allora prezioso lavorare nell'interfaccia tra i significati che la famiglia si racconta e l'esperienza che provano mentre se lo vivono per riuscire ad allargare i significati e lasciare spazio a temi che altrimenti vengono urlati, non compresi, allontanati e che creano distacco, incomprensione, ostilità anziché dialogo e collaborazione.

Solo all'interno di tali linee possono essere di volta in volta selezionate, create, inventate, nel rapporto con la famiglia, le tecniche più adeguate perché siano maggiormente rispettose dei vincoli narrativi ed emotivi della famiglia stessa.

Il caso di D. La traumatizzazione precoce e l'integrazione delle parti del sé: teatralizzazione, resistenza al cambiamento e relazione terapeutica

Relatore: Erika Bonetto, Psicologa, Psicoterapeuta, STPC, Scuola Torinese Psicoterapia Cognitiva, CTC, Centro Terapia Cognitiva, Torino, Centro Clinico Maria Vittoria, Torino

Da tempo la letteratura e la ricerca sull'attaccamento e il trauma, in particolare se precoce e complesso, mostrano come eventi di vita avversi e la qualità delle prime relazioni interpersonali possano interferire con il funzionamento della persona a vari livelli: biologico, fisiologico, comportamentale, relazionale e identitario. Nel caso di D. le relazioni con le figure genitoriali e la mancanza di integrazione di memorie traumatiche sono esitate in una sintomatologia con al centro una frammentazione delle parti del Sé.

Il caso di D. pone il focus sull'importanza della relazione terapeutica in un percorso con una paziente con un quadro personologico e sintomatologico multiforme accompagnato da drammatizzazione "dei" Sé, teatralità, difficoltà di sintonizzazione emotiva e modalità provocatorie volte alla richiesta di attenzione. Il lavoro, nonostante momenti relazionali difficili, ha permesso un maggiore avvicinamento e sintonizzazione della paziente sulla sofferenza emotiva. Questo attraverso la scoperta della funzione del "Sistema delle personalità" che la abitano, incrementando sia le funzioni metacognitive che riflessive con la possibilità di sperimentare una nuova narrazione di Sé.

D. è figlia unica, nata alla ventottesima settimana di gestazione. A pochi giorni dal parto è colpita da un'emorragia cerebrale che le lascerà come esito nistagmo oculare e vistosa zoppia. Per anni farà fisioterapia quasi tutti i giorni per riabilitare la parte destra del corpo. Le difficoltà motorie l'hanno portata ad avere insegnanti di sostegno fino alla fine del Liceo. Non ha nessun legame di amicizia. E' iscritta ad un corso Universitario.

D. arriva nello studio della terapeuta a Maggio 2021. Si presenta con un'autodiagnosi di disturbo dissociativo dell'identità. Le personalità sono 29 e si presentano quasi esclusivamente in famiglia o con l'attuale fidanzato e portano frammenti di memorie traumatiche (passate e presenti) relativi a presunti abusi fisici, sessuali e psicologici ad opera della madre, di una maestra e dell'ex fidanzato. Al momento della presa in carico gli attacchi di ansia e panico compromettono la vita scolastica e sentimentale. La paziente riferisce tentativi di gesti autolesivi, restrizioni ponderali con recupero entro pochi mesi, umore a volte depresso a volte euforico. La terapia ha privilegiato in molti momenti il piano sincronico della seduta; questo ha contribuito a rinforzare gli aspetti metacognitivi deficitari portando alla consapevolezza di ciò che davvero la fa soffrire e la ragione attuale degli schemi disfunzionali messi in atto. L'assetto relazionale ha permesso di gestire le incursioni delle altre personalità anche attraverso un rispettoso lavoro sui confini del setting, permettendole di essere sempre più protagonista della sua vita con sempre più sullo sfondo le sue altre personalità.

23 Settembre, Sabato 17.45-19.00 SIMPOSIO S-015
TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Adolescenti, giovani adulti e famiglie disregolate: tra casi clinici e strategie di intervento

Chair: Elena Dordoni, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, APC-SPC, socio ordinario SITCC

Discussant: Elena Prunetti, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, didatta APC-SPC, socio didatta SITCC, referente del centro CBT-DBT, Padova

Il concetto di disregolazione emotiva è strettamente legato a quello di regolazione delle emozioni: quest'ultimo si riferisce ad un insieme di processi interni ed esterni all'individuo responsabili dell'inibizione di impulsi e comportamenti inadeguati, causati da emozioni positive o negative particolarmente intense, e dall'organizzazione dei propri pattern comportamentali in modo funzionale e coordinato in vista di un obiettivo.

Linehan (1993), in particolare, concettualizza il deficit di regolazione emotiva come l'incapacità, malgrado gli sforzi, di regolare o ricondurre entro la norma stimoli, esperienze e azioni ed è dovuta a una vulnerabilità alle emozioni intense e ad una incapacità di regolare le risposte estreme legate a tali emozioni.

La capacità di regolare uno stato emotivo, pertanto, assume caratteristiche cruciali sia dal punto di vista intrapersonale che interpersonale, costituendo un importante indice di psicopatologia, poiché permette al soggetto, di fronte ad un evento, di modulare in maniera maggiormente funzionale uno stato emotivo problematico per intensità, durata e coerenza rispetto allo stimolo.

In questo simposio verrà mostrato come il tema della disregolazione emotiva possa essere affrontato in percorsi terapeutici mediante tecniche di intervento afferenti a modelli teorici differenti.

Il confronto sui diversi approcci nel trattamento della disregolazione emotiva vedrà come modelli considerati: DBT (terapia dialettico-comportamentale) nell'adolescente, Schema Therapy nel giovane adulto, DBT-SUD (terapia dialettico-comportamentale per l'abuso di sostanze) nel giovane adulto e MBT (trattamento basato sulla mentalizzazione) nell'intervento di gruppo rivolto ai familiari. Il tutto verrà illustrato attraverso esemplificazioni cliniche di pazienti adolescenti, giovani adulti e familiari.

Adolescenti e disregolazione emotiva: una proposta di innesto alla terapia cognitivo-comportamentale standard

Relatore: Elisa Bertoletti, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, socio aderente SITCC, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC, Verona. Libera professionista, studio "Il Bucaneve"

Co-autori: Stefania Ciaccia, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, socio aderente SITCC, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC, Verona. Libera professionista, studio "Il Bucaneve"

La disregolazione emotiva è stata spesso collegata a un ampio numero di problemi di salute mentale legati a modelli di instabilità della regolazione emotiva, nel controllo degli impulsi, nelle relazioni interpersonali e

nell'immagine di sé. In riferimento al trattamento di tali problematiche la Terapia Dialettico Comportamentale (Dialectical Behavior Therapy, DBT) viene collocata tra i trattamenti elettivi per il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) e per coloro che presentino problemi di disregolazione emotiva (Bohus et al., 2004). Si tratta di un intervento di tipo cognitivo comportamentale, ideato e sviluppato da M.M. Linehan, che consiste in una combinazione di interventi tra i quali la psicoterapia individuale e un programma di gruppo centrato sulla modifica comportamentale: lo skills training. L'obiettivo principale, durante le sessioni di gruppo, è quello di aiutare gli individui a cambiare i propri pattern comportamentali, emotivi e interpersonali associati a svariati problemi nella vita di tutti i giorni.

Attraverso l'utilizzo esplicativo di un caso clinico verrà presentata l'applicazione delle skills del modulo della tolleranza alla sofferenza, in abbinamento a un percorso di terapia cognitivo comportamentale standard (Cognitive Behavioural Therapy, CBT), con una paziente in età adolescenziale che presenta un ingente deficit di regolazione emotiva, declinabile in un'altissima vulnerabilità emotiva con conseguente reattività a stimoli ambientali, persistenti stati emozionali negativi e difficoltà, in generale, a modulare il proprio repertorio di emozioni. A tali difficoltà di regolazione conseguono pattern comportamentali disfunzionali che si estrinsecano nella gestione delle proprie relazioni interpersonali e nel mantenimento di comportamenti anticonservativi.

Le abilità del modulo della tolleranza alla sofferenza si focalizzano, da un lato, sull'insegnare al paziente le strategie utili a sopravvivere ai momenti di crisi, in cui l'attivazione emotiva e l'impulso a mettere in atto comportamenti disfunzionali e a rischio sono molto alti, e, dall'altro lato, sul promuovere un'accettazione radicale degli accadimenti della vita e della realtà così come sono, promuovendo al contempo un atteggiamento non giudicante.

La scelta dello specifico target di età risiede nel fatto che nello sviluppo delle competenze di regolazione emotiva, oltre a quanto sopra citato, il periodo dell'adolescenza si configura come una finestra temporale e di sviluppo dell'individuo peculiare, nella quale le funzioni di controllo emotivo non sono ancora sufficientemente acquisite anche per una fisiologica immaturità della corteccia prefrontale e non possono fornire un'adeguata modulazione del sistema emotivo.

La presentazione, quindi, si focalizzerà sull'evidenziare la funzionalità che l'innesto di un training all'utilizzo delle skills di tolleranza alla sofferenza può avere in un percorso di terapia cognitiva standard; si ritiene, in particolare, che tale integrazione possa conferire una connotazione più spendibile per l'adolescente nel quotidiano, con un repertorio di strategie concordate e prontamente riattivabili anche al di fuori del setting psicoterapeutico.

Programma di trattamento DBT SUD per pazienti che regolano le emozioni attraverso l'abuso di sostanze

Relatore: Tania Fanelli, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, socio aderente SITCC, Brescia

Co-autori: Bagattini Chiara, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, sezione di Neurochirurgia, dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Scienze del Movimento, Università degli Studi di Verona

Impulsività, disregolazione emotiva e discontrollo degli impulsi rappresentano fattori comuni e causa di comportamenti problematici come l'abuso di sostanze. Il 25% di coloro che necessitano di un trattamento della dipendenza infatti soddisfa i criteri per il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) (Trull et al., 2018); mentre i risultati di una ricerca australiana (Darke et al., 2004) condotta su 615 soggetti con dipendenza da eroina evidenziano come il 42% dei partecipanti avesse ricevuto una diagnosi di DBP. Alla luce di quanto emerso

dall'attività scientifica rispetto alla comorbidità tra DBP e disturbo da abuso di sostanze (SUD), nonché dell'effetto amplificatore di queste ultime sulla disregolazione emotiva (Stone, 2010), M. Lineam e L. Dimeff hanno sviluppato un programma DBT specifico per pazienti che utilizzano le sostanze per regolare emozioni ed impulsi.

L'applicazione della DBT SUD si prefigge di promuovere l'eliminazione della sostanza attraverso l'astinenza o strategie dialettiche alternative, in caso di riluttanza da parte dei pazienti. Quindi l'intervento è volto a ridurre: la sofferenza fisica, l'urgenza di assumere la sostanza e il craving e le occasioni di utilizzo; si propone inoltre di delineare in anticipo un piano di gestione della crisi implementando capacità di regolazione emotiva più efficaci e promuovere una vita degna di essere vissuta.

Attraverso un caso clinico di una paziente DBP con dipendenza da alcol verrà mostrata l'applicazione e l'adattamento del protocollo DBT ai pazienti SUD. Nella pratica clinica, è stato fondamentale comprendere le ragioni che determinavano l'intenzione della paziente nell'interrompere l'uso della sostanza e, parallelamente, rafforzare la motivazione al trattamento per poter poi ottenere e mantenere l'impegno all'astinenza. Nel proseguo del trattamento si è reso necessario fare fronte al fallimento dell'astinenza ed ai significati correlati ad esso; il lavoro ha previsto quindi una parte di preparazione alle ricadute, anche attraverso l'insegnamento di abilità per la gestione degli impulsi e il craving e modalità per rialzarsi e riprendere il cammino. Infine, nel costruire la vita degna di essere vissuta, è stato necessario valutare ed eliminare i fattori di rischio residui ed aiutare la paziente a dare maggiore struttura al suo tempo.

Disregolazione emotiva in una paziente giovane adulta: un esempio di integrazione tra tecniche cognitivo-comportamentali e Schema Therapy

Relatore: Francesca Cervati, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, socio aderente SITCC, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, APC Verona. Libera professionista, studio "Il Bucaneve"

Co-autori: Stefania Ciaccia, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, socio aderente SITCC, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, APC Verona. Libera professionista, studio "Il Bucaneve"

La psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT), dalla sua nascita ad oggi, ha cercato di svilupparsi, migliorarsi ed evolversi, puntando alla creazione di trattamenti sempre più validi e utili, sia dal punto di vista sperimentale, che dal punto di vista clinico. Oggigiorno, infatti, la ricerca in ambito CBT ha come principale obiettivo la sperimentazione di protocolli di trattamento che diano risultati soddisfacenti nella cura del paziente grave. Uno dei modelli più rilevanti è quello proposto da Young: la Schema Therapy. Rispetto ad un approccio cognitivo comportamentale più standard, la Schema Therapy si focalizza in modo specifico sull'analisi delle diverse fasi dello sviluppo del disturbo (a partire dall'infanzia o dall'adolescenza), sulla sfera emotiva, sulla relazione terapeutica e sulle varie modalità di coping disfunzionali. Inoltre, l'uso di tecniche "esperienziali" che caratterizzano l'approccio, permette un accesso alla sofferenza del paziente attraverso una modalità più emotiva e attivante rispetto all'intervento cognitivo classico. Pertanto, nel trattamento di molti disturbi che hanno origine da tratti patologici di personalità, come quelli relativi alla sfera della disregolazione emotiva, la Schema Therapy può essere molto efficace poiché approccia in maniera diretta quegli aspetti patologici di personalità che sottostanno alla disregolazione emotiva e la mantengono attiva, in associazione alla CBT standard che si focalizza sulla sintomatologia maggiormente acuta presentata dal paziente.

Attraverso l'utilizzo esplicativo di un caso clinico verrà presentato l'impiego della formulazione del caso e di alcune tecniche della Schema Therapy, in abbinamento ad un percorso di psicoterapia cognitivo

comportamentale standard (Cognitive Behavioural Therapy, CBT) su una paziente giovane adulta con diagnosi di disturbo borderline di personalità e deficit di regolazione emotiva.

La presentazione si focalizzerà sull'evidenziare come i due approcci possano essere efficacemente integrati. Inoltre, la Schema Therapy consente un lavoro integrativo con focus su due aspetti centrali nel trattamento del paziente con disturbi di personalità: la relazione terapeutica e la modificazione degli schemi disfunzionali responsabili della difficoltà cronica nei rapporti interpersonali che caratterizzano questi pazienti. L'impossibilità di modulare l'attivazione degli schemi e la loro rigidità, infatti, sono considerate tra le concause della disregolazione emotiva.

Mentalizzazione e genitorialità: l'importanza di tenere a mente la mente del proprio figlio

Relatore: Laura Bertoli, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo – Comportamentale, socio aderente SITCC, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, APC Verona. Responsabile d'area Gaia SCS Onlus

Co-autori: Dolfini Giulia, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo – Comportamentale, socio aderente SITCC, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, APC Verona. Libera professionista, Studio NOUS

La capacità di comprendere gli stati mentali ha assunto diverse denominazioni e, nel campo dei Disturbi di Personalità (DP), è spesso definita sia "mentalizzazione" che "metacognizione" (Carcione et al., 2019).

Il concetto di mentalizzazione rappresenta quel processo di "capire senza mai sapere tutto" che si sviluppa nel contesto delle relazioni di attaccamento (Allen et al., 2010). Nella relazione genitore-figlio, è stato messo in luce come la capacità del genitore di "pensare alla mente del figlio" non dipenda strettamente dalla sua capacità riflessiva in relazione alle proprie figure di attaccamento ma sia specifica di tale relazione (Luyten et al., 2016) e sia particolarmente compromessa nei momenti di attivazione emotiva. I fallimenti di mentalizzazione nella diade spesso attivano circoli di interazioni non mentalizzanti, caratterizzate dal reciproco tentativo di controllarsi e sopraffarsi a vicenda, dando origine a modalità d'interazione disregolate. Strettamente collegata quindi al fallimento della mentalizzazione è la disregolazione emotiva, questo perché, quando l'attivazione emotiva supera i confini della finestra di tolleranza, si attivano nell'individuo risposte difensive automatiche fight-flight-freeze, che si configurano come disadattive all'interno del contesto relazionale, poiché viene meno l'attivazione della capacità riflessiva (Siegel, 1999).

La presentazione verterà sulla descrizione del progetto "Da mente a mente: incontri sulla mentalizzazione per genitori di adolescenti vulnerabili"; il percorso ha l'obiettivo di incrementare, in un gruppo di genitori, la loro capacità di mentalizzazione al fine di migliorare e sviluppare capacità di regolazione emotive sempre più raffinate per creare un contesto di parenting funzionale.

Il progetto è strutturato in un ciclo di incontri di gruppo, con lo scopo di rispondere ai bisogni riscontrati nella pratica clinica con adolescenti che manifestano problematiche di regolazione emotiva e comportamentale. Incrementare le funzioni di mentalizzazione nel genitore diventa cruciale nel favorire e mantenere una più funzionale modulazione emotiva nel figlio adolescente, ma anche all'interno del contesto familiare stesso.

23 Settembre, Sabato 17.45-19.00 SIMPOSIO S-070
TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

Interventi di prevenzione primaria a scuola attraverso progetti di formazione agli insegnanti

Chair: Marika Ferri, Psicologa, Psicoterapeuta, Studi Cognitivi San Benedetto del Tronto

Discussant: Giuliano Cuoghi, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Centro Terapia Cognitiva Bologna

I programmi di prevenzione primaria nel contesto scolastico risultano efficaci nella diminuzione del rischio di numerosi comportamenti dis-adattativi, nonché di possibili esordi psicopatologici in età evolutiva. Tali programmi rappresentano una sfida anche per l'adattamento come prevenzione primaria di tecniche di psicoterapia cognitiva e comportamentale efficaci in setting clinico.

La scuola rappresenta in ogni fascia di età l'ambito principe per l'applicazione di programmi di prevenzione primaria. Innanzitutto consente di mettere in atto interventi precoci, all'interno del gruppo (intervento in vivo) e nel principale contesto di vita del bambino. In secondo luogo, rappresenta un contesto unico di apprendimento e generalizzazione di tutte quelle abilità sociali e pro sociali e di regolazione emotiva da cui non è possibile prescindere nel progettare interventi in età evolutiva. Gli interventi che coinvolgono unicamente i bambini o i genitori spesso non risultano efficaci nel generalizzare i risultati ottenuti a contesti diversi da quello familiare, primo fra tutti quello scolastico. La modalità che maggiormente consente di fare prevenzione nel contesto scolastico è la formazione degli insegnanti. Lo psicologo può formare gli insegnanti su argomenti specifici o che riguardano lo sviluppo e le abilità dei bambini: l'obiettivo è quello da un lato di fornire le conoscenze specifiche della tematica affrontata, ma anche di stimolare nei docenti la consapevolezza sui processi psicologici implicati nell'apprendimento e nello sviluppo delle abilità emotive e relazionali nei contesti scolastici. Attraverso la formazione gli insegnanti possono sperimentare la metodologia al fine di poterla applicare in classe con gli alunni e sviluppare una maggiore sensibilità e capacità di osservazione per poter cogliere precocemente eventuali segnali di disagio, difficoltà o esordi psicopatologici o disturbi. Nello stesso tempo è possibile dare agli insegnanti strumenti per mettere in atto strategie e programmi di intervento per tutti gli alunni della classe, con la finalità di fare una prevenzione primaria e promozione della salute. L'applicazione di programmi di apprendimento sociale ed emotivo nel contesto scolastico consentono di sviluppare negli studenti abilità e competenze sociali ed emotive con conseguenze estremamente positive sul loro benessere psico-fisico e sul loro rendimento scolastico.

I quattro lavori presentati nel simposio si pongono l'obiettivo di fare prevenzione nel contesto scolastico attraverso l'implementazione di programmi di formazione agli insegnanti e la valutazione delle ricadute sia a livello degli alunni che degli insegnanti stessi.

La prevenzione dei disturbi depressivi nel contesto scolastico: il progetto "emozionarsi per emozio-nare"

Relatore: Katia Aringolo, Psicologa, Psicoterapeuta, Studio evolutiva, Roma; Scuola specializzazione Età Evolutiva Humanitas, Roma

Co-autori: Micheloni Alessandra; D'Angerio Stefania; Albrizio Marina; Longo Laura - Studio evolutiva, Roma.

La famiglia, la scuola, i coetanei rappresentano ognuno un microsistema, che coesiste nel mesosistema (Bronfenbrenner, 2005) in cui si originano quelle che Bronfenbrenner chiama “diadi basate sull’attenzione” e “diadi basate sull’attività comune”; nelle diadi si può essere consapevoli di stare facendo qualcosa insieme, pur svolgendo attività differenti ma complementari in una struttura integrata. Le diadi che si possono creare in un contesto scolastico sono tante e diverse e riuscire ad orientarle verso traiettorie di sviluppo adattivo è una sfida educativa ambiziosa. Ma dato l’incremento in età evolutiva dei disturbi depressivi (+115%) dopo la pandemia da covid-19 è opportuno implementare nelle scuole progetti psicoeducativi sulla competenza socioemotiva (Denham, 2006). Con il nostro progetto “Emozionarsi per emozionare”, abbiamo implementato un progetto d’intervento sulla competenza emotiva e sociale per bambini di età prescolare, scolare e per ragazzi tra gli 11 ed i 16 anni.

Lo scopo è quello di potenziare e favorire l’espressione, il riconoscimento e la regolazione delle emozioni, quali abilità fondanti l’adattamento socioemotivo. Un bambino e un ragazzo capace di regolare le proprie emozioni ha una riuscita nelle relazioni sociali (Eisenberg, 2006), nel far fronte alle esperienze emotive negative e nella gioia condivisa. Il progetto “emozionarsi per emozionare” che si descrive rappresenta quindi una delle possibili azioni di prevenzione psicoeducativa da applicare nel contesto scolastico per orientare l’accoglienza e la validazione nei bambini e ragazzi delle proprie esperienze emotive al fine di poter far fronte ad un ridimensionamento dei vissuti di deflessione dell’umore in età evolutiva.

La gestione della complessità della classe: possibili strategie di intervento nei diversi ordini di scuola a partire dalla percezione degli insegnanti

Relatore: Lucia Candria, Psicologa, Psicoterapeuta, Studi Cognitivi San Benedetto del Tronto

Co-autori: Sciore Roberta; Ferri Marika; Mezzaluna Clarice - Studi Cognitivi San Benedetto del Tronto

Tra le molteplici sfide che l’attuale sistema scolastico è chiamato ad affrontare, emerge una crescente difficoltà sperimentata dal corpo docente nel riuscire ad educare e coinvolgere le nuove generazioni. Molti ragazzi manifestano una maggiore fragilità nell’adempiere agli impegni didattici, nel sostenere i ritmi scolastici e nel rispettare le norme della convivenza sociale.

Nascono da questi presupposti richieste da parte degli istituti scolastici di formazione agli insegnanti per acquisire strategie per diventare più efficaci nel gestire le richieste e le sfide quotidiane associate alla loro professione, sia per permettere agli studenti di raggiungere il loro potenziale, sia per proteggersi da frustrazione, stress e burnout. Alcune analisi (Swider e Zimmerman, 2010; Roloff, Kirstges, Grund, 2022) hanno messo in luce che alcune variabili legate alla personalità, quali strategie di coping, autoefficacia e locus of control, possono essere robusti predittori sia del burnout che dei risultati lavorativi. E’ stata proposta ad un gruppo di circa 120 insegnanti di quattro ordini di scuola (infanzia, primaria e secondaria di primo e di secondo grado) una batteria per misurare la frustrazione, l’autoefficacia, il burnout e le strategie di coping adottate dagli insegnanti, attraverso i seguenti strumenti: Frustration Discomfort Scale nella versione italiana, Scala del senso di autoefficacia degli insegnanti nella gestione della classe, Coping Orientation to the Problems Experienced e Maslach Burnout Inventory.

I risultati ottenuti ci hanno guidato ad una più completa e corretta analisi dei bisogni e ad una riflessione sul percorso di formazione da proporre agli insegnanti, in base anche ai diversi ordini di scuola appartenenti. Scopo del programma di formazione è migliorare la comprensione dei comportamenti problematici messi in atto degli alunni, acquisire nuove modalità e strategie di gestione della classe e promuovere una maggiore

comprensione ed una più ampia consapevolezza delle difficoltà personali emotive che l'insegnante può incontrare nello svolgimento quotidiano del proprio lavoro. La presentazione illustrerà nel dettaglio i metodi e i risultati emersi dallo studio.

Bibliografia

Roloff, J., Kirstges, J., Grund, S. et al. How Strongly is Personality Associated with Burnout Among Teachers? A Meta-analysis. *Educ Psychol Rev* 34, 1613–1650 (2022). <<https://doi.org/10.1007/s10648-022-09672-7>>

Swider, B.W., Zimmerman, R.D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior* 76(3): 487-506.

L'insegnante riflessivo: lavorare con le competenze riflessive dell'insegnante per comprendere e gestire i comportamenti difficili a scuola

Relatore: Melvin Piro, Psicologo, psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, SBPC, Centro Terapia Cognitiva Forlì, CTC Forlì

Co-autori: Lambruschi Furio, Direttore SBPC, Centro Terapia Cognitiva Forlì, Didatta SITCC e SBPC

All'interno di una cornice teorica ed epistemologica saldamente fondata su evidenze scientifiche, qual è quella cognitivo-comportamentale, nei suoi sviluppi di tipo costruttivista ed evolutivo e basati sulla teoria dell'attaccamento, questo intervento intende presentare un percorso di intervento volto a comprendere e a gestire i comportamenti critici a scuola.

Il focus è su quell'ampia gamma di manifestazioni problematiche dell'età evolutiva definite come "esternalizzanti", dove il ragazzo finisce per esprimere le proprie aree emozionali critiche interne, attraverso intensi agiti comportamentali che possono prendere la forma dell'aggressività, dell'oppositività, della provocatorietà, dell'impulsività e dell'iperattività. Un ambito psicopatologico in costante crescita sul piano epidemiologico negli ultimi decenni, tanto da rappresentare attualmente la vera emergenza psicologica nell'infanzia e nell'adolescenza, con effetti particolarmente dirompenti non solo in ambito familiare ma anche e forse soprattutto in ambito scolastico.

Di qui la necessità, da parte di insegnanti, educatori, pedagogisti e ogni altra figura che operi in ambito educativo e scolastico, di dotarsi di competenze atte a comprendere nel modo più approfondito il significato di tali manifestazioni e di attivare, conseguentemente, le più adeguate strategie educative volte ad una loro adeguata gestione all'interno del contesto classe.

Si tratta di competenze orientate alla mentalizzazione nei confronti del bambino e alla comprensione profonda dei significati sottostanti ai suoi comportamenti difficili, da parte di un insegnante che viene in tal modo a costituirsi come un "insegnante riflessivo".

Riteniamo che lo sforzo dell'insegnante nel costruire questo nuovo punto di vista per cui anche il comportamento più "disfunzionale" per chi osserva, è in realtà altamente "funzionale" per chi lo agisce, potrà scaturire in un atteggiamento di problem solving che gli permetterà di trovare soluzioni eccellenti per il comportamento di quel o di quei bambini "difficili".

La mindfulness a scuola: un programma di prevenzione per le prime classi della scuola primaria

Relatore: Laura Pannunzi, Psicologa, Psicoterapeuta, Servizio NPIA - USL Umbria 2, Terni

Co-autori:

Bertacchi Iacopo, Scuola Psicoterapia Humanitas LUMSA Roma, Accademia Neuropsicologia dello Sviluppo Reggio Emilia;

Giuli Consuelo, Istituto Comprensivo Puccini, Lucca;

Muratori Pietro, IRCCS Fondazione Stella Maris, Università degli studi di Pisa

Studi sperimentali finalizzati a validare i benefici di protocolli basati sulla mindfulness nel contesto scolastico suggeriscono come praticare pause di consapevolezza sul proprio stato mentale durante le giornate a scuola, caratterizzate da ritmi intensi e continuo movimento, contribuisca allo sviluppo e al potenziamento di abilità quali prestare maggiore attenzione, consapevolezza del presente e l'essere più concentrati (Durlak et al., 2011; Thierry et al., 2016). Il presente contributo illustra come pratiche basate sulla mindfulness per i bambini siano state inserite all'interno di un programma di prevenzione dei problemi comportamentali a scuola, il Coping Power Scuola. Il Modello del "Coping Power Scuola" o "Coping Power Universal" è un programma di prevenzione primaria che nasce nel 2009 come adattamento per il contesto scolastico del Coping Power di John Lochman (2002). Si tratta di un percorso svolto all'interno delle classi per educare a gestire le emozioni e le relazioni sociali, con l'obiettivo primario di ridurre e contenere i comportamenti problematici (aggressività, condotte oppositivo provocatorie, difficoltà emotive), stimolando le abilità pro-sociali e cooperative. Il programma viene svolto in classe in maniera autonoma dagli insegnanti opportunamente formati e con il supporto dei manuali operativi, ha la durata di un anno scolastico con la possibilità di approfondire parti del programma anche nei successivi anni. Il programma è stato sperimentato attraverso numerosi studi di efficacia nella scuola italiana, svolti dal 2009 ad oggi. Un aspetto che ha portato ad inserire nel Programma del Coping Power Scuola alcune attività di "mindfulness" è stato il riscontro positivo che tale integrazione ha già riscontrato negli Stati Uniti: sono emersi, infatti, risultati interessanti in termini di una maggiore capacità da parte dei bambini di auto-regolazione emotiva, comportamentale e cognitiva (Boxmeyer et al., 2021). Gli insegnanti vengono formati attraverso 12 ore di Formazione in presenza, a cui si aggiungono 13 ore di formazione a distanza che prevedono la compilazione di questionari e un report sulle attività introduttive svolte in classe. Una volta formati, gli insegnanti applicano il programma quotidianamente in classe senza dover trascurare gli obiettivi didattici, in quanto i moduli del protocollo, che comprendono sia attività di mindfulness che di Coping Power, sono integrati nella programmazione didattica curricolare per le varie classi, offrendo continuamente spunti per connessioni interdisciplinari.

23 Settembre, Sabato

17.45-19.00

SIMPOSIO S-084

TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

Chi ha paura del terapeuta creativo?

Chair: Mauro Giacomantonio, Università degli Studi di Roma "Sapienza"

Discussant: Maurizio Brasini, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

La psicoterapia, in quanto attività volta ad un cambiamento, è un processo interpersonale creativo. Ciò nonostante, un antico e consolidato dualismo ostacola ancora oggi una maggiore diffusione di un approccio creativo alla psicoterapia, lo stesso dualismo che Ellenberger (1970) fa risalire alla difficile transizione della psicoterapia nell'alveo delle scienze naturali. Se da una parte si conserva una visione della psicoterapia come "arte", dall'altra invece si impone una visione della psicoterapia come "tecnica".

Spesso, senza rendercene conto, come terapeuti ci sembra di dover scegliere tra una tecnica senza umanità da una parte e un'arte senza metodo dall'altra, e con il disagio di non sapere come conciliarle in una visione integrata al servizio della prassi clinica.

Questo simposio intende mostrare che, in realtà, il lavoro clinico non può prescindere da nessuno dei due aspetti sopra citati, che la creatività, intesa come fenomeno socio-cognitivo, procedurale e strategico, che riguarda la soluzione di problemi e che, sebbene basata su una disposizione naturale, può essere appresa ed esercitata come ogni altra abilità fornendo a ciascuno l'addestramento, è parte integrante e ordinaria di ogni processo terapeutico, e che non ha senso in particolare che il terapeuta, nel timore di agire in modo non-scientifico, tema o rinneghi la propria creatività anziché esercitarla consapevolmente.

“Terapeuti, non Santi: Lo stigma nei professionisti della Salute Mentale”

Relatore: Elena Bilotta, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Lo stigma esistente nei confronti della salute mentale è un problema riscontrabile sia nella popolazione generale che tra gli stessi individui che soffrono di un disturbo mentale, con conseguenze gravi sia sanitarie che sociali.

A livello pubblico, stereotipi, pregiudizi e discriminazioni portano la popolazione generale a escludere e tenersi alla larga da chi soffre di una malattia mentale, spesso perché considerato pericoloso, immorale e anche responsabile del suo problema. Ciò ha effetto sulla persona che soffre: essa con ogni probabilità interiorizzerà tali atteggiamenti in una forma di autostigmatizzazione, con conseguenze negative in termini di bassa autostima e qualità della vita, minore ricerca di cure adeguate e di aderenza a protocolli di intervento efficaci e aumento dei comportamenti suicidari, al netto della sintomatologia di riferimento. Lo stigma (esterno/pubblico e interiorizzato) ha inoltre un impatto su occupazione, reddito, assegnazione di benefici sociali e sanitari.

Quando si parla di stigma nei confronti della Salute Mentale, potrebbe apparire ovvio escludere dalla popolazione stigmatizzante i professionisti della Salute Mentale (medici, psicologi, infermieri, tecnici riabilitativi), come se, a fronte del loro ruolo o della loro "vocazione" fossero esenti da stereotipi, pregiudizi e comportamenti discriminatori.

Il presente lavoro ha lo scopo di presentare una riflessione, corredata dai contributi presenti in letteratura sul tema, su stigma pubblico e auto-stigmatizzazione, facendo riferimento esclusivo ai professionisti della salute mentale. Verrà quindi discussa l'auto-stigmatizzazione presente nei terapeuti, ovvero la tendenza a negare o

sottostimare i propri sintomi/diagnosi e la propria sofferenza per timore di giudizio o ripercussioni sociali e lavorative. Inoltre si discuterà lo stigma dei professionisti nei confronti di alcune categorie diagnostiche, come ad esempio la schizofrenia, che tra le malattie mentali rappresenta quella maggiormente esposta allo stigma e alla peggiore rappresentazione da parte degli altri.

Verranno inoltre discusse le possibili conseguenze di tali problematiche, al fine di sostenere e promuovere una maggior sensibilizzazione sul tema in ambito socio-sanitario.

Il test di Rorschach secondo una mente cognitivista

Relatore: Giuseppe Femia, SPC Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Il test di Rorschach, strumento diagnostico per la valutazione della personalità non di matrice cognitivista e anzi da sempre lontano dal cognitivismo, può configurarsi, in realtà, come uno strumento interessante per la comprensione del funzionamento del paziente secondo la lettura cognitivista, attraverso una lente che tenga conto di assunti, quali scopi, credenze e bias di ragionamento. Questi assunti sono fondamentali per l'approfondimento e la conoscenza di quelle che sono le realtà rappresentazionali del paziente e, per questo, attraverso una cornice cognitivista, le suggestioni forniteci dal Rorschach possono diventare uno spunto di ragionamento sul e con il paziente. Infatti, il Rorschach test, in quanto metodica proiettiva, potrebbe abbattere le resistenze che spesso si riscontrano nei disturbi della personalità e rilevare atteggiamenti e ingredienti salienti del funzionamento in pazienti con disordini personologici.

Sulla base di tali considerazioni, si propone un paragone fra la valutazione mediante il protocollo Rorschach e la formulazione del caso cognitivista mediante delle schede di valutazione relative al profilo interno e rispetto alle scale di valutazione dimensionale della personalità nei diversi domini di funzionamento (identità, empatia, intimità auto-direzionalità). Per fare ciò, verrà riportato e presentato un caso clinico in cui le due metodiche verranno utilizzate congiuntamente in una prospettiva in cui il Rorschach verrà usato creativamente e compatibilmente come strumento di chiara lettura cognitivista. L'obiettivo è quello di evidenziare come l'osservazione del profilo interno e la lettura cognitivista del Rorschach possono fornire spunti innovativi e a cui attingere per l'approfondimento sul paziente. Le osservazioni derivanti da quest'analisi e approfondimento verranno discusse in sede congressuale.

Da un punto di vista clinico, sia in termini di assessment che di trattamento, la lettura cognitivista di uno strumento proiettivo come il Rorschach può diventare un'opportunità di esplorazione dei contenuti del paziente, che costituiscono il suo profilo interno, e su cui si costruiscono le rappresentazioni delle realtà personali del paziente, che secondo la matrice cognitivista si declinano attraverso gli scopi, le credenze e gli stati mentali. Pertanto, l'assessment potrebbe rilevare spunti interessanti e innovativi e arricchirsi attraverso intuizioni cognitive, fornendo al successivo trattamento insight complessi sulla sofferenza presentata e su ciò che crea e mantiene gli stati mentali del paziente.

Due personaggi in cerca d'autore nel caso di E.

Relatore: Vanessa Statilani, APC Associazione Di Psicologia Congitiva, Lecce

Co-autori:

Giuseppe Femia, Psicologo, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Co-didatta SPC Grosseto;

Lucia Destino, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Co-didatta APC Lecce, Vicepresidente Associazione Psicoterapia Cognitiva

Per alleanza terapeutica si intende insieme il legame affettivo positivo tra terapeuta e paziente, accordo sugli scopi del trattamento e accordo sui compiti reciproci. (Bordin, 1979).

Ciascuno di questi fattori influenza in modo diversificato sia la relazione che il seguente trattamento.

Il raggiungimento e il mantenimento di un clima di cooperazione interpersonale significa quindi costruire il contesto relazionale favorevole al raggiungimento degli scopi della terapia e la facilitazione dell'esplorazione dei processi mentali e del funzionamento metacognitivo (Carcione, Safran e Segal hanno definito il ciclo interpersonale come il modo in cui la relazione con l'altro attiva circuiti che rinforzano la patologia a causa dei segnali - in prevalenza non verbali automatici ed emozionali - che i pazienti scambiano con i loro partner in interazione (Safran e Segal, 1990).

Il riconoscimento del ciclo interpersonale fornisce, quindi, indicazioni, sulle caratteristiche del paziente e orienta il decorso della terapia.

Sarà quindi importante per il terapeuta monitorare le proprie emozioni e, tramite disciplina interiore, condividerli con il paziente per individuare l'enduring pattern, creare schemi relazionali più funzionali che consentano al terapeuta di passare da una posizione relazionale problematica ad una empatica.

L'obiettivo è riuscire a collocarsi mentalmente in modo contrario alla tendenza spontanea che emerge dall'interazione con il paziente (Dimaggio, Semerari, 2007).

Attraverso la presentazione del caso di E., indagheremo nella pratica, come il terapeuta affronta tali dinamiche alla luce di un modello dimensionale di funzionamento del paziente.

Letteratura e Metacognizione: implicazioni per la pratica clinica. Uno studio pilota

Relatore: Lucia Destino, APC Associazione Psicologia Cognitiva, Lecce

Co-autori:

Francesco Emanuele Pizzoleo, Psicologo, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Studio di Psicoterapia Cognitiva "T3rzo Piano", Maglie (Le)

Vanessa Statilani, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione, III anno Associazione di Psicologia Cognitiva, Lecce

La narrazione è un processo prettamente umano (Nelson, 2003; Bruner, 1990, 1996) che viene costruito ed opera a diversi livelli cognitivi e consente produzione di significati (Batini).

Una storia è la rappresentazione di eventi, che sono guidati da comportamenti intenzionali di personaggi con obiettivi unici, in ambienti immaginati che possono rimandare al mondo reale (Marr, 2004).

Di conseguenza, processare un elemento di narrazione da parte del cervello umano diventa qualcosa di più complesso del mero processamento linguistico. Significa comprendere le intenzioni, gli obiettivi, le emozioni e altri stati mentali dei personaggi: ciò che viene definito come mentalizzazione (Frith & Frith, 2003).

Immaginando oggetti, azioni e situazioni, la nostra mente impiega lo stesso apparato neuronale motorio o visuale utilizzato per gli input provenienti dalla realtà.

Per Gallese e Wojciehowski la retorica impiegata da Dante farebbe dunque appello all'involontaria, pre-razionale esperienza di rispecchiamento (mirroring) capace di destare la risposta empatica del lettore attraverso l'attivazione dei neuroni specchio (Gallese, Wojciehowski, 2011).

Non solo il contenuto delle storie aiuta a dare un senso all'esperienza, ma la funzione stessa del racconto ha questo potere, tale che l'autonarrazione assume la medesima funzione.

Secondo Stern (1997) il Sé è strutturato in forma narrativa, le storie sono schemi per integrare le informazioni in entrata, strumenti per decodificarle e per attribuirvi senso (Dimaggio in Psicoterapia cognitiva del paziente grave, Semerari A.,1999).

Il libro si espande verso il fruitore attraverso una serie di sensazioni che stimolano l'attenzione e suscitano emozioni.

L'azione, l'atmosfera e il contesto, in sostanza il narrato con tutta la sua suggestione richiama risonanze, ci schiude conoscenze, ci propone alternative, allarga i nostri orizzonti esperenziali interrogandoci, rappresenta una perturbazione che scuote il nostro più o meno ordinato mondo vitale.

La lettura di un libro consente di incrementare la metacognizione.

Nello specifico:

- *La funzione di monitoraggio degli stati interni;*
- *La funzione di differenziazione tra rappresentazione e realtà e tra pensiero proprio e altrui (decentramento);*
- *La funzione di integrazione tra diversi stati mentali e modalità di funzionamento proprie e altrui;*
- *La funzione di mastery, ovvero la capacità di padroneggiare e intervenire sugli stati mentali.*

L'obiettivo del presente lavoro è quello di individuare come la lettura influenzi la metacognizione nelle sue diverse componenti e, di conseguenza, come il clinico possa, strumentalmente, utilizzarla in psicoterapia.

23 Settembre, Sabato

17.45-19.00
CORPO AULE - AULA 3

SIMPOSIO S-052

La voce del corpo in psicoterapia

Chair: **Carla Antoniotti**, Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Costruttivista Nous, Milano; Università Milano-Bicocca, Bergamo

Discussant: **Paolo Ottavi**, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Questo Simposio nasce dal desiderio di un confronto sulle possibili diverse modalità di dare voce al corpo in psicoterapia.

Dalle neuroscienze abbiamo acquisito evidenza scientifica del ruolo integrato del sentire corporeo nelle relazioni umane. La scoperta dei neuroni specchio è la prova che i nostri corpi possono capirsi l'uno con l'altro ad un livello neurologico incarnato ed esperienziale.

Il nostro interesse quindi va al corpo del paziente, ma anche al corpo del terapeuta in relazione. Pensiamo che la consapevolezza dei nostri movimenti, dei nostri ritmi, delle nostre posture sia importante tanto quanto la consapevolezza delle nostre emozioni, delle sensazioni e dei processi mentali.

Anche gli atteggiamenti posturali, e non solo i sintomi, possono essere letti come il miglior adattamento possibile a una data situazione.

Le riflessioni che proponiamo riguardano diverse possibilità di introdurre un lavoro sul corpo in situazioni di impasse e i possibili vantaggi o svantaggi, facilitazioni o difficoltà dell'integrazione di un lavoro sul corpo in un percorso di psicoterapia.

Le relazioni che verranno proposte e che permetteranno il dibattito riguardano:

- 1. Un approccio al disturbo alimentare, integrato e multidisciplinare, che si propone di oggettivare e rielaborare il sé corporeo, considerato all'origine del disagio;
- 2. Il valore della conoscenza percettiva e dei processi taciti nei cambiamenti in psicoterapia e l'utilizzo della tecnica del focusing nelle situazioni di impasse;
- 3. Un'integrazione della psicoterapia sensomotoria con il modello cognitivo costruttivista, in cui l'attenzione al corpo si declina in armonia con la consapevolezza e la collaborazione terapeuta-paziente;
- 4. Un percorso clinico in cui la psicoterapia viene integrata da un lavoro in parallelo condotto da un istruttore di trauma sensitive yoga dove è il corpo a guidare l'esperienza.

Diverse modalità di dare voce al corpo in psicoterapia accomunate da un punto di vista che segna un importante cambiamento di prospettiva: il corpo non più visto solo se disfunzionale, ma il corpo come risorsa.

Il corpo e la sua immagine nei disturbi dell'alimentazione

Relatore: **Patrizia Todisco**, Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale per i disturbi dell'Alimentazione, Villa Margherita-Kos, Arcugnano (VI)

Secondo il modello transdiagnostico cognitivo-comportamentale, il nucleo psicopatologico centrale nei disturbi dell'alimentazione (DA) è rappresentato dall'eccessiva importanza attribuita a corpo/peso/aspetto e al loro controllo nella valutazione di sé. Le conseguenze cognitivo-emotivo-comportamentali sono una serie di pratiche rivolte a cercare di controllare l'assunzione di cibo o gli effetti della stessa sul corpo, con modalità rigide e perfezionistiche che quando vengono infrante portano a sconforto e disregolazione sia emotiva che comportamentale (abbuffate-metodi di compenso). Il corpo e la sua immagine nei DA sono oggetto di

attenzione e controllo compulsivo-ossessivo, ma il vissuto corporeo è negato, confuso, non considerato. Spesso i soggetti con DA tendono a svalutare i segnali del corpo connessi al comportamento alimentare disturbato e arrivano all'osservazione degli specialisti dopo molti anni in cui hanno negato o male-interpretato quanto succedeva al loro corpo. Il disagio corporeo in queste patologie consiste in un atteggiamento cognitivo-affettivo verso il proprio corpo che comprende diversi concetti connessi all'immagine corporea come l'insoddisfazione corporea, l'evitamento o al contrario il controllo compulsivo del proprio corpo, sentimenti di distacco ed estraneità verso il proprio corpo e preoccupazione verso particolari parti, forme o funzioni corporee. L'insoddisfazione corporea, l'ipervalutazione di peso/aspetto e l'alterazione dell'immagine del corpo sono poi gli aspetti che tendono a persistere più a lungo, sono meno sensibili ai trattamenti evidence-based finora riconosciuti e rappresentano fattori prognostici negativi e di rischio di ricaduta dopo remissione. Per cercare di comprendere la realtà clinica, i sintomi DA sono stati recentemente interpretati come l'epifenomeno di un più profondo disturbo dell'embodiment, ovvero del modo in cui le persone sperimentano il proprio corpo, superando il semplice coinvolgimento della percezione visiva e includendo la cenestesia, che è la comprensione diretta, pre-riflessiva della propria corporeità in prima persona. Una profonda alterazione della cenestesia e la conseguente perdita della capacità di esperire il proprio corpo dall'interno, che porta a un'eccessiva dipendenza dallo sguardo dell'altro come modo per sentirsi un sé incarnato, sarebbero alla base dei DA. Evidenze cliniche e sperimentali dimostrano che i soggetti DA presentano una consapevolezza del sé corporeo alterata, che è anteriore allo sviluppo del disturbo e che porta un senso di estraneità verso le proprie emozioni ed è associata a problemi di definizione di sé che sono gestiti in modo disfunzionale nei soggetti vulnerabili con lo sviluppo della sintomatologia alimentare.

Nel trattamento dei DA non è possibile ignorare questa sofferenza ed è necessario includere nel progetto di cura integrato e multidisciplinare interventi che consentano di oggettivare e rielaborare il sé corporeo.

Il Lavoro esperienziale sul livello implicito in psicoterapia cognitiva.

Una pratica con il Focusing

Relatore: Angelo Maria Inverso, AUSL Valle d'Aosta, Ivrea

Punto di partenza di tutta la nostra riflessione è data dalla proposizione del seguente problema: perché i pazienti non cambiano nel corso di una psicoterapia? Perché non cambiano nonostante paziente e terapeuta ritengano che il processo di conoscenza necessario ad un cambiamento sia arrivato al suo traguardo? Perché non cambiano nonostante siano state poste in essere le attività funzionali a risolvere i problemi proposti dal paziente all'inizio del percorso terapeutico? Gendlin (2010) denomina questa situazione vicolo cieco e ne identifica due tipologie: ragionamento senza sbocco e sentimenti ripetitivi. La nostra tesi è che il cambiamento si produce quando la conoscenza che si acquisisce induce ad una diversa percezione del problema e delle soluzioni ad esso. Ossia, che la conoscenza necessaria sia una Conoscenza Percettiva (Perceptual Knowledge) (Frau, T. Inverso, A.,M. e coll. 2013). La psicoterapia è, in questo senso, in massima parte un processo di consapevolezza.

Molte procedure tecniche si rivolgono alla consapevolezza corporea come strumento di conoscenza di sé che introduce a significati taciti dell'esperienza.

Fra questi il focusing occupa una posizione speciale, perché ha la potenzialità di coniugare significati impliciti veicolati dalla conoscenza corporea e riformulazione di essi in termini di significati espliciti verbalizzabili, che colgono il preciso significato personale del vissuto corporeo. (Gendlin, G., 2001).

Cuore della tecnica è la connessione e il riconoscimento del "felt sense" e l'attitudine a lasciarne progredire gli sviluppi impliciti fino alla espressione del significato globale di un'esperienza o di una situazione.

Dal fatto che si tratta di un processo derivano gli elementi tecnici che permettono la connessione con il processo stesso. Il felt sense, come ogni sistema dinamico, ha bisogno di spazio e tempo per evolversi. La tecnica del focusing non è altro che la creazione di dette condizioni. L'intervento che presento è una introduzione sia alla tematica del valore della conoscenza percettiva e della inevitabilità del coinvolgimento dei processi taciti nel cambiamento terapeutico, sia l'introduzione all'utilizzo di questa tecnica specifica nelle situazioni di impasse terapeutico.

Le risorse somatiche come strumento di cambiamento nel lavoro psicoterapeutico

Relatore: Silvia Rinaldi, Scuola di Medicina, Università degli Studi dell'Insubria, Scuola di Specializzazione CTC Como e Milano

"Il corpo conserva la memoria" (Ron Kurtz, 1978). Questo è l'incipit e l'ispirazione della relazione che verrà qui presentata. A partire da una introduzione sulla Psicoterapia Sensomotoria, si vogliono condividere in questa sede alcuni "esperimenti", realizzati durante le sedute di psicoterapia, nei quali l'esperienza del corpo è per il paziente risorsa e punto di partenza per cambiamenti somatici ed anche cognitivi ed emotivi.

Quando le parole non sono sufficienti, un approccio somatico al trattamento del trauma può essere estremamente efficace. La psicoterapia sensomotoria unisce tecniche cognitive e somatiche. Questo è importante prevalentemente proprio nel trattamento del trauma, quale trigger che, come è ben noto, può avere un effetto schiacciante sul corpo e può manifestarsi come sintomi somatici.

La psicoterapia sensomotoria è una terapia del linguaggio basata sul corpo, che integra le scoperte attuali delle neuroscienze con i principi della terapia orientata sul corpo e la teoria dell'attaccamento, per trasformare i ricordi traumatici in punti di forza e nuove risorse per il paziente (Pat Odgen, Kekuni Minton, Clare Pain). Funziona con traumi dello sviluppo, come per esempio la mancanza di sintonia materna, così come traumi acuti o gravi come abusi sessuali, violenze o abusi verbali. La Psicoterapia Sensomotoria interviene quindi sulla fisiologia del trauma, sulla disregolazione del sistema nervoso e sulla sofferenza provocata da tale iperattivazione o dal tentativo di difendersi da essa. Il lavoro sul corpo facilita il processamento delle memorie implicite, modifica l'apprendimento procedurale e aiuta a regolare l'arousal del sistema nervoso autonomo.

Il lavoro terapeutico che si vuole qui presentare considera le basi della psicoterapia sensomotoria, quali la consapevolezza e la collaborazione con il paziente, come elementi salienti: al paziente, con gentilezza e in toni cooperativi, viene chiesto il "permesso" di fare ogni esperimento o processo lungo il percorso.

Attraverso questa crescente integrazione mente-corpo, il paziente acquisisce una progressiva capacità di regolazione emotiva, autoriflessività e un maggiore senso di padronanza e competenza.

Durante questa relazione verranno proposte alcune esemplificazioni specifiche in tal senso anche come "integrazioni" realizzabili nel modello cognitivo costruttivista.

Come 'Dare la voce al corpo' in psicoterapia?

Relatore: Laura Fortunati, NOUS, Scuola di Psicoterapia Cognitiva Costruttivista, Milano

Il tema della corporeità in psicoterapia è proposto in modo diffuso nella formazione e nell'aggiornamento di noi psicoterapeuti ed esistono molteplici approcci, tecniche che coinvolgono o si dirigono sul corpo. L'impulso è dato anche dalle conoscenze neuro scientifiche attuali, sulle connessioni corpo-mente.

Lo strumento prevalente della psicoterapia è il linguaggio verbale; il linguaggio non verbale espresso dal corpo, è osservato, è lo sfondo che connota emotivamente la comunicazione.

Come dare voce al corpo nelle nostre psicoterapie verbali? Possiamo riferirci ad approcci diversi, possiamo avere una formazione specifica in un approccio e integrarlo direttamente nella psicoterapia, modificando il setting abituale della psicoterapia, oppure proponendo in parallelo un percorso con altri colleghi/professionisti.

Quando - In che fase della terapia proponiamo questa integrazione? Come emerge questa necessità/indicazione?

Perché? – Cosa ci aspettiamo da un approccio corporeo?

Queste alcune domande che intendono stimolare una riflessione e che mi sono posta nel caso clinico che condivido.

Attualmente, in una fase avanzata della psicoterapia, abbiamo integrato un percorso parallelo condotto da un istruttore di trauma sensitive yoga. (Emerson, 2022)

I fase - La necessità di introdurre dei cambiamenti nel setting classico, è emersa nel momento in cui il livello di criticismo della paziente verso sé stessa era molto elevato ed altrettanto il livello di arousal specialmente la sera e di notte. Il primo cambiamento è consistito nell'introduzione di pratiche di mindfulness volte a favorire la regolazione emotiva e la possibilità di entrare in contatto con le sensazioni fisiche. Questo ha consentito la possibilità di fare l'esperienza di mettere in pausa il "cervello pensante" (Van der Kolk, 2015).

II fase- La paziente, dopo aver migliorato il suo modo di sentire e stare nelle relazioni, porta la richiesta di affrontare episodi traumatici del passato con la tecnica EMDR: "anche se fanno male e vorrei scappare" e questo lo dimostra con il suo corpo che si irrigidisce e si allontana. Il corpo parla una voce dissonante rispetto a quello che le parole dichiarano, da questa osservazione scaturisce una rielaborazione della richiesta 'perentoria' e l'associazione con dinamiche autoaggressive, non protettive, che la paziente aveva già attuato nella sua storia passata. L'ascolto del corpo suggerisce un approccio più libero e graduale e la paziente accetta la proposta di provare ad incontrare un istruttore di trauma sensitive yoga. Inizia così un percorso parallelo dove al centro dell'osservazione e dell'esperienza viene posto il corpo e le sensazioni che da esso provengono ed è proprio il corpo a guidare l'esperienza. Interessante anche il fatto che l'istruttore sia un uomo e questo ha consentito alla paziente l'esperienza, mai provata, di stare a suo agio nella vicinanza di un uomo ed essere consapevole delle sensazioni fisiche provate nel presente.

23 Settembre, Sabato

17.45-19.00

SIMPOSIO S-021

CORPO AULE - AULA 4

Applicazioni del modello di concettualizzazione LIBET: verso una prospettiva esplorativa, evidence-based e transteorica

Chair: Arianna Belloli, Laurea magistrale in Psicologia Clinica, Sigmund Freud University, Milano; Dottoranda di ricerca in Psicologia, Sigmund Freud University, Vienna; Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale in formazione, Studi Cognitivi, Milano

Discussant: Walter Sapuppo, Psicologo, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, didatta presso Studi Cognitivi e docente presso Sigmund Freud University, Milano

La procedura LIBET è un modello di formulazione del caso finalizzato a: (i) favorire l'alleanza terapeutica basata sulla condivisione esplicita della concettualizzazione, (ii) integrare interventi su sintomo e vulnerabilità nel funzionamento premorbo e (iii) monitorare il percorso di terapia. Considerata la natura transteorica del modello, l'obiettivo del simposio in oggetto è quello di esplorare possibili applicazioni del modello in ambito clinico e di ricerca, partendo dalla sua implementazione all'interno di protocolli di psicoterapia evidence-based (e.g. Terapia Cognitivo Comportamentale Migliorata per i disturbi alimentari), per poi approfondire l'integrazione di metodologie alternative di raccolta e analisi dati (e.g. integrazione di dati naturalistici, linguistici e self-report) e approfondendo la possibilità di considerare la formulazione del caso come un possibile indice di alleanza terapeutica.

L'implementazione del modello LIBET (Life Themes and Semi-Adaptive Plans - Implications of Biased Beliefs, Elicitation and Treatment) al protocollo di terapia Cognitivo Comportamentale Migliorata (CBT-E)

Relatore: Arianna Belloli, Laurea magistrale in psicologia clinica, Sigmund Freud University, Milano; Dottoranda di ricerca in psicologia, Sigmund Freud University, Vienna; Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale in formazione, Studi Cognitivi, Bergamo

Co-autori: Sassaroli, Sandra: fondatrice e presidente del gruppo Studi Cognitivi

Introduzione: La Terapia Cognitivo Comportamentale Migliorata (CBT-E) è indicata dalle linee guida internazionali come trattamento di prima linea per i disturbi alimentari. Nonostante la sua evidenza empirica, la formulazione del caso prevista dal protocollo ha un focus incentrato sulla psicopatologia alimentare, ma non sul funzionamento generale del paziente e sulle variabili di metacontrollo connesse. Questo progetto di ricerca esplora, dunque, l'integrazione tra la CBT-E e il modello di concettualizzazione del caso LIBET incentrato sul funzionamento generale, sulla storia evolutiva e su variabili processuali. Considerando che uno degli obiettivi della procedura LIBET consiste nel favorire l'alleanza terapeutica, basata sulla condivisione esplicita della formulazione del caso, il rationale di questo studio pilota risiede nel potenziale sviluppo di una concettualizzazione del caso ad ampio spettro che consideri il funzionamento generale, in aggiunta al lavoro terapeutico sul sintomo alimentare specifico della CBT-E.

Metodo: Si ipotizza che l'implementazione del modello LIBET al trattamento CBT-E possa massimizzare sia l'efficacia del trattamento sul sintomo, sia l'alleanza terapeutica. Per testare l'ipotesi di ricerca viene eseguito

un disegno di studio longitudinale a tre momenti, con la somministrazione di scale cliniche che valutano i seguenti domini: psicopatologia alimentare, ansia, depressione, regolazione emotiva, metacognizione, perfezionismo, psicopatologia generale e alleanza terapeutica. Le scale cliniche somministrate sono le seguenti: Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0), Binge Eating Scale (BES), Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA 3.0), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Brief Symptom Inventory (BSI), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Penn-State Worry Questionnaire (PSWQ), Metacognitions Questionnaire 30 (MCQ-30), Multidimensional Perfectionism Scale (MPS) e Working Alliance Inventory (WAI).

L'efficacia del trattamento viene misurata sulla base della riduzione dei punteggi alle scale cliniche somministrate e dell'aumento dell'alleanza terapeutica, valutata con la WAI.

Risultati attesi: la consapevolezza del funzionamento processuale, dopo la concettualizzazione del caso LIBET, potrebbe massimizzare l'efficacia del protocollo CBT-E, con un aumento dell'alleanza terapeutica.

Ecological Momentary Assessment (EMA) e Natural Language Processing (NLP): un approccio ecologico alla formulazione clinica del caso

Relatore: Matilde Buattini, Laurea magistrale in psicologia clinica, Sigmund Freud University, Milano; Dottoranda di ricerca in Psicologia, Sigmund Freud University, Vienna; Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale in formazione, Studi Cognitivi, Milano

Co-autori: Caselli Gabriele: Psicologo, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, didatta e supervisore Studi Cognitivi, docente Sigmund Freud University, Milano

Obiettivi. Il seguente progetto mira a raccogliere dati naturalistici, linguistici e self-report e a valutare se i metodi di processamento automatico del linguaggio naturale (Natural Language Processing; NLP) e di Ecological Momentary Assessment (EMA) possano essere integrati e supportare gli attuali strumenti clinici per la formulazione cognitiva dei casi.

Metodi. I colloqui di assessment su un campione clinico saranno registrati e dalle trascrizioni si estrapolerano i dati utili all'analisi tramite algoritmo NLP. Un disegno within-subjects verrà applicato a un campione non-clinico e saranno raccolte sia informazioni sulle loro caratteristiche individuali (ad esempio, strategie di regolazione, vulnerabilità emotive e credenze), sia in formato self-report che tramite brevi registrazioni.

Risultati attesi e implicazioni. Si ipotizza che la formulazione effettuata tramite NLP e EMA fornisca risultati in linea e paragonabili a quelli ottenuti con un classico assessment, e aggiunga informazioni utili alla comprensione del funzionamento del paziente. Ciò potrebbe modificare in modo significativo il processo psicoterapeutico nelle sue varie fasi, dall'assessment al monitoraggio, nonché ottimizzare il tempo necessario alla condivisione della formulazione con il paziente e fornire ulteriore validità alla formulazione cognitivo-comportamentale.

"Concordo che non siamo concordi": confronto tra concordanza/discordanza formulazione del caso e rotture/riparazioni alleanza terapeutica

Relatore: Alessio Mantovani, Laurea triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche, Sigmund Freud University, Milano

Co-autori: Ruggiero, Giovanni Maria: Presidente del Comitato Scientifico di Studi Cognitivi

L'elaborato si pone come obiettivo quello di sviluppare un metodo per misurare la concordanza/discordanza tra terapeuta e paziente e validarlo come indice dell'alleanza terapeutica. Al fine di ottenere tale risultato si andrà ad osservare l'esistenza, o meno, di una convergenza tra il livello di condivisione della formulazione del caso secondo il modello LIBET e il grado di significatività delle rotture e riparazioni, all'interno della relazione terapeutica. La valutazione avviene su trascritti di sedute terapeutiche, tramite l'utilizzo di 2 scale distinte: per l'identificazione del grado di condivisione della formulazione del caso è stata ideata una scala pilota basata su temi di vita e piani semi-adattivi; invece, per la misurazione della significatività delle rotture e riparazioni è stato utilizzato il Rupture Resolution Rating System (3RS) (Eubanks et al., 2019). Le scale vengono applicate, in modo alternato, da due valutatori indipendenti sui medesimi trascritti. Una volta portata a termine l'applicazione della prima scala, differente per ciascun valutatore, viene lasciato intercorrere un periodo di 15 giorni, limitando così l'influenza di possibili bias, per poi proseguire con una seconda misurazione a scale invertite che si concluderà con un confronto delle valutazioni eseguite.

23 Settembre, Sabato

17.45-19.00
CORPO AULE - AULA 5

SIMPOSIO S-030

Quattro terapeuti per un paziente: strategie e tecniche di diversi terapeuti e approcci in psicoterapia cognitiva

Chair e Discussant: Luca Celotti, Psicologo, Psicoterapeuta, Casa di Cura Villa Esperia, Pavia

Il simposio ha lo scopo di creare un'occasione di confronto tra colleghi sulla gestione di uno stesso episodio portato in seduta da un "paziente". Verranno presentate delle videoregistrazioni di stralci di seduta con un attore-paziente, in cui poter osservare gli interventi di quattro professionisti di matrice cognitivo comportamentale ma di formazione specifica ed esperienze cliniche differenti. Durante il simposio verranno poi discusse le scelte strategiche, tecniche e relazionali viste nei video e verrà ascoltato il feedback del "paziente" ai vari interventi.

Intervento REBT sull'emozione della rabbia

Relatore: Sara Bernardelli, Psicologa, Psicoterapeuta, didatta Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Albert Ellis Institute New York

L'intervento mostrerà l'applicazione dell'approccio REBT-Rational Emotive Behavior Therapy al problema del paziente. In particolare, verrà illustrato come raccogliere l'ABC per mettere in evidenza i pensieri disfunzionali del paziente e l'applicazione di un intervento di ristrutturazione cognitiva di tipo logico, empirico e funzionale per la messa in discussione dei pensieri stessi ed elaborare una visione più funzionale della situazione per favorire un miglior benessere psicologico.

Diary Card e Catena Comportamentale in seduta: un esempio di applicazione clinica per il monitoraggio e il trattamento della sofferenza emotiva e dei comportamenti problematici

Relatore: Laura Rigobello, Psicologa, Psicoterapeuta, didatta Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Team DBT Pavia, Università Commerciale Bocconi

Co-autori: Rancati Giulia, Casa di Cura Villa Esperia e Università Commerciale Luigi Bocconi

I comportamenti problematici e la sofferenza emotiva, durante il primo stadio della terapia dialettico comportamentale, DBT, vengono monitorati, valutati e trattati attraverso la diary card e l'analisi della catena comportamentale. Nel video si mostrerà un breve intervento durante una seduta terapeuta-paziente attraverso l'uso di questi strumenti, preziosi sia nella fase di assessment sia nel trattamento.

Strategie terapeutiche con la rabbia

Relatore: Michele Masotto, Psicologo, Psicoterapeuta, didatta Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Associazione Facilitazione Genitoriale

L'intervento si pone l'obiettivo di mostrare una parte di seduta con un paziente che porta vissuti emotivi di sofferenza, in particolare inerenti alla rabbia e alla frustrazione; verrà utilizzato l'approccio cognitivo standard per la raccolta degli ABC e per la messa in atto di una ristrutturazione cognitiva prevalentemente di tipo logico, in sinergia, in un passaggio successivo, con elementi dell'ACT.

Agire e non reagire

Relatore: Francesca Baggio, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva

La terapeuta propone un intervento che ha le radici su una formazione di base di cognitivismo standard, arricchita negli anni da approfondimenti vari e dall'esperienza clinica in setting individuale. Nel lavoro su un episodio caratterizzato dalla rabbia il clinico è guidato nell'uso delle tecniche e dell'assetto relazionale dalla conoscenza del paziente e del suo problema, dagli obiettivi che ci si è prefissati e dal qui ed ora della seduta.

23 Settembre, Sabato

17.45-19.00
CORPO AULE - AULA 6

SIMPOSIO S-053

Quale psicoterapia per unire ricerca, clinica, riabilitazione e impegno sociale?

Chair: Adele De Pascale, già Prof. Aggr. di Psicologia Clinica, Facoltà di Farmacia e Medicina, Sapienza Università di Roma; APR Accademia di Psicoterapia, Psichiatria e Psicologia culturale Post-Razionalista, Roma

Discussant: Francesco Mancini, Direttore Scuole di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Nell'intervento psicoterapeutico disponiamo di linee guida centrate fundamentalmente sulle problematiche e i comportamenti del singolo paziente, mentre sono ancora molto carenti le indicazioni di "come muoversi" nei confronti della rete familiare e sociale, della cultura e del vissuto esistenziale del paziente e della sua famiglia, e di come indagare sull'evoluzione e sull'andamento del disturbo, oltre che di come intervenire nella terapia, che spesso si avvale anche dell'uso di farmaci, non in maniera però integrata con l'approccio adottato, ma quando "non si sa cosa fare". Come integrare tutti gli aspetti medico-psicologici relazionali e sociali dell'intervento? Come affrontare la domanda spesso indiretta di aiuto mossa non sempre dal paziente ma dai suoi familiari o dalle istituzioni? Chi convocare, cosa fare se il paziente non accetta di farsi curare? Quali aspetti della storia di sviluppo è opportuno valutare? È importante ricostruire lo scompenso a partire dalle fasi precedenti al momento in cui si è verificato? Sono centrali i rapporti affettivi in corso, e quelli passati? La risposta a queste domande tiene conto della necessità di un cambiamento della cultura psichiatrica e psicoterapeutica generale e di alcune linee strategiche di intervento molto semplici e concrete, anche se fondate su un modello epistemologico raffinato e astratto, come quello costruttivista sistemico-processuale. In quest'ottica è centrale l'ipotesi teorico-epistemologica che i sintomi siano comprensibili e al tempo stesso esprimano un tentativo di spiegazione e di riconfigurazione dell'esperienza personale, emotivamente confusa, che la persona sta vivendo, e fondamentale è la distinzione dei vari livelli sistemici, anche temporali, nei quali il paziente esprime il suo disagio e la sintomatologia psicopatologica: il livello interno o individuale, quello familiare e quello sociale, nella loro integrazione.

Reduci dall'esperienza della pandemia, della quale continuiamo a patire gli esiti, ci è sembrato utile coinvolgere due pediatri "illuminati" particolarmente sensibili allo sviluppo e alla psicologia e al vissuto emotivo dei loro pazienti, per richiamare l'attenzione anche sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, la cui eziologia è ampiamente riconosciuta come multifattoriale e complessa, come per altro tutte le patologie e le condizioni evolutive. L'aumentata incidenza dei disturbi psicologici dell'infanzia (circa il 30%) specialmente tra i giovani (8-11/13-15 anni) ha sottolineato l'importanza e la necessità di integrazione dei vari livelli coinvolti. In aggiunta l'inadeguatezza dell'offerta di trattamenti psicologici e psichiatrici nel corso dell'emergenza ha evidenziato la necessità della progettazione di un nuovo modo di pensare ed erogare trattamenti e di integrare strategie e procedure per affrontare il disturbo psicologico.

Un approccio in termini di sistemi complessi: un approccio post-razionalista

Relatore: Adele De Pascale, già Prof. Aggr. di Psicologia Clinica, Facoltà di Farmacia e Medicina, Sapienza Università di Roma; APR Accademia di Psicoterapia, Psichiatria e Psicologia culturale Post-Razionalista, Roma

Per quanto riguarda soprattutto i disturbi psicopatologici gravi, riconducibili all'ampia categoria delle psicosi, dei disturbi alimentari e dei disturbi di personalità, negli articolati e multiformi modelli del comportamento umano e dei processi emotivi e conoscitivi, della psichiatria e delle psicoterapie, delle scienze cognitive e delle neuroscienze, c'è difatti un interesse crescente sul ruolo da dare all'esperienza umana mantenendosi nei confini della scienza e la sfida è aperta, a come faccia il cervello a diventare un Sé. Animati da altrettanto interesse e curiosità scientifica, oltreché dalla pratica clinica, il nostro contributo vuole considerare un modello capace di render conto della complessità dell'esperienza umana, dalla normalità alla patologia grave, convinti che una maggiore comprensione della "normalità" potrebbe gettare luce sulle forme della patologia e che una maggiore comprensione di questa fornirebbe contributi alla prevenzione e alla terapia in una sorta di reciprocità. Esplorare i confini estremi dell'esperienza soggettiva, come quelli abitati dalla psicosi, ritenendo che lo studio della reciprocità normalità-patologia darebbe un grande contributo per la comprensione di entrambe, assistiamo sempre più, "tra gli esperti" che se ne occupano, a una spartizione di competenze suddivise tra un bio, inteso come studio dei più fini processi molecolari, e un socio, centrato sulla riabilitazione di un fenomeno stabilizzato, lasciando allo psico le briciole di una gestione ancillare, migliorativa, cosmetica, del loro prodotto di una gestione cronicizzante: un disturbo diventato malattia cronica non più o scarsamente modificabile.

Partendo da queste premesse, ci rifacciamo a un modello che integri e mantenga la sua natura fondativa sistemico-processuale (e post-razionalista vuol dire sempre sistemico processuale), orientata in termini di complessità, accanto all'epistemologia evoluzionista, con molti altri filoni di ricerca: la primatologia, la paleoantropologia, lo studio delle emozioni e della regolazione emotiva, la linguistica, la sociologia, la fenomenologia e l'antropologia, l'ermeneutica, la filosofia, il funzionamento dei sistemi sociali e in particolare della famiglia, la psicoterapia e la relazione terapeutica. La tensione è sempre quella di cercare un tratto di unione tra l'immensa variabilità delle soggettività umane e i limiti e la durezza della realtà 'oggettiva', tra affettività e cognizione, fra tacito ed esplicito, tra consapevolezza e auto-inganno, fra ordinamento e regolazione emotiva, rimanendo però sempre dentro l'ambito delle discipline scientifiche. Una tale ricerca che non può avere un termine definitivo, che segna discontinuità e novità non solo con la psicopatologia descrittiva tradizionale, ma anche con la concezione dell'essere umano che viene fuori dalle scienze cognitive tradizionali di tipo computazionale, che raggiunge nuove tappe e pone nuove domande.

I bisogni individuali, familiari e sociali del bambino nella pediatria generale

Relatore: Elisabetta Intini, Pediatra di famiglia ASL, Bari

Il pediatra di famiglia riveste un complesso ruolo sociale a tutela dell'infanzia poiché il suo compito è la CURA, intesa come presa in carico del benessere in tutti i suoi aspetti. Seguire il percorso di crescita del bambino dalla nascita alla adolescenza pone il pediatra in una condizione di osservatore privilegiato e consente di avvertire, prima di ogni altra figura professionale, non solo le patologie fisiche in senso stretto ma i disagi e i segni di sofferenza bio-psico-sociale.

Conoscere la famiglia del bambino, il suo contesto culturale, i miti fondanti delle sue credenze, l'interazione con la comunità, offre una visione più completa della vita relazionale e quindi della salute del bambino prima e dell'adolescente dopo, in un continuum che fa la storia e la narrazione di una esistenza nel suo periodo di crescita più tumultuoso e affascinante.

Lo sguardo del pediatra deve essere sistemico, irraggiarsi oltre l'entità meramente biologica del corpo, per accogliere la dimensione psichica che permea la vita.

Lo sguardo attento coglie le emozioni, si fa domande, scruta al di là del detto, si costituisce parte più attiva nella interazione medico-paziente.

È così che si possono cogliere precocemente quei piccoli segni di disagio che se ignorati si strutturano in malattia. Il riconoscimento e l'invio al terapeuta in tempi brevi sono il compito del pediatra. La consapevolezza delle connessioni affettive, emotive, sociali dell'individuo è fondamentale per una analisi quanto più corretta possibile, anche se mai esaustiva.

Il bambino porta con sé la famiglia, la scuola, lo sport, e tanti infiniti mondi possibili che devono raccordarsi armoniosamente. Ognuno di questi mondi deve connettersi con gli altri: si porta in palestra quello che si è appreso in casa, si porta a casa quel che si è appreso a scuola, e così via.

Nello studio del pediatra si porta tutto questo in un arco di tempo così lungo da consentire conoscenza, familiarità, affetto, fiducia. L'intercettazione di "quel qualcosa che non va" diventa così naturale e spontaneo, quasi come venga meno il riconoscimento immediato di quel bambino, quasi come se una nota stonata colpisse l'orecchio, se attento, e sospendesse il sentimento di familiarità. È là che il pediatra deve chiedere e indagare. E chiedersi: quali sono i tuoi bisogni? Dove stai navigando? Quale è la tua idea di TE? Quali sono le tue sponde, sono sponde sicure? Queste sono le domande che un Testimone Soccorrevole deve fare davanti ad un disagio. Ma non solo. L'idea più ambiziosa è di operare perché il contesto di vita di ogni bambino abbia a cuore la sua salute e il suo benessere, individuando i bisogni imprescindibili e riconoscendo il suo diritto al rispetto e all'amore.

I bisogni individuali, familiari e sociali del bambino nell'ambito della nutrizione pediatrica

Relatore: Andrea Vania, già Responsabile del Centro di Dietologia e Nutrizione Pediatrica, Policlinico Umberto I, Roma; già Professore Aggregato di Pediatria, Sapienza Università di Roma

La Pediatria è probabilmente, tra le specialità mediche, quella più affine per tratto "genetico" alla psicologia, per varie ragioni: necessità di comprendere e interagire progressivamente sempre più con il bambino, man mano che procede la sua crescita fisica e mentale; necessità di interagire con le famiglie e capire – almeno grossolanamente – quali siano le dinamiche che le attraversano; necessità di capire l'ambiente sociale in cui bambino/ragazzo e famiglia si muovono; necessità, infine, di capire quanto dei disturbi del bambino, o che la famiglia presenta come tali, se non legati a banali acuzie, siano determinati in tutto o in parte dalle dinamiche suddette. Come in tutte le specialità, anche la Pediatria ha sviluppato una miriade di branche, e tra queste la Nutrizione Pediatrica è forse l'ambito in cui la necessità per il clinico di avere almeno un'infarinatura dei processi che agitano la mente di un bambino, un ragazzo, un adolescente e della loro famiglia, e del ruolo di tali processi nel determinismo e nello sviluppo di disturbi che spesso sono presentati (o sospettati) come di pura natura fisica. Tale imprescindibile necessità, tra l'altro, consentirà al medico di indirizzare correttamente quella famiglia nelle scelte diagnostico-terapeutiche più adeguate per essa e per il disturbo stesso e, al tempo stesso, di evitare o ridurre al minimo una serie di procedure e accertamenti che, a volte, vengono comunque utilizzati, col duplice scopo da un lato di "épater les bourgeois" (stupire il borghese) ma dall'altro di raggiungere quella "captatio benevolentiae" da parte della famiglia, due aspetti del rapporto medico-paziente-famiglia (in pediatria sempre una triade!) che serve a costruire e cementare quell'alleanza terapeutica, che la psicologia ci insegna ma che ormai anche la medicina ha imparato ad apprezzare per il suo valore migliorativo rispetto a prognosi e outcome dei disturbi affrontati. Dirigere un Centro, che di Nutrizione Pediatrica si occupa, e comunque occuparsi anche nella libera professione di questi aspetti, in apparenza puramente "nutrizionali", offre, da questo punto di vista, un osservatorio difficilmente offerto dalle

altre sub-specialità pediatriche. Approssimativamente, tra il 70 e l'80% delle famiglie che contattano chi si occupa di Nutrizione Pediatrica non ha né una problematica strettamente medica né un disturbo psicopatologico che rientri, ad esempio, nell'ambito dei Disturbi della Alimentazione; ha, invece, molto più spesso, un problema che riguarda e investe le relazioni: tra genitori, dei genitori col bambino, del bambino o ragazzo con l'ambiente scolastico o dei suoi pari. Questa tipologia di problemi sembra aver conquistato, negli ultimi decenni, progressivamente sempre più peso, e di certo le recenti vicende pandemiche hanno molto contribuito alla sua esacerbazione, che non di rado si esplicita poi proprio nel campo dell'alimentazione. Si tratta di una notevole sfida per il medico... e per lo psicologo, ognuno dei quali, per le rispettive competenze, dovrà impegnarsi a ricondurre sul giusto binario quella specifica famiglia, che non è mai—per quanto possa sembrarlo—uguale a nessun'altra, anche quando il problema sembra identico.

Una clinica individuale, familiare e sociale: il caso di Giada

Relatore: Giulia Riccobono, APR, Accademia di Psicoterapia, Psichiatria e Psicologia culturale Post-Razionalista, Roma

In questa relazione verranno approfondite, tramite l'ausilio di una esemplificazione clinica, le procedure di intervento secondo l'approccio costruttivista sistemico processuale. In particolare, verranno illustrati i passaggi centrali del trattamento di Giada, 15 anni, che presentava restrizione alimentare, sintomatologia ossessiva (ritualità e check) e manifestava, inoltre, aspetti più riconducibili ad un quadro clinico di tipo fobico. Verranno, altresì, analizzate le dinamiche relazionali presenti all'interno del sistema familiare e il ruolo che queste avevano avuto sull'esordio e sul mantenimento dei sintomi di Giada. Verrà dato particolare rilievo agli aspetti procedurali dell'intervento con il contesto familiare.

L'obiettivo di questa relazione è, dunque, volto ad evidenziare l'importanza di un approccio clinico che prenda in considerazione non solo gli ambiti individuali, ma anche quelli familiari e sociali, così da poter effettuare un trattamento che tenga conto della complessità del soggetto che abbiamo di fronte e della complessa rete di relazioni e significati nel quale esso è implicato.

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-065

TORRE ROSSI - AULA 1 - PIANO TERRA

Non riesco a non pensare ai difetti del mio partner / di mio figlio: il Disturbo Ossessivo-compulsivo incentrato sulle relazioni

Chair: **Barbara Barcaccia**, Psicologa, Psicoterapeuta, Dottore di ricerca, Didatta SPC Roma e AIPC Bari

Discussant: **Francesco Mancini**, Neuropsichiatra infantile e Psicoterapeuta, Direttore delle Scuole di Psicoterapia Cognitiva

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) è un disturbo caratterizzato da una varietà di manifestazioni cliniche e temi ossessivi che, in modo pervasivo, compromettono la vita di chi ne soffre. Negli ultimi decenni un crescente interesse per il DOC con sintomi legati alle relazioni, detto Disturbo Ossessivo Compulsivo da Relazione (ROCD), si è diffuso nel panorama della ricerca internazionale. Numerosi studi sono stati condotti e hanno contribuito a delinearne la fenomenologia e le principali caratteristiche. Il ROCD si caratterizza per il manifestarsi di dubbi ossessivi e preoccupazioni circa le caratteristiche del proprio partner e la relazione romantica in sé. Tali dubbi sono accompagnati da comportamenti compulsivi, messi in atto al fine di alleviare l'ansia associata alla presenza o al contenuto delle ossessioni. Se da un lato il contenuto ossessivo si contraddistingue per la presenza di pensieri circa il partner e.g., "È la persona giusta?" e/o la relazione e.g., "lo amo abbastanza?", dall'altro i comportamenti compulsivi includono ripetuti check circa le caratteristiche fisiche, morali o di personalità del partner e la ricerca di rassicurazione o auto-rassicurazione in relazione all'adeguatezza dei sentimenti sperimentati nella relazione. All'interno del ROCD, i dubbi e le preoccupazioni ossessive sono tipicamente percepiti come intrusioni egodistoniche, inaccettabili e indesiderate, spesso accompagnate dalla presenza di senso di colpa e vergogna. Negli ultimi anni, la ricerca internazionale sulla sintomatologia del ROCD si è allargata a un altro ambito relazionale, quello genitore-figlio, evidenziato che i pensieri ossessivi e i comportamenti compulsivi tipici del ROCD possono organizzarsi anche intorno alla diade parentale.

Alla luce di quanto già evidenziato, il ROCD rappresenta un ambito di ricerca di crescente interesse, che necessita di ulteriori approfondimenti scientifici. Questo simposio si propone l'obiettivo di presentare recenti contributi nell'ambito del ROCD, che tengano conto dei diversi tipi di relazioni coinvolte nella manifestazione del disturbo (i.e., relazioni romantiche e relazioni parentali). Sono inclusi contributi teorici utili all'inquadramento concettuale del disturbo, studi sperimentali e di natura correlazionale circa le determinanti cognitive e disposizionali del ROCD, unitamente a studi di efficacia di intervento.

Relationship obsessive compulsive disorder (ROCD) symptoms: A review of recent findings

Relatore: **Guy Doron**, PhD Associate Professor Director, ROCD research unit (ROCD-RU); Baruch Ivcher School of Psychology Reichman University (IDC), Herzliya, Israele

Relationship Obsessive-Compulsive Disorder (ROCD) is a dimension of obsessive compulsive disorder (OCD) characterized by preoccupations, doubts and compulsive behaviors concerning relationships. Although most studies have focused on ROCD symptoms in the romantic context, several studies have also investigated these symptoms in the parent-child context and God-individuals context. Recent findings have also suggested that digital interventions including a web-based self-help program and an mHealth intervention may help reduce ROCD symptoms. In this talk, I'll briefly review recent findings relating to ROCD symptoms across relationship contexts including unpublished results from our lab. I will then discuss mechanisms believed to maintain ROCD symptoms and discuss some novel treatment approaches.

Orientamento morale della colpa e tratti di personalità nel DOC da relazione romantica

Relatore: **Elisabetta Ricciardi**, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, Università degli Studi di Bari; Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva, AIPC

Co-autori: **Luigi Tinella**, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione. Università degli studi di Bari 'Aldo Moro'.

La letteratura suggerisce una distinzione tra i sentimenti di colpa emergenti da moralità deontologica e altruistica. Studi empirici hanno dimostrato che il funzionamento ossessivo-compulsivo è particolarmente associato all'orientamento morale deontologico, in particolare per quanto riguarda il processamento del disgusto.

Inoltre, il timore di colpa gioca un ruolo fondamentale nel DOC da relazione come in altri sottotipi del DOC. Tuttavia, non è chiaro se e in che modo l'orientamento morale della colpa influenzi la sintomatologia ROCD centrata sulla relazione (RC-ROCD) e focalizzata sul partner (PF-ROCD). Il presente studio analizza i risultati di una survey online somministrata a 394 partecipanti in salute, che comprendeva questionari di personalità, sull'orientamento morale dei sentimenti di colpa, e misure di sintomi RC-ROCD e PF-ROCD. Risultati significativi sono emersi per gli effetti positivi dell'orientamento morale deontologico della colpa sia sulla sintomatologia ROCD centrata sulla relazione sia sulla sintomatologia focalizzata sul partner.

I risultati inoltre confermano studi precedenti mostrando effetti significativi dei tratti di personalità di Narcisismo e Paranoia sulla sintomatologia ROCD.

In conclusione, i risultati suggeriscono che l'orientamento morale deontologico regola l'attività ossessiva nel ROCD come in altri sottotipi. Tali evidenze possono essere di grande utilità nell'approccio al trattamento cognitivo del ROCD.

DOC Relazionale nella Diade Genitore Figlio: Analisi della letteratura ed implicazioni nella pratica clinica

Relatore: **Fabiana Maffettone**, Psicologa, allieva terzo anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Napoli

Co-autori: **Cosentino Teresa**, Docente Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Napoli

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo relazionale è una particolare forma di DOC caratterizzata da intense preoccupazioni, dubbi e comportamenti compulsivi incentrati sulla relazione. E' disponibile una folta

letteratura riguardante l'impatto di questo disturbo sui partner e la vita di coppia. In questi ultimi anni la stessa sintomatologia è stata riscontrata anche all'interno della relazione genitoriale. Similmente al DOC tra partner, anche in quello genitoriale ritroviamo sintomi legati alla relazione in sé e altri riguardanti invece la percezione di difetti del figlio nei sei domini individuati da Doron e Derby (2017): aspetto fisico, moralità, stabilità emozionale, intelligenza, competenza abilità sociali. Il senso di colpa e la vergogna insiti nell'egodistonia di questi pensieri sarebbero alla base delle manifestazioni compulsive (Doron et al., 2017). Ciò che appare di particolare rilievo sono le implicazioni che tale disturbo ha nello sviluppo del bambino. Basti pensare che recenti studi (Ratzoni et al., 2021) sottolineano come la sintomatologia DOC abbia un'influenza sulle espressioni di calore e delle emozioni positive della madre nei confronti del figlio e ciò può verificarsi anche nell'immediato periodo post-partum, con importanti ricadute nel legame di attaccamento. L'insorgere del DOCR ha influenza in ogni aspetto nella vita della diade, sia sul piano pratico, riducendo il tempo che il genitore può impiegare nella cura dei figli (Doron et al., 2017), che sul piano della salute mentale (Ben Zvi et al., 2017) influenzando i diversi domini oggetto della preoccupazione genitoriale. Non bisogna inoltre dimenticare che ogni individuo ha specifiche vulnerabilità e sensibilità in specifici domini di vita, che rischiano di entrare in risonanza con le preoccupazioni del genitore DOC con effetti a catena (Levy et al., 2020). Scopo dell'intervento è delineare una review della letteratura inerente il DOCR nella sua diade genitore-figlio. Particolare attenzione sarà rivolta all'impatto che tale condizione ha sullo sviluppo e sulla qualità di vita dei figli coinvolti, sia nel breve che nel lungo termine. Verranno inoltre presentati i risultati di una ricerca volta ad indagare la correlazione tra DOCR e diversi tipi di colpa individuati nella letteratura sul DOC.

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-055

TORRE ROSSI - AULA 2 - PIANO TERRA

La psicopatologia nell'adolescente e nel giovane adulto: traiettorie di sviluppo, funzionamento di personalità e strategie di fronteggiamento

Chair: **Filippo Perrini**, Psicologo, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL Roma 6, TSMREE; Istituto A.T. Beck, Roma

Discussant: **Antonio Semerari**, Psichiatra, Terzo Centro di Psicoterapia, Roma

Il periodo post Covid-19 ha visto un incremento drammatico della psicopatologia nella popolazione adolescente e nel giovane adulto. L'isolamento forzato ha infatti avuto un impatto profondo sul senso di sicurezza, le dinamiche di affiliazione/appartenenza, il senso di identità e le strategie di fronteggiamento degli stati mentali problematici. L'evidenza clinica va di pari passo con i dati riportati in letteratura, con un aumento significativo della sofferenza psicologica, dell'uso di sostanze e di comportamenti parasuicidari e suicidari.

Il presente simposio si pone l'obiettivo di discutere la psicopatologia nell'adolescente e nel giovane adulto, alla luce di dati preliminari di ricerca e casi clinici, con uno sguardo particolare al funzionamento della personalità. Si approfondiranno in particolare le dinamiche di personalità connesse all'agito parasuicidario/suicidario, il sentimento di odio autodiretto ed eterodiretto, l'identità di genere e il modello alternativo dei Disturbi di Personalità.

Esperienze avverse e personalità nell'adolescente con comportamenti suicidari e parasuicidari: ritiro sociale e odio verso se stessi

Relatore: **Filippo Perrini**, Psicologo, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL Roma 6, TSMREE; Istituto A.T. Beck, Roma

Co-autori: **Bianca Berloco; Maria Caccetta; Maria Angela Catania; Mariangela D'Aietti; Serena Galiffa; Maria Marzio; Miriam Troianiello; Diana Di Pietro** - Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL Roma 6, TSMREE

Il rischio suicidario è in netto aumento nella popolazione adolescente, soprattutto in minori con profili di funzionamento vulnerabili.

Dati UNICEF (2021) hanno stimato come in Italia il 16,6% dei ragazzi e delle ragazze fra i 10 e i 19 anni presenti psicopatologia e come in Europa circa 1.200 bambini e adolescenti fra i 10 e i 19 anni decidano di porre fine alle loro vite ogni anno, per una stima di circa 3 suicidi al giorno in questa fascia di età. Il lavoro clinico nei TSMREE della Roma 6 conferma l'emergenza riportata in letteratura, con un aumento degli accessi di adolescenti con gravi forme di psicopatologia caratterizzate da ritiro, autolesionismo e agiti suicidari e parasuicidari. Questo ha portato alla strutturazione di un Progetto di Appropriatazza con oggetto gli adolescenti a rischio vita, con percorsi formativi specialistici e la sistematizzazione di un protocollo di valutazione ed intervento dedicato. In questo contesto, per indagare eventuali fattori predisponenti e precipitanti gli atti suicidari/parasuicidari sono state valutate le esperienze infantili avverse (ACE), i tratti di personalità e la sintomatologia generale.

I risultati hanno evidenziato come determinate esperienze avverse e tratti di personalità si associno significativamente alla presenza di agiti suicidari e parasuicidari. I dati saranno discussi in termini di

funzionamento attraverso la presentazione di casi clinici, approfondendo gli stati mentali critici e il ruolo dell'agito autodiretto rispetto agli scopi e alla regolazione degli stessi.

Narcisismo e odio eterodiretto

Relatore: Giovanni Pellecchia, Psicologo, Psicoterapeuta, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori: Elena Bilotta¹; Antonino Carcione^{1,2}; Fabio Moroni¹; Michele Procacci^{1,2,4}; Giuseppe Nicolò^{1, 2, 3}; Antonio Semerari^{1, 2}

1 Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

2 Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico, SICC

3 Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma 5

4 Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma 1

Circoscrivere e classificare con rigore le manifestazioni della patologia di personalità è operazione sempre più ardua e difficoltosa, laddove la tenuta delle definizioni nosografiche appare decisamente insufficiente e lontana dall'indicare al clinico fruttuose indicazioni descrittive. Il modello alternativo del DSM-5 (Sezione III) opera, al riguardo, un decisivo avanzamento, ridefinendo i Disturbi di Personalità in termini di compromissioni del funzionamento della personalità e di tratti ad essa associati. Tale prospettiva, tuttavia, risulta ancora insoddisfacente, nella misura in cui sembra tacere uno degli aspetti sostanziali del funzionamento individuale, ossia la transizione dinamica di stati mentali interni alla stessa patologia. A partire da questa premessa, verrà presentato il "caso complesso" di un giovane paziente con tratti narcisistici, esaminando l'articolazione dei diversi stati mentali di colpa e vergogna e il successivo sviluppo del sentimento di odio generalizzato. Verranno altresì discusse ed esaminate le differenti implicazioni cliniche e terapeutiche.

Orientamento sessuale e identità di genere nel setting clinico con l'adolescente

Relatore: Roberta Rubbino, Psicologa, Psicoterapeuta, Istituto A.T. Beck, Roma

Co-autori: Antonella Montano, Istituto A.T. Beck

La formazione dell'identità è un processo individuale che include valori, principi e ruoli che un individuo ha adottato come propri (Kroger, 2008). Gli adolescenti esplorano, sperimentano, si confrontano alla ricerca di una propria definizione in una varietà di ambiti della vita: familiare, sociale, politico, religioso, intimo. Il setting clinico con l'adolescente deve quindi essere un luogo informato e consapevole dove niente deve essere dato per scontato o sottovalutato. Ecco perché, aspetti dell'identità come l'orientamento sessuale e l'identità di genere devono fin dalla fase di assessment trovare il loro giusto spazio. Chiedere direttamente significa abbattere lo stereotipo vissuto come minaccia all'interno del contesto di cura (Health Care Stereotype Threat - HCST) e cogliere informazioni essenziali per la comprensione della persona nel suo insieme. Dare il giusto spazio all'orientamento sessuale e all'identità di genere permetterà al clinico di utilizzare il linguaggio più appropriato e di comprendere a fondo le sfide personali, familiari e sociali che il paziente adolescente sta e dovrà affrontare. Durante l'intervento, dopo una breve panoramica teorica, il focus verterà sull'esperienza clinica del centro per l'infanzia e l'adolescenza dell'Istituto Beck di Roma.

La Valutazione della Personalità in Adolescenza mediante la Level of Personality Functioning-Questionnaire 12-18

Relatore: Silvia Bussone, Psicologa, Psicoterapeuta, Università Telematica Internazionale Uninettuno, Roma

Co-autori: Kirstin Goth¹; **Antonino Carcione**²; **Ilaria Riccardi**²; **Filippo Perrini**^{3,4}

1 Psychiatric University Clinics Basel, Switzerland;

2 Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma;

3 Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL Roma 6, TSMREE;

4 Istituto A.T. Beck, Roma e Caserta

L'inserimento del Modello Alternativo per la Diagnosi dei Disturbi della Personalità (alternative model to diagnose personality disorders, AMPD), nella sezione III del DSM-5, ha rappresentato un primo tentativo di superamento dei limiti della diagnosi categoriale, ridefinendo i disturbi della personalità sulla base della compromissione dei livelli di funzionamento della personalità (Criterio A) e dei tratti ad essa associata (Criterio B). Nello specifico, il Criterio A è caratterizzato da un livello individuale del Sé (identità e autodirezionalità) ed un livello di funzionamento interpersonale (empatia ed intimità). Per rendere misurabili tali variabili nell'arco di vita, sono stati introdotti una serie di strumenti denominati "Level of Personality Functioning-Scale" (LoPF): una versione per adulti valutata dal terapeuta, mentre per gli adolescenti una forma Self-Report. In particolare, la versione LoPF 12-18 si pone l'obiettivo di rilevare le diverse dimensioni del funzionamento della personalità con 97 item. Nella sua versione di partenza e nei suoi vari adattamenti culturali, l'LoPF ha mantenuto delle buone proprietà psicometriche, che rendono tale strumento un ottimo candidato per un adattamento italiano, ad oggi in fase di avanzamento. Dunque, dopo una breve panoramica teorica sull'AMPD e sull'adattamento italiano dell'LoPF, verranno discusse le implicazioni cliniche di tale strumento ed i dati collezionati su un gruppo di adolescenti con e senza patologia di personalità.

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-059

TORRE ROSSI - AULA ROSSI - PIANO TERRA

Nuovi sviluppi nel trattamento dei Disturbi Alimentari, tra dimensioni psicopatologiche e prove di efficacia

Chair: Raffaele Popolo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale e DSM ASL Roma 1

Discussant: Stefania D'Angerio, Psicologa, Psicoterapeuta, Studio Evolutiva, Roma

Nel simposio i relatori discuteranno e ci parleranno dei disturbi del comportamento alimentare e del loro inquadramento a livello diagnostico, presenteranno due modelli di intervento, parleranno del ruolo che tratti (o disturbi) di personalità e particolari deficit cognitivo emotivi, come l'alessitimia, possono avere nello sviluppo e nel mantenimento dei DA e verranno discusse le implicazioni per il trattamento.

L'approccio Cognitivo-Interpersonale alla cura dei Disturbi dell'Alimentazione: uno studio dei Cicli Interpersonali e delle Attivazioni Motivazionali

Relatore: Armando Cotugno, Psichiatra, Psicoterapeuta, UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare, ASL Roma1; Centro Clinico ASTREA, Roma

Co-autori: Liotti Marianna, Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Roma, "La Sapienza"

L'approccio Cognitivo-Interpersonale al trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione (DA) consente di articolare il trattamento secondo due assi principali: a) l'asse del continuum transdiagnostico, caratterizzato dalla frequente "migrazione" dello stesso paziente tra i diversi quadri nosografici dei DA; b) l'asse dell'intensità della cura, lungo il quale l'intervento terapeutico viene articolato in diversi livelli d'intensità di trattamento, integrando via via approcci riabilitativi, psicoeducazionali ed esplorativi, all'interno di setting di gruppo, familiari e individuali. Questo approccio si fonda sulla concettualizzazione di uno schema cognitivo nucleare comune ai diversi quadri diagnostici dei DA, che si declina nel tempo attraverso assetti sintomatologici diversi, sulla base di specifiche fasi di sensibilità neurocognitiva dovute alle tappe dello sviluppo emotivo-cognitivo individuale. All'interno di questa cornice unitaria è possibile garantire una flessibilità d'intervento focalizzato sul cambiamento di specifici meccanismi di mantenimento dei DA, riassumibili in cinque aree specifiche: 1) Malnutrizione e funzionamento mentale; 2) Disturbi dello Schema Corporeo; 3) Stile Cognitivo; 4) Stile Emotivo e 5) Stile Interpersonale.

Verranno descritti i cicli disfunzionali dello stile interpersonale, che appaiono riconducibili a specifici deficit cognitivi ed emotivi, che interferiscono nella corretta elaborazione delle informazioni socio-relazionali (Ciclo del Perfezionismo, della Vergogna e del Riscatto, del Disgusto e della Rabbia e della Dipendenza). La comprensione degli assetti mentali dei vari cicli interpersonali consente una migliore gestione dell'incerta motivazione alle cure e dei momenti di stallo terapeutico così frequenti nel trattamento di questi pazienti.

A tal fine, verranno presentati i risultati di uno studio sui principali nuclei affettivi di base e sull'attivazione motivazionale interpersonale condotto su 150 soggetti affetti da DA. Oltre ai test clinico-diagnostici per i DA, sono stati somministrati il Social Mentalities Scale (SMS) e l'Affective Neuroscience Personality Scale (ANPS). L'analisi dei profili sintomatologici e di attivazione affettivo/motivazionale evidenzia come ANPS e SMS siano

più utili nell'identificare il diverso funzionamento anoressico/bulimico/BED rispetto agli altri strumenti psicodiagnostici. Coerentemente con il modello proposto, i risultati ottenuti all'ANPS e alla SMS permettono di ipotizzare come le diverse espressioni sintomatologiche dello schema cognitivo nucleare possano essere ricondotte a peculiari declinazioni affettivo/motivazionali dipendenti dalle diverse fasi dello sviluppo personale. Nella prospettiva cognitivo-interpersonale, gli elementi centrali dell'approccio terapeutico possono essere articolati non solo lungo il continuum transdiagnostico dei DA, ma anche nelle diverse età (adolescenza - età adulta) in cui l'espressività sintomatologica si intreccia con co-morbilità psicopatologiche che riflettono diverse attivazioni affettivo/motivazionali.

Disturbi della personalità e Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione: dalla diagnosi nosografica alle impasse nel trattamento

Relatore: **Walter Sapuppo**, Psicologo, Psicoterapeuta, Tenured Lecturer Sigmund Freud University, Milano; Studi Cognitivi, Milano

Co-autori: **Margherita Boltri; Claudia Maria Mineo; Giulia Spiniello** - Sigmund Freud University, Milano.

Diversi studi hanno correlato i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) con aspetti di personalità anche se, ad oggi, non vi è una chiara evidenza su quali tratti (e/o Diagnosi) di personalità siano coinvolti nello sviluppo dei singoli DNA. Inoltre, alcuni studi riportano che la maggior parte degli individui con una diagnosi di DNA sperimenta o sperimenterà nel corso della vita una comorbilità psichiatrica e, tale aspetto, può rendere complesse le decisioni cliniche nel determinare quale siano le priorità nel trattamento. Tali comorbilità, infatti, possono precedere, essere co-occorrenti o "derivare" dal DNA. Verranno presentati i risultati di una revisione sistematica aggiornata sul tema e le implicazioni per il trattamento.

Terapia Metacognitiva Interpersonale - DCA vs CBT-E: risultati di un trial clinico randomizzato pilota

Relatore: **Gloria Fioravanti**, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Trattamento Integrato Disturbi Alimentari e Obesità (CTI) e Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale Roma

Co-autori:

Nicolis Martina, Centro di Trattamento Integrato Disturbi Alimentari e Obesità (CTI) di Gloria Fioravanti;

Travagnin Francesca, Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso e Centro di Trattamento Integrato Disturbi Alimentari e obesità (CTI);

Angus MacBeth, Department of Clinical Psychology, School of Health in Social Science, The University of Edinburgh, Medical School;

Dimaggio Giancarlo, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Popolo Raffaele, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma.

Presentiamo il modello TMI-DCA e i dati di un trial clinico randomizzato dove è stato messo a confronto il protocollo TMI-DCA con la CBT-E, trattamento gold standard di riferimento, in una popolazione di 20 pazienti con disturbo alimentare (DCA) non sottopeso.

Il modello parte dal presupposto che i DCA risultano difficili da trattare data l'elevata ego-sintonicità e comorbidità con altri disturbi, tra cui i Disturbi di Personalità (DP) in circa il 50% dei casi (Eielsen et al., 2017),

e consiste in un adattamento della Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI), approccio di ultima generazione sviluppato per il trattamento dei disturbi di personalità (DP), nella formulazione di Dimaggio et al. (2013; 2019).

I DCA sono patologie caratterizzate da un'alterazione delle abitudini alimentari e da un'eccessiva preoccupazione per il peso e per le forme del corpo (Fairbourn, 2002), tuttavia sempre più ricerche fanno riferimento alla presenza di altri mediatori che se trattati potrebbero migliorare l'aderenza alla terapia e la sua efficacia. Le ricerche sottolineano che un ruolo centrale sembra essere ricoperto da: perfezionismo, alessitimia, difficoltà nella regolazione emotiva, nella percezione e rappresentazione di sé e presenza di problemi interpersonali (Harrison et al., 2010; Hartmann et al., 2010; Lavender et al., 2015; Ung et al., 2017). Il modello TMI-DA, attraverso il miglioramento della metacognizione e l'intervento sugli schemi interpersonali sottostanti al disturbo alimentare, sembra essere un modello promettente per la cura dei DCA.

Il ruolo dell'alessitimia nella comorbidità tra Disturbi dell'Alimentazione e Disturbi di Personalità

Relatore: Francesca Travagnin, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso e Centro di Trattamento Integrato Disturbi Alimentari e Obesità, CTI, Genova

Co-autori: Fioravanti Gloria, Centro di Trattamento Integrato Disturbi Alimentari e Obesità, CTI, e Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

L'alessitimia corrisponde al monitoraggio metacognitivo della sfera emotiva (Semerari, 2000) ed è un fattore che predispone alla disregolazione emotiva.

La presenza di livelli elevati di alessitimia è presente in persone con Disturbi dell'Alimentazione (DA) (Rastam et al., 1997; Lenzo et al., 2020). Questo gruppo di pazienti ha quindi difficoltà a identificare, denominare e descrivere agli altri le proprie emozioni. Quando quindi sperimentano un'arousal che non sanno ben riconoscere è facile che utilizzino strategie disfunzionali, quali restrizione, abbuffate o vomito autoindotto per calmarsi o evitare del tutto le esperienze emotive. L'alessitimia inoltre è una caratteristica di molti pazienti con Disturbi di Personalità (DP) (Nicolò et al., 2011; Simonsen et al., 2021). È inoltre emerso che la presenza di DP in comorbidità si associ a una maggiore gravità del disturbo alimentare (Wilfley et al., 2000; Spindler et al., 2007; Eilsen et al., 2022), in particolare in termini di più grave psicopatologia, minori livelli di funzionamento complessivo e scarsa risposta al trattamento (Wonderlich e Mitchell, 2001).

È possibile che un fattore alla base della maggiore gravità di chi soffre di DA e DP in comorbidità sia proprio la presenza di livelli alti di alessitimia. Al meglio della nostra conoscenza, il ruolo dell'alessitimia nella comorbidità tra DA e DP non è stato investigato.

In questo studio quindi miriamo ad analizzare un campione di 50 pazienti, al fine di testare l'ipotesi che pazienti con DP e DA in comorbidità abbiano livelli maggiori di alessitimia di pazienti con DA senza tale comorbidità e che l'alessitimia si associ a maggiore gravità dei sintomi.

I dati sono attualmente in fase di raccolta e i risultati verranno discussi durante la presentazione.

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-104

TORRE ROSSI - AULA 1 - 5° PIANO

Il contributo della relazione terapeutica nell'efficacia del trattamento: fattori che promuovono e ostacolano l'alleanza terapeutica

Chair: Erica Pugliese, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma. Presidente Associazione Millemè, Violenza di Genere e Dipendenze Affettive, Roma

Discussant: Angelo Maria Saliani, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma. Socio didatta della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva

La ricerca ha ampiamente mostrato come la relazione terapeutica contribuisca in modo sostanziale all'esito della psicoterapia. Infatti, le migliori ricerche disponibili negli ultimi decenni dimostrano chiaramente le qualità curative della relazione terapeutica e il valore benefico dell'adattamento di tale relazione ai singoli pazienti, al di là della loro diagnosi. Il valore del metodo terapeutico è indissolubilmente legato al contesto relazionale nel quale viene applicato, per cui gli sforzi compiuti nel promuovere trattamenti evidence-based che non includono i fattori caratterizzanti la relazione terapeutica risultano incompleti. Tra le variabili relazionali che predicano l'efficacia del trattamento vi sono: l'alleanza terapeutica, la relazione reale, l'empatia, l'autenticità, la considerazione positiva del paziente, la riparazione delle rotture dell'alleanza terapeutica. Uno dei predittori più robusti del successo della psicoterapia consiste proprio nell'alleanza terapeutica, una qualità emergente della collaborazione reciproca tra terapeuta e paziente, che si basa su tre componenti: (1) l'accordo rispetto agli obiettivi della terapia; (2) l'accordo sui compiti della terapia; (3) il legame tra paziente e terapeuta. L'alleanza viene spesso concettualizzata come "alleanza di lavoro", considerando il legame tra paziente e terapeuta come sostegno ai compiti e agli obiettivi della terapia, piuttosto che designare la relazione affettiva tra i due partecipanti. Infatti, si è visto come le misure della relazione reale in psicoterapia predicano l'esito del trattamento al di là delle misure dell'alleanza, indicando come esse catturino due qualità distinte della dimensione interpersonale. Il presente simposio si propone di approfondire lo studio delle variabili caratterizzanti la relazione terapeutica, distinguendo tra quelle maggiormente predittive di una buona alleanza e quelle che, al contrario, possono favorire le rotture, le impasse nel processo terapeutico e il dropout da parte del paziente. Con questo obiettivo, saranno presentati due contributi di ricerca: una meta-analisi volta a indagare il potere predittivo dell'alleanza terapeutica sugli esiti della terapia cognitivo-comportamentale per il disturbo ossessivo-compulsivo e, successivamente, una ricerca che analizza gli effetti del superamento da parte del terapeuta dei test relazionali del paziente, in termini di aumento della produttività terapeutica del paziente e di miglioramento dell'alleanza. Saranno, poi, presentati due contributi clinici riguardanti la rottura dell'alleanza terapeutica: verrà descritta, in un racconto a due voci, l'impasse del processo terapeutico in un caso in cui paziente e terapeuta condividono gli stessi fattori di vulnerabilità psicologica derivanti da esperienze traumatiche di natura relazionale e, infine, l'analisi di un caso di dropout dovuto al mancato monitoraggio dei sistemi motivazionali interpersonali da parte del terapeuta.

L'alleanza terapeutica nella terapia cognitivo-comportamentale per il disturbo ossessivo-compulsivo: una review sistematica e meta-analisi

Relatore: **Francesca Strappini**, PhD in Neuroscienze Cognitive, Sapienza Università di Roma. Assegnista di ricerca, Dipartimento di Filosofia e Comunicazione dell'Università di Bologna. Psicologa allieva del IV anno, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico SICC, Roma

Co-autori:

Valentina Socci, Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche, Università degli Studi dell'Aquila;

Angelo Maria Saliani, Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma;

Giuseppe Grossi, Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma;

Francesco Mancini, Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma, Dipartimento di Scienze Umane, Università degli studi Guglielmo Marconi, Roma.

Introduzione: *L'alleanza terapeutica è considerata uno dei fattori chiave del trattamento in diversi approcci terapeutici e domini diagnostici. Tuttavia, il ruolo dell'alleanza terapeutica come possibile predittore di esito della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) per i pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è stato oggetto di un numero limitato di studi. Questo studio mira a esaminare le attuali prove empiriche dell'effetto dell'alleanza terapeutica sui risultati del trattamento CBT in pazienti con DOC, attraverso una revisione sistematica della letteratura e meta-analisi.*

Metodo: *Sono stati inclusi articoli originali che incontravano i seguenti criteri: (1) scritti in inglese; (2) presenza di un gruppo clinico con diagnosi primaria di disturbo ossessivo compulsivo; (3) inclusione di un trattamento CBT individuale; (4) utilizzo di almeno una scala di misurazione dell'alleanza terapeutica il cui punteggio è correlato alla misurazione dell'esito; (5) presenza di almeno una stima dell'effetto.*

Risultati: *La ricerca è stata effettuata su Pubmed, Scopus, PsycINFO, PsycArticles e Web of Science. Sono stati inclusi tredici studi, sei dei quali contenevano informazioni statistiche sufficienti per essere inclusi nella meta-analisi. Un totale di 897 pazienti ha preso parte a tutti gli studi esaminati. I risultati hanno evidenziato un modesto effetto dell'alleanza terapeutica sull'esito post-trattamento [$r_z = -0,1562$ (CI 95%: da $-0,2542$ a $-0,0582$)]. Questo effetto risultava determinato dalle dimensioni di accordo su obiettivi e compiti della terapia (componenti Goal e Task) [$r_z = -0,1977$ (IC 95%: da $-0,3149$ a $-0,0805$)] ma non dalla dimensione del legame (componente Bond) dell'alleanza terapeutica [$r_z = -0,1372$ (IC 95%: da $-0,3669$ a $-0,0924$)].*

Conclusioni: *Nel complesso, abbiamo riscontrato un modesto effetto dell'alleanza terapeutica sugli esiti del trattamento CBT in pazienti con DOC. I nostri risultati hanno evidenziato, inoltre, l'esistenza di una notevole variabilità e inconsistenze metodologiche tra gli studi. Discuteremo il ruolo dei fattori metodologici che potrebbero spiegare questa divergenza, i limiti della ricerca attuale e le implicazioni per la ricerca futura. Ipotizziamo, inoltre, l'influenza di altre variabili nella complessa relazione tra alleanza terapeutica e outcome post-trattamento. In particolare, la condivisione della formulazione del caso può essere un fattore cruciale per la costruzione di una buona alleanza terapeutica. In tale direzione, proponiamo un protocollo di ricerca per studiare l'effetto della condivisione della formulazione del caso sulla relazione tra alleanza terapeutica ed esito del trattamento.*

Un approccio allo studio della responsività appropriata: gli effetti del superamento dei test dei pazienti in psicoterapia

Relatore: Ramona Fimiani, Dottoranda di ricerca in Psicologia Dinamica e Clinica, Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma. Psicologa allieva del IV anno, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma. Professionista CMT presso il Control-Mastery Theory Italian Group (CMT-ig)

Co-autori: Francesco Gazzillo, Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma, Control-Mastery Theory Italian Group (CMT-IG), Roma.

Introduzione. Numerosi studi (Norcross & Wampold, 2019) hanno dimostrato che fornire ai pazienti una terapia personalizzata, adattando metodi e stili di relazione alle caratteristiche e ai bisogni specifici del paziente, sia più efficace che fornire una terapia basata su un manuale di trattamento per uno specifico disturbo. Pertanto, in questa ricerca è stato utilizzato un approccio caso-specifico allo studio dei meccanismi di cambiamento in psicoterapia, valutando l'efficacia degli interventi terapeutici in base alla loro capacità di essere appropriatamente responsivi ai bisogni e agli obiettivi di uno specifico paziente. L'approccio utilizzato è quello della Control-Mastery Theory (Gazzillo, 2021), una teoria cognitivo-dinamica del funzionamento mentale, della psicopatologia e della psicoterapia. Secondo la CMT, le persone giungono in terapia con un piano inconscio per disconfermare le loro credenze patogene e raggiungere gli obiettivi che sono da esse ostacolati. Uno dei modi in cui i pazienti lavorano in terapia per disconfermare le loro credenze patogene è verificandone la validità nella relazione terapeutica. Precedenti studi empirici evidenziano che è possibile formulare in modo affidabile il piano del paziente sulla base delle prime ore di terapia e che gli interventi terapeuticamente efficaci ai test dei pazienti sono quelli che sostengono il loro piano inconscio (Silberschatz & Curtis, 1993; Silberschatz, 1986; Silberschatz et al., 1986; Horowitz et al., 1975).

Obiettivi. L'obiettivo dello studio era quello di verificare in che misura gli interventi dei terapeuti ai test dei pazienti, valutati in base alla loro compatibilità con il piano del paziente, predicessero un aumento del senso di comfort e della produttività terapeutica del paziente in seduta e una migliore qualità dell'alleanza terapeutica.

Metodo. Sono stati analizzati i trascritti di sedute di terapia psicodinamica breve di cinque casi (N = 81). Per ciascun caso, (a) è stata sviluppata la formulazione del piano del paziente, (b) sono stati identificati i test che il paziente sottopone al terapeuta, (c) è stata valutata la compatibilità al piano degli interventi del terapeuta ai test (d) ed è stato misurato l'impatto di questi interventi sul senso di comfort e sulla produttività terapeutica del paziente e sull'alleanza terapeutica.

Risultati. I risultati dello studio indicano che la capacità dei terapeuti di superare i test dei loro pazienti predice un aumento del senso di sicurezza, del coinvolgimento del paziente nel lavoro terapeutico e una migliore qualità dell'alleanza terapeutica.

Conclusioni. Disporre di una formulazione del piano del paziente, che permetta di prevedere i test del paziente e il modo in cui il terapeuta dovrebbe rispondere per superarli, costituisce uno strumento prezioso di cui il terapeuta può servirsi per orientare i suoi interventi, così da promuovere un maggior coinvolgimento del paziente in terapia e una buona qualità dell'alleanza terapeutica.

Chi è l'abusante? Un racconto a due voci sulle rotture dell'alleanza terapeutica nel trauma relazionale

Relatore: Carolina Papa, Dottoranda di ricerca in Psicologia e Neuroscienze Sociali, Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma. Psicologa allieva del IV anno, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Co-autori:

Erica Pugliese, Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma - Millemé, Violenza di Genere e Dipendenze Affettive, Roma;

Ramona Fimiani, Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma; Control-Mastery Theory Italian Group, Roma; Centro Romano di Psicoterapie Integrate, Roma;

Claudia Perdighe, Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma.

La ricerca in psicoterapia ha tentato di individuare quali elementi, del paziente e del terapeuta, favoriscono e ostacolano la relazione terapeutica, ma pochi studi hanno analizzato come questi processi entrino in gioco e come possano modificarsi nel tempo, quando paziente e terapeuta condividono gli stessi fattori di vulnerabilità psicologica. Nel trauma relazionale sono presenti sentimenti di sfiducia, una percezione del mondo come pericoloso e imprevedibile e, in relazione agli altri, prevale una credenza di non amabilità. L'alleanza terapeutica può assumere una doppia valenza: se, infatti, la relazione di fiducia con il terapeuta fornisce le basi per elaborare i vissuti traumatici attraverso una nuova esperienza relazionale, è proprio la compromessa capacità del paziente di affidarsi a rendere difficoltoso il raggiungimento della stabilità nella relazione. Infatti, la sensazione di impotenza e inaiutabilità alla base del trauma porta la relazione a oscillare tra bisogni di vicinanza e di lontananza, innescando una spirale emotiva distruttiva, che può esitare nell'interruzione dell'espressività emotiva, della comunicazione e dell'intimità. Attraverso la presentazione di un caso clinico, viene messa in luce la complessità che assume la relazione terapeutica quando inserita in un ciclo interpersonale invalidante, in cui la paziente si sente trascinata a distruggere l'immagine della terapeuta, pur avvertendo il bisogno della relazione e il dolore derivante dalla sua perdita. I bisogni di sicurezza e attaccamento, uniti alla paura terrificata di perdere l'altro, attivano il bisogno di dominare l'ambiente, esitando in tentativi di soluzione basati sul controllo e sull'uso del potere, che costituiranno, nel presente caso, la principale causa di rottura del legame e il maggior fattore di mantenimento di una lunga impasse nel processo terapeutico, determinando un crollo delle competenze metacognitive e una caotica confusione di ruoli all'interno della relazione. Il setting terapeutico assume la forma di un tribunale nel quale paziente e terapeuta permangono per lungo tempo cercando, per mezzo delle proprie competenze cliniche, di trovare risposta a un unico quesito: chi è l'abusante e chi l'abusato? Per la prima volta, paziente e terapeuta espongono separatamente, in un unico contributo, il loro punto di vista nei momenti di impasse riguardo ai rispettivi ruoli nella relazione, nonché alle emozioni e tendenze all'azione attivate, in un racconto formato da due voci che si intrecciano armonicamente e si differenziano stonando. Cos'è accaduto realmente nelle loro menti? Come trovare una nuova connessione nella frammentarietà delle loro parti? Il presente contributo consente un'attenta analisi dei cicli interpersonali nella relazione terapeutica attraverso una lettura clinica integrata del paziente e del terapeuta, sostenendo il progresso della ricerca in psicoterapia volto allo sviluppo di strategie sempre più puntuali per garantirne l'efficacia.

La rottura dell'alleanza terapeutica: analisi di un dropout, alla luce della teoria dei sistemi motivazionali interpersonali, per mancato o incompleto monitoraggio del terapeuta

Relatore: Matteo Cioci, Psicologo, Psicoterapeuta, Centri clinici "Di Bolina" e "Il Cerchio Magico" Macerata; Gruppo di lavoro "Sistemi Motivazionali Interpersonali", responsabile Dott. Fabio Monticelli, Macerata

Co-autori:

Fabio Monticelli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Ancona; STPC Studio Torinese Psicologia Cognitiva, Torino; Centro clinico Janet, Roma;

Erika Melchiorri, Centro clinico Il Punto, Pesaro;

Laura Mismetti, USL Umbria 1 - Servizio dipendenze, Spoleto;

Marianna Russo, Azienda Sanitaria Locale della provincia di Foggia.

La Teoria Evoluzionista delle Motivazioni (TEM; Liotti, 2017) presuppone che differenti Sistemi Motivazionali Interpersonali (l'attaccamento, che regola la ricerca di prossimità verso una figura capace di dare protezione in condizioni di pericolo o di vulnerabilità personale; l'accudimento, che regola i comportamenti di offerta di cura verso chi è bisognoso o vulnerabile; il sistema agonistico per la conquista del diritto di accesso ad una risorsa limitata, nelle due polarità dominanza e sottomissione; la cooperazione per raggiungere un obiettivo comune; la sessualità, finalizzata a costruire e mantenere coppie stabili finalizzate alla riproduzione; l'affiliazione e il gioco sociale, che guidano le condotte volte a conservare il senso di appartenenza e il raggiungimento degli obiettivi del gruppo sociale di appartenenza) aiutino a dare senso alle relazioni e regolino le condotte e gli stati emotivi per raggiungere obiettivi biosociali di elevato valore evoluzionistico. Tali sistemi si attivano anche nelle interazioni tra paziente e terapeuta e la loro lettura, condivisa e metacomunicata in un assetto paritetico collaborativo, rappresentano il cuore dell'intervento basato sui SMI. Lo scopo dell'intervento è quello di evidenziare, attraverso un caso clinico, gli elementi relazionali che hanno presumibilmente condotto e possono condurre la coppia terapeutica ad una rottura dell'alleanza, in mancanza di un monitoraggio dei sistemi motivazionali del paziente e del terapeuta, che non ha permesso interventi di co-lettura e di risintonizzazione dei SMI emersi e quindi hanno precluso la possibilità di riparazione.

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-093

TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Psicoterapia e Autismo: un intervento possibile

Chair: Giulia Giovagnoli, Neuroscienze Cognitive, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Centro Aita, Roma

Discussant: Michele Procacci, Psichiatra, Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) è un disturbo del neurosviluppo a insorgenza precoce, basato su una complessa interazione genetica ed epigenetica che perdura per l'intero ciclo di vita. È caratterizzato da deficit persistenti della comunicazione e dell'interazione sociale, da pattern di comportamento, interessi o attività ristretti e ripetitivi e alterazione della percezione sensoriale. Le manifestazioni cliniche di questa condizione sono eterogenee e mutevoli nel corso dello sviluppo, lungo un continuum dimensionale sul quale si collocano vari gradi di gravità: da un'importante compromissione del funzionamento globale con o senza disabilità intellettiva e con una necessità di supporto molto significativo (ASD di livello 3), a situazioni che necessitano di un supporto minore (ASD di livello 1).

Secondo le stime più recenti un nato ogni 36 presenta delle caratteristiche all'interno dello spettro autistico rendendo questa condizione un'emergenza a livello mondiale. La maggioranza degli studi si sono concentrati sugli interventi riabilitativi intensivi e precoci destinati a bambini nei primissimi anni di età con l'obiettivo di ridurre l'impatto della sintomatologia sullo sviluppo futuro del bambino. Minore attenzione è stata volta, invece, agli interventi psicoterapeutici in età adolescenziale e adulta, anche a causa della concezione del disturbo dello spettro autistico come disabilità e non come neurodiversità. Il costante aumento di persone con ASD e concomitanti disturbi psicopatologici o disturbi di personalità sta, d'altra parte, determinando la necessità di approfondire tali quadri clinici al fine di fornire loro il supporto migliore.

Un ostacolo, ad esempio, è spesso determinato dall'effetto mascheramento che le caratteristiche dell'autismo determinano sui sintomi psicopatologici o psichiatrici, con la conseguente difficoltà nell'effettuare un'accurata diagnosi differenziale o di comorbidità.

Dal punto di vista riabilitativo, le linee guida nazionali e internazionali raccomandano l'approccio cognitivo comportamentale, tuttavia non sempre i protocolli sviluppati per pazienti neurotipici sono adatti alle caratteristiche delle persone con neurodiversità, perché non tengono conto dello stile cognitivo, delle peculiarità sensoriali, del diverso assetto motivazione in termini interpersonali e delle specificità della relazione terapeutica.

Il simposio ha l'obiettivo di ripercorrere i principali segnali clinici che caratterizzano il percorso di identificazione dei disturbi psicopatologici o di personalità in comorbidità e di tracciare delle linee guida sugli adattamenti del percorso terapeutico con particolare attenzione agli aspetti metacognitivi.

Disturbi Dello Spettro Autistico e Disturbi di Personalità: Diagnosi Differenziale e Comorbidità

Relatore: Romina Castaldo, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Centro regionale Piemonte Disturbi Spettro Autistico in età adulta, Torino

In questo intervento ci si focalizzerà sulle situazioni cliniche delle persone con disturbo dello spettro autistico che presentano un livello di compromissione lieve e ridotto bisogno di supporto (ASD di livello 1).

Le persone con ASD presentano un maggiore rischio di sviluppare uno o più disturbi psicopatologici, a causa delle difficoltà che incontrano fin dai primi anni di vita nelle interazioni con le altre persone e l'ambiente. Questo si verifica soprattutto nei casi in cui la persona non sia mai stata riconosciuta come autistica e quindi non abbia mai potuto accedere a nessun intervento specifico di abilitazione e di consapevolezza, come spesso accade con le persone di livello 1. Le caratteristiche lievi dello spettro durante la crescita vengono spesso scambiate per altri disturbi del neurosviluppo come ADHD, disturbi di apprendimento o per disturbi psicopatologici come l'ansia sociale e la fobia scolare. Queste persone si presentano spesso ai servizi o agli specialisti solo quando manifestano una sintomatologia ansiosa o depressiva invalidante o quando la qualità della loro vita sociale e professionale risulta gravemente compromessa e spesso ciò accade in età adolescenziale/adulta, nel momento in cui le richieste sociali aumentano e le scarse abilità dell'individuo non sono più sufficienti a farvi fronte.

Quando si parla di comorbidità e diagnosi differenziale in ASD di livello 1, meritano un'attenzione particolare i disturbi di personalità, condizioni cliniche che presentano caratteristiche e sintomatologia per alcuni aspetti sovrapponibili.

Le diagnosi differenziali che interessano maggiormente clinica e ricerca sono quelle tra ASD di livello 1 e disturbo ossessivo compulsivo di personalità, disturbo schizotipico/schizoide di personalità, disturbo borderline di personalità, disturbo evitante di personalità. Nel nostro servizio per i Disturbi dello Spettro Autistico in età adulta, sempre più spesso osserviamo il fenomeno complesso della richiesta di valutazione da parte di utenti, inviati dai centri di salute mentale, che arrivano con la convinzione di essere autistici e che invece presentano uno o più disturbi di personalità con o senza i sintomi core dell'ASD.

Nell'intervento si descriveranno le caratteristiche specifiche del Disturbo dello Spettro Autistico di Livello 1 in età adulta, al fine di permettere al clinico di sospettarne la presenza in comorbidità o meno con i disturbi di personalità e le principali possibili sovrapposizioni sintomatologiche a cui prestare attenzione nell'iter valutativo e nell'impiego di strumenti diagnostici non specifici per l'autismo.

Metacognizione e Disturbo dello Spettro Autistico: Risvolti Clinici e Terapeutici

Relatore: Giulia Giovagnoli, Neuroscienze cognitive, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Centro Aita, Roma

Co-autori: Gallo Simona, Psicoterapeuta Cognitivo-comportamentale, Centro Aita, Roma

Il deficit socio-comunicativo e gli interessi ristretti che caratterizzano il disturbo dello spettro autistico (ASD) determinano una compromissione delle abilità sociali e dello sviluppo di adeguate relazioni interpersonali. Una delle teorizzazioni dell'autismo, risalente ai primi anni '80, definiva l'autismo come un deficit di Teoria della Mente, ovvero un'incapacità di rappresentarsi la mente dell'altro assumendo la sua prospettiva. Anche difficoltà nell'identificazione di pensieri, emozioni, preferenze e fantasie sono spesso presenti. Inoltre, la rigidità cognitiva, l'adesione letterale al linguaggio e la tendenza alla ripetitività e ossessività talvolta possono essere accompagnati da una difficoltà nel riconoscere la natura rappresentazionale dei propri pensieri, valutandoli come fossero dati di realtà oggettiva. Complessivamente, le disfunzioni metacognitive sembrano rappresentare un elemento centrale del disturbo. Dal punto di vista intrapsichico, la letteratura sulla metacognizione delle persone con ASD ha condotto numerosi studi ottenendo risultati contrastanti. Sul piano interpersonale molta attenzione è stata data al deficit di teoria della mente, mentre sono state scarsamente indagate le altre funzioni metacognitive intese secondo l'approccio metacognitivo-interpersonale. Nelle persone con disturbo dello spettro autistico, alcune funzioni metacognitive potrebbero essere iposviluppate o deficitarie, come conseguenza dei deficit primari che caratterizzano la condizione autistica. Valutare la

presenza di alterazioni delle funzioni metacognitive nelle persone con disturbo dello spettro autistico potrebbe essere utile in ambito terapeutico, con la possibilità di inserire degli obiettivi di tipo abilitativo all'interno dei setting individuali o di piccoli gruppi.

Obiettivo della relazione è passare in rassegna la letteratura attualmente disponibile al fine di indagare le evidenze sul profilo metacognitivo delle persone con ASD, con maggiore accento sulla dimensione interpersonale. Inoltre, verranno presentati dei dati preliminari di un breve intervento di gruppo composto da giovani adulti con ASD di livello 1 (compromissione lieve) focalizzato sulla riabilitazione delle funzioni di monitoraggio e decentramento metacognitivo.

Psicoterapia e autismo: obiettivi e adattamenti dell'approccio cognitivo comportamentale

Relatore: Ivan Murtas, Psicologo, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Studio Caretto e Associati; Laboratorio Apprendimento, Roma

L'eterogeneità della condizione autistica dipende da una moltitudine di fattori. Il convergere delle caratteristiche più frequenti dell'autismo, infatti, determina un'unicità irripetibile all'interno di quadri comportamentali in cui molte qualità vengono condivise. Oltre a ciò, gli eventuali sintomi afferenti ad un disturbo psicologico in co-occorrenza concorrono grandemente all'incremento di questa varietà. La sofferenza delle persone autistiche, spesso dovuta ad una mancata comprensione da parte di un ambiente sociale non sempre organizzato fino in fondo per accogliere certe peculiarità, si esprime spesso sottoforma di altri disturbi psicologici da monitorare con la massima attenzione clinica. In tale contesto l'intervento di psicoterapia può rivelarsi di grande importanza. Le evidenze scientifiche e le linee guida considerano l'approccio cognitivo-comportamentale (CBT) quello d'elezione. È di grande rilevanza, però, pensare all'azione terapeutica adattando il proprio operato clinico e le strategie d'intervento alle caratteristiche di tale condizione: la necessità di costanza può tradursi, ad esempio, in modalità cognitive routinarie disfunzionali. A tal proposito può essere utile abbracciare una visione di trattamento metacognitiva che si incentri sui processi del pensiero e sul suo funzionamento. Chi si sottopone ad una psicoterapia ad orientamento cognitivo comportamentale riporta, in genere, una diminuzione dei sintomi inerenti ad un disturbo psicologico in co-occorrenza (disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbi inerenti allo spettro ossessivo compulsivo) ed un conseguente incremento del benessere psicologico. Tale riduzione sintomatologica è confermata dalla maggior parte degli studi e delle ricerche scientifiche. In conclusione, l'avvio di un percorso di psicoterapia CBT che abbracci una visione metacognitiva adattandola alle necessità personali e sociali dell'autismo si rivela utile per tutte quelle persone con un disturbo psicologico in associazione e la cui qualità di vita risulti compromessa dalle contingenze determinate dall'impatto tra le caratteristiche dell'autismo e quelle della cultura neurotipica.

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-045

TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Complessità e Psicoterapia Cognitiva. Dai Sistemi Complessi alla Pratica Clinica

Chair e Discussant: **Tullio Michele Scrimali**, Psichiatria, Psicoterapeuta, Università di Catania, Polo Clinico ed Universitario degli Erei, Ente del Terzo Settore, Enna

Il simposio viene proposto per illustrare, secondo diversi punti di vista, e in differenti ambiti di applicazione clinica, una nuova prospettiva di psicoterapia, sviluppata, da Tullio Scrimali, in oltre quaranta anni di studi, ricerche ed attività assistenziali, presso la Clinica Psichiatrica della Università di Catania, e presso ALETEIA, Polo Clinico ed Universitario degli Erei, di Enna, a partire dalla logica dei sistemi lontani dall'equilibrio e informata alla epistemologia della complessità. Tale nuova prospettiva è stata denominata Terapia Cognitiva Complessa (TCC) e Complex Therapy, in Inglese, (CT).

Aspetti significativi della prospettiva clinica, nella quale si realizza Terapia Cognitiva Complessa, sono i seguenti: Modello science-based and evidence-based, Ruolo cruciale della relazione terapeutica, Pianificazione strategica, articolata in tattiche e strategie, al fine di promuovere e conseguire risoluzioni e rivoluzioni. Gli interventi terapeutici e riabilitativi proposti risultano integrati, comprendendo Psicoterapia, Neuroterapia (biofeedback e neurofeedback, soprattutto, ma, anche, neuromodulazione transcranica a corrente diretta), Psicofarmacologia, Nutraceutica e Mind-fitness. Le basi scientifiche a cui si riferisce Terapia Cognitiva Complessa sono: Neuroscienze e Neuroscienze applicate, la Fisica dei sistemi lontani dall'equilibrio ed autopoietici, Teoria dell'attaccamento e dei sistemi motivazionali interpersonali, Infant research, Epidemiologia e Metodologia della ricerca e della prassi clinica evidence based con significatività statistica valutata mediante metodologie rigorose.

Una topica, originale e significativa, nell'ambito della Terapia Cognitiva Complessa è rappresentata dall'Analisi Personale Didattica, attuata secondo un modello scientificamente validato e sistematicamente sperimentata, presso ALETEIA, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia, fondata da Tullio Scrimali ed attiva ad Enna da oltre trenta anni.

Altri aspetti rilevanti della Terapia Cognitiva Complessa sono la elevata internazionalizzazione, con la organizzazione e lo svolgimento di corsi all'estero (importante il contributo, fornito in Polonia, con la fondazione della prima Scuola di CBT, presente a Varsavia, ed il contributo, fornito da Scrimali, nel 1999, alla fondazione della Società Polacca di CBT che oggi conta più di mille Soci), ma anche in Sicilia, con Trainees provenienti da tutto il mondo.

Rilevante, altresì, appare la topica relativa al lavoro solidale per la integrazione di immigrati ai quali vengono offerti, gratuitamente, presso il Modulo Operativo ALETEIA for Refugees, innovativi trattamenti integrati per il superamento del disturbo post-traumatico da stress, da cui molti sono afflitti per le traversie subite durante il viaggio verso l'Italia e, di sovente, durante la reclusione in Libia.

Il Chairman Scrimali illustrerà, sinteticamente, nella sua introduzione, tutti gli aspetti appena riportati, mentre i quattro relatori approfondiranno topiche specifiche e differenti, relative alle applicazioni cliniche di Terapia Cognitiva Complessa.

La riabilitazione nutrizionale, biofeedback assistita, nel trattamento cognitivo complesso dei disturbi della nutrizione e della alimentazione.

Relatore: Tullio Michele Scrimali, Psichiatria, Psicoterapeuta, Università di Catania, Polo Clinico ed Universitario degli Erei, Ente del Terzo Settore, Enna

Gli Autori hanno sviluppato, presso i Moduli Operativi per il Trattamento dei Disturbi della Nutrizione e della Alimentazione, presenti presso le strutture denominate Centro Clinico ALETEIA, attive ad Acicastello (Catania), Enna e Palermo, un'originale ed innovativa metodologia riabilitativa per ripristinare ed implementare le competenze della condotta alimentare compromesse dal disturbo della nutrizione.

Studi condotti da Scrimali, presso il Laboratorio di Neuroscienze Applicate del Polo Clinico ed Universitario degli Erei, grazie ad una serie di innovative strumentazioni, sviluppate dall'Autore, quali il MindLAB Set ed il CardioLAB Set (www.psychotech.it) hanno dimostrato che la sola visione del cibo può scatenare reazioni emotive negative nei pazienti, registrate da diversi parametri psicofisiologici, quali, per esempio, la conduttanza elettrodermica e l'heart rate variability.

L'attuazione di un setting di riabilitazione nutrizionale biofeedback assistita permette al paziente di acquisire piena consapevolezza di tali reazioni emotive e, successivamente, di sviluppare nuove capacità di autoregolazione, finalizzate alla riduzione dell'arousal. L'inibizione della reazione di fuga o attacco e l'implementazione dell'attivazione vagale ventrale costituiscono una opzione risolutiva per consentire al paziente di riprendere ad alimentarsi regolarmente e riattivare le funzioni digestive compromesse.

Nel corso della relazione verrà dettagliatamente illustrata la nuova metodologia clinica sviluppata, della riabilitazione nutrizionale biofeedback-based, e documentati i vantaggi terapeutici conseguibili.

La Narrativa del corpo nelle disfunzioni sessuali; dal setting individuale ai Gruppi "Emotivi Anonimi"

Relatore: Sibilla Giangreco, Centro Clinico ALETEIA, Palermo

Nell'ambito del modello della Psicoterapia Cognitiva Complessa, il corpo rappresenta un teatro narrativo ricco di sfumature che ci informa dei piani disfunzionali espressi dal paziente.

Le disfunzioni sessuali, in particolare, sia negli uomini che nelle donne, possono delinarsi come il tentativo del corpo di paralizzare l'espressione del bisogno sessuale per mettere l'individuo a contatto con sé stesso. I sintomi del corpo divengono una chiave d'accesso a parole ed emozioni inesprese, alle quali non è dato diritto d'accesso cognitivo né emotivo, né tantomeno narrativo o relazionale. Dinanzi alle parole non dette, alle emozioni negate o evitate, il sintomo rappresenta un tentativo di ricerca di senso. L'accesso della psicoterapia è offerto dal corpo quasi a voler favorire una riflessione profonda sulle connessioni intime tra bisogno, desiderio ed espressione di essi, con se stessi e con l'altro. Nella costruzione graduale di un dialogo nuovo che parte dal corpo per donare parole ad ogni livello narrativo, il setting complesso propone una multidisciplinarietà tra terapeuti che cooperano in un modello che coniuga Psicoterapia individuale e di gruppo.

Le esperienze composite costruite negli ultimi 6 anni nei centri clinici di Enna, Catania e Palermo offriranno lo spunto per un confronto clinico sul multisetting strategico nel fornire al paziente esperienze terapeutiche, che muovono dalla relazione diadica col terapeuta al confronto in un piccolo gruppo pensato come un percorso di affiancamento e potenziamento della psicoterapia individuale, con pazienti monosintomatici con tappe emotive ben delineate.

Neuroscienze Applicate in Psicotraumatologia

Relatore: Nicoletta Lanza, Centro Clinico ALETEIA, Acicastello

Il trauma viene considerato un evento spartiacque che divide il passato dal presente e dal futuro.

Secondo il DSM-5, quando si parla di trauma si fa immediatamente riferimento al PTSD e all'esposizione, da parte della persona, ad un trauma, quale la morte reale o una minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale, facendo un'esperienza diretta o indiretta dell'evento traumatico oppure venendo a conoscenza di un evento traumatico violento o accidentale accaduto ad un membro della famiglia o ad un amico stretto.

Ma i nuovi approcci al trattamento dei disturbi psicologici ci impone di non soffermarci sul concetto di trauma con la T maiuscola e di estendere il concetto di trauma anche alle storie di sviluppo, durante le quali non necessariamente il trigger si è costituito a partire da un unico fenomeno traumatico, come un abuso, come una catastrofe ambientale o un grave incidente...

In tutte le storie dei pazienti si palesano dei periodi traumatici: periodi di incuria o discuria genitoriale, la nascita di un fratello, il vissuto scolastico e adolescenziale. Il trauma, dunque, connota le storie di ogni paziente depresso, dipendente, fobico o con disturbi alimentari... Il paziente, nella sua narrativa personale, fa emergere che le esperienze hanno incrementato l'instaurarsi di solide credenze e schemi altamente disfunzionali. Il suo sé reale è connotato da sentimenti di inadeguatezza, paura del giudizio, scarsa mastery...dalla percezione della propria incapacità di fronteggiare le sfide del presente e del futuro.

Possiamo pertanto dire che il "trauma" nel senso più ampio del termine, e non come lo suggerisce la diagnosi del PTSD, apre le porte ad una psicoterapia che si affaccia alla complessità, che integra l'intero vissuto del paziente con l'impatto che ha sul funzionamento psicofisiologico e si estende al trattamento di tutti i pazienti.

Le neuroscienze applicate ci offrono un insieme di strumenti utili a risanare tutti i vissuti dolorosi e a ristrutturare le conoscenze che il paziente ha di sé e di utilizzare proattivamente queste conoscenze per gestire la sintomatologia ed integrare in una narrativa meno dolorosa il passato con il presente e, quindi, con il futuro. Soprattutto, nell'ambito delle neuroscienze è possibile intervenire sui processi psicofisiologici coinvolti, nel tentativo di creare un nuovo equilibrio ed una comunicazione funzionale tra neopallio e archipallio.

Durante questo intervento verranno esposte brevemente alcune tecniche neuroscientifiche applicate alla psicotraumatologia.

24 Settembre, Domenica

09.00-10.15

SIMPOSIO S-031

TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

Interventi a favore del benessere psicologico

Chair: Sergio Longo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Docente APC Lecce, Presidente Associazione Psicoterapia Cognitiva APS, Centro Clinico APC Lecce

Discussant: Donatella Loiacono, Psicologa, Psicoterapeuta, AIPC Bari

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il benessere psicologico come una condizione in cui "l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della Società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni".

A partire da questa definizione si rende sempre più auspicabile dedicare attenzione allo studio del fenomeno e all'implementazione di nuove strategie e buone pratiche in grado di promuoverlo.

La Scala degli Atteggiamenti Disfunzionali (Das): norme italiane per uno Strumento Utile e Strategico nella Terapia Cognitivo-Comportamentale

Relatore: Muriel Frascella, Psicologa, Psicoterapeuta, Lecce

Co-autori: Gian Luigi Dell'Erba, Psicologo, Psicoterapeuta, Didatta APC Lecce, Didatta AIPC Bari, Dirigente Psicologo CSM Campi Salentina (Le)

La DAS – Scala degli Atteggiamenti Disfunzionali - nella versione breve a 35 item riadattata da Burns D.D. nel 2019, nasce per rilevare punteggi critici in quelli che l'autore chiama "Sistemi di Valori". Tali sistemi altro non sono che Fattori Motivazionali, quindi scopi, sui quali l'individuo potrebbe iperinvestire in modo rigido, assoluto e inflessibile, mettendo in campo, di conseguenza, un ristretto repertorio di strategie di coping disfunzionali. Questa ricerca nasce, quindi, con l'obiettivo di individuare i dati normativi italiani, al fine di rendere la scala utilizzabile nella pratica clinica quotidiana. Riteniamo, infatti, che la DAS, affiancata ad un buon colloquio clinico cognitivo esplorativo, possa fornire una linea guida utile per la costruzione del profilo interno del paziente, individuando e implementando gli interventi più appropriati ed efficaci che lo aiutino a stare meglio e ad "allenare" una maggiore flessibilità psicologica.

Metodo: E' stato chiesto ai partecipanti di rispondere a 3 questionari:

- 1\ Core-10 (Connell, J. & Barkham, M., 2007 adattamento italiano a cura di Rocca, G., 2019);
- 2\ DAS (Adattamento da Burns, D.D., 2019);
- 3\ Item Unico sulla Felicità (Dell'Erba G.L., Frascella M., 2020).

I risultati al Core-10 sono stati incrociati con una domanda di controllo:

"Ha avuto un trattamento/terapia per un disturbo mentale (psichiatrico/psichico/psicologico)?"

In questo modo è stato possibile dividere il campione nei due sotto-gruppi "clinico" e non-clinico".

I dati ottenuti sono stati analizzati attraverso SPSS - Statistical Package for Social Science - alla luce delle variabili indipendenti prese in considerazione.

Risultati: Dall'analisi della varianza (ANOVA) si evince come le differenze tra gruppi (clinico e non-clinico) non siano dovute al caso (ipotesi nulla) ma siano, al contrario, statisticamente significative. I due gruppi risultano essere distinti e progressivi per gravità. I risultati sono coerenti con le diverse scale utilizzate in questo studio:

Core-10, DAS, Item Unico Soddisfazione di Vita Generale. I Fattori della DAS, inoltre, sono inversamente correlati all'indice di SDVG (Soddisfazione di Vita Generale). Questo risultato conferma ancora una volta la capacità della DAS di individuare i casi clinici e di distinguerli dai non-clinici.

Conclusioni: Alla luce dei risultati ottenuti è possibile sostenere che la Scala sia sensibile e in grado di misurare la sofferenza psicologica degli individui. In poche parole, la DAS aiuta il clinico a rispondere alla seguente domanda <<il paziente persegue scopi che non dipendono dal suo potere/controllo"?>> rilevando, in questo modo, un tassello fondamentale del suo funzionamento interno e generando ricadute positive, si presume, anche sull'intervento.

Fattori di personalità e psicologia positiva: una ricerca su una popolazione clinica e non clinica

Relatore: Muriel Frascella, Psicologa, Psicoterapeuta, Lecce

Co-autori:

Gian Luigi Dell'Erba, Psicologo, Psicoterapeuta, Didatta APC Lecce, Didatta AIPC Bari, Dirigente Psicologo CSM Campi Salentina (Le);

Marco Leo, Psicologo, Psicoterapeuta;

Milena Muya, Psicologa, Psicoterapeuta, Docente APC Lecce, Centro Clinico APC Lecce.

Questo lavoro si occupa dell'analisi di alcune variabili di psicologia positiva in soggetti clinici e non clinici che solitamente sono oggetto di studio su popolazioni non cliniche, mirato alla promozione o al mantenimento del benessere psicologico. In questo lavoro invece ci siamo occupati delle differenze nei due gruppi (clinico e non clinico) rispetto a 4 dei più significativi fattori: soddisfazione di vita, resilienza, gratitudine e solitudine percepita.

Inoltre, abbiamo indagato la correlazione tra le 4 variabili di psicologia positiva nei singoli disturbi di personalità.

Infine, è stato dato ampio spazio allo studio delle variabili di personalità nel campione clinico facenti parti del modello a 5 dimensioni come da AMPD - Alternative Model for Personality Disorder (DSM-V).

Metodo

Il campione della ricerca è composto da un gruppo non clinico (M=32; F=107) e un gruppo clinico (M=22; F=56) di età compresa tra 16 e 73 anni. Il campione non clinico è stato selezionato tramite questionario diffuso sui social media, al cui interno sono stati inseriti due item di controllo. I soggetti clinici, invece, erano pazienti in trattamento.

E' stato utilizzato il PID-Fonte Esterna, modificato dagli autori; per quanto riguarda le 4 variabili di psicologia positiva abbiamo utilizzato 3 scale mono-item (modello scale di Cantrill) e il questionario sulla resilienza a 6 item (Dell'Erba, Frascella, Leo, Mariano, Mascellino, 2021).

I dati ottenuti sono stati analizzati attraverso SPSS - Statistical Package for Social Science, alla luce delle variabili indipendenti prese in considerazione.

Risultati

I dati sono stati elaborati con MANOVA e MANCOVA: sono emerse differenze statisticamente significative tra il campione clinico e non clinico. Inoltre, le 4 variabili di psicologia positiva sono risultate tutte statisticamente significative, permettendoci di identificare le specificità nei singoli disturbi di personalità.

Abbiamo, infine, indagato come i 5 fattori del PID-Fonte Esterna Modificato si manifestino in ogni disturbo di personalità con una propria configurazione.

Conclusioni

Alla luce dei risultati ottenuti possiamo sostenere che le 4 variabili di psicologia positiva hanno permesso di evidenziare le differenze statisticamente significative tra gruppo non clinico e clinico. E' stato, inoltre, interessante osservare come queste stesse variabili si declinino all'interno dei disturbi di personalità producendo risultati a volte contro-intuitivi.

Il PID-Fonte Esterna Modificato, infine, si è dimostrato essere uno strumento sensibile nell'identificare e riconoscere specificità relative ai diversi disturbi di personalità e pratico nella somministrazione.

Coltivare resilienza: un intervento di prevenzione del disagio mentale e gestione delle emozioni, nella scuola

Relatore: Sergio Longo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Docente APC Lecce, Presidente Associazione Psicoterapia Cognitiva APS, Centro Clinico APC, Lecce

Co-autori:

Carolina Capone, Psicologa, Psicoterapeuta, Segretaria Associazione Psicoterapia Cognitiva APS Lecce;

Michela Garzia, Psicologa, Psicoterapeuta;

Simona Di Bello, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione.

Su iniziativa di alcuni terapeuti formati presso i corsi della scuola APC sede di Lecce, si è costituita da circa 2 anni un'associazione di promozione sociale denominata "Associazione di Psicoterapia Cognitiva APS" che accoglie psicoterapeuti riconosciuti o in formazione, afferenti al modello cognitivo comportamentale di intervento. La mission della nostra associazione è quella di fornire servizi e supporto sia ai componenti interni dell'associazione che promuovere salute mentale nella cittadinanza, utilizzando gli strumenti propri del paradigma CBT.

Tra le iniziative portate avanti dall'associazione è stato un intervento sperimentale condotto presso una scuola superiore di Lecce

Obiettivo:

L'intervento di prevenzione si è concentrato sul tentativo di fornire strumenti concettuali utili agli studenti per la gestione delle emozioni e dello stress, aiutarli a condurre una comunicazione assertiva, per migliorare la resilienza

Metodo:

Sono state confrontate due classi di quarta superiore di un liceo scientifico di Lecce. A tutti gli studenti sono state somministrate due scale di valutazione. L'Idea Inventory (Kassinove H, Crisci R, Tiegerman S. Versione a cura di Mario Di Pietro) e il Questionario sulla resilienza (Dell'Erba, Frascella, Leo, Mariano, Mascellino, 2021), oltre a descrizioni di aspetti generali e variabili indipendenti. Entrambe le classi hanno seguito un programma di complessive 12 ore (2 ore per ogni sessione) dedicato alla resilienza. Una classe è stata seguita da un'insegnante attraverso proiezione di filmati, ricerche e discussioni. Un'altra classe ha seguito un programma guidato da componenti dell'associazione, analizzando le emozioni più diffuse, interagendo attivamente con la classe e affrontando tematiche di problem solving e assertività

Risultati e Conclusioni:

Ci aspettiamo di osservare differenze significative nei punteggi dei questionari somministrati sia tra i gruppi (controlli vs destinatari dell'intervento) sia all'interno del gruppo sperimentale (pre vs post trattamento). Se confermati i risultati potrebbero rappresentare un primo passo verso la costruzione di un protocollo che potrebbe essere implementato e replicato nell'ambito della psicologia scolastica.

Rubik – Tutte le Facce del Supporto Psicologico ai Giovani. Analisi di un'esperienza

Relatore: Amalia D'Alesio, Psicologo, Psicoterapeuta, AIPC BARI, Ass restart, Bari

Co-autori: Donatella Loiacono, Psicologa, Psicoterapeuta AIPC Bari

Diverse ricerche hanno dimostrato che l'età adolescenziale - nello specifico la fascia d'età compresa tra i 14 e i 15 anni - è una fase di vita nella quale si manifesta maggiore vulnerabilità e vi è maggiore predisposizione a sviluppare psicopatologie. (Kessler, Ammingeretal, 2007); (Ronald, E., Dahl, 2004).

Alla luce di ciò e considerando quanto riportato dalla ricerca "Health and Health Care, the Forecast, the Challenge (2nd edition)" dell'istituto americano "Institute For The Future", gli stili di vita e i comportamenti rappresentano il 50% dei determinanti della salute.

La salute mentale, pertanto, è fortemente connessa all'adozione di stili di vita sani: agire preventivamente su di essi, modificandoli ove opportuno, consente di avere un feedback positivo sul proprio stato di benessere psicofisico.

Per questo motivo nasce l'idea di Rubik, come progetto di promozione della salute psicologica per adolescenti e giovani adulti, gestito dagli psicologi dell'associazione culturale ReStart con l'aiuto di esperti di comunicazione.

Rubik è ideato e realizzato da psicologi di nuova e vecchia generazione e ha l'obiettivo di diffondere la cultura della promozione della salute psicologica come intervento fondamentale per il benessere dell'individuo e dei gruppi. La sua mission prevede il sostenere gli adolescenti nello sviluppo di scelte consapevoli in tema di salute psicologica.

Dopo un inizio su piattaforma Instagram, il progetto è passato in presenza nelle scuole.

Analisi dell'esperienza presso la scuola media Imbriani di Bari, dove sono stati effettuati quattro incontri con tutte le classi terze, di cui, tre incontri sui temi: DISTURBI ALIMENTARI, BENESSERE AFFETTIVO E SESSUALE e ANSIA E STRESS; e il quarto incontro dedicato alla valutazione degli apprendimenti e alla raccolta dati.

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-106

TORRE ROSSI - AULA 5 - 5° PIANO

Terapie cognitivo-comportamentali di terza onda in contesti di gruppo: interventi ACT e DBT per la promozione di salute e benessere

Chair: Emanuele Rossi, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC, Association for Contextual Behavioral Science ACBS, Didatta SITTC, Pesaro

Discussant: Valeria Semeraro, Psicologa, Psicoterapeuta, Equipe per l'età evolutiva, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC-SPC, Didatta SITTC, Siena

Con l'espressione terapie cognitivo-comportamentali di terza onda o di terza generazione si fa riferimento alle nuove forme di psicoterapia cognitivo-comportamentale sviluppatesi negli ultimi trent'anni e orientate, piuttosto che alla riduzione diretta della sintomatologia, al cambiamento della relazione con i propri contenuti mentali, al fine del conseguimento di una maggiore flessibilità psicologica. Il termine "terza onda" fu introdotto nel 2004 da Steven C. Hayes, fondatore dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Le terapie cognitivo-comportamentali di terza onda sono molteplici e, tra le più note, accanto all'ACT, è possibile identificare la Dialectical Behavior Therapy (DBT; Linehan, 1993), la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2001), la Compassion-Focused Therapy (CFT; Gilbert, 2005). Tali forme di psicoterapia sono spesso caratterizzate dall'utilizzo di pratiche esperienziali e di consapevolezza, funzionali all'acquisizione di nuove strategie da parte del paziente.

Il presente simposio racchiude alcuni contributi inerenti l'applicazione in contesti di gruppo di due forme di psicoterapia cognitivo-comportamentale di terza onda, l'ACT e la DBT. Gli interventi presentati hanno avuto come target gruppi di adolescenti e adulti; alcuni interventi sono stati strutturati ex novo, mentre altri sono stati implementati modificando protocolli di gruppo già esistenti.

Il primo contributo propone uno studio il cui obiettivo è stato indagare la relazione tra eventi socio-relazionali avversi, autostima e qualità di vita, e come la flessibilità psicologica possa modulare tale relazione e valutare l'efficacia di un intervento basato su ACT nel migliorare la flessibilità psicologica dei partecipanti.

Il secondo intervento ha lo scopo di presentare l'implementazione del programma DBT-A Multifamiliare (Rathus e Miller, 2016), che prevede l'insegnamento e/o il potenziamento delle abilità DBT all'adolescente e ai genitori, all'interno di un centro clinico privato ambulatoriale, con particolare attenzione alle modifiche e alle integrazioni apportate al protocollo dello Skills Training Multifamiliare, laddove ritenute necessarie, con le abilità e relative schede del Programma DBT Standard.

Il terzo contributo prevede l'applicazione, in un gruppo di adolescenti con Disturbo Specifico di Apprendimento, di un protocollo sperimentale (Villirillo et al., 2021) di promozione del benessere

mirato a migliorare la qualità e la quantità delle relazioni interpersonali e valutare l'effetto previsto su sintomi di ansia e depressione secondari al DSA.

Il quarto contributo propone un protocollo sperimentale che si è focalizzato sull'incremento delle abilità per la gestione dello stress in un gruppo di pazienti adulti afferente ad un Servizio di Salute Pubblica del Centro Italia, attraverso l'intervento di gestione dello stress "Self-Help Plus (SH+)" (OMS, 2021) basato sull'ACT.

Flessibilità psicologica come mediatore tra eventi avversi, autostima e qualità di vita: analisi ed intervento

Relatore: Leonardo Fazio, Laurea in Psicologia, Dottorato di Ricerca in Neurobiologia Sperimentale, Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista Post-Razionalista, Ricercatore Universitario di tipo B in Psicologia Clinica, Università LUM 'G. Degennaro', Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Co-autori: Cristina Semeraro^c, Marianna Russo^{b,d}, Teresa Claudia Pennacchio^b, Martina Asselti^b, Ignazio Grattagliano^c, Rosalinda Cassibba^c, Alessandro Bertolino^{b,e}, Linda Antonella Antonucci^b e Giulio Pergola^{b,f,g}

a Università LUM 'G. Degennaro', Dipartimento di Medicina e Chirurgia;

b Università degli Studi di Bari 'A. Moro', Dipartimento di Biomedicina Traslazionale e Neuroscienze;

c Università degli Studi di Bari 'A. Moro', Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione;

d ASL FG, Consultorio Familiare, Vieste (FG);

e Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico, Bari;

f Lieber Institute for Brain Development, Johns Hopkins Medical Campus, Baltimore, MD (USA);

g Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland (USA)

L'esposizione ad eventi socio-relazionali avversi, come essere vittima di bullismo, trascuratezza o abuso fisico ed emotivo, può avere un rilevante impatto sul funzionamento psicologico dell'adulto, in termini di maggiore distress, peggiore qualità di vita psicologica e sociale, compromissione dell'autostima e maggiore incidenza di psicopatologia. L'impatto degli eventi socio-relazionali avversi può essere modulato da modalità disfunzionali di pensiero, come la inflessibilità psicologica, in grado di acuire e cronicizzare gli effetti psicologici dell'esposizione ad eventi avversi. Obiettivo del presente studio è stato indagare la relazione tra eventi socio-relazionali avversi, autostima e qualità di vita, e come la flessibilità psicologica possa modulare tale relazione e valutare l'efficacia di un intervento basato su ACT nel migliorare la flessibilità psicologica dei partecipanti. Si è studiato un campione non clinico di 96 volontari, di sesso femminile, di età compresa tra 19 e 21 anni. L'esposizione ad eventi socio-relazionali avversi è stata indagata con il Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) e la Bullying Scale (BS), mentre l'autostima e la qualità di vita sono state valutate con la Self-Esteem Rating Scale (SERS) e la World Health Organization Quality of Life (WHO-QOL), rispettivamente. Tutti i partecipanti hanno preso parte ad un intervento basato su ACT, adottando il modello DNA-V. L'intervento era articolato in 6 sessioni della durata di due ore, con cadenza settimanale. La flessibilità psicologica è stata indagata tramite il Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI), sia prima che dopo la partecipazione all'intervento basato su ACT.

Tramite correlazione di Pearsons si è valutata la relazione tra eventi socio-relazionali avversivi (misurati come eventi avversivi totali al CTQ e frequenza di episodi subiti di bullismo alla BS) e autostima (scala totale della SERS) e qualità di vita (qualità di vita psicologica e sociale alla WHO-QOL). Tramite analisi di mediazione si è indagato il ruolo della flessibilità psicologica nel modulare la relazione tra eventi socio-relazionali avversi, autostima e qualità di vita. Infine, modelli ANOVA a misure ripetute hanno permesso di valutare l'efficacia dell'intervento basato su ACT sulla flessibilità ed inflessibilità psicologica misurata con MPFI. Le analisi dei dati mostrano una correlazione negativa tra eventi socio-relazionali avversivi e le misure di autostima e qualità della vita considerate. Le analisi di mediazione mostrano una mediazione significativa della flessibilità psicologica sulla relazione tra frequenza di episodi subiti di bullismo e misure di autostima e qualità di vita. Infine, l'ANOVA mostra un significativo incremento della flessibilità ed una significativa riduzione dell'inflessibilità psicologica dopo la partecipazione all'intervento basato su ACT (tutti i risultati $p < 0.05$ con correzione di Bonferroni). I risultati di questo studio evidenziano l'impatto cruciale degli eventi socio-relazionali avversivi, sulla qualità di vita e l'autostima nell'età adulta, e mostrano come tale impatto possa essere modulato da modalità di pensiero disfunzionali, come quelle dovute ad una bassa flessibilità psicologica. Inoltre, dimostrano che la flessibilità psicologica può essere incrementata da interventi basati su ACT, permettendo di ipotizzare modelli di intervento atti a mitigare gli effetti individuali dell'esposizione ad eventi avversivi.

Lo Skills Training Multifamiliare: un esempio di integrazione con il protocollo DBT standard

Relatore: Rossella Maria Milano, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Ecopoiesis, Reggio Calabria

Co-autori:

Bartolo Emanuela, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Ecopoiesis, Reggio Calabria;

Felicetti Mariateresa, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Ecopoiesis, Reggio Calabria;

Morena Paola, Centro Clinico Ecopoiesis Reggio Calabria, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Reggio Calabria;

Zampaglione Milena, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Ecopoiesis, Reggio Calabria

La disregolazione emotiva, soprattutto in adolescenza, sembra essere un terreno fertile per l'insorgere di problematiche quali disturbi d'ansia, impulsività e aggressività patologiche, disturbi del comportamento alimentare, depressione e comportamenti disadattivi, difficoltà relazionali e comportamenti autolesivi (Rathus e Miller, 2016). La DBT - Terapia Dialettico Comportamentale, ideata da Marsha M. Linehan, concettualizza questi comportamenti come conseguenze o tentativi di fronteggiamento della disregolazione emotiva, centrale nel generare e mantenere tali comportamenti disadattivi e che può portare ad una disregolazione interpersonale, comportamentale, cognitiva e personale. Assumendo che i comportamenti problematici dei soggetti emotivamente disregolati derivino da una transazione tra vulnerabilità biologica, disregolazione emotiva e ambiente invalidante, la DBT si è mostrata efficace nel trattamento di adolescenti che presentavano una grave disregolazione emotiva e

comportamentale con condotte suicidarie, parasuicidarie e autolesive, grazie al coinvolgimento non solo dell'adolescente ma del contesto familiare in cui lo stesso è inserito. Lo scopo di questo lavoro è presentare l'implementazione del programma DBT- A Multifamiliare (Rathus e Miller, 2016), che prevede l'insegnamento e/o il potenziamento delle abilità DBT all'adolescente e ai genitori, all'interno del centro clinico privato ambulatoriale "Ecopoiesis" di Reggio Calabria, con particolare attenzione alle modifiche e alle integrazioni

apportate al protocollo dello Skills Training Multifamiliare, laddove ritenute necessarie, con le abilità e relative schede del Programma DBT Standard. L'efficacia delle suddette modifiche e integrazioni apposte è stata valutata attraverso la somministrazione, in entrata e in uscita dal trattamento, di una batteria di test dedicata agli adolescenti (Questionario Anamnestico adolescenti; MMPI-A; PID-5A; SCL-90R; TAS-20; ASI; Conners' Rating Scales versione adolescenti; LPI; FFMQ; A-DES) e ai genitori (Questionario Anamnestico genitori; FFMQ e Conners' Rating Scales versione genitori) e attraverso la compilazione di una scheda di valutazione da parte dei partecipanti alla conclusione dello Skills Training Multifamiliare. I risultati ottenuti saranno discussi per lo sviluppo di ipotesi di ricerche future sul trattamento DBT-A.

Promuovere il benessere negli adolescenti: un intervento di gruppo mirato al miglioramento delle relazioni interpersonali nei ragazzi con Disturbo Specifico di Apprendimento

Relatore: Giuseppe Grossi, Psicologo, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Associazione di Psicologia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC e SPC, CPR in Movimento Fondi

Co-autori:

Villirillo Caterina, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Associazione di Psicologia Cognitiva Roma, Equipe per l'Età Evolutiva APC e SPC, Centro Clinico Marco Aurelio Roma;

Nardone Serena, Psicologa, Psicoterapeuta presso CPR in Movimento Fondi;

Martina Simonelli, Psicologa, Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Associazione di Psicologia Cognitiva Roma

Circa l'80% dei ragazzi con Disturbo Specifico di Apprendimento presenta anche problematiche di tipo relazionale (Sofologi M. et al., 2022; Bakhshani et al., 2021). Secondo il DSM-5 (APA, 2013) alti livelli di supporto emotivo e sociale predicono migliori risultati a livello di salute mentale nei ragazzi con DSA. L'obiettivo di questo lavoro è applicare, in un gruppo di adolescenti con DSA, un protocollo sperimentale di promozione del benessere mirato a migliorare la qualità e la quantità delle relazioni interpersonali e valutare l'effetto previsto su sintomi di ansia e depressione secondari al DSA. L'ipotesi sottostante è che, migliorando la qualità delle relazioni interpersonali, aumenteranno anche l'autostima, la percezione di competenza e di autoefficacia. Il protocollo (Villirillo et al., 2021) è basato su procedure e tecniche cognitivo-comportamentali standard, abbinata a principi e procedure derivati dall'Acceptance and Commitment Therapy (Harris, 2011). Per la sperimentazione in gruppo, sono state apportate alcune modifiche relativamente alla durata dell'intervento e alla tipologia di alcune attività. Il campione è costituito da 5 ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 12 anni con Diagnosi di DSA non in trattamento o in trattamento da almeno un anno. I soggetti hanno compilato prima dell'intervento e alla sua conclusione i seguenti questionari: MASC 2 - Multidimensional Anxiety Scale for Children-Second Edition (March, 2017); CDI 2 - Children's Depression Inventory, Second Edition (ed ita: Camuffo e Cerutti, 2018); Test di Valutazione Multidimensionale dell'Autostima -TMA (Bracken, 2003); Le scale di Autoefficacia Scolastica Percepita e di Autoefficacia Sociale Percepita del Questionario di Autoefficacia (Pastorelli et al., 2001); Oxford Happiness Inventory (Meleddu et al., 2012). La fase iniziale dell'intervento (sedute 1, 2 e 3) si concentra su: conoscenza dei membri del gruppo e stesura delle regole di convivenza, promozione della consapevolezza dei punti di forza e di debolezza, individuazione dei valori e degli obiettivi da raggiungere nella relazione con i pari. La fase centrale (sedute 4-14) è mirata alla promozione dell'impegno a perseguire i propri obiettivi e valori attraverso la condivisione di contratti e la costruzione di

una “valigia degli attrezzi” (risorse personali); l’analisi delle credenze disfunzionali e la loro ristrutturazione; addestramento alle abilità carenti, con particolare attenzione all’assertività. Dall’analisi qualitativa i risultati confermano l’ipotesi iniziale.

Valutazione dei processi di flessibilità psicologica in un gruppo di gestione dello stress

Relatore: Paola Fraternali, Laurea in Psicologia, Master II livello in Psicopatologia dell’Apprendimento, specializzanda IV anno, SPC Ancona, Psicologa Centro Clinico “LiberaMente” Castelfidardo

Co-autori:

Micheletti Alice, Psicologa, specializzanda in psicoterapia IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Ancona, socio corrispondente SITCC;

Ambrogiani Vanessa, Psicologa, specializzanda in psicoterapia IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Ancona, socio corrispondente SITCC;

Verdura Elisabetta, Psicologa, specializzanda in psicoterapia IV anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Ancona, socio corrispondente SITCC;

Rossi Emanuele, Psicologo, Psicoterapeuta, docente e didatta Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (APC, SPC), socio didatta SITTC

Con il termine “stress” si intende la risposta fisiologica e psicologica che l’essere umano produce a seguito di difficoltà, sfide di vita, compiti o eventi che la persona percepisce come minacciosi o eccessivi e che vive con intensa pressione (ISS, 2020). Nel corso degli ultimi anni, soprattutto a seguito della pandemia, sempre più persone hanno richiesto l’aiuto dei professionisti della salute mentale per poter contrastare lo stress ed apprenderne le tecniche di gestione. La presente ricerca ha l’obiettivo di presentare e condividere con un gruppo di pazienti adulti afferente al Servizio di Salute Pubblica nel Centro Italia un corso di gestione dello stress per adulti - “Self-Help Plus (SH+)” (OMS, 2021) - basato sull’Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999, 2012), ed esaminarne l’impatto sulla flessibilità psicologica dei partecipanti. Lo scopo ultimo è quello di fornire ai partecipanti skills pratiche di gestione dello stress volte a promuovere la salute e il benessere della persona attraverso i processi centrali dell’ACT. Il corso è stato condotto da psicologi e psicoterapeuti in formazione e le valutazioni dei processi di flessibilità psicologica e dei sintomi e del distress psicologico è stata effettuata attraverso la somministrazione dei seguenti test: AAQ II (Acceptance and Action Questionnaire-II), CFQ (Cognitive Fusion Questionnaire), MAAS (Mindful Attention Awareness Scale), VLQ (Valued Living Questionnaire) e SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised).

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-077

CORPO AULE - AULA 3

Strategie di coping disfunzionali e tecniche somatiche in psicoterapia e psichiatria: casi clinici

Chair: Michela Alibrandi, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Genova

Discussant: Ilaria Baiardini, Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento di Medicina Interna Università di Genova

Le strategie di coping sono tentativi più o meno consapevoli della persona di gestire emozioni negative che emergono in situazioni relazionali reali o immaginate.

I comportamenti e i pensieri che il paziente mette in atto, con l'illusione di stare meglio, sono in realtà disfunzionali perchè possono contribuire al mantenimento o all'incremento dei sintomi psicologici, alla compromissione del funzionamento, fino a portare ad un peggioramento della qualità di vita.

In questo simposio saranno presentati tre casi clinici in cui le strategie di coping sono state trattate con approcci diversi, ma collegati dall'interesse per la cura attraverso modalità integrate mente corpo: stimolazione magnetica transcranica (TMS), tecniche esperienziali e videotecniche (Self Mirroring Therapy e Video Imagery Rescripting).

Nel primo intervento la dott.ssa Francesca Giglio presenterà un caso clinico di disturbo di personalità in cui l'uso di tecniche esperienziali all'interno di una formulazione di trattamento in chiave TMI ha determinato un miglioramento del funzionamento metacognitivo del paziente con conseguente riduzione dei coping disfunzionali a favore di strategie più adattive di regolazione delle emozioni e orientate al proseguimento di scopi personali.

Nel secondo intervento il dott. Werner M. Natta presenterà il caso clinico di una paziente in trattamento per un disturbo da uso di cocaina per la quale, accanto a terapia farmacologica e psicoterapia, è stata utilizzata la stimolazione magnetica transcranica (TMS). Questa metodica, di cui verrà sintetizzata la letteratura scientifica più recente, ha consentito alla paziente di modificare le proprie strategie di coping attingendo a risorse personali prima inaccessibili e in grado di orientare e sostenere importanti e duraturi cambiamenti personali.

Nel terzo intervento, la dott.ssa Michela Alibrandi esporrà il trattamento di un caso clinico di disturbo di personalità caratterizzato da un uso massiccio del perfezionismo come strategia di coping, da inibizione emotiva e blocco dell'agency. In particolare si mostrerà come le videotecniche abbiano facilitato nel paziente la comprensione delle proprie emozioni e il passaggio dall'autocritica all'accettazione e tenerezza verso se stesso.

Dal coping alla mastery: le tecniche esperienziali per promuovere nuove strategie di regolazione emotiva in un paziente con disturbo di personalità, in Terapia Metacognitiva Interpersonale

Relatore: Francesca Giglio, Laurea in Psicologia, specializzazione in Psicoterapia, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Co-autori:**Alibrandi Michela**, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Genova;**Dimaggio Giancarlo**, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Le strategie di coping sono un insieme di risposte che la persona mette in atto, in maniera più o meno consapevole, a fronte di stati mentali dolorosi con l'obiettivo di ridurre o eliminare la sofferenza soggettiva. Minore è il funzionamento metacognitivo, maggiore sarà la possibilità che la persona utilizzi strategie di coping disfunzionali, anziché strategie adattive di mastery (Dimaggio et al, 2019), il cui nesso con lo stato doloroso è molto spesso solo storico: le persone infatti agiscono degli automatismi, che il corpo registra nell'arco del proprio sviluppo, che si riattivano di fronte a condizioni specifiche.

Dalla pratica clinica e dalla ricerca, è emerso che l'utilizzo di tecniche esperienziali e corporee (es. immaginazione guidata, mindfulness, role-play, gioco delle due sedie) migliora l'accesso al mondo interno e, coadiuvando tecniche puramente cognitive, accelera il cambiamento (Arntz, 2012; Brewin et al., 2009; Lee & Kwon, 2013; Morina, Lancee, & Arntz, 2017; Norton & Abbott, 2016; Reimer & Moscovitch, 2015). Le tecniche esperienziali sono una serie di interventi che attivano mente e corpo e determinano un cambiamento nel modo di sentire e conseguentemente nel modo di comportarsi. L'attivazione di immagini mentali nelle varie modalità sensoriali si accompagna all'attivazione delle varie aree percettive: immaginare anticipatamente un comportamento si associa a una preparazione motoria dell'azione immaginata (Jeannerod, Decety, 1995; Kosslyn, 1994). Mente e corpo immaginano le azioni necessarie, pianificano le azioni e prevedono le risposte possibili (Elsner, Hommel, 2001).

Tra gli approcci empiricamente supportati, la Terapia Metacognitiva Interpersonale (MIT; Dimaggio et al., 2020; Popolo et al., 2021), nella più recente forma manualizzata, usa un'ampia gamma di tecniche esperienziali, esercizi corporei ed esperimenti comportamentali (Dimaggio et al., 2013; 2019; Centonze et al., 2020), in diverse fasi del percorso terapeutico e con diversi obiettivi, al fine di implementare nuovi scenari a livello premotorio che guidino la persona ad agire diversamente e a pianificare forme evolute di mastery (Dimaggio et al., 2019), il tutto attraverso un monitoraggio costante della relazione terapeutica (Centonze et al., 2021) e un'attenzione a ogni possibile rottura relazionale e alla riparazione della stessa (Muran et al., 2021; Safran & Muran, 2000).

Nel corso dell'intervento verrà presentato un caso clinico di disturbo di personalità, trattato secondo il modello TMI, in cui l'utilizzo delle tecniche esperienziali ha determinato, tra le altre cose, un migliore accesso al mondo interno e agency su di esso, con conseguenti comportamenti funzionali per la gestione degli stati mentali dolorosi in contrasto ai precedenti coping disfunzionali.

La stimolazione magnetica transcranica nelle dipendenze: effetti a breve e medio termine del trattamento sulle strategie di coping di una paziente con disturbo da uso di cocaina

Relatore: Werner Maria Natta, Brain and Care, Torino

Co-autori:

Mattei Cristina, Brain and Care, Torino;

Madeo Graziella, Brain and Care, Rimini

Zanardi Gabriele, Brain and Care, Torino

Bonci Antonello, GIA Miami

La stimolazione magnetica transcranica (TMS) è una metodica di neuromodulazione cerebrale non invasiva che si sta sempre più affermando in ambito clinico. Trova indicazioni nel trattamento di diversi disturbi mentali, quali il disturbo depressivo maggiore, il disturbo ossessivo compulsivo, il disturbo post-traumatico da stress, i sintomi negativi della schizofrenia, i disturbi d'ansia e i disturbi neurocognitivi. Nell'ambito delle dipendenze patologiche, le maggiori evidenze scientifiche riguardano il disturbo da uso di cocaina.

Nei pazienti con questo disturbo, la possibilità di ridurre in misura rapida e significativa il craving per la sostanza apre la possibilità di accedere a contenuti di pensiero, esperienze e riflessioni, che sono estremamente utili nel percorso di cura, sia per quanto riguarda gli aspetti psicologici che psichiatrici.

Nel corso della relazione verranno presentati alcuni dati di letteratura sull'utilizzo di questa metodica di trattamento, per poi focalizzarsi sul caso di una paziente con una lunga storia di disturbo da uso di cocaina. Particolarmente significativo nella storia di questa paziente è stato l'utilizzo combinato di terapia farmacologica, psicoterapia e TMS, che le hanno permesso, in un lungo percorso di cura, di modificare profondamente le proprie strategie di coping. L'utilizzo di strategie prevalentemente passive, che aveva caratterizzato la prima fase di questo percorso, si è modificato rapidamente dopo il trattamento con TMS a favore di strategie attive che le hanno consentito di affrontare profondi cambiamenti personali e ambientali, sostenendo nel tempo una motivazione all'astinenza e una sempre maggiore consapevolezza delle proprie risorse personali.

“La versione migliore di me stesso” : il perfezionismo come strategia di coping in un paziente con disturbo di personalità e il suo trattamento in Terapia Metacognitiva Interpersonale attraverso Self Mirroring Therapy e Video Imagery Rescripting

Relatore: Michela Alibrandi, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva, Genova

Co-autori:

Bugliarelli Giorgio, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Genova;

Dimaggio Giancarlo, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma;

Popolo Raffaele, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma

Il perfezionismo è la tendenza a pretendere da se stessi o dagli altri un livello di performance superiore a quello richiesto dalla situazione. Questo atteggiamento può portare la persona a valutare in modo ipercritico il proprio comportamento, generando un intenso stato di ansia derivante dalla necessità di migliorarsi costantemente.

Il modello di Frost e coll. (Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, '90) definisce il perfezionismo in base a sei dimensioni, alcune estremamente rilevanti per la pratica clinica: elevati standard personali; ansia eccessiva di commettere errori; preoccupazione per la qualità delle azioni personali; aspettative genitoriali molto elevate

nei confronti del bambino; spropositata critica dei genitori e biasimo nei confronti del figlio per non aver raggiunto gli standard elevati richiesti; apprezzamento dell'ordine, della pulizia, dell'organizzazione.

Nei disturbi di personalità il perfezionismo è una strategia di coping maladattiva: il paziente cerca di soddisfare standard di eccellenza nella speranza di essere riconosciuto e apprezzato dagli altri, con conseguenze negative sul proprio benessere, relazioni interpersonali e scelte di vita.

Il nucleo del perfezionismo infatti è un'immagine di sé come di scarso valore, non amabile o colpevole: il paziente mira alla perfezione come mezzo per essere amato e compensare le inadeguatezze che sente proprie, con un alta probabilità di un esito depressivo in caso di insuccesso.

La Self Mirroring Therapy e la Video Imagery Rescripting sono videotecniche che utilizzano la videoregistrazione del paziente durante la rievocazione di eventi dolorosi, per aiutarlo a comprendere e riscrivere gli schemi interpersonali disfunzionali attraverso il corpo. L'osservazione dei video aiuta il paziente a riconoscere in modo intuitivo ed incarnato le proprie emozioni, attraverso il sistema dei neuroni specchio, che normalmente usa per comprendere in maniera istintiva ed empirica gli stati emotivi altrui.

Le videotecniche non affrontano in modo diretto il perfezionismo, ma agiscono sull'immagine di sé nucleare di non amabilità: attraverso la visione di sé sofferente, in un clima di collaborazione con il terapeuta, il paziente riesce a guardarsi con un atteggiamento di self compassion anziché critica e a sperimentare in modo incarnato immagini di sé alternative, quelle in cui è capace di autoaccettazione e di connessione con i propri desideri, fino a rendersi conto che non deve necessariamente soddisfare le aspettative proprie ed altrui per percepire un senso di dignità e amabilità.

Nell'intervento si illustrerà il trattamento in ottica di Terapia Metacognitiva Interpersonale di un paziente con disturbo di personalità, caratterizzato da alti standard perfezionistici, inibizione emotiva e blocco dell'agency. In particolare si mostrerà come le videotecniche hanno facilitato nel paziente la comprensione delle proprie emozioni e il passaggio dall'autocritica all'accettazione e tenerezza verso se stesso.

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-039

CORPO AULE - AULA 4

Il ruolo delle emozioni nel trattamento dell'insonnia

Chair: Maurizio Gorgoni, Psicologo, Psicoterapeuta, Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Discussant: Andrea Galbiati, Psicologo, Psicoterapeuta; Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

L'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia (CBT-I), ad oggi considerata il trattamento di prima linea per il disturbo da insonnia dalle principali linee guida internazionali, è stata riportata da un'ampia letteratura scientifica. Questo intervento è coerente con i principali modelli cognitivi, comportamentali e neurobiologici dell'insonnia attualmente disponibili. Nonostante queste premesse, circa il 40% dei pazienti non raggiunge una piena remissione dopo un protocollo CBT-I, evidenziando un'eterogeneità della risposta al trattamento che rimane allo stato attuale uno dei più importanti interrogativi nella ricerca clinica sull'insonnia (Riemann et al., 2022). Una maggiore attenzione agli aspetti emotivi e alle specifiche modalità di funzionamento individuale legate all'insonnia potrebbe rappresentare una valida possibilità per migliorare le strategie di intervento clinico per questo disturbo, favorendo una formulazione del caso ed una definizione del trattamento che tenga conto delle differenze individuali. Difatti, sebbene le emozioni siano state sostanzialmente trascurate dai classici protocolli standard di CBT-I, processi emotivi e fattori motivazionali sono strettamente legati alla regolazione del sonno, e negli ultimi anni le evidenze sperimentali ed i modelli teorici a riguardo sono cresciute, indicando un ruolo chiave di aspetti emotivi nell'origine e nel mantenimento dell'insonnia (Van Someren, 2021). Una discussione sul ruolo di tali fattori nel trattamento dell'insonnia risulta quindi necessaria.

Lo scopo del simposio è quello di permettere un confronto tra diverse prospettive di ricerca e pratica clinica rispetto al ruolo delle emozioni e delle caratteristiche individuali di funzionamento nell'insonnia e nel suo trattamento. Nello specifico:

\- Andrea Ballesio si focalizzerà sull'efficacia della CBT-I sulla sintomatologia affettiva nell'insonnia, sui mediatori e moderatori affettivi dell'efficacia della CBT-I e sui possibili adattamenti della CBT-I per le insonnie in comorbidità con disturbi emozionali;

\- Chiara Baglioni esplorerà gli aspetti legati alla regolazione emotiva nell'insonnia e i modelli clinici attualmente proposti per migliorare le abilità di regolazione delle emozioni nel paziente insonne;

\- Fabio Moroni approfondirà il ruolo del perfezionismo nell'insonnia e la sua rilevanza rispetto alla scelta delle specifiche strategie di intervento per migliorare l'efficacia della CBT-I;

Efficacia della terapia cognitivo comportamentale per l'insonnia "standard" (CBT-I) su sintomi affettivi

Relatore: Andrea Ballesio, Laurea Magistrale in Psicologia della Salute Clinica e di Comunità, Specializzazione in Valutazione psicologica e consulenza (counselling), Ricercatore (RTDa) in Psicologia Clinica; Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

L'insonnia è spesso frequente in pazienti con disturbi emozionali (e.g., depressione unipolare e bipolare, ansia, disturbi di personalità, disturbi stress- e trauma-correlati). La terapia cognitivo comportamentale per l'insonnia (CBT-I) è oggi menzionata come intervento d'elezione "standard" per le insonnie croniche nella popolazione adulta in linee guida internazionali [European Sleep Research Society (EU), American College of Physicians (USA), National Institute of Clinical Excellence (UK)]. Ciononostante, l'efficacia degli interventi CBT-I sulla sintomatologia affettiva (e.g., umore, esperienza emozionale, processi di regolazione emotiva) risulta relativamente meno indagata, così come risultano poco noti i mediatori e i moderatori affettivi dell'efficacia della CBT-I. Infine, l'implementazione della CBT-I su pazienti con insonnie in comorbidità con disturbi emozionali potrebbe richiedere adattamenti specifici ed un approccio di precisione che oggi è ancora scarsamente considerato dalla letteratura clinica.

Il ruolo della regolazione delle emozioni nel disturbo di insonnia e nel suo trattamento

Relatore: Debora Meneo, Psicologa, Dottorato in Psicofisiologia, Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Professore Associato, Psicoterapeuta; Dipartimento di Scienze Umane, Università G. Marconi, Roma; Dipartimento di Psichiatria e Psicoterapia, Università di Friburgo (Germania); Clinica per la Psicoterapia del Sonno

Le teorie proposte per spiegare l'eziologia del disturbo di insonnia concordano nel riconoscere un ruolo importante all'alterazione dei processi emozionali nel mantenimento dei sintomi. Studi sperimentali hanno osservato che i pazienti con disturbo di insonnia, rispetto a persone con sonno di buona qualità, riportano emozioni negative più intense e più frequenti e una risposta emozionale psicofisiologica alterata a stimoli che richiamano l'esperienza di veglia durante la notte. Inoltre, teorie recenti hanno focalizzato sul ruolo della regolazione delle emozioni e della variabilità dell'esperienza emotiva nel mantenimento del disturbo di insonnia. In parallelo, nuovi modelli clinici sono stati proposti che prevedono l'inclusione di moduli diretti a migliorare le abilità di regolazione delle emozioni dei pazienti all'interno della terapia cognitiva comportamentale standard per il disturbo di insonnia (CBT-I). Questi interventi potrebbero migliorare l'efficacia della CBT-I in particolare per i sintomi diurni associati al disturbo.

Mantenere alta l'autostima è un duro lavoro che ci toglie il sonno.

Figuriamoci se dobbiamo preoccuparci anche di quella degli altri

Relatore: Fabio Moroni, Psicologo, Psicoterapeuta; Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

La terapia Cognitivo Comportamentale per l'insonnia (CBT-I) viene riconosciuta come terapia di elezione nelle linee guida internazionali per il trattamento dell'insonnia. La ragione di ciò risiede, oltre ai numerosi studi sperimentali che ne dimostrano l'efficacia, anche nella robusta convergenza tra i modelli teorici cognitivi e quelli psicofisiologici inerenti i meccanismi di funzionamento del sonno. Ciononostante, la CBT-I non dimostra di essere ugualmente efficace per tutti le persone che soffrono di insonnia, riportando l'attenzione sulle caratteristiche di funzionamento individuale che potrebbero essere ragione di ostacolo al trattamento e mantenimento del disturbo d'insonnia. Tra queste caratteristiche è stato molto studiato il perfezionismo, che sembra essere più presente nelle forme croniche di insonnia. Il perfezionismo, nella forma disadattiva, è associato alla convinzione che gli altri abbiano aspettative irrealistiche nei tuoi confronti, alla maggiore

preoccupazione di commettere errori, alla tendenza a dubitare di sé stessi e soprattutto ad una bassa autostima. Pertanto, il perfezionismo sembra essere un comportamento protettivo con lo scopo di non deludere gli altri e mantenere alta l'autostima. Nel presente contributo, cercherò di spiegare come per alcune persone il perfezionismo non abbia unicamente lo scopo di preservare la propria autostima, ma anche quella delle figure di riferimento. In particolare, verranno evidenziate le conseguenze terapeutiche alla luce di tale funzionamento e la rilevanza sulle scelte strategiche di intervento terapeutico che potrebbero aumentare l'efficacia della CBT-I.

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-048

CORPO AULE - AULA 5

Il trauma post-migratorio di adulti e minori migranti: modelli di intervento dall'accoglienza alla cura

Chair: Marzia Albanese, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia SPC, Roma

Discussant: Maria Grazia Foschino Barbaro, Coordinamento Rete Servizi contro violenza all'infanzia, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva, Bari

Secondo i dati dell'UNHCR le persone oggi in fuga nel mondo sono oltre 60 milioni. La persistenza di condizioni di guerra e la sistematica violazione dei diritti umani in molti Paesi del mondo costringono milioni di persone a fuggire dai drammatici eventi del proprio paese di origine intraprendendo un viaggio inevitabilmente pericoloso. Nel corso della rotta migratoria, spesso, la persona è infatti vittima di ulteriori esperienze traumatiche: detenzione, tortura, mancato riparo, inaccessibilità ad acqua e cibo, incidenti, situazioni di conflitto armato. Come mostrato dalle evidenze scientifiche degli ultimi anni, ne consegue un aumentato rischio di disturbi mentali, poiché con un bagaglio carico di eventi traumatici esperiti prima e durante il percorso migratorio, il migrante si trova poi improvvisamente sottoposto ad una condizione attuale dovuta all'esilio in una terra sconosciuta, sino a fare esperienza di un vero e proprio trauma post-migratorio. Diversi sono i fattori di vulnerabilità per tale condizione: mediazione culturale assente o intermittente nei servizi con cui il migrante si interfaccia, mancanza di risorse finanziarie e umane adatte ad un trattamento specializzato, ambienti poco idonei all'accoglienza e situazioni di sovraffollamento, procedure di richiesta di asilo lente, mancanza di azione interdisciplinare tra Prefettura, Centri di Prima Accoglienza, Commissioni Territoriali e Servizi del Sistema Sanitario Nazionale. Tutto questo rappresenta una grande sfida per la presa in carico terapeutica di questo target di popolazione e richiede inevitabilmente a tutte le figure professionali coinvolte, non solo l'adozione di adeguate strategie volte alla cura del disagio pregresso di queste persone, ma anche la strutturazione di interventi mirati alla prevenzione di quello attuale, nel costante rispetto della transculturalità.

Da naufraghi ad esploratori: stili di coping e difficoltà di vita post migratoria in minori stranieri non accompagnati

Relatore: Daniele Lagatta, Centro Clinico AIPC, Bari

Co-autori: Sgaramella Alessandra, Foschino Barbaro Maria Grazia - Centro Clinico AIPC Bari

Il presente studio mira ad una rilevazione rispetto a difficoltà di vita post traumatiche in centri di accoglienza per minori stranieri non accompagnati del nord Basilicata. Considerando la complessità del fenomeno migratorio in sé, nella maggior parte delle storie narrate si parla di trauma prolungato multidimensionale costituito da tre componenti consecutive nel tempo: il trauma pre-migratorio, il trauma migratorio e il trauma post-migratorio (Santone G., Gnolfo F., 2008). Gli effetti del trauma possono condurre a difficoltà in termini di adattamento e integrazione nel nuovo contesto di vita. Le esperienze sfavorevoli infantili, ovvero esperienze traumatiche o molto stressanti, possono interferire con i normali processi di sviluppo psico-fisico e produrre un impatto negativo con conseguenze a lungo termine sul piano fisico e mentale. Il trovarsi di fronte ad eventi attuali stressanti, come l'adattarsi ad una nuova realtà, attiva meccanismi di coping da quelli più funzionali a

quelli più disfunzionali, producendo differenze significative nell'adattamento. Ciò porta a difficoltà rispetto alla vita quotidiana rilevabili dagli operatori che lavorano con il minore. Obiettivo del presente studio è valutare la presenza di esperienze sfavorevoli infantili, difficoltà di vita post migratorie, stili di coping, modalità comportamentali e la correlazione tra questi in minori stranieri non accompagnati. Per questo, sono stati selezionati 40 minori stranieri non accompagnati tra i 15 e i 18 anni. È stato chiesto agli educatori di compilare una scheda di osservazione sistematica e il questionario SDQ. Sono state indagate le esperienze sfavorevoli infantili (ACEs) e le difficoltà di vita quotidiana (PMLD) nei minori. Ogni utente veniva invitato poi ad osservare e a identificarsi rispetto a quattro vignette, presentate come "storie" e rappresentanti quattro stili di coping caratteristici dei migranti (Kramer e Bala, 2004). Partendo in ordine dal più disadattato a quello più adattivo, i migranti possono essere "naufraghi", "ibernati", "combattenti" ed "esploratori" e passare da uno di questi stili ad un altro a seconda del tempo, del contesto e delle nuove esperienze. Risultati: il benessere mentale dei rifugiati è influenzato da fattori di stress traumatici e difficoltà di vita post migratorie che riflettono stili di coping differenti. Ciò si traduce in comportamenti rilevabili dal e nel contesto accogliente. Ci si aspetta una connessione tra le esperienze traumatiche infantili e le risposte in termini di coping, sul piano emotivo e comportamentale.

Salute mentale e migrazione: il ruolo del sistema di accoglienza

Relatore: Federica Visco Comandini, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Psychè, Medici per i diritti umani (MEDU) Roma; Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Co-autori: Barbieri Alberto, Centro Clinico Psychè Medici per i diritti umani MEDU, Roma

Nonostante negli ultimi anni siano stati effettuati numerosi studi per comprendere l'eterogeneità del Disturbo Post Traumatico Complesso (C-PTSD) nella popolazione di rifugiati e richiedenti asilo, pochi studi hanno indagato specificatamente i fattori che modulano la manifestazione sintomatologica di questo disturbo in ambito transculturale. Gli studi che descriveremo in questa presentazione indagano diverse variabili (anagrafiche, ambientali e legate alle esperienze traumatiche) in relazione alla manifestazione sintomatologica del C-PTSD nella popolazione di rifugiati e richiedenti asilo sia residenti in un contesto europeo di un paese ad alto reddito (Italia) che in un paese africano a basso reddito (Niger). Al fine di evidenziare il ruolo di ciascuna variabile sono stati inclusi in questi studi N=122 e N=126 partecipanti residenti rispettivamente nei Centri di Accoglienza italiani i primi e nei presidi umanitari ad Agadez (Niger) i secondi. Tutti i partecipanti hanno riferito di essere stati esposti a traumi complessi. Attraverso l'utilizzo della Latent Class Analysis (LCA) sono stati descritti i profili sintomatologici dei partecipanti ed attraverso la regressione logistica multinomiale sono state evidenziate le variabili predittive che indicavano l'appartenenza a ciascun profilo. I risultati hanno evidenziato che la maggior parte dei partecipanti inclusi nello studio presentavano un profilo ascrivibile al C-PTSD, questo dato ha confermato la validità di costruito dell'ICD-11 (2018) nell'evidenziare differenze sintomatologiche all'interno dei disturbi post-traumatici. In relazione alle variabili indagate per evidenziare la relazione di esse con il quadro psicopatologico presentato, sia fattori pre-migratori (età di esposizione agli eventi traumatici) che le condizioni di accoglienza (grandi centri di accoglienza vs piccoli centri di accoglienza) predicevano la severità del quadro post-traumatico in modo significativo. In conclusione, questi risultati sottolineano il ruolo di rilievo dei fattori post-migratori nella modulazione della sintomatologia post traumatica nelle popolazioni di rifugiati e richiedenti asilo ed implicano l'implementazione di sistemi di accoglienza funzionali a sostenere l'individuo nel percorso di integrazione nei paesi ospitanti.

Violenze, traumi e minori migranti. Un modello di intervento in ottica transculturale per la rete dei servizi

Relatore: Alessia Laforgia, Centro Clinico Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Co-autori: Foschino Barbaro Maria Grazia, Centro Clinico Psicoterapia AIPC, Bari

La II Indagine Nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia (TDH, AGEA, CISMAL, 2021) fornisce dati allarmanti sul fenomeno della violenza ai danni dei minori stranieri in carico ai Servizi Sociali italiani: ogni 1000 bambini vittime di maltrattamento 7 sono italiani, 23 stranieri. La migrazione rappresenta una condizione di profonda vulnerabilità sia per le esperienze pre-migratorie, quali povertà, violenze, persecuzioni, discriminazione, guerre, sia perché comporta la rottura dei legami e dell'equilibrio con il proprio ambiente esponendo a un disorientamento culturale e identitario. Per i minori con background migratorio, tali esperienze si aggiungono spesso a violenze interpersonali prolungate nei contesti di arrivo, disuguaglianze, marginalità e deprivazione, le cosiddette Expanded ACEs (Esperienze Sfavorevoli Infantili Estese), alimentando contesti di accadimento violenti e disfunzionali esitando in sviluppi traumatici (Foschino Barbaro, 2021). Il Disturbo da stress posttraumatico complesso (ICD 11, WHO 2022) risulta, infatti, essere 10 volte più frequente in questi minorenni rispetto ai nativi locali. Nel panorama internazionale l'approccio alla complessità della violenza, in particolare per le fasce di popolazione più vulnerabili, impone azioni multidisciplinari e multi-agenzia per garantire tutela, protezione e cura. In continuità con l'approccio ecologico, si è affermata la prospettiva del Trauma Informed Care (TIC), in cui la prevenzione e gli interventi psicosociali si integrano con i trattamenti clinici e psicoterapeutici in un'ottica di continuità della cura, del coinvolgimento nei percorsi di presa in carico, per la co-costruzione del benessere dei minori e di quello organizzativo delle reti dei servizi e degli Enti coinvolti (NCTSN, 2020). Oltre agli interventi psicosociali per il potenziamento dei fattori di protezione, le linee guida internazionali per la cura del trauma nei minori stranieri fanno soprattutto riferimento alla Terapia Cognitivo-Comportamentale (NICE, 2018). In particolare la Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) e la Narrative Exposure Therapy (NET). Il nostro lavoro presenterà lo stato dell'arte sui modelli integrati di presa in carico e alcuni strumenti operativi in ottica transculturale.

Take a tea (Training Emotivo Assertivo): proposta di intervento nel sistema di accoglienza dei migranti in Italia

Relatore: Francesco Pavani, Associazione di Psicologia Cognitiva, APC Verona

La popolazione migrante che giunge in Italia entra in contatto con un articolato sistema di accoglienza territoriale. Le strutture adibite ad accogliere i migranti che effettuano una domanda di asilo sono i Centri di Accoglienza Straordinari (CAS). La permanenza all'interno dei CAS permette ai richiedenti asilo di veder garantito vitto, alloggio e la possibilità di accedere a diversi altri servizi tra i quali il servizio di supporto psicologico. Nonostante l'elevata e documentata presenza di sintomi riconducibili ad un'ampia gamma di psicopatologie, i richiedenti asilo molto difficilmente effettuano spontaneamente una richiesta di supporto psicologico. L'assenza di un intervento tempestivo comporta l'ingravescenza dei sintomi e la cronicizzazione delle psicopatologie. La quasi totale assenza di una competenza emotiva sembrerebbe ostacolare la capacità degli ospiti di definire e comprendere la propria sofferenza e l'opportunità di affidarsi al servizio di supporto psicologico. Un altro importante aspetto riguarda l'espressione dei bisogni: i richiedenti asilo dimostrano una scarsa capacità di esprimere in maniera adeguata i propri bisogni. In particolare, si tratta di atteggiamenti e comportamenti che contribuiscono ad ostacolare e complicare i rapporti sia con gli operatori presenti nei CAS

che con gli altri richiedenti asilo, tra questi: modalità di interazione aggressiva, ritardi ed assenze agli appuntamenti, mancato rispetto dei turni di conversazione ed inosservanza delle norme sociali. TAKE A TEA (Training Emotivo – Assertivo) è una proposta di intervento nel sistema di accoglienza dei migranti in Italia. Un training creato ad hoc con l'obiettivo di fornire ai richiedenti asilo, conoscenze e strumenti che possano favorire una maggiore consapevolezza dei propri vissuti emotivi, migliori meccanismi di coping ed una adeguata espressione dei bisogni. Il training comprende una prima giornata introduttiva durante la quale viene proposta la sottoscrizione del contratto di gruppo, seguono tre giornate dedicate allo sviluppo delle competenze emotive con particolare riferimento alle emozioni negative, che sono maggiormente riscontrabili all'interno dei CAS quali tristezza, ansia e rabbia. La quinta ed ultima giornata è dedicata alla definizione e all'identificazione dei tre stili relazionali: aggressivo, assertivo e passivo. La partecipazione al training richiede il coinvolgimento attivo dei richiedenti asilo che saranno invitati a mettersi in gioco portando alcuni esempi derivati dalle loro esperienze di vita. TAKE A TEA è un breve intervento finalizzato a contribuire alla soddisfazione del bisogno di autorealizzazione per mezzo della conoscenza. L'istruzione e la conoscenza sono la chiave per una realtà più equa che tenga in considerazione tutte le persone senza distinzioni di etnia, cultura, genere, età o status.

24 Settembre, Domenica

9.00-10.15

SIMPOSIO S-103

CORPO AULE - AULA 6

Il ruolo della resilienza nel paziente organico: coping, adattamento e benessere

Chair: Annamaria Petito, Psicologa, Psicoterapeuta, Prof.ssa ordinaria di Psicologia Clinica, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Università di Foggia, Docente AIPC, Bari

Discussant: Alessandro Costantini, Psicologo, Psicoterapeuta, Professore Associato in Psicologia dello Sviluppo. Dipartimento di Scienze Politiche, Università degli Studi di Bari A. Moro

Il simposio presentato incrocia il grande tema della resilienza, a cui negli ultimi anni è stato dato ampio spazio di riflessione, con quello della malattia organica nelle diverse fasi di vita.

"La resilienza è la capacità di fronteggiare difficoltà ed eventi avversi con cui la vita inevitabilmente confronta, trovando un modo funzionale di adattarsi ad esse o, ove possibile, recuperare il funzionamento precedente" (Perdighe 2021). Oggetto di attenzione in psicoterapia è, però, il costrutto della "resilienza come processo", ovvero come coping positivo nell'affrontare situazioni traumatiche, teso alla costruzione di condotte funzionali e investimento su scopi che favoriscono un senso di benessere e adattamento. Nei pazienti con malattia organica la promozione della resilienza come processo può diventare la chiave di volta per favorire il benessere psicologico e contenere il rischio dello sviluppo di psicopatologie.

I contributi presentati in questo simposio offrono differenti scenari in cui la resilienza come processo viene potenziata, utilizzando interventi mirati a seconda della fascia di età del paziente, del momento storico della malattia e della sintomatologia presentata e del distress emotivo vissuto, nell'ottica di un adattamento il più funzionale possibile. In particolare saranno descritti due interventi sul paziente adulto con malattia organica: nel primo sarà trattato il lavoro sulle narrazioni autobiografiche, orientato a favorire sia le capacità di problem solving che le capacità di fronteggiamento delle esperienze negative legate alla malattia (Lenzi et al. 2014); il secondo, invece, descriverà il modello Strengths-Based CBT di Padesky e Mooney, applicato a pazienti affetti dalla sindrome post-covid in modalità online. Il focus sull'età evolutiva, invece, verterà su due strumenti, un racconto e una guida alla lettura, realizzati nell'ambito del progetto Ministeriale: "Parola ai bambini: progettare l'antidoto alla paura attraverso la narrazione" destinati ai piccoli pazienti dai 6 ai 10 anni e ai loro genitori, al fine di favorire strategie di coping e adattamenti funzionali alla malattia cronica nei bambini.

L'Elaborazione Conoscitiva nel fronteggiamento delle malattie organiche croniche

Relatore: Robert Adir Samolsky Dekel, Psicoterapeuta, Docente Coordinatore di Corso presso Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Psicoterapeuta presso Centro Sinesis, Bologna

Co-autori:

Battilani, Linda, laurea in Psicologia, specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Costruttivista, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Family Relations Institute;

Oppi, Federico, Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, casa di cura “Ai Colli”;

Rossini, Roberta, Psicologa, Psicoterapeuta, Docente Coordinatrice di corso presso Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC; UMEE Ancona – AST Ancona;

Lenzi, Silvio, Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Sinesis Centro per la ricerca in scienze e terapie cognitive, Bologna

Ogni vicenda di vita significativa comporta un riaggiornamento della propria Identità Personale, intesa come “soggettività che viene a costruirsi – “multimodalmente e multilivellaramente” - attraverso i processi di conoscenza, narrazione e comunicazione” (Lenzi 2023).

In presenza di patologie organiche importanti, la sofferenza fisica ed emotiva e la necessità di sottoporsi A trattamenti lunghi, estenuanti e dall’esito incerto, impongono alla persona di doversi confrontare con cambiamenti di sé e del proprio stile di vita (Bottomley et al. 2022). Le difficoltà di adattamento ai mutamenti delle condizioni di vita sono maggiori laddove vi sia una scarsa rielaborazione ed integrazione delle esperienze negative rispetto alla propria identità personale.

Il presente intervento si propone di illustrare, attraverso la presentazione di un caso clinico, come il lavoro sulle narrazioni autobiografiche favorisca la realizzazione di nuove forme di riordinamento e ristrutturazione dell’attività conoscitiva, per una rilettura delle vicende di malattia in funzione di una migliore integrazione rispetto al sé e una maggiore autoefficacia. Nel breve termine, tale rilettura favorisce infatti il reclutamento di risorse interne, implementando sia le capacità di problem solving sia le capacità di fronteggiamento delle esperienze negative legate alla malattia (Lenzi et al. 2014). In prospettiva, la rielaborazione conoscitiva delle vicende di vita riapre la possibilità di “mettere al congiuntivo” la realtà (Good 1994). In altre parole, si tratta del recupero della possibilità di pensare al proprio futuro, di avere una progettualità.

Nel corso della presentazione verrà discussa altresì l’importanza di una visione d’insieme del percorso di trattamento in psicoterapia (Bercelli 2013), illustrando il razionale di un percorso di cambiamento e cura focalizzato sullo sviluppo temporale della terapia, sui livelli logici di cambiamento e sulle strategie di intervento (Lenzi 2018).

L’intervento Strengths Based CBT online nei pazienti post-covid

Relatore: Antonella Calvio, Psicologa, Psicoterapeuta, Dottoranda di ricerca in Neuroscience and Education, Università degli Studi di Foggia

Co-autori:

Difino, Melania Rita, Psicologa, Psicoterapeuta, Dottoranda di ricerca, Università degli Studi di Foggia;

Iuso, Salvatore, Psicologo, Psicoterapeuta, RTD-A, Università degli Studi di Foggia;

Ferrante, Stefania, Psicologa, Psicoterapeuta Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva, AIPC Bari;

Petito, Annamaria, Psicologa, Psicoterapeuta, Docente AIPC Bari, Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Università degli Studi di Foggia;

Foschino Barbaro Maria Grazia, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva, Bari

La sindrome post-covid ha diverse possibili manifestazioni cliniche, di tipo generale o organo-specifiche. Evidenze scientifiche hanno mostrato la presenza di implicazioni per la salute mentale nei sopravvissuti al Covid-19: ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico risultano associati a tale infezione.

Attraverso un intervento di 8 sedute di psicoterapia individuale online, lo studio si pone l'obiettivo di valutare gli esiti dell'intervento strengths based CBT e la sua efficacia nel promuovere la resilienza, ridurre la sintomatologia ansioso-depressiva e post-traumatica di 22 pazienti precedentemente affetti da Covid-19. Sono stati utilizzati i seguenti strumenti: il Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM), l'Impact of Event Scale-Revised (IES-R), la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Lo studio prevede la raccolta dei dati, per ogni partecipante, ad inizio trattamento (T0), dopo quattro sedute di psicoterapia (T1) e a fine intervento

(T2). L'analisi statistica condotta mediante l'ANOVA con parametro di Kruskal-Wallis test mostra una differenza statisticamente significativa nel confronto totale tra le medie dei punteggi ottenuti alla dimensione Benessere ($p=0.0465$) nei tre tempi analizzati; differenze statisticamente significative emergono tra i punteggi ottenuti a T0 e T2 nelle dimensioni: Problemi ($p=0.0099$), scala totale del CORE-OM ($p=0.0238$), ansia ($p=0,0029$, $t=3.367$), sintomi intrusivi ($p<0.0001$, $t=5.184$), iperarousal ($p=0,0019$, $t=3.539$) e per il valore complessivo della scala IES-R ($p=0,0004$, $t=4.232$). I dati raccolti mostrano come l'intervento si riveli in grado di aumentare il benessere soggettivo, di sostenere il funzionamento della persona attraverso il miglioramento delle relazioni primarie e nella dimensione sociale, di ridurre la sintomatologia ansiosa e post traumatici.

"Parola ai Bambini. Progettare l'antidoto alla paura attraverso la narrazione": strumenti per promuovere la resilienza nei bambini con malattia cronica e nei loro genitori

Relatore: Stefania Ferrante, Psicologa, Psicoterapeuta; UOSSD Psicologia AOU Policlinico Giovanni XXIII, Bari, Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari

Co-autori:

Filograsso, Francesca, Psicoterapeuta in formazione, Scuola di Psicoterapia Cognitiva AIPC Bari II anno;

Castoro, Germana, Psicologia Università degli Studi di Bari; UOSSD Psicologia AOU Policlinico Giovanni XXIII Bari, Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale SPC, Napoli;

Foschino Barbaro, Maria Grazia, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva, Bari.

La malattia di un bambino è un evento doloroso che ha un impatto significativo sull'intero nucleo familiare. La letteratura incoraggia i genitori a parlare con i propri figli della loro condizione di salute per migliorarne l'esperienza di cura (Department of Health Action Plan, 2002; British Medical Association, 2001; Scott et al., 2003) e la gestione dello stress (Adams-Greenly, 1983); potenziare l'empowerment e la partecipazione attiva del piccolo paziente ne promuove, inoltre, la resilienza. La fiaba può agevolare la comunicazione con i più piccoli offrendo la possibilità al bambino di esplicitare pensieri ed emozioni connesse alla sua esperienza. Affinché questo processo avvenga è necessaria la presenza del genitore (un adulto significativo) che sia riuscito a integrare la rappresentazione della malattia del proprio bambino.

In questa cornice teorica si inserisce il presente lavoro che illustra i prodotti realizzati nell'ambito del progetto: Parola ai bambini: progettare l'antidoto alla paura attraverso la narrazione messo in campo, con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute – Direzione Generale della prevenzione sanitaria, dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico Ospedale Giovanni XXIII di Bari, UOSSD Psicologia, in collaborazione con l'Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali e la Cooperativa Sociale Nostos di Roma.

Il progetto ha visto la realizzazione di laboratori esperienziali con bambini dai 6 ai 10 anni e t group psicoeducativi con i loro genitori a conclusione dei quali sono stati prodotti il racconto "Punto e Virgola" e la

guida di supporto alla lettura del racconto dal titolo “Il viaggio inaspettato della malattia cronica. Attività psicoeducative per promuovere la resilienza nei bambini attraverso la favola”.

Il racconto e la guida alla lettura possono essere uno strumento innovativo e pratico che permetta di aiutare bambini e genitori a dar voce alle loro esperienze e ai loro vissuti, valorizzando la funzione terapeutica della narrazione e potenziando processi di resilienza tali da favorire strategie di coping, adattamenti funzionali e qualità della vita.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.00-14.10 TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Stefania Ferrante

CL-36 - Cognitive, emotional and daily functioning domains involved in decision-making among patients with mild cognitive impairment: a systematic review

Relatore: Chiara Abbatantuono, Department of Translational Biomedicine and Neuroscience Department, University of Bari "Aldo Moro"

Co-autori:

Alfeo, Federica - Laurea in Psicologia clinica, in specializzazione presso slop (secondo anno, sede padova), dottoranda di ricerca presso Department of Education, Psychology, Communication, University of Bari "Aldo Moro";

Gintili, Giorgia - Department of Translational Biomedicine and Neuroscience Department, University of Bari "Aldo Moro";

De Caro, Maria Fara - Department of Translational Biomedicine and Neuroscience Department, University of Bari "Aldo Moro";

Lanciano, Tiziana - Department of Education, Psychology, Communication, University of Bari "Aldo Moro";

Curci, Antonietta - Department of Education, Psychology, Communication, University of Bari "Aldo Moro";

Taurisano, Paolo - Department of Translational Biomedicine and Neuroscience Department, University of Bari "Aldo Moro".

Il Mild Cognitive Impairment (MCI) è uno stadio transitorio o prodromico della demenza in cui le autonomie di vita risultano conservate. Tuttavia, questa condizione può comportare un impoverimento delle abilità di decision-making (DM), probabilmente a causa di un graduale deterioramento della corteccia prefrontale e delle aree cerebrali sottocorticali alla base dell'elaborazione cognitivo-emotiva.

Usando le linee guida PRISMA abbiamo condotto una review sistematica con l'obiettivo di indagare la letteratura relativa ai processi di DM nei pazienti con MCI. I sei database online consultati hanno prodotto 1689 articoli di ricerca che sono stati vagliati e poi valutati in base a criteri di ammissibilità e qualità. Sono stati inclusi 41 studi che hanno coinvolto 5610 partecipanti, poi classificati secondo i criteri PICOS. Dai risultati si evince come i pazienti con MCI sottoposti a valutazione neuropsicologica risultino leggermente o moderatamente compromessi nelle abilità del DM relative alla gestione finanziaria, all'aderenza alle cure mediche, a specifiche performance cognitive, a condizioni di rischio e soprattutto di incertezza. L'importanza del DM nel funzionamento quotidiano dei pazienti è evidente nella rassegna, ma emerge anche un'eterogeneità di strumenti usati per la sua valutazione. Tale mancanza di consenso è altresì riscontrabile per strumenti e modalità adoperate per la valutazione dell'MCI.

La presente ricerca evidenzia diversi aspetti relativi al rapporto tra MCI e DM cercando di far luce sulle strategie di valutazione ed intervento e tenendo conto dei correlati cognitivo-emotivi e dei predittori di compromissione del DM, ponendo le basi per futuri studi empirici sul tema.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.10-14.20 TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Stefania Ferrante

CL-23 - Psicopatìa, aggressività proattiva, compassione e teoria della mente: evidenze sulla relazione con il sistema nervoso autonomo

Relatore: Danilo Atripaldi - Psicologo, Associazione TAM – Tieni A Mente OdV, S. Giorgio a Cremano (NA); Prima Clinica Neurologica, AOU Università degli Studi della Campania “L. Vanvitelli”, Napoli; Scuola di Psicoterapia Cognitiva, II anno, Napoli

Co-autori: Ricciardi E.^{4,5}, Franquillo, A.⁶, Basile, B.^{7,8}

4- Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva AIPC, IV anno, Sede di Bari;

5- Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, Università di Bari “Aldo Moro”;

6- Scuola di Psicoterapia cognitiva SPC, II anno, Sede di Grosseto;

7- Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma;

8- Italian Academy of Schema Therapy (IAST), Roma

Introduzione:

I cambiamenti fisiologici di natura interocettiva costituiscono i segnali principali attraverso cui il sistema nervoso costruisce la rappresentazione dei propri stati interni. Sensibili alterazioni di tale equilibrio possono costituire un fattore di rischio per il benessere individuale e sono osservabili in un ampio spettro di condizioni psicopatologiche. Tra queste condizioni, assumono particolare rilievo la psicopatìa e l'aggressività proattiva. Pur non rappresentando categorie nosografiche definite, questi aspetti sono rilevabili anche in popolazioni non cliniche, giocando un ruolo nelle interazioni sociali.

Le terapie cognitivo-comportamentali più recenti hanno centrato il loro approccio sulla promozione di emozioni prosociali, come la compassione, e di abilità, come la Teoria della Mente (ToM). L'utilizzo di marcatori somatici per valutare l'efficacia diagnostica e terapeutica rappresenterebbe un'utile svolta nella pratica clinica. Il presente lavoro di rassegna ha lo scopo di valutare le evidenze disponibili pubblicate negli ultimi 20 anni, al fine di indagare la relazione tra il sistema nervoso autonomo e le summenzionate caratteristiche personali.

Metodi:

È stata condotta una ricerca bibliografica aggiornata al Marzo 2023. L'inclusione delle pubblicazioni ha previsto i seguenti criteri: a) articolo redatto in lingua inglese; b) pubblicazione tra il 2003 ed il 2023 su una rivista peer-reviewed; c) età adulta dei partecipanti agli studi (≥18 anni); d) utilizzo di un indice validato in letteratura per la misurazione dell'attività autonoma. Tra i criteri di esclusione vi era l'età della popolazione di riferimento (età pediatrica) ed una comorbidità diagnostica per disturbi di personalità.

Discussione:

Gli individui con caratteristiche come aggressività proattiva e psicopatìa, secondo gli studi esaminati, mostrano una ridotta attivazione della risposta galvanica. Tale attenuazione comporta una minore sensibilità all'apprendimento attraverso meccanismi di condizionamento alla paura ed una capacità alterata di elaborazione degli stimoli affettivi. Gli studi concentrati sulla compassione, pur mostrando minore variabilità nelle misure e nei compiti proposti, hanno evidenziato un possibile effetto del tempo in termini di efficacia, con programmi terapeutici d'intervento che mostrano un impatto anche sugli indici autonomici. Riguardo la Teoria della Mente, gli attuali risultati risultano contrastanti e necessitano di maggior approfondimento attraverso nuovi studi.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

Conclusioni:

I risultati riscontrati in letteratura sono inficiati dalla numerosità e dalle caratteristiche demografiche dei partecipanti, dalla pluralità degli indici autonomici usati e dall'eterogeneità dei compiti proposti. La capacità di modificare la sensibilità ai cambiamenti autonomici intenzionalmente attraverso possibili interventi terapeutici specifici potrebbe rappresentare un potenziale obiettivo clinico.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.20-14.30 TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO
Chair e Discussant: Stefania Ferrante

CL-71 - Assertività e capacità di comunicazione efficace: ruolo dello psicologo nei contesti sanitari

Relatore: Danilo Atripaldi - Psicologo, Associazione TAM – Tieni A Mente OdV, S. Giorgio a Cremano (NA); Prima Clinica Neurologica, AOU Università degli Studi della Campania “L. Vanvitelli”, Napoli; Il anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Napoli

Co-autori:

Curcio, Cristina, Psicologa, Dipartimento Studi Umanistici, Università Federico II, Napoli; Il anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Napoli);

Ambrogio, Sonia, Psicologa, Laboratorio di Neuropsichiatria, Dipartimento di Neurologia Clinica e Comportamentale, IRCCS Fondazione Santa Lucia, Roma; Il anno Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Napoli;

Cosentino, Teresa, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma; IRCCS Fondazione Santa Lucia, Roma;

*Gli autori hanno contribuito equamente alla stesura.

Introduzione:

I fattori di stress psicosociale sul lavoro, come lo strain lavorativo, lo squilibrio tra sforzo e ricompensa e la presenza di ingiustizie nei contesti organizzativi comportano effetti significativi sulla salute psicologica. Tali effetti risultano preminenti nei contesti sanitari, caratterizzati da elevato grado di responsabilità e dalla necessità d'interazione interpersonale costante. Gli interventi preventivi sulla salute mentale o i programmi di promozione della salute sono un modo concreto per ridurre il rischio di problemi di salute mentale e rafforzare i fattori protettivi: tra questi un fattore trasversale è costituito dal potenziamento delle abilità comunicative attraverso training strutturati, come nel caso dei programmi dedicati alla promozione dell'assertività. Il ruolo dello psicologo costituisce pertanto una risorsa fondamentale per mediare le diverse esigenze portate dai differenti stakeholders: assumendo il ruolo di formatore, lo psicologo promuove le capacità di comunicazione interprofessionale e nell'interazione con il paziente da parte dei professionisti sanitari; attraverso una funzione di advocacy per lasciar emergere i bisogni e le necessità dei pazienti nei confronti dei professionisti sanitari attraverso l'assertività.

Il presente lavoro ha lo scopo di valutare lo stato dell'arte della letteratura sui temi presentati.

Metodi:

Attraverso una revisione narrativa della letteratura disponibile, aggiornata al 15 Aprile 2023, sono state consultate rassegne sugli argomenti oggetto del presente lavoro: “assertività” o “abilità comunicative” e “professionisti della salute” o “contesti della salute (healthcare)”. Un totale di 5 rassegne sono state consultate per la stesura, identificate tra i lavori pubblicati entro gli ultimi 6 anni.

Discussione e conclusioni:

Le evidenze disponibili concentrate nel contesto dei professionisti sanitari (come personale infermieristico, medici specializzati e medici specializzandi), volte a promuovere un'efficace comunicazione con l'utente, hanno mostrato un buon grado di efficacia, nonostante le metodologie di conduzione eterogenee. Nel caso della comunicazione interprofessionale negli scenari di rischio per il paziente tra professionisti sanitari rappresenta

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

invece un ambito su cui la ricerca necessita di approfondimento per trarre indicazioni utili per la formazione. Occorre tuttavia chiarire anche la traslabilità nel contesto professionale delle abilità comunicative acquisite. Gli studi che hanno esplorato l'efficacia di programmi orientati alla promozione delle abilità comunicative e dell'assertività hanno mostrato un maggiore coinvolgimento nelle cure da parte dell'utenza sanitaria, associato ad un miglioramento della qualità delle informazioni ricevute in assenza di impatto sulle tempistiche di accesso. Promuovere la ricerca includendo studi con popolazioni cliniche diverse consentirebbe di esplorare possibili barriere per migliorare la qualità dei servizi sanitari.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.30-14.40 TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Stefania Ferrante

CL-78 - Le qualità umane e relazionali di un terapeuta eccellente

Relatore: Carlotta De Chirico - Psicologa, specializzanda training II Anno AIPC, Bari

Co-autori: *De Chirico Carlotta; *D'Alesio Amalia; *Diperna Claudia; *Disabato Lucia; *Filograsso Francesca; *Prudente Melania; *Riccio Agnese; **La Gioia Liana; **Foschino Maria Grazia; ***Barcaccia Barbara.

*Psicologa, specializzanda training II Anno AIPC, Bari;

**Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari;

*** Psicologa-Psicoterapeuta, Didatta AIPC-Bari e SPC-Roma, Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Introduzione

È noto che specifici modelli di terapia presentino prove di efficacia robuste nella cura di specifici disturbi, mentre altri tipi di trattamenti si sono dimostrati inefficaci. Malgrado ciò, può esistere una certa variabilità nel successo terapeutico dovuta alle "qualità" umane e relazionali del terapeuta. Quali sono queste qualità, e in quale misura dovrebbero essere coltivate per diventare terapeuti eccellenti?

Scopo

Scopo di questo lavoro è di delineare, attraverso l'analisi della letteratura, il "profilo umano e relazionale" del terapeuta eccellente: 1) quali sono le qualità e le peculiarità che definiscono un terapeuta eccellente; 2) se tali caratteristiche risultino innate e "immodificabili" o possano essere apprese; 3) quali sono le qualità del terapeuta che contribuiscono ad aumentare l'efficacia della terapia.

Metodo

È stata condotta una ricerca bibliografica sui motori di ricerca scientifici PsycINFO, Scopus, EBSCO e Pubmed, considerando l'intervallo temporale 1990-2023, con parole-chiave (Inglese, Italiano): "good" or "excellent therapist" "good" or "excellent psychotherapist", "human qualities and psychotherapist", "psychotherapist personality traits", "therapeutic alliance", "empathy in psychotherapy". Gli articoli scientifici individuati sono stati selezionati sulla base della congruenza con gli obiettivi del presente lavoro.

Risultati e Conclusioni

La letteratura scientifica mostra che alcune qualità personali e relazionali dello psicoterapeuta sono importanti predittori del successo del trattamento, in particolare autodirezionalità, autenticità, empatia, calore, capacità di comunicare, apertura all'ascolto, umiltà e disponibilità al confronto di fronte a feedback negativi, flessibilità, riconoscimento e auto-regolazione delle emozioni, valutazione accurata dei propri punti di forza/limiti, individuazione e monitoraggio dei propri pregiudizi (Barcaccia, 2021; Bruce et al., 2010; Jennings & Skovholt, 1999).

Di particolare interesse è uno studio recente (Delgadillo et al., 2020) che mostra come sia comunque necessaria una "giusta dose" di empatia: i terapeuti con livelli molto elevati di "agreeableness" (atteggiamenti prosociali, cooperativi, empatici) e "apertura all'esperienza" ottenevano risultati di terapia più modesti rispetto ai terapeuti con livelli medi di queste variabili, probabilmente perché tali caratteristiche, se presenti in modo eccessivamente elevato, possono più facilmente portare il terapeuta a 1) essere troppo accomodante in situazioni nelle quali sarebbe utile ricorrere a una maggiore confrontazione/esposizione, e a 2) non seguire in modo accurato le strategie di trattamento evidence-based.



COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

È importante, quindi, approfondire la riflessione su questi temi fondamentali per la formazione, e includere nei training formativi strategie e procedure per una maggiore auto-consapevolezza negli allievi e regolazione, nella giusta misura, di quelle qualità e attitudini che rendono davvero un terapeuta “eccellente”.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.40-15.00 TORRE ROSSI - AULA 2 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Stefania Ferrante

CL-03 - Potenziamento con CBT in pazienti schizofrenici stabilizzati: follow up a 6 mesi su abilità metacognitive, disregolazione emotiva, funzionamento psicosociale e qualità della vita

Relatore: Fabiola Raffone - Laurea Psicologia Clinica LM-51, Scuola di Psicoterapia SPC II anno, Asl Napoli 1 Centro

Co-autori: Michele D'Orsi; Manlio Russo; Vassilis Martiadis - Asl Napoli 1 Centro, Dipartimento di Salute Mentale, Centro di Salute Mentale DS 25, Napoli

Introduzione e obiettivo dello studio

Le psicosi rappresentano gravi disturbi psichiatrici in cui le percezioni, i pensieri, l'umore e il comportamento di un individuo sono significativamente alterati. Ciascun soggetto che sviluppa una psicosi esperisce un insieme unico di sintomi ed esperienze, che potranno variare a seconda delle circostanze. L'impatto della psicosi sulla qualità di vita, sul benessere soggettivo, il suo funzionamento psicosociale e sulla capacità di riconoscere e regolare i propri pensieri ed emozioni è molto spesso devastante.

Sebbene la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) per le psicosi sia raccomandata dalle principali linee guida internazionali, la sua efficacia nel real world è tutt'ora oggetto di controversia.

L'obiettivo di questo studio è valutare i miglioramenti indotti da specifiche tecniche CBT in pazienti psicotici stabilizzati in un setting clinico territoriale.

Metodi

12 pazienti con disturbi dello spettro della schizofrenia (DSM-V), stabilizzati dal punto di vista clinico e farmacologico, sono stati arruolati in un programma di 6 mesi con sedute settimanali di CBT con trattamento di Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) con particolare focus su abilità metacognitive, disregolazione emotiva, funzionamento psicosociale e qualità di vita per verificare i miglioramenti degli outcome della psicosi. I pazienti sono stati valutati con le scale MCQ-30, DERS, QoL di Heinrichs, PGWBI, BPRS e HAM-D.

Risultati

La CBT si è mostrata efficace su tutti i domini valutati, con particolare rilevanza per i pazienti più giovani e con breve storia di malattia (< a 5 anni). L'abilità metacognitiva è stata la dimensione con i migliori risultati, seguita dalla capacità di modulare le emozioni e dal conseguente miglioramento del funzionamento psicosociale e qualità di vita. Nel corso del follow-up i pazienti non hanno avuto ricadute psicotiche o risacerbazioni della sintomatologia.

Conclusioni

Il trattamento di 6 mesi con CBT si è dimostrato efficace per pazienti psicotici stabilizzati migliorando funzioni metacognitive, regolazione emotiva, funzionamento psicosociale e qualità di vita. Inoltre, sono migliorati l'insight, l'aderenza al trattamento psicoterapico e farmacologico e l'alleanza terapeutica. L'assenza di ricadute psicotiche non è attribuibile con certezza all'effetto della CBT poiché occorrono, a tale scopo, studi di durata maggiore su casistiche più ampie e con metodiche RCT. Tuttavia, è ipotizzabile che il miglioramento della consapevolezza di malattia e dell'aderenza alla terapia farmacologica, oltre che dell'alleanza terapeutica, abbiano facilitato il processo, divenendo un fattore protettivo dalle ricadute psicotiche.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.00-14.10 TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO
Chair e Discussant: Dalila Gigante

CL-64 - Metacognizione e Disturbi di Personalità

Relatore: Giulio Amadei - Laurea in Psicologia Clinica, Specializzando in Psicoterapia Cognitiva, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori: Bilotta Elena, Bucci Ilaria, Nicolò Giuseppe, Michele Procacci, Antonio Semerari, Antonino Carcione - Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Con il termine metacognizione ci si riferisce sia alla consapevolezza di un soggetto rispetto ai propri e altrui stati mentali sia alle sue possibilità di intervenire su di essi, padroneggiandoli. Le compromissioni metacognitive sembrerebbero costituire caratteristica stabile nei pazienti con Disturbo di Personalità, giocando peraltro un ruolo fondamentale nella genesi e nel mantenimento di tali disturbi, nonché nelle difficoltà relazionali che li caratterizzano anche in sede di intervento. È quindi possibile che le difficoltà a indentificare, riconoscere e descrivere i propri ed altrui stati mentali siano correlate alle difficoltà che i pazienti con Disturbo di Personalità riscontrano nel dotare di significato le interazioni sociali.

In questo studio sono state valutate la funzionalità metacognitiva ed il livello di alessitimia in un campione di 1876 pazienti (1230 con DP, 646 con disturbo ex-asse I), tramite le scale IVaM e TAS-20. L'effetto della sintomatologia acuta è stato successivamente controllato covariando per il punteggio ottenuto nella SCL-90.

I risultati sembrerebbero suggerire che le compromissioni metacognitive rappresentino un fattore comune dei pazienti con Disturbo di Personalità, laddove l'alessitimia sarebbe associata al livello di sofferenza soggettiva piuttosto che al tipo di disturbo sottostante.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.10-14.20 TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO
Chair e Discussant: Dalila Gigante

CL-18 - Tratti di personalità e disturbi sessuali: quale relazione?

Relatore: Sara Bui - Psicologa, Psicoterapeuta, Università degli studi di Firenze, Dipartimento di Scienze della Salute, Firenze

Co-autori:

Cheli Simone, Centro di Psicologia e Psicoterapia Tages Onlus, Firenze;

Davide Déttore, Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze della Salute, Firenze

Introduzione

Nonostante alcuni autori abbiano evidenziato che determinati disturbi sessuali sarebbero associati a specifici disturbi o tratti di personalità, questo aspetto risulta ancora poco esplorato in letteratura e le poche evidenze presenti riguardano solo alcuni disturbi. Nella pratica clinica risulta di particolare interesse come un lavoro su tratti specifici di personalità possa risultare utile anche nel trattamento dei disturbi sessuali.

Casi clinici

Verranno presentati tre diversi casi clinici per dimostrare come un intervento sui tratti di personalità faciliti poi il trattamento del disturbo sessuale in comorbidità. Il primo caso riguarda un uomo di 47 anni con un disturbo evitante di personalità, che richiedeva un trattamento specifico per un disturbo parafilico. L'intervento sessuologico non è stato portato avanti a causa dei limiti imposti dal disturbo di personalità. Il secondo caso riguarda una ragazza di 24 anni con dolore genito – pelvico e tratti sotto soglia riferibili a un disturbo ossessivo-compulsivo di personalità. L'intervento iniziale sui tratti di personalità ha poi permesso una maggiore rapidità nel trattamento della disfunzione sessuale. Infine verrà illustrato un caso di trattamento modulare, nel quale è stato inizialmente svolto un intervento su tratti di personalità perfezionistici e in secondo luogo un intervento sull'eiaculazione precoce da parte di un secondo terapeuta. Anche in questo caso, nonostante i due interventi fossero svolti con due terapeuti diversi, il trattamento della disfunzione sessuale si è svolto in tempi rapidi poiché il paziente aveva già sviluppato una buona consapevolezza del suo funzionamento personale.

Conclusioni e sviluppi futuri

I casi clinici presentati evidenziano l'importanza di affiancare all'intervento sui disturbi sessuali anche un intervento sui tratti di personalità. Per approfondire meglio questo aspetto verrà svolto un progetto di ricerca volto ad individuare un'eventuale correlazione tra tratti di personalità e disfunzioni sessuali maschili e femminili. L'obiettivo di tale studio è quello di comprendere quali tratti di personalità risultano maggiormente correlati alle disfunzioni sessuali, in modo da riuscire ad impostare interventi sessuologici sempre più specifici ed efficaci che prendano in considerazione l'individuo nella sua interezza.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.20-14.30 TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO
Chair e Discussant: Dalila Gigante

CL-87 - Valutare l'efficacia di un intervento transdiagnostico di realtà virtuale nella prevenzione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: uno studio pilota

Relatore: Valentina Gardini - Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Co-autori: Edoardo Del Conte, Elena Tomba - Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

La realtà virtuale (VR) è risultata uno strumento promettente per il trattamento e la prevenzione di molti disturbi psichiatrici, tra cui i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA). Sebbene gli interventi di VR attualmente disponibili siano efficaci nel ridurre la sintomatologia alimentare legata ai DNA, finora nessun intervento di VR è stato sviluppato per migliorare parallelamente anche importanti fattori transdiagnostici cognitivo-comportamentali correlati all'insorgenza e al mantenimento dei DNA, come inflessibilità psicologica, disregolazione emotiva ed evitamento esperienziale. L'obiettivo del presente studio è testare l'efficacia di un innovativo intervento transdiagnostico di VR (H.O.M.E. - How to Observe and Measure Emotions) nel migliorare contemporaneamente la sintomatologia alimentare dei DNA e tre fattori transdiagnostici correlati (flessibilità psicologica, disregolazione emotiva e evitamento esperienziale) in un campione della popolazione generale (GP) a rischio DNA, in particolare rispetto a una condizione di lista d'attesa. Partecipanti della GP a rischio DNA sono stati selezionati e randomizzati al gruppo VR (sottoposto a 6 sessioni dell'intervento transdiagnostico H.O.M.E.) o alla lista di attesa di 6 settimane. Entrambi i gruppi hanno compilato questionari per la valutazione di comportamenti alimentari disfunzionali (SCOFF e Eating Disorders Examination Questionnaire; EDE-Q), difficoltà nella regolazione emotiva (Difficulties in Emotion Regulation Scale; DERS-16), inflessibilità psicologica (Acceptance and Action Questionnaire-II; AAQ-II) ed evitamento esperienziale (Multidimensional Psychological Flexibility Inventory-Experiential Avoidance; MPFI-EA). A seguito dell'intervento H.O.M.E., t-test per campioni appaiati hanno evidenziato miglioramenti significativi nei partecipanti del gruppo VR (n=9) in EDE-Q totale, EDE-Q-Restrizione, EDE-Q-Preoccupazione per la forma del corpo, DERS-16, e AAQ-II. Quando confrontata con la lista d'attesa (n=10) tramite ANOVA a misure ripetute a modello misto, la VR ha ottenuto maggiori miglioramenti in EDE-Q totale, EDE-Q-Preoccupazione per la forma del corpo, EDE-Q-Preoccupazione per il peso, DERS-16 totale, DERS-16-Chiarezza, DERS-16-Strategie e AAQ-II. I risultati dello studio, attualmente in corso, verranno successivamente aggiornati. Migliorando i fattori transdiagnostici legati all'insorgenza e al mantenimento dei DNA, parallelamente ai comportamenti alimentari disfunzionali, questo intervento di VR si è dimostrato promettente nel prevenire queste psicopatologie prima dell'insorgenza di una sindrome completa. Inoltre, poiché le persone a rischio DNA raramente ricercano aiuto psicologico, la somiglianza fra la VR e le tecnologie utilizzate nella vita quotidiana potrebbe contribuire a ridurre lo stigma legato ai trattamenti psicologici tradizionali e avvicinare queste persone al trattamento, in particolare i giovani particolarmente a rischio di sviluppare queste psicopatologie.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.30-14.40 TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Dalila Gigante

CL-27 - Impulsività e stili alimentari negli adolescenti: uno studio osservazionale

Relatore: Nadia Genzano - Psicologa, Specializzanda AIPC BARI, Dottoranda Università di Foggia

Co-autori:

Lucia Monacis, Prof.ssa di Psicologia Generale, Università di Foggia;

Nicoletta Trotta, Dottoranda, Università Vanvitelli;

Salvatore Iuso, Psicologo, Psicoterapeuta, Università di Foggia;

Giusi Toto, Prof.ssa di Psicologia Clinica, Università di Foggia;

Annamaria Petito, Prof.ssa di Psicologia Clinica, Università di Foggia;

Pierpaolo Limone, Rettore, Università Pegaso

Introduzione

L'impulsività è un tratto di personalità definito come un costrutto multidimensionale caratterizzato dalla tendenza a compiere rapidamente azioni non pianificate, mal ponderate e inadeguate per una determinata situazione. Nonostante sia considerato un tratto piuttosto stabile e attribuibile a variabili personalologiche, è ormai riconosciuto un aumento generale della tendenza all'impulsività e all'assunzione di rischio durante l'adolescenza, connesso anche a cambiamenti a livello delle funzioni esecutive che regolano i processi di inibizione e di pianificazione. All'interno del contesto della psicopatologia, il costrutto di impulsività è stato più volte correlato alle dipendenze, ma anche a particolari disturbi della nutrizione e dell'alimentazione come la bulimia o il binge eating. In un recente studio, l'impulsività è risultata essere correlata in maniera significativa con specifiche attitudini alimentari. Una maggiore inclinazione a essere impulsivi risulterebbe correlata al costrutto dell'emotional eating, ovvero alla tendenza a mangiare in maniera compulsiva, per ridurre l'intensità di emozioni negative esperite, e a una particolare sensibilità agli stimoli esterni che segnalano la presenza e l'accessibilità di cibo anche quando non si avverte la sensazione fisiologica della fame. Data la maggiore tendenza degli adolescenti a compiere azioni impulsivamente e la sensibilità di questa fascia d'età all'esordio di disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, potrebbe essere interessante valutare come aspetti personalologici relativi all'impulsività si correlano con diversi stili alimentari in un campione di giovani studenti e studentesse.

Metodi e strumenti

Il campione consiste di 89 adolescenti frequentanti le classi seconde dell'Istituto Tecnico Notarangelo-Rosati di Foggia; le variabili di impulsività e di attitudini alimentari nei ragazzi verranno valutati tramite somministrazione di questionari self-report (FCQ-T, FCQ-S, BES, FA, BIS-15)

Risultati attesi

Conformemente con quanto riportato nello stato dell'arte che ha motivato il presente progetto di studio osservazionale, ci si aspetta che alti livelli di impulsività correlino positivamente con stili alimentari disregolati e poco salutari. In particolare, la difficoltà a pianificare e gestire comportamenti impulsivi potrebbe condurre alla sensazione di perdita di controllo durante l'assunzione di cibi graditi, alla costante e sistematica ricerca di cibi che forniscano gratificazione immediata e alla difficoltà a regolare tali condotte nell'ottica di adottare uno stile di vita più salutare.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

Conclusioni

Attitudini alimentari disfunzionali meriterebbero di essere attenzionate, specialmente in fase adolescenziale, in quanto potrebbero correlarsi a molteplici problematiche fisiche, quali aumento eccessivo del peso e conseguenti patologie organiche e psicologiche, quali vissuti depressivi o ansiosi e disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.40-14.50 TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Dalila Gigante

CL-59 - Ruminazione rabbiosa e aggressività nel narcisismo grandioso e vulnerabile: uno studio esplorativo

Relatore: Antonella Magno - Psicologa, Psicoterapeuta, AIPC Bari, Tribunale dei Minori Taranto, Direttivo SITCC Basilicata, Matera

Sappiamo come la ruminazione incrementi le emozioni negative favorendone il mantenimento (Nolen-Hoeksema, 1998; Watkins, 2008) ed inoltre, vi è notevole accordo nel considerare la presenza di ruminazione rabbiosa nei pazienti del Cluster B. Evidenze empiriche mostrano come i tratti DBP sono correlati a ruminazione depressiva e rabbiosa (Abela et al., 2003; Smith et al., 2006; Baer et al., 2011). Inoltre, la ruminazione rabbiosa predice l'aggressività fisica e verbale nel DBP (Anestis et al., 2008; Baer et al., 2011; Martino et al., 2015). Ci si chiede quale sia invece il ruolo della ruminazione rabbiosa all'interno della personalità narcisistica. Il suggerimento che i narcisisti grandiosi siano poco propensi ad ingaggiarsi nella ruminazione è supportato da diversi dati di letteratura (e.g. Birkas, Gacs e Csatho, 2016; Pincus et al., 2009; Thomas et al., 2012). Un pattern differente si osserva nel narcisismo vulnerabile. Questo gruppo di soggetti si è mostrato in lotta con il sé e con la regolazione emotiva, indicando come siano più propensi ad utilizzare strategie maladattive come la ruminazione (Thomas et al., 2012). Alcuni autori inoltre, con riferimento a studi precedenti (Ghim et al., 2015), hanno ipotizzato come l'associazione tra narcisismo vulnerabile ed aggressività relazionale sia mediata dal senso di vergogna internalizzato e dalla ruminazione rabbiosa. I pazienti con disturbo narcisistico sono descritti come aventi un'alta vulnerabilità alla vergogna, che è anche considerata una delle emozioni preminenti in questi pazienti (Broucek, 1982; Morrison, 1989). Pazienti con aspetti grandiosi riportano generalmente minori sentimenti di vergogna, mentre pazienti con aspetti vulnerabili riportano sentimenti intensi e persistenti di vergogna (Broucek, 1982). La vergogna è spesso associata con sentimenti di helplessness, impotenza, fragilità e perdita di controllo. I sentimenti di vergogna sono di difficile gestione e possono favorire reazioni di aggressività sia verbale sia fisica e questo è confermato da un robusto corpo di letteratura. Lo studio in questione, mantiene un carattere puramente esplorativo e, pertanto, non permette di definire in maniera specifica le traiettorie di sviluppo di queste interazioni. Pertanto, sarebbe auspicabile per il futuro perseguire la comprensione delle dinamiche interne e delle interazioni di questi fattori psicologici preminenti.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.50-15.00 TORRE ROSSI - AULA 3 - 5° PIANO
Chair e Discussant: Dalila Gigante

CL-43 - Isteria: il dolore va in scena. Il caso di S. tra limiti diagnostici e trattamento

Relatore: Silvia Rosafio - Laurea in Psicologia Clinica e della salute, Psicoterapeuta, Responsabile Dipartimento disturbi della personalità Centro Nova Mentis, Lecce

Silvia arriva in seduta e dopo circa quindici minuti inizia a contorcersi sulla sedia, si getta per terra e sembra rapita in una danza. Ornella dopo il primo colloquio resta paralizzata in sala d'attesa in uno stato di alterazione della coscienza. Lucia e Roberta hanno trascorso due settimane in Neurologia per paralisi agli altri superiori. Quale diagnosi e di conseguenza trattamento riservare alle donne elencate? Utilizzando l'attuale sistema diagnostico riceverebbero una diagnosi inconsistente e opaca.

È necessario un salto indietro nel tempo, il termine isteria comparve per la prima volta 24 secoli fa e venne eliminato a partire dal DSM III (1980), ridotta a brandelli alcuni dei quali rintracciabili nelle seguenti diagnosi: disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati, disturbi dissociativi, disturbo istrionico di personalità.

A cosa si è rinunciato smembrando un intero mondo psicopatologico? I clinici sono ancora capaci di immaginarne l'esistenza e di assaporarne l'atmosfera? Sono ancora capaci di cogliere il dolore dietro ad un corpo disposto ad ammalarsi pur di esistere? Siamo certi che il mondo isterico sia scomparso e non abbia mutato forma adeguandosi agli attuali usi e costumi?

Tale lavoro ha come obiettivo quello di riflettere su limiti diagnostici e implicazioni cliniche partendo dall'analisi di un caso, quello di Silvia. Percorso svolto utilizzando la terapia metacognitiva interpersonale. È la storia di una donna di 28 anni che ha rinunciato al lavoro, alla laurea, in quanto ritenutasi da sempre "gravemente malata" di una malattia vaga, imprecisa, mai diagnosticata, ma percepita come mortale e invalidante. Le sue crisi isteriche, definite in maniera totalmente inesatta come attacchi di panico, in realtà erano stati mentali denominati in maniera congiunta di "non esistenza", i medesimi si manifestavano unicamente sotto lo sguardo dell'altro (partner, genitori, fratello e terapeuta).

La terapia è iniziata a giugno 2021 ed è tutt'ora in corso. La prima fase del rapporto terapeutico è stata dedicata alla definizione della difficoltà sperimentata, resa opaca dai gravi deficit nelle funzioni metacognitive.

La psicoeducazione sulle emozioni, con particolare riferimento all'attivazione fisiologica delle stesse, ha rappresentato il primo obiettivo condiviso. S. infatti ha imparato a riconoscere la stanchezza, evento vissuto con grande stupore. La ricostruzione degli stati mentali problematici è stata lenta e impegnativa, resa ancora più complessa dai numerosi eventi ritenuti spiacevoli (litigi con la madre, con il padre, una relazione interrotta e una nuova iniziata). La collaborazione e l'impegno di S. è stato incostante, maggiormente interessata a comprendere gli aspetti relativi all'ansia, meno motivata a riflettere sugli stati mentali e sulle conseguenze dei coping. Il lavoro su decentramento e integrazione è ancora in atto.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.00-14.10 TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO
Chair e Discussant: Liana La Gioia

CL-90 - Efficacia di un protocollo 'online' di promozione del benessere basato sul programma MBSR: Uno studio sperimentale

Relatore: Barbara Barcaccia - Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta AIPC, Bari, e SITCC, Roma; Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Co-autori: Micaela Di Consiglio; Carolina Papa; Marco Bassi de Toni; Alessandro Couyoumdjian - Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Introduzione

La mindfulness è una pratica che allena le persone a prestare attenzione al momento presente in modo consapevole e senza giudicare l'esperienza che si sta vivendo (Kabat-Zinn, 2005), come pensieri, emozioni, impulsi, sensazioni. È un allenamento mentale, che può essere utile a non farsi travolgere dallo stress, dall'ansia e dagli altri stati interni (sensazioni, impulsi, pensieri, immagini mentali, etc.). Tale allenamento può essere appreso in corsi specifici, come il programma MBSR (Mindfulness-based stress reduction), che è stato in questi ultimi anni adattato dalla sua struttura originaria per ridurre il numero delle sedute e per renderlo fruibile in modalità online. Molte ricerche sono ormai disponibili sul ruolo dei programmi basati sulla mindfulness nel ridurre le preoccupazioni ansiose e depressive (Hofmann & Gómez, 2017).

Scopo

Scopo del presente studio è di sottoporre a verifica sperimentale l'efficacia di un corso online basato sul protocollo MBSR (Mindfulness-based stress reduction, Kabat-Zinn, 1989), della durata ridotta di quattro settimane, nella diminuzione della sintomatologia ansiosa e depressiva, così come nell'incremento di percezione che la propria vita abbia un senso e della capacità mindful in un campione di studenti universitari.

Metodo

Venticinque partecipanti (età media=27,9; DS=7,09) componevano il gruppo sperimentale, mentre il gruppo di controllo era composto da 15 partecipanti (età media= 26,2; DS= 3,45). È stata somministrata una batteria di test ai due gruppi pre- e post-trattamento, con misure di ansia, depressione, scopo nella vita e mindfulness. Il gruppo sperimentale ha partecipato a un programma di mini-MBSR della durata di quattro settimane, con incontri settimanali di due ore e mezza ciascuno su piattaforma Zoom. Ai partecipanti venivano assegnati esercizi a casa con pratiche da svolgere quotidianamente. Il gruppo di controllo non è stato sottoposto ad alcun intervento attivo.

Risultati e conclusioni

I risultati mostrano una riduzione significativa dei livelli di depressione nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo, così come l'incremento dell'attitudine mindful. Risulta significativamente migliorata anche la percezione di avere uno scopo nella vita. Non sono emersi invece miglioramenti significativi per i livelli di ansia.

I nostri risultati indicano la potenziale utilità di un corso breve e online, soprattutto nei casi in cui la modalità in presenza non sia attuabile. Malgrado ciò, la modalità online priva, o rende molto scarsa, l'interazione tra i partecipanti, un aspetto considerato centrale nei protocolli tradizionali MBSR e che difficilmente si riesce a stimolare quando il programma si svolge in modalità virtuale.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.10-14.20 TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO
Chair e Discussant: Liana La Gioia

CL-24 - Colpa e vergogna nel lutto complicato

Relatore: Roberta De Caroli - Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Scuole di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Roma

Co-autori:

Trincas Roberta, PhD, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Dirigente Psicologo; Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Roma; ASL RM 3, CSM, Roma;

Stefania Fadda, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale; Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Claudio Contrada, Psicologo, Psicoterapeut, Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Federica Osso, Psicologa, specializzanda presso Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Roma;

Lucia Maggini, Psicologa, specializzanda presso scuole di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Grosseto

Elisabetta Verdura, Psicologa, specializzanda presso scuole di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Ancona;

Claudia Tripiciano, Psicologa, specializzanda presso scuole di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Grosseto.

Il lutto complicato (LC) è un prolungamento del normale processo del lutto e produce effetti negativi sulla salute fisica e mentale dell'individuo. Le recenti teorie cognitive ritengono che siano le credenze negative e i comportamenti di evitamento a mantenere il lutto compromettendone la naturale risoluzione (Boelen, Van den Hout, & Van den Bout, 2006; Maccallum & Bryant, 2013; Shear & Shair, 2005; Boelen, 2016).

In due studi precedentemente da noi condotti si è evidenziato che il LC, oltre a essere caratterizzato da credenze negative su Sé e la perdita, si associa a scopi più astratti e legati a stati interni. In particolare, credenze secondarie negative riguardo la propria reazione di perdita, riguardo a sé e al futuro (es. se non provo abbastanza dolore significa che sono insensibile, se non ci penso potrei dimenticarlo/a, la vita senza di lui/lei non avrà più senso, non sarò più felice, ecc.) sembrano essere un fattore predittivo nello sviluppo del lutto complicato.

Diversi studi hanno indagato la presenza di elementi di vulnerabilità rispetto alla risoluzione del lutto, come la presenza di specifiche emozioni secondarie. per esempio, alcuni studi osservano che la presenza di emozioni come colpa o vergogna relative alla reazione di perdita può essere un fattore predittivo delle difficoltà di risoluzione del lutto a causa del mantenimento ed esacerbazione del dolore (Dellman, 2017; Le Blanc et al, 2019; Nicole et al., 2020). Tuttavia, in letteratura non sono chiari i fattori che mediano questa associazione tra emozioni e aggravamento nella risoluzione del lutto. Lo scopo di questo lavoro è di mettere in luce questa relazione proponendo una spiegazione in linea con il modello cognitivo-comportamentale del LC appena descritto. In particolare, considerando che il LC possa essere caratterizzato da credenze secondarie e stili di coping specifici, a seconda degli scopi su cui la persona ha investito, allo stesso modo possiamo ipotizzare che la sensibilità ad una specifica emozione e le credenze secondarie ad essa relative possano influire differentemente sulla risoluzione del lutto, portando a coping disfunzionali. Per esempio, se dovessimo

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

confrontare chi ha sensibilità alla colpa e chi alla vergogna, potremo osservare credenze secondarie differenti e quindi specifici stili di coping. In questa relazione saranno delineati i principali studi su vergogna e colpa nel lutto complicato e delineato un progetto di ricerca volto ad approfondire la relazione tra colpa-vergogna e lutto complicato in ottica cognitivo-comportamentale.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.20-14.30 TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Liana La Gioia

CL-37 - Disturbo di insonnia e Sleep State Misperception (SSM): correlati elettrofisiologici e comportamentali

Relatore: Elisabetta Fasiello - Laurea in Psicologia, Ricercatrice, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma SSapienza

Co-autori:

Gorgoni Maurizio, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza;

Galbiati Andrea, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche e Dipartimento di Neurologia, Centro Disturbi del Sonno, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano, Facoltà di Psicologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano;

Sforza Marco, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano;

Berra Francesca, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano;

Scarpelli Serena, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza;

Alfonsi Valentina, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza;

Annarumma Ludovica, Body and Action Lab, IRCSS Fondazione Santa Lucia, Roma;

Casoni Francesca, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche e Dipartimento di Neurologia, Centro Disturbi del Sonno, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano;

Zucconi Marco, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche e Dipartimento di Neurologia, Centro Disturbi del Sonno, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano;

Castronovo Vincenza, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche e Dipartimento di Neurologia, Centro Disturbi del Sonno, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano;

Ferini-Strambi Luigi, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche e Dipartimento di Neurologia, Centro Disturbi del Sonno, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano;

De Gennaro Luigi, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza, Body and Action Lab, IRCSS Fondazione Santa Lucia, Roma.

Il disturbo d'insonnia (insomnia disorder-ID) è definito come un disturbo del sonno soggettivo, in cui il paziente riporta sintomi notturni e diurni, e conseguente insoddisfazione sulla qualità e quantità del sonno. Una caratteristica osservata in pazienti ID è la sleep state misperception (SSM), ovvero la tendenza a sottostimare i periodi di sonno a favore della sovrastima dei tempi di veglia durante la notte. Nonostante l'impatto di tale fenomeno sia attualmente trascurato nei manuali diagnostici e i meccanismi elettrofisiologici, cognitivi e comportamentali alla base della SSM non siano ancora compresi, la sua esistenza e il suo impatto clinico è ampiamente riconosciuto.

Il presente studio ha avuto l'obiettivo di esplorare aspetti elettrofisiologici, cognitivi e comportamentali che caratterizzano la SSM nell'ID, fornendo per la prima volta un framework unitario che spieghi tale fenomeno. A questo scopo 16 pazienti id (età 43.6 ± 11.4 ; 6 m/10 f) e 15 controlli sani (età 46 ± 12.5 ; 7 m/8 f) hanno effettuato una notte di registrazione polisonnografica, seguita dalla compilazione dei diari del sonno per raccogliere le stime soggettive del sonno e valutare due indicatori di SSM: 1) in addormentamento (differenza tra il tempo di addormentamento soggettivo e oggettivo); 2) durante l'intera notte (differenza tra il tempo

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

totale di sonno soggettivo e oggettivo). Inoltre, tutti i soggetti hanno effettuato un compito di riproduzione di stime temporali somministrato al PC.

I risultati sulle abilità di stima temporale hanno mostrato un effetto della diagnosi di ID sulle performance al compito. In particolare, il gruppo ID ha mostrato un maggior tasso di errore nella riproduzione degli intervalli temporali rispetto ai soggetti sani. Inoltre, abbiamo osservato una significativa relazione tra i disturbi del sonno e le abilità di stima temporale.

Da un punto di vista elettrofisiologico, il risultato principale riguarda la relazione negativa tra l'indice di delta/beta ratio durante il sonno nrem, noto indicatore del livello di arousal corticale, e la SSM del sonno totale. Tale risultato sottolinea che la SSM è fortemente correlata ad alti e diffusi livelli di attivazione corticale.

I risultati del presente studio suggeriscono che le abilità di stima temporale durante il sonno sembrano dipendere dallo stato di ipereccitazione cognitiva ed elettrofisiologica che pervade l'insonnia durante le 24 ore. In ottica clinica, la possibilità di chiarire il contributo specifico di diversi meccanismi comportamentali e fisiologici al fenomeno della SSM potrebbe aiutare a progettare interventi specifici per modulare tale fenomeno, riducendo la percezione soggettiva di sonno inadeguato. In particolare, il livello di arousal (rappresentato dalla topografia EEG) e le caratteristiche comportamentali correlate alla SSM riportate nel presente lavoro possono essere considerate un possibile bersaglio specifico negli interventi di terapia cognitivo-comportamentale per l'ID.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.30-14.40 TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO
Chair e Discussant: Liana La Gioia

CL-20 - Personalizzazione uditiva del trattamento EMDR per alleviare gli effetti del trauma: uno studio di fattibilità

Relatore: Joy Grifoni - Psicologa, Psicoterapeuta in formazione, Dottoranda presso Uninettuno, Terni

Co-autori: Grifoni Joy^{1,6}, Brancucci Alfredo⁵, L'Abbate Teresa^{1,6}, Bertoli Massimo^{1,3,6}, Perichilli Giada¹, Paulon Luca^{1,4}, Cerniglia Luca⁶, Pagani Marco^{1,6}, Tecchio Franca^{1,6}

1 Laboratory of Electrophysiology for Translational Neuroscience Let's, Institute of Cognitive Sciences and Technologies ISTC, Consiglio Nazionale Delle Ricerche CNR, Rome;

3 Department of Neuroscience, Imaging and Clinical Sciences, University 'G. D'annunzio' of Chieti-Pescara;

4 Engineer Freelance, Rome;

6 International Telematic University Uninettuno, Rome.

Premessa:

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la terapia di desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR) è considerata un trattamento elettivo per il disturbo post-traumatico da stress.

Metodi:

In questa sede, abbiamo valutato la fattibilità, la sicurezza e l'efficacia dell'EMDR arricchito di stimolazione sonora (somministrando suoni neutri sincronizzati con la stimolazione bilaterale alternata guidata dello sguardo, BAS) e di ricompensa musicale (ascolto musicale basato sulla predisposizione e sui gusti personali dei pazienti). La fattibilità è stata quantificata in base al numero di pazienti che hanno completato il trattamento, la sicurezza attraverso la raccolta di un questionario sugli effetti collaterali, l'accettazione attraverso il punteggio della percezione personale e l'efficacia è stata quantificata in base al numero di sessioni di trattamento EMDR necessarie per raggiungere la fine del trattamento [definita secondo i protocolli EMDR dai punteggi ottimali delle scale subjective units of disturbance (SUD) e validity of cognition (VOC)].

Risultati:

Tutti i pazienti arruolati hanno completato il trattamento. la sicurezza è stata eccellente, con assenza di effetti collaterali. L'accettazione ha mostrato un'elevata soddisfazione da parte dei pazienti. La durata media è stata di 7,5 (sd.) sedute, ben al di sotto delle 12 sedute considerate come durata standard dei trattamenti EMDR contro il PTSD, documentando l'elevata efficacia dell'EMDR+.

Conclusioni:

L'EMDR+ si è rivelato una strategia fattibile ed efficace per il trattamento del PTSD, ben accettata dai pazienti. L'inclusione della ricompensa musicale ha potenziato la fase di body scan e la rielaborazione dei ricordi, portando a un rapido recupero. L'EMDR+ nel trattamento del PTSD rappresenta un potenziamento della strategia terapeutica elettiva dell'EMDR, fornendo potenzialmente una personalizzazione nelle persone sensibili alla musica e consolidando l'alleanza terapeutica attraverso un legame comunicativo più ricco.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.40-14.40 TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Liana La Gioia

CL-65 - L'eco di uno sparo: storia di un trauma, il caso clinico di Leonardo

Relatore: Rosita Mirgaldi - Laurea in Psicologia Clinica, Specializzanda in Psicoterapia (IV anno AIPC, Bari) presso UOSD Psicologia dell'A.O.U Policlinico-Giovanni XXIII, Bari

Co-autori: Germana Castoro, Phd Psicologia Università degli Studi di Bari, UOSD Psicologia dell'A.O.U Policlinico-Giovanni XXIII, Bari, Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale SPC, Napoli

Gli adolescenti esposti a eventi di vita negativi possono manifestare, data la maggiore suscettibilità neurobiologica tipica di questa fase evolutiva, sintomi da stress post-traumatico (PTSD) associati a problematiche sia internalizzanti che esternalizzanti (Ionio, Olivari, Confalonieri, 2012). Il PTSD, la cui frequenza oscilla nei bambini ed adolescenti tra il 5 e il 60%, può avere in 1/3 dei casi un decorso cronico con effetti a medio e lungo termine (Righi et al., 2016) e con un impatto significativo sul funzionamento scolastico e sociale (Yule et al., 2000). Si presenterà il caso clinico di Leonardo, un ragazzo di 14 aa, colpito da un proiettile di un fucile da caccia da parte di persona non nota, mentre era in moto da cross in campagna. La persistenza del quadro sintomatico (stato di ansia, paura, deflessione del tono dell'umore, ritiro sociale, ruminazioni, incubi ricorrenti sull'accaduto, flashback visivi ripetuti, grave insonnia...), oltre i tre mesi, ha confermato l'esito psicopatologico dell'insorgenza di un PTSD. Inoltre, in seguito all'evento Leonardo ha iniziato a manifestare aspettative negative persistenti su sé stesso ("Sono debole") e a interpretare le sue reazioni emotive e comportamentali come prova della sua fragilità e vulnerabilità ("Non supererò mai l'evento e sarà giudicato in malo modo dagli altri"), innescando e mantenendo in tal modo circoli viziosi tra la sensazione di minaccia esperita e la visione negativa di sé con conseguente esacerbazione del disturbo e della sintomatologia. Pertanto il goal primario dell'intervento CBT è stato quello di ridurre la sintomatologia post-traumatica lamentata prevedendo, in seguito ad una fase iniziale psicoeducativa sul trauma, l'integrazione nei diversi momenti del trattamento, di tecniche cognitive, finalizzate a flessibilizzare le distorsioni cognitive riscontrate, e di tecniche comportamentali, per ridurre l'inattività e l'evitamento cognitivo ed emotivo con alcune tecniche di terza generazione.

Nel presente lavoro verrà illustrato il trattamento che ha consentito al ragazzo un maggiore monitoraggio cognitivo ed emotivo, una maggiore consapevolezza dei fattori di mantenimento e delle strategie di coping disfunzionali impiegate, nonché dei loro effetti a breve e medio-lungo termine. Inoltre l'impiego di tecniche di terza generazione ha permesso di favorire una maggiore accettazione esperienziale ed emotiva. Si è valutato altresì l'impatto dell'evento alla luce dei fattori di vulnerabilità individuale e soprattutto della presenza di un contesto familiare che, non consentendo momenti di condivisione delle memorie traumatiche, ha ostacolato in L. la rielaborazione e il superamento delle stesse. Infine verranno presentati i risultati quantitativi della valutazione degli esiti del trattamento, tramite il confronto dei test standardizzati, somministrati nella fase preliminare di assessment e quella post-intervento, volti ad indagare la sintomatologia traumatica ed emotivo-comportamentale.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato - 14.40-14.50 TORRE ROSSI - AULA 4 - 5° PIANO

Chair e Discussant: Liana La Gioia

CL-57 - I processi dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT): la defusione cognitiva protegge il benessere e la fusione predice la psicopatologia

Relatore: Elisabetta Ricciardi - AIPC, Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva, Bari, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione dell'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

Co-autori: Lo Buono Viviana¹, Pellegrini Valerio², Gatto Sergio³, Foschino Barbaro Maria Grazia³, Barcaccia Barbara^{2,3,4}

1 Specializzando/a IV anno AIPC, Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva, Bari;

2 Sapienza Università di Roma;

3 Docente AIPC, Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva, Bari;

4 SPC, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Introduzione

L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT, terapia dell'accettazione e dell'impegno), è una forma di trattamento della cosiddetta "terza generazione" dell'approccio cognitivo-comportamentale. L'ACT incoraggia i pazienti a modificare la relazione con i propri stati interni (pensieri, emozioni, sensazioni, immagini mentali) e a incrementarne l'accettazione grazie al lavoro sui valori. Lo scopo principale degli interventi è di incrementare la flessibilità psicologica, che include la consapevolezza dell'esperienza interna nel momento in cui sorge, l'accettazione non-giudicante, il comportamento indirizzato in direzione dei propri valori, anche quando i pensieri e le emozioni esperiti porterebbero nella direzione opposta.

Scopo

Il nostro studio ha lo scopo di 1) analizzare le associazioni tra i processi dell'ACT e psicopatologia, in particolare ansia, depressione e sintomi ossessivo-compulsivi; 2) esplorare quale, tra i processi dell'ACT, sia maggiormente predittivo del benessere e quale processo considerato disfunzionale nell'ACT predica di più la psicopatologia.

Metodo

Campione: 298 partecipanti (107 M e 192 F) di età compresa tra i 18 e gli 83 anni hanno compilato una batteria di test grazie a un reclutamento online. I questionari sono stati compilati tramite la piattaforma QuestionPro.

Strumenti di misura:

Multidimensional Psychological Flexibility Inventory MPFI (Rolffs et al., 2016).

BDI Beck Depression Inventory (Beck, 1967).

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

OCI-CV Obsessive Compulsive Inventory- Child Version (Foa et al., 2010; Pozza et al., 2017).

Al fine di analizzare le relazioni tra i processi dell'ACT e la psicopatologia sono state effettuate analisi di correlazione tra le variabili esplorate. Inoltre, è stato utilizzato un modello di mediazione per verificare i predittori del benessere e del malessere.

Risultati

Le analisi di mediazione hanno mostrato come la defusione cognitiva sia il processo che predice meglio il benessere, mentre la fusione cognitiva predice maggiormente la psicopatologia.

Conclusioni

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

Dalla nostra ricerca possiamo ricavare alcune importanti implicazioni per la clinica, innanzi tutto l'utilità del lavoro in terapia sui processi di dis-identificazione dai pensieri disfunzionali per incrementare il benessere e ridurre la sintomatologia psicopatologica. Malgrado i limiti dello studio legati al disegno cross-sectional e all'esplorazione delle variabili con misure self-report, i nostri risultati evidenziano l'importanza dei processi ACT nella promozione del benessere psicologico e nella riduzione della psicopatologia.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.00-14.10

CORPO AULE - AULA 3

Chair e Discussant: Leonarda Valentina Vergatti

CL-77 - Blind testing: consapevolezza enterocettiva e disturbo da 'binge eating'

Relatore: Carola Beatrice Maria Ardizzone - Laurea Magistrale In Psicologia Clinica, Psicologo, Department of Clinical Neurosciences, IRCCS San Raffaele-Ville Turro, Milano

Co-autori: Erzegovesi Stefano¹, Martoni Riccard^{1,2}, Ogliari Anna^{1,3}

1 Department of Clinical Neurosciences, IRCCS San Raffaele-Ville Turro, Milano;

2 Centro Terapia Cognitiva;

3 Child in Mind Lab, University "Vita-Salute San Raffaele", Milano.

La consapevolezza enterocettiva è la capacità di ogni individuo di sentire e riconoscere i segnali provenienti dal proprio corpo (Erzegovesi, 2019). Tale capacità è compromessa in soggetti affetti da disturbi alimentari (Pollatos et al., 2008), nello specifico i pazienti con diagnosi di binge eating disorder presentano una scarsa capacità sia di rilevare i propri stati emotivi sia di percepire una reale risposta ai segnali interni di fame e sazietà, determinando così i tipici episodi di abbuffata (Herbert & Pollatos, 2014; Sadock et al., 2018).

A partire da tali evidenze, l'ipotesi del presente studio è che i soggetti, nel momento in cui assumono un pasto privati del canale visivo, riescano a prestare maggior attenzione alle proprie sensazioni interne, consumando una minor quantità di cibo in un tempo maggiore ed incrementando la propria consapevolezza enterocettiva. Hanno partecipato allo studio 58 pazienti affetti da binge eating disorder (età media=48.53; ds=11.77) e 25 soggetti della popolazione generale (età media=51.84; ds=12.64). Tutti i soggetti sono stati invitati a consumare un pasto bendato e, la settimana seguente, lo stesso pasto senza benda. In entrambe le condizioni sperimentali sono stati registrati il tempo di consumo del pasto e la quantità di cibo ingerita. I soggetti hanno compilato diversi questionari riguardanti i disturbi alimentari, tra cui binge eating scale (Gormally et al., 1982), state trait anxiety inventory (Spielberg et al., 1983), e specifiche scale visuo-analogiche relative all'esperienza post-pasto ed al livello pre-pasto di attivazione ansiosa, fame fisiologica e fame nervosa.

I risultati evidenziano che sia i pazienti sia i controlli sani impiegano più tempo e consumano una minor quantità di cibo nella condizione bendata. I soggetti riescono a concentrarsi maggiormente sull'esperienza, sul gusto, sui rumori, sugli odori e sulla consistenza del cibo, implementando l'utilizzo di tutti i sensi ed aumentando la propria consapevolezza enterocettiva. Nello specifico, è emerso che i pazienti nella condizione bendata avanzano una maggior quantità di pasta e pane, risultato rilevante per la cura dei disturbi alimentari, data la tipica dipendenza da carboidrati (Fauconnier et al., 2020; Joyner et al., 2015).

In conclusione, il presente studio evidenzia l'importante ruolo del blind tasting nell'aiutare le persone, tra cui i pazienti affetti da binge eating disorder, a riconoscere quali segnali trasmette il proprio corpo e quali siano i propri bisogni. In tal modo, si può aiutare una persona a distinguere la fame, la sazietà e le emozioni, che frequentemente possono guidare l'assunzione di cibo.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.10-14.20

CORPO AULE - AULA 3

Chair e Discussant: Leonarda Valentina Vergatti

CL-38 - I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione: origini evolucionistiche e costruzione dei significati

Relatore: Vittorio Arrigoni - Laurea in Psicologia Clinica - Specializzando in Psicoterapia, Centro Terapia Cognitiva, Como - Responsabile Clinico presso Centro Alimentazione Emotiva, Cantù

Co-autori: Francesca Bellorini, Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo presso la Neuropsichiatria Infanzia, ASST Lariana

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA), sono un insieme di disturbi psichiatrici caratterizzati da 1) comportamenti alimentari anomali, spesso volti al controllo del peso corporeo, 2) problematiche nella percezione e rappresentazione del corpo e 3) da un'intensa paura e pensieri disfunzionali legati al cibo, alle sue proprietà e ai suoi effetti sul corpo (APA, 2013). Una delle terapie più accreditate per il trattamento e la comprensione di queste psicopatologie è quella Cognitivo-Comportamentale, che si focalizza su fattori di mantenimento specifici dei DNA, come un alto livello di controllo del cibo e la tendenza a formulare l'autostima in base alla forma fisica e al peso corporeo (Fairburn et al., 2003; Murphy et al., 2010) e non specifici come il perfezionismo clinico, l'autostima bassa, la difficoltà a tollerare le emozioni e problematiche nell'ambito interpersonale (Dalle Grave, 2006). Tuttavia, la teoria Cognitivo Comportamentale non offre una spiegazione sull'eziologia di tali disturbi, come fanno invece diverse teorie evolucionistiche che evidenziano le origini adattive di tali comportamenti. Inoltre, non prende in considerazione quegli aspetti relazionali-interpersonali ed esperienziali-fenomenologici che emergono nel setting terapeutico e che guidano alla comprensione del significato della psicopatologia. In merito a questi ultimi aspetti, l'approccio cognitivo-costruttivista ha significativamente contribuito alla loro comprensione. In questo intervento ci proponiamo di integrare tra loro i contributi delle prospettive evolucionista e costruttivista al fine di meglio articolare la rappresentazione dei DNA e di offrire spunti nuovi per il loro trattamento.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.

Dalle Grave, R. (2006). *Terapia cognitivo comportamentale multi-step dei disturbi dell'alimentazione: basi teoriche e aspetti pratici. Terapia cognitivo comportamentale multi-step dei disturbi dell'alimentazione, 1000-1019.*

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. *Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. Behaviour Research and Therapy, 2003, 41, 509-528.*

Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). *Cognitive behavioral therapy for eating disorders. Psychiatric Clinics, 33(3), 611-627.*

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.20-14.30

CORPO AULE - AULA 3

Chair e Discussant: Leonarda Valentina Vergatti

CL-14 - Endometriosi, immagine corporea e rischio di sviluppare disturbi dell'alimentazione: confronto tra un gruppo di donne con endometriosi e un gruppo di donne senza la patologia

Relatore: Silvia Cerea - Laurea in Psicologia Clinica, dottorato di ricerca in Scienze Psicologiche, Psicoterapeuta, Dipartimento di Psicologia Generale, Università degli Studi di Padova

Co-autori: Cerea Silvia^{1,2}, Rapisarda Martina¹, Moro Tatiana², Spinello Gioi², Sampieri Alessandro², Audino Palma³, Calchi Novati Sofia¹, Ghisi Marta^{1,4}

1 Dipartimento di Psicologia Generale, Università degli Studi di Padova;

2 Dipartimento di Scienze Biomediche, Università degli Studi di Padova;

3 Azienda Unità Sanitaria Locale Latina, Regione Lazio;

4 Unità Operativa Complessa di Psicologia Ospedaliera, Azienda Ospedale Università degli Studi di Padova

Introduzione

L'endometriosi è una patologia che presenta un forte impatto sull'immagine corporea a causa della sintomatologia della malattia e dei suoi trattamenti (Volker & Mills, 2022). L'immagine corporea, che può essere positiva o negativa, è un costrutto che comprende aspetti percettivi, cognitivi, emozionali e comportamentali (Cash, 2012). L'immagine corporea negativa è associata a outcome negativi ed è uno dei fattori di rischio più rilevanti per lo sviluppo di disturbi psicologici, tra cui i disturbi dell'alimentazione (Bornioli et al., 2021); l'immagine corporea positiva, invece, si caratterizza per il rispetto globale nei confronti del proprio corpo e si associa a esiti positivi di natura fisica e psicologica (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). L'obiettivo dello studio è indagare l'impatto dell'endometriosi sull'immagine corporea e sul rischio di sviluppare disturbi dell'alimentazione in donne con endometriosi confrontate con donne che non presentano la patologia.

Metodo

Alla ricerca hanno preso parte 82 donne con endometriosi di età compresa tra i 18 e i 53 anni ($M = 35,97$; $DS = 7,65$) e 72 donne che non presentano la patologia di età compresa tra i 18 e i 61 anni ($M = 33,42$; $DS = 14,74$). Le partecipanti alla ricerca sono state reclutate online (gruppi facebook di donne con endometriosi, pagine Instagram, gruppi WhatsApp) e hanno compilato i seguenti questionari: Functionality Appreciation Scale (FAS; Cerea et al., 2021), Body Appreciation Scale-2 (BAS; Casale et al., 2021), Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA; Cali et al., 2015) e Eating Disorders Risk Composite (EDRC) score dell'Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3; Giannini et al., 2008), indicativo del rischio di sviluppare disturbi dell'alimentazione.

Risultati

Il test t di Student ha evidenziato che le donne con endometriosi, rispetto alle donne senza endometriosi, hanno ottenuto minori punteggi nell'immagine corporea positiva (FAS e BAS, $p < 0,001$), minore tendenza a non preoccuparsi in presenza di sensazioni di dolore o disagio (MAIA not worrying, $p = 0,03$), minore abilità di sostenere e controllare l'attenzione verso le sensazioni corporee (MAIA attention regulation, $p = 0,03$), minore

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

percezione del proprio corpo come sicuro e affidabile (MAIA trusting, $p < 0,001$) e maggiore rischio di sviluppare disturbi dell'alimentazione (EDRC, $p = 0,01$).

Discussione

I risultati dello studio mostrano che le donne con endometriosi presentano livelli maggiori sia di compromissione nel rapporto con il loro corpo, sia di rischio di sviluppare disturbi dell'alimentazione, rispetto alle donne senza la patologia, in accordo con studi recenti (Markey et al., 2020; Volker & Mills, 2022). Dati gli esiti positivi in termini di benessere, sia fisici sia psicologici, che si associano a un'immagine corporea positiva (Tylka & Wood-Barcalow, 2015), è importante che gli interventi psicologici mirino a migliorare il rapporto che le donne con endometriosi hanno con il loro corpo.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.30-14.40

CORPO AULE - AULA 3

Chair e Discussant: Leonarda Valentina Vergatti

CL-76 - Condotte alimentari e funzionamento sessuale femminile: l'impatto dell'immagine corporea e il ruolo del tocco sociale-affettivo

Relatore: Giulia Columpsi - Laurea in Psicologia Clinica, Psicologo, Department of Clinical Neurosciences, IRCCS San Raffele-Ville Turro, Milano

Co-autori: Erzegovesi Stefano¹, Martoni Riccardo Maria^{1,2}, Ogliari Anna^{1,3}, Compere-Tempestini Rebecca Viola¹

1 Department of Clinical Neurosciences, IRCCS San Raffele-Ville Turro, Milano;

2 Centro Terapia Cognitiva;

3 Child in Mind Lab, University "Vita-Salute San Raffaele", Milano

Introduzione:

In letteratura viene riportata un'associazione tra immagine corporea, funzionamento sessuale e condotte alimentari mediante la relazione degli aspetti cognitivi, comportamentali ed affettivi (Castellini G, et al. 2022). Il tocco sociale-affettivo, inoltre, sembra influenzare significativamente il rapporto con il proprio corpo (Kirsch, L.P. et al. 2018). L'evitamento del tocco riduce la piacevolezza percepita del tocco, anche in relazione all'aspetto sessuale (Hielscher e Mahar, 2017). Inoltre, secondo la teoria dell'attaccamento, i primi modelli di comportamento tattile predicono le successive tendenze del bambino a cercare o evitare di toccare persone al di fuori della famiglia (Deethardt e Hines, 1984).

Obiettivi:

Alla luce delle evidenze in letteratura, il seguente studio mira ad esaminare la relazione tra la condotta alimentare e l'ipodesiderio sessuale, indagando il ruolo possibile della distorsione dell'immagine corporea. Ulteriormente, si esamina l'evitamento del tocco sociale.

Metodi:

Hanno partecipato alla ricerca 116 soggetti di sesso femminile estratti dalla popolazione generale di età compresa tra i 18 e i 63 anni. Il campione ha completato i questionari autosomministrati eating disorder examination-questionnaire (ede-q), body uneasiness test (but), touch avoidance questionnaire (taq). E' stata inoltre somministrata l'intervista clinica sexual interest and desire inventory-female (sidi-f).

Risultati:

L'insoddisfazione corporea è risultata associata negativamente all'età e positivamente all'evitamento al tocco da parte di sconosciuti e al livello di desiderio sessuale. Il taq [partner] è la variabile che più differenzia il campione tra il gruppo con basso desiderio sessuale e il gruppo con desiderio nella norma.

Il desiderio sessuale ha mostrato un'associazione negativa con la variabile età e con l'evitamento al tocco del partner e con le condotte alimentari patologiche. Infine, l'evitamento al tocco del partner, l'età e il disagio corporeo sono risultati predittori significativi per il livello di desiderio sessuale.

Conclusione:

I risultati dello studio si collocano prevalentemente in accordo con i dati presenti in letteratura. Tale lavoro, in particolare, ha permesso di comprendere meglio le relazioni esistenti tra le variabili indagate e di sottolineare l'impatto dell'insoddisfazione corporea, dell'evitamento al tocco del partner e dell'età sul livello di desiderio sessuale. Vengono infine delineate le possibili implicazioni terapeutiche, i limiti dello studio ed eventuali spunti per ricerche future.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.40-14.50

CORPO AULE - AULA 3

Chair e Discussant: Leonarda Valentina Vergatti

CL-73 - L'unione fa la forza; Psicoterapia Postruttivista Post Razionalista e intervento educativo in adolescenti con DCA grave

Relatore: **Benedetta Goretti** - Laurea in Psicologia, specializzazione in Psicologia Clinica e training in Psicoterapia Post Razionalista, Centro Olos, Firenze

I disturbi alimentari sono in crescita, anche per effetto della pandemia, e il loro esordio è sempre più precoce, già a partire dai 12 anni di età. Un fenomeno che continua ad interessare soprattutto il sesso femminile. La letteratura ha accumulato i DCA a quasi tutti i disturbi psichici esistenti: depressivi (per la tendenza alle oscillazioni di umore, il senso di sconfitta e la bassa autostima), ossessivi (per il perfezionismo, la ritualità e la precisione), fobico sociali (per l'evidente evitamento o prevenzione delle situazioni di esposizione al giudizio sociale), psicotici (per il carattere francamente delirante che assumono nei confronti della propria immagine corporea), dissociativo-isterici (per la teatralità con cui si vivono e manifestano le loro emozioni), psicosomatici (per la stretta commistione coi sintomi organici), tossicomani (per il carattere compulsivo e ripetitivo che assume la "dipendenza" da uno stato di non bisogno del cibo), un disturbo di personalità (ad es. di tipo borderline, per la frequente associazione di sintomi alimentari con altri disturbi specifici come l'impulsività, l'auto-aggressività, la discordanza affettiva). Guidano e Liotti (1983) hanno evidenziato la specificità e l'autonomia di questo disturbo dagli altri. Guidano, nella fondazione di una psicopatologia esplicativa ha ipotizzato l'esistenza di una specifica "organizzazione di significato personale" tipo Disturbi Alimentari Psicogeni (DAP), che prende il nome appunto dalla sua espressione psicopatologica più esplicita ed evidente. Il disturbo alimentare sarebbe una manifestazione molto concreta, poco generativa e poco sequenzializzata, di costruzione di un "significato personale" che cerca di "spiegare", di rendersi consistente le specifiche caratteristiche maturate nella propria esperienza di vita. Visto in questa ottica, il sintomo assume un significato di apparente stabilizzazione rispetto ai problemi emergenti, un tentativo di mantenere la "coerenza" individuale. In questo senso il sintomo, dal suo punto di vista, prima di essere un "meccanismo di difesa" è piuttosto una modalità costituiva della sua identità. Quello che agli occhi dell'osservatore esterno è una impuntatura irrazionale e distruttiva da eliminare e annullare, per la persona è l'unica modalità trovata per avere un senso di competenza e stima personale contro le intrusioni esterne. La terapia dei disturbi alimentari, con un modello cognitivista costruttivista e post-razionalista, parte da qui; dal tentativo, cioè, di aiutare la persona a ri-costruire un senso, un significato, di quello che lei stessa ha costruito per non sentirsi vuota/inesistente.

In questo intervento, attraverso la presentazione di casi clinici di adolescenti con DCA grave, sarà posta l'attenzione su come l'intervento combinato della psicoterapia post razionalista con l'intervento educativo aiuti queste giovani pazienti a ri-approcciarsi alla vita nei suoi gesti quotidiani con maggiore coerenza e consapevolezza di sé.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato **14.50-15.50** **CORPO AULE - AULA 3**
Chair e Discussant: Leonarda Valentina Vergatti

CL-84 - Differenze di genere in credenze razionali e benessere psicologico in pazienti con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: uno studio controllato

Relatore: Elena Lo Dato - Laurea in Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Co-autori: Tecuta Lucia; Tomba Elena - Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Il ruolo del funzionamento positivo, seppur poco studiato, rappresenta un importante outcome nella remissione dai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA). La presente ricerca è volta ad esplorare il funzionamento positivo in termini di credenze adattive (rational beliefs-RB) e benessere psicologico (psychological well-being-PWB) nei DNA, oltre che indagare differenze di genere in questa popolazione clinica, vista la scarsità di dati in letteratura sulle caratteristiche psicologiche in pazienti DNA maschili.

132 pazienti femmine con DNA (età media 31.88±12.35 anni; 35 con diagnosi di anoressia nervosa (AN), 33 con bulimia nervosa (BN), 29 con disturbo da alimentazione incontrollata (BED) e 30 con disturbo dell'alimentazione e della nutrizione con altra specificazione (OSFED)), 16 pazienti maschi con DNA (età media 37.19±12.38 anni; 2 con diagnosi di AN, 3 con BN, 8 con BED e 1 con OSFED) e 27 controlli maschi (età media 30.15±11.11 anni) sono stati inclusi nello studio. RB e PWB sono stati valutati tramite la Attitudes and Beliefs Scale (ABS-2) e la Psychological Well-Being Scales (PWBs) in pazienti e controlli. La sintomatologia DNA nel gruppo di pazienti è stata valutata tramite l'Eating Disorders Inventory (EDI-3). I controlli erano matched per età ($t(41)=1.92, p=0.06$).

Tramite MANOVA, non sono state rilevate differenze significative nelle RB tra pazienti DNA maschi e controlli maschi, mentre sono emerse nelle sotto-scale del PWB ($F=3.82, p=0.006$), con livelli peggiori di PWB-padronanza ambientale, PWB-crescita personale e PWB-relazioni positive con gli altri nei pazienti.

Differenze significative sono emerse tra pazienti DNA maschi e femmine nelle sotto-scale EDI-3-rischio ($F=8.94, p=0.003$) e EDI-3 disagio psicologico generale ($F=5.97, p=0.016$), con una maggiore gravità sintomatologica nelle pazienti femmine.

Pazienti DNA maschi e femmine non differivano significativamente in RB, tuttavia differivano significativamente nel PWB ($F=5.14, p<0.001$), con peggiori livelli di PWB-padronanza ambientale e PWB-relazioni positive con gli altri nei pazienti maschi, anche controllando per il livello di EDI-3-disagio psicologico generale.

I risultati del presente studio ampliano la letteratura sul funzionamento positivo nei DNA, sia come componente cognitiva razionale che come componente emotiva. In particolare, mettono in risalto la necessità di considerare questi aspetti clinici e prognostici di funzionamento positivo nei pazienti DNA tenendo conto delle differenze di genere.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.00-14.10

CORPO AULE - AULA 4

Chair e Discussant: Michele Simeone

CL-80 - Scenari e prospettive epidemiologiche in epoca post-pandemica: i dati di un servizio territoriale di Neuropsichiatria Infantile

Relatore: Anna Maria Angelilli - Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, Dirigente Medico responsabile coordinamento TSMREE Santa Maria della Pietà e referente aziendale Appropriately Trattamenti Riabilitativi in età evolutiva EROG, Roma

Negli ultimi due anni, sono aumentate le richieste di consultazione sia nelle unità di emergenza psichiatrica per minori sia negli ambulatori territoriali di salute mentale rivolti all'età evolutiva. Il presente contributo riporta l'incidenza di nuovi accessi, intesi come numero di nuove cartelle aperte, distinti per fasce di età, dal 2019 al 2022, nel presidio SMP, all'interno della UOC TSMREE della ASL Roma 1. Nel 2019, le nuove cartelle sono state 307: 160, pari al 52%, nati tra il 2019 e 2014; 98, pari al 32% di età compresa tra 6 ed 11 anni; 49, pari al 16%, nati tra il 2007 e 2001. Nel 2020, i primi accessi sono stati 212: 91, pari al 43% nati tra il 2020 e 2015; 80, pari al 38% nati tra il 2014 e 2009, 41, pari al 20% nati tra il 2008 e 2002. I dati sembrano riflettere la rimodulazione dell'accesso ai servizi che ha riguardato soprattutto il primo lockdown. Nel 2021, 340 nuovi accessi: 152 nati tra il 2021 e 2016, 114 nati tra il 2015 e 2010; 74 nati tra il 2009 e 2003. L'incidenza maggiore riguarda i nati nel 2018, 41, e nel 2017, 36; quindi i nati nel 2014 e 2013. Nella fascia 12-18 anni, quella più rappresentata sono i nati tra il 2009 e 2007, che nel 2020 avevano tra gli 11 e 13 anni, quindi all'inizio e alla fine del ciclo della scuola media e dei cambiamenti psicologici, fisici, affettivi, relazionali ed identitari della pubertà. Nel 2022 si sono registrati 377 nuovi accessi: 157, il 42% nati tra il 2022 e 2017; 140, pari al 37%, nati tra il 2016 e 2011; 80, pari al 21% nati tra il 2010 e 2005. La fascia di età maggiormente rappresentata è quella dei nati nel 2019, 44, e 2018, 40; quindi i nati nel 2014, 33, e nel 2013, 30. L'incidenza maggiore è la fascia prescolare nata tra i 2019 e 2018: si può ipotizzare che, in questa popolazione nata poco prima dell'insorgenza dell'epidemia, le restrizioni del distanziamento sociale e chiusura delle scuole, abbiano avuto effetti sullo sviluppo neuropsicologico o reso più precoce la manifestazione di fragilità del neurosviluppo già presenti. Nella fascia scolare, i primi accessi più numerosi: bambini che nel 2020 e 2021 avevano tra i 6 ed 8 anni, quindi non avevano frequentato scuola nell'iniziale periodo di lockdown e successive chiusure. Nella fascia di età 12-18 anni, sono maggiormente presenti i nati tra il 2010 e 2008, 19 nati nel 2010 e 19 nel 2009, che nel 2020 frequentavano V elementare o I media. La pandemia ha inciso sull'incremento complessivo di richiesta di accesso al servizio per tutte le fasce di età, ma soprattutto per la fascia scolare. Questo dato pone quesiti in termini di definizione di presa in carico con interventi efficaci evidence based, in una prospettiva di prevenzione secondaria, efficienti all'interno di una strategia di governance dei percorsi di cura.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato **14.10-14.20** **CORPO AULE - AULA 4**
Chair e Discussant: Michele Simeone

CL-41 - La gestione della disabilità nei contesti ospedalieri: la prospettiva di caregiver, personale sanitario e persone con disabilità a confronto

Relatore: Gabrielle Coppola - Psicologo, Psicoterapeuta, Professore ordinario in Psicologia dello sviluppo, Dipartimento ForPsiCom, Università degli Studi di Bari Aldo Moro

Co-autori:

Manfredi Francesco, Dirigente Medico alta specialità in Disabilità e Neurortopedia dell'età evolutiva, UOC Ortopedia e Traumatologia AOU Policlinico Consorziiale, Presidio Ospedaliero Pediatrico Giovanni XXIII Bari;

Bellacicco Mariagrazia, laureata presso il CdS Magistrale in Psicologia, Dipartimento ForPsiCom, Università degli Studi di Bari Aldo Moro;

D'Errico Francesca, Professore associato di Psicologia Sociale, Dipartimento ForPsiCom, Università degli Studi di Bari Aldo Moro;

Mirgaldi Rosita, Psicologa, specializzanda presso AIPC, Bari;

Brudaglio Flora, dirigente medico Psichiatra, UOSVD CSM Andria Canosa DSM ASL BAT;

Leonetti Nunzia, dirigente medico Pediatra, UOC di Pediatria e Neonatologia, Presidio Ospedaliero di Andria ASL BAT.

La definizione di disabilità proposta dall'OMS (ICF, 2001) sposta l'attenzione sulla necessità di modificare il contesto per adattarlo alle specificità della persona. Questa necessità è ancora più urgente nella presa in carico in contesti ospedalieri, caratterizzata da emergenza e stress per il paziente. Malgrado esistano esperienze virtuose in Italia (e.g., progetto DAMA), la maggioranza degli ospedali non risulta pienamente accessibile alle persone e, in particolare, ai minori con disabilità. Il presente lavoro intende promuovere buone prassi, esplorando il punto di vista dei principali stakeholders coinvolti.

Il campione include 155 soggetti, 84 genitori di figli con disabilità, 43 professionisti di ambito sanitario e 28 adulti con disabilità (43.79<M età anni<50.37; 8.02<DS<15.31). È stato costruito un questionario con domande a risposta aperta e a scelta multipla con 5 alternative di risposta, su 3 aree: conoscenze, esperienze e proposte. Le risposte a scelta multipla sono state ridotte a 3 categorie, aggregando le 2 risposte sulla medesima estremità, per ridurre la dispersione dei dati. Sono disponibili i risultati sulle risposte a scelta multipla; è in corso l'analisi del testo delle risposte aperte.

Il test del chi-quadrato evidenzia che non ci sono differenze nella distribuzione di risposte sulle conoscenze. Emergono differenze nelle esperienze riportate: rispetto alla presa in carico nei contesti ospedalieri, tra il 78 e il 90% del personale sanitario dichiara di adottare un linguaggio consono alla condizione di disabilità del paziente, precauzioni necessarie per il corretto trattamento delle sue informazioni personali, di rispettare i suoi tempi, anche a costo di ritardare il lavoro, di prestare sufficiente attenzione alla sua sfera familiare e personale e di mostrare attenzione anche nei confronti del suo caregiver, posizioni sostenute solo dal 25 al 50% degli altri due target (11.99< χ^2 <41.27, $p<01$). D'altra parte, solo il 7.3% del personale sanitario riporta di non avere mai o quasi mai difficoltà nel comprendere la presenza e la localizzazione della sintomatologia dolorosa nel paziente con disabilità, a fronte di oltre un terzo degli altri due target che invece dichiara di non notare tale difficoltà, $\chi^2=10.71$, $p<.05$. Non ci sono differenze nella distribuzione di risposte sulle proposte di miglioramento tra i tre target.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

I risultati evidenziano una convergenza tra i tre target sulle conoscenze e le proposte di miglioramento della gestione della disabilità, mentre divergono sulle esperienze, con la visione del personale sanitario più ottimistica rispetto a quella degli altri 2 target, ma una maggiore difficoltà esperita nell'intercettare la sintomatologia della persona con disabilità. I risultati sono discussi ponendo enfasi sull'importanza di una gestione multidisciplinare della disabilità, in cui si ipotizza un ruolo centrale della figura dello psicologo come raccordo tra le varie professionalità e mediazione e sostegno alla famiglia.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.20-14.30

CORPO AULE - AULA 4

Chair e Discussant: Michele Simeone

CL-81 - “Nati due volte”: dati preliminari della relazione esistente tra psicopatologia e modalità di esperienza adottiva

Relatore: Filippo Nicola Frassi - Psicoterapeuta, Associazione Culturale Studi Cognitivi Pandora, Lucca

Co-autori: Del Nero C.*°, Ciandri S.*°, Del Forno B. *°, Sаетtoni M. *°

*Associazione Culturale Studi Cognitivi Pandora, Lucca;

° Centro Psicoterapia Cognitiva, Pontedera

Gli studi psicologici effettuati sull'adozione sono, a tutt'oggi, scarsi e soprattutto non considerano variabili che provino a relazionare la predisposizione genetica, le esperienze di vita precedenti e conseguenti l'adozione stessa in correlazione con i tratti di personalità del soggetto adottato.

È evidente come psicopatologia e adozione rappresentino un versante controverso e ancora inesplorato nonostante gli studi degli psicoterapeuti siano ampiamente frequentati da protagonisti e attori coinvolti in situazioni collegabili inerenti tale tematica sia per quanto attiene l'età evolutiva, che quella adulta.

Molteplici sono le cause all'origine della scelta che conduce un genitore biologico a separarsi dal proprio figlio e tante le modalità con cui il figlio adottato si inserisce e si integra all'interno della famiglia adottiva.

Le adozioni avvengono in e da tutto il mondo e riguardano bambini di diverse età istituzionalizzati da pochi mesi o da molti anni; figli unici o con fratelli che hanno conosciuto o meno i genitori biologici. L'adozione rimane un'esperienza umana unica che prevede il districarsi tra momenti di separazione e di attaccamento, in cui le peculiari modalità di gestione dell'emotività sembrano svolgere un ruolo cruciale nello strutturare situazioni di precario equilibrio psicologico (Forsslund et al., 2021). Tuttavia la clinica evidenzia una costellazione di psicopatologie in soggetti adottati, decisamente superiore alla media del resto della popolazione (Westermeyer et al., 2015) e strategie di coping disadattive nel plausibile tentativo di gestire un passato così ingombrante da interferire e compromettere la sfera personale, familiare, sociale e lavorativa (Barcons et al., 2011).

Il presente lavoro nasce da una riflessione in merito a quanto siano correlabili: età di adozione (Caprin et al., 2015), ambiente o luogo di provenienza, stile genitoriale della famiglia adottiva (Streissguth et al., 2004) e sintomatologia psicologica osservata e diagnosticata. Verranno, a tal proposito, presentate le valutazioni clinico-diagnostiche effettuate negli ultimi due anni su: numero 45 casi clinici, cercando di proporre una specifica modalità di assessment per le situazioni sopra-indicate descrivibili come tanto interessanti quanto peculiari e spesso caratterizzate da un indice di gravità decisamente alto.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.30-14.40

CORPO AULE - AULA 4

Chair e Discussant: Michele Simeone

CL-45 - Minori stranieri non accompagnati (MSNA): protocollo multidisciplinare, trauma migratorio (vulnerabilità), percorsi di assistenza ed esiti psicopatologici secondo il modello dell'ASL di Taranto

Relatore: Sergio Gatto - Psicologo, Psicoterapeuta, Servizio di Psicologia Clinica, Dipartimento Salute Mentale ASL, Taranto

Co-autori: Mauceri Renato, Leopardi Francesca, Chiloiro Dora - Servizio di Psicologia Clinica, Dipartimento Salute Mentale ASL, Taranto

Negli ultimi anni l'Italia ha visto l'arrivo di un numero crescente di migranti, tra i quali molti richiedenti protezione internazionale, tanto da diventare il terzo Paese dell'Unione Europea, dopo Germania e Svezia, per numero di richieste di asilo (83.970 nel 2015, di cui l'11,53% di donne e 13,25% di minori, accompagnati e non). I richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria sono una popolazione a elevato rischio di sviluppare sindromi psicopatologiche a causa della frequente incidenza di esperienze stressanti o propriamente traumatiche. Sentirsi impotenti di fronte a gravi minacce alla propria vita o incolumità fisica è una situazione che la mente umana non può tollerare a lungo e che genera l'insorgere di strategie di sopravvivenza che rischiano di rimanere attive anche molto tempo dopo il superamento del pericolo: stati di allerta persistenti, flash back, reazioni intense di collera e reazioni sproporzionate anche a stimoli ambientali di lieve pericolo e minaccia. La cronicizzazione di queste reazioni è responsabile dello sviluppo di disturbo da stress post-traumatico e di PTSD complesso o anche trauma migratorio, situazioni cliniche che se prolungate nel tempo aumentano la probabilità di compromettere la salute fisica e mentale delle vittime nell'arco di vita, con possibile sviluppo di depressione maggiore (48%), fobie specifiche (30%), abuso di alcol (51,9%), abuso di droghe (34,5%), disturbi della condotta (43,3%). Il Servizio di Psicologia Clinica del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL di Taranto ha avviato un protocollo di intervento multidisciplinare per l'accertamento dell'età come strumento di tutela dei diritti applicando una presa in carico integrata socio-sanitaria. Tale modello ha previsto inoltre, attraverso una batteria di test, l'utilizzo di strumenti per l'individuazione di eventi stress traumatico e complesso (trauma migratorio) per la popolazione migratoria volto a formulare un adeguato progetto di vita e individuare gli esiti psicopatologici.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato 14.40-14.50 CORPO AULE - AULA 4

Chair e Discussant: Michele Simeone

CL-16 - Take Your Minute: pause attive e meditazione a scuola

Quando brevi pause attive e momenti di meditazione in classe possono migliorare il benessere psico-fisico di insegnanti e ragazzi, le performance scolastiche, l'apprendimento e l'attenzione degli studenti.

Relatore: Barbara Nano - Psicologa, Psicoterapeuta, S.C. Neuro-Psichiatria Infantile ASL CN1, Ospedale DI Mondovì

Co-autori:

Fioretto Franco, Direttore Dipartimento Interaziendale Materno Infantile e S.C. Neuropsichiatria Infantile ASL CN1;

Quercio Marco, Direttore S.C. Medicina Fisica e Riabilitazione area sud Mondovì;

Ferraris Sonia, Coordinatore Gestionale FKT Dipartimento Medico Generale Area Riabilitativa ASL CN1;

Badino Enrica, Psicologa, Psicoterapeuta, S.C. Neuropsichiatria Infantile ASL CN1; **Costamagna**

Giorgia, Psicologa, specializzanda in Psicoterapia, S.C. Neuropsichiatria Infantile ASL CN1;

Dutto Federico, Psicologo, specializzando in Psicoterapia S.C. Neuropsichiatria Infantile ASL CN1;

Galleano Veronica, fkt mfr ASL CN1;

Ferrero Raffaella, fkt mfr ASL CN1;

Marini Emanuela, fkt mfr ASL CN1;

Bonelli Cecilia, tirocinante fkt mfr ASL CN1.

L'attività fisica e la capacità di autoregolazione emotiva sono fondamentali per la salute psicofisica di bambini e adolescenti ed hanno un favorevole impatto sul rendimento scolastico. La scuola può giocare un ruolo fondamentale nel favorire l'attività fisica e l'educazione emotiva.

Al fine di perseguire questi obiettivi, è stato pensato un progetto di prevenzione del disagio emotivo e promozione del benessere, costruito congiuntamente dal servizio di NPI e di fisiatria dell'asl cn1 sede di Mondovì.

Sono state individuate delle brevi attività, della durata di circa 2min, da proporre in classe nei cambi d'ora, prima delle verifiche o per spezzare lunghe fasi didattiche al banco. Il materiale è stato costruito facendo riferimento al modello biopsicosociale con l'apporto di fisioterapisti e psicoterapeuti che utilizzano la mindfulness. Per ogni ciclo di studi sono state scelte attività adeguate al momento di sviluppo e aventi come target le seguenti funzioni: Attenzione e concentrazione; Stabilizzazione mente-corpo; Rilassamento; Regolazione affettiva; Consapevolezza mentale/emotiva e corporea.

Il progetto prevedeva una fase iniziale di condivisione dei presupposti teorici con gli insegnanti, seguita da una fase di formazione pratica e di supervisione periodica degli stessi ed infine una fase di valutazione.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.50-15.00

CORPO AULE - AULA 4

Chair e Discussant: Michele Simeone

CL-69 - Intervento di Supporto Psicologico Territoriale. Un modello di co-terapia

Relatore: Manuela Turco - Psicologa, Psicoterapeuta; Psicologo Dirigente presso il servizio di Neuropsichiatria Infantile, ASLCN1; libero professionista, Mondovì (Cuneo)

Co-autori:

Barbara Nano, Psicologa, Psicoterapeuta;

Elisa Colombi, Neuropsichiatra Infantile;

Franco Fioretto, Neuropsichiatra Infantile, Direttore del Dipartimento Materno-Infantile ASLCN1

Il progetto di Supporto Psicologico Territoriale nasce circa otto anni fa presso il servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'ASLCN1. Esso promuove un modello di intervento con obiettivi terapeutici e muove dalla necessità di delineare una progettualità clinica innovativa nella fascia di età adolescenziale. L'adolescenza è, infatti, un periodo di vita particolarmente delicato che prevede la sperimentazione attraverso atti esplorativi che consentono costruzione del sé. Questa è una fase di vita che, per le sue caratteristiche, permette al ragazzo di accogliere nuovi modelli.

Il Supporto Psicologico è rivolto agli adolescenti presi in carico dal Servizio di N.P.I, quando la terapia farmacologica e la psicoterapia ambulatoriale non sono sufficienti o non pienamente rispondenti ai bisogni del minore.

Vengono coinvolti ragazzi dai 13 ai 18 anni con quadri clinici complessi, ad esempio: esordi di disturbi di personalità, scompenso psichico in fase sub-acuta, disturbi del comportamento alimentare, disturbi esternalizzanti, ritiro sociale.

Questo tipo di intervento ha obiettivi terapeutici e si svolge in parallelo con un percorso di psicoterapia individuale ambulatoriale, per queste ragioni viene definita una co-terapia.

Esso viene svolto da psicologi psicoterapeuti o psicologi in formazione presso una scuola di specializzazione in psicoterapia.

Viene attivato in alternativa all'inserimento in Comunità Socio-Riabilitativa o Terapeutica o, in regime di post-ricovero, per dimissioni protette.

Il setting di intervento è costruito all'interno del terapeuta e si sviluppa attraverso un continuo lavoro di automonitoraggio e ascolto attivo: l'intervento si svolge, infatti, nel contesto quotidiano del paziente e fa strettamente riferimento al suo contesto ambientale e sociale (famiglia, scuola, quartiere). Esso si consolida attraverso l'opportunità di condividere situazioni e attività che fanno parte dell'esperienza concreta nella vita del ragazzo. La possibilità di "fare insieme" e, attraverso l'azione, l'opportunità di "essere insieme" assume la qualità di un'esperienza condivisa all'interno di una relazione. L'intervento offre ai ragazzi un'esperienza relazionale ed emozionale correttiva e facilita, attraverso momenti di confronto nel momento presente, il processo di mentalizzazione, integrazione e la regolazione degli stati emotivi interni.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.00-14.10

CORPO AULE - AULA 5

Chair e Discussant: Marvita Goffredo

CL-06 - Craving: Trattamento Integrato e Terapia di Gruppo

Relatore: Mara Fantinati - Cooperativa La Quercia, Reggio Emilia, Modena

Co-autori: Giulia Gazzotti, Educatrice e Coordinatore Centro Diurno, Cooperativa La Quercia, Reggio Emilia

Il trattamento del craving, in soggetti con diagnosi di Disturbo da Uso di Sostanze, rappresenta una difficoltà sempre crescente sia nell'organizzazione dei servizi territoriali sia nella definizione dei programmi efficaci di intervento. Dal giugno 2022 c/o il Centro Diurno della Cooperativa La Quercia in Reggio Emilia si sta costruendo un percorso di terapia di gruppo, organizzato in cicli di intervento integrato. Gli utenti possono afferire su invio diretto del SERDP o attraverso il percorso Comunitario o di Gruppo Appartamento, in base al grado di motivazione esplicitato. Ogni intervento è monitorato attraverso test di efficacia, per consentire una valutazione a medio-lungo termine degli effetti sul singolo e sul gruppo stesso. Tale modalità sta evidenziando una riduzione della frequenza delle ricadute a breve-medio termine e un incremento della cooperazione con il territorio, con importanti effetti sui costi del sistema di assistenza e cura.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.10-14.20

CORPO AULE - AULA 5

Chair e Discussant: Marvita Goffredo

CL-13 - Maternità e dipendenze: una revisione critica della letteratura

Relatore: Gaia Cassese - Psicologa, Psicoterapeuta in formazione, Nola

Co-autori: Giannini, Rosa, Psicologa, Psicoterapeuta, terapeuta EMDR, formazione DBT e TMI, consulente presso ASL Napoli 3 sud, Pomigliano D'arco

Literature and clinical practice have extensively dealt with the topic of addictions. However, there are still few studies that have systematically investigated parenting and the use or abuse of narcotics. Most focused mainly on the consequences and safety of the children involved. Aware of the need for a rigorous knowledge of the challenges, expectations and difficulties faced by the user in responding adequately to the parental role, the aim of this work is to retrace and integrate, with a critical approach, the main theoretical contributions of the last decade with a specific focus on the maternal role. We therefore argued the need for systemic care of the user starting from pregnancy, which arises as a highly stressful event that puts a strain on a woman's therapeutic path.

The most recent contributions will then be explored in order to understand and explain the variability of parental responses in addictive behavior according to the neurobiological approach to the mother-infant relationship.

Finally, we will mention the environmental and social correlates related to the use of substances and how these can selectively affect particular parenting skills, such as the ability to provide consistent and constant caregiving over time.

The path traced up to now pushes us to the awareness of the need for a deep knowledge of the complexity of the phenomenon and a careful analysis of the needs prior to the conception of a therapeutic path.

The main predictor of treatment failure in this target user is, in fact, the lack of specific intervention programs, which consider individual differences.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.20-14.30

CORPO AULE - AULA 5

Chair e Discussant: Marvita Goffredo

CL-47 - L'assertività e le competenze relazionali del terapeuta: cosa dice la ricerca

Relatore: Gaia Cassese - Psicologa, specializzanda in Psicoterapia, Scuole di Psicoterapia APC/SPC, Roma

Co-autori: Osso Federica*; Pasquale Annalisa*; Fimiani Ramona*; Baggio Francesca°; Cosentino Teresa°; Perdighe Claudia°.

* Specializzande allieve Scuole di Psicoterapia Cognitiva APC e SPC;

° Docenti e didatte Scuole di Psicoterapia Cognitiva APC e SPC

L'importanza della relazione terapeutica e dell'alleanza terapeutica, e la loro relazione con gli esiti, è un dato acquisito. È meno evidente quali sono i fattori specifici che promuovono la relazione e l'alleanza e, in ultimo, il buon esito della psicoterapia. Un filone di ricerca di grande interesse è quello che si occupa di studiare la relazione tra caratteristiche del terapeuta e esiti (per una review: Heinonen & Nissen-Lie, 2019), che danno interessanti indicazioni su quali aspetti personali e relazionali del terapeuta si associano all'efficacia della terapia; per esempio aspetti come il rispetto, la capacità di cooperare in uno stile paritario non basato sul rango, la responsività, il calore, la fiducia nel paziente, la chiarezza della comunicazione (Anderson, McClintock, Himawan, Song, & Patterson, 2016; Schöttke, Flückiger, Goldberg, Eversmann, & Lange, 2017). Questo lavoro si inserisce in questo filone di ricerca, con lo scopo in particolare di approfondire le caratteristiche relazionali del terapeuta che favoriscono l'alleanza che attengono alla dimensione dell'assertività. L'assertività, laddove si confermi come un fattore importante nel favorire l'alleanza, ha il grande pregio di essere una caratteristica che può essere attivamente promossa e costruita nel percorso di formazione di un terapeuta.

Questo lavoro trova origine da alcuni project di ricerca delle Scuole di Psicoterapia APC e SPC per cui è in corso sia una ricerca bibliografica sia la costruzione di una ricerca all'interno delle Scuole APC e SPC, tesa ad indagare la relazione tra l'assertività del terapeuta e l'alleanza terapeutica.

Anderson, T., & Patterson, C. (2013). Facilitative interpersonal skill task and rating method. Unpublished manuscript. Retrieved from <http://clinica.ispa.pt/ficheiros/areas_utilizador/user11/>

Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research*, 27, 642–652.

Erkki Heinonen & Helene A. Nissen-Lie (2019): The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review, *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2019.1620366

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.30-14.40

CORPO AULE - AULA 5

Chair e Discussant: Marvita Goffredo

CL-67 - Adolescenti iperconnessi: paura di essere esclusi da esperienze gratificanti (FoMO) e dipendenza dai social network

Relatore: Francesca Filograsso - Psicoterapeuta in formazione, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, AIPC Bari II anno

Co-autori:

Maria Lucia Disabato, Psicologa, training II Anno AIPC, Bari;

Maria Grazia Foschino Barbaro, Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva (AIPC), Bari, Coordinamento dei Servizi per il contrasto della violenza all'infanzia, Regione Puglia;

Barbara Barcaccia, Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta AIPC, Bari e SPC, Roma; Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Introduzione

L'indagine dell'ISS, condotta nell'autunno del 2022, ha riportato che il 2,5 % di ragazzi italiani fra gli 11 e i 17 anni, presenta caratteristiche compatibili con la presenza di una dipendenza dai social media (in inglese "social network addiction", "SNA"), definita come il controllo compulsivo di canali social tanto da compromettere altri ambiti di vita quotidiana. Inoltre, recentemente la letteratura scientifica ha introdotto un nuovo costrutto psicologico, correlato alla dipendenza dai social media e sempre più diffuso tra gli adolescenti: la FoMO (Fear of Missing Out). La FoMO comprende due componenti principali: l'ansia che gli altri stiano avendo esperienze gratificanti dalle quali si è esclusi e il persistente desiderio di restare connessi ai propri social network. Inoltre, da ricerche recenti risulta che sia SNA che FoMO costituiscono predittori del fenomeno di phubbing, vale a dire l'azione di trascurare il proprio interlocutore fisico per consultare spesso, in modo compulsivo, lo smartphone o un altro dispositivo interattivo. Lo scopo di questo lavoro è approfondire le caratteristiche della relazione tra SNA e FoMO, oltre che le eventuali implicazioni in termini di intervento e trattamento.

Obiettivi

Gli obiettivi principali di questo lavoro sono: 1) approfondire, attraverso un'analisi della letteratura, la relazione tra SNA e FoMo negli adolescenti, 2) analizzare gli effetti che tale relazione potrebbe avere sulla salute mentale e sul funzionamento sociale degli adolescenti 3) indagare i trattamenti che si sono rilevati efficaci nella riduzione dei sintomi associati alla FoMO e alla SNA.

Metodo

È stata condotta una ricerca bibliografica su/i motori di ricerca scientifici PsycINFO, Scopus, EBSCO e Pubmed, considerando l'intervallo temporale 2003-2023, con parole-chiave (Inglese, Italiano): "FoMO" "Fear of Missing Out" "social network addiction" "problematic internet use in adolescents" "internet addiction in adolescents". Gli articoli scientifici individuati sono stati selezionati sulla base della congruenza con gli obiettivi del presente lavoro.

Risultati e conclusioni

L'analisi della letteratura scientifica ha mostrato l'esistenza di una correlazione significativa e positiva tra SNA e FoMO negli adolescenti e giovani adulti; tuttavia, alcuni studi sostengono che la FoMO ha funzione di mediatore della SNA, mentre altri la considerano uno dei fattori antecedenti. La direzione di tale relazione necessita di maggiori approfondimenti in futuro. Rispetto agli esiti sulla salute mentale, l'utilizzo eccessivo e il controllo compulsivo dei social media possono aumentare significativamente i livelli di ansia sociale. La FoMO

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

può, inoltre, avere un impatto negativo sull'autostima dei ragazzi, favorendo la comparsa di sintomi depressivi e l'adozione di condotte a rischio. Attualmente, il trattamento maggiormente efficace nel ridurre l'ansia connessa alla FoMO e i sintomi della SNA è la terapia cognitivo-comportamentale (CBT).

Bibliografia

Elhai, J. D., Yang, H., & Montag, C. (2020). Fear of missing out (FOMO): overview, theoretical underpinnings, and literature review on relations with severity of negative affectivity and problematic technology use. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43, 203-209.

Lozano Blasco, R., Latorre Cosculluela, C., & Quílez Robres, A. (2020). Social network addiction and its impact on anxiety level among university students. *Sustainability*, 12(13), 5397.

Peris, M., de la Barrera, U., Schoeps, K., & Montoya-Castilla, I. (2020). Psychological risk factors that predict social networking and internet addiction in adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 17(12), 4598.

Santos, V. A., Freire, R., Zugliani, M., Cirillo, P., Santos, H. H., Nardi, A. E., & King, A. L. (2016). Treatment of Internet addiction with anxiety disorders: Treatment protocol and preliminary before-after results involving pharmacotherapy and modified cognitive behavioral therapy. *JMIR research protocols*, 5(1), e5278.

Younas, F., Amjad, S., & Qayyum, S. (2022). Fear of Missing Out and Phubbing in Young Adults: The Mediating Role of Social Media Addiction. *Pakistan Journal of Social Sciences*, 42(4), 867-878.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.40-14.50

CORPO AULE - AULA 5

Chair e Discussant: Marvita Goffredo

CL-85 - Il biofeedback HRV come intervento complementare di gruppo nel trattamento del craving

Relatore: **Mattia Nese** - dottorato di ricerca in Psicologia, Psicoterapeuta, Sigmund Freud University, Milano

Co-autori:

Basciano Alessandro, Università Sigmund Freud, Milano;

Riboli Greta, Università Sigmund Freud, Vienna;

Brighetti Gianni, Università Sigmund Freud, Milano;

Borlimi Rosita, Università Sigmund Freud, Milano

I disturbi da uso di sostanze (substance use disorders, SUD) sono generalmente caratterizzati da tassi relativamente più alti di dropout e di ricaduta rispetto ad altri disturbi. Il craving è uno dei principali fattori in grado di predire le ricadute. Per questo motivo, molti interventi psicologici si sono concentrati sulle strategie per ridurre i sintomi cognitivi e fisiologici del craving. Nell'ultimo decennio, il biofeedback della variabilità della frequenza cardiaca (o biofeedback HRV) è stato proposto come intervento complementare anticraving, con l'obiettivo di potenziare i meccanismi di autoregolazione corporea che possono aiutare le persone a gestire più efficacemente le componenti fisiologiche dell'esperienza del craving. Il biofeedback HRV si basa sull'allenamento della respirazione addominale lenta seguendo la cosiddetta frequenza di risonanza, che amplifica le oscillazioni della frequenza cardiaca. Durante il training i partecipanti osservano in tempo reale i dati fisiologici relativi alla frequenza/ampiezza della respirazione e alla variabilità della frequenza cardiaca. Tuttavia, gli studi che hanno documentato l'implementazione del biofeedback HRV nel trattamento dei SUD sono relativamente pochi rispetto a quelli effettuati su altri tipi di disturbi. E' possibile che alcuni fattori, come la scarsa motivazione al trattamento, l'alto tasso di ricadute e la frequente comorbilità con altri disturbi psichiatrici ostacolano l'implementazione degli interventi di biofeedback HRV. Inoltre, spesso i servizi territoriali offrono interventi di gruppo, mentre i protocolli di biofeedback sono solitamente individuali. A ciò si aggiungono i costi necessari per gli strumenti di registrazione psicofisiologica e la formazione del personale. Verrà quindi presentato un nuovo protocollo di biofeedback HRV di gruppo che include l'utilizzo di sensori a basso costo allo scopo di promuovere una più ampia diffusione di tali interventi per il trattamento del craving. Inoltre, allo scopo di dimostrarne la fattibilità, verranno presentati i dati preliminari di uno studio effettuato su 13 persone reclutate in un centro diurno per il trattamento delle dipendenze.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato 14.50-15.00 CORPO AULE - AULA 5
Chair e Discussant: Marvita Goffredo

CL-82 - Il ruolo dell'impulsività come mediatore tra l'alessitimia e la dissociazione in un campione di utenti disintossicati, ricoverati in comunità per disturbo da uso di sostanze e alcool: un modello di equazione strutturale.

Relatore: Giovanni Luca Palmisano - Psicologo, Psicoterapeuta, APC Lecce, PhD in Clinical Psychology, CRISi scarl Onlus, Università Bona Sforza, Bari

Co-autori:

Ferlisi Gabriele, Psicologo, psicoterapeuta, Ormos centro di Psicoterapia Cognitiva;

Alessandro Oronzo Caffò, Psicologo, PhD in Cognitive Psychology, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro";

Johan Vanderlinden, PhD in Clinical Psychology, Psicologo, Psicoterapeuta, KU Leuven, Belgio

Sebbene l'alessitimia, l'impulsività e la dissociazione siano tutte correlate ai disturbi da uso di sostanze e alcool, la relazione tra queste tre variabili nei pazienti con disturbo da uso di sostanze (SUD) e disturbo da uso di alcool (AUD) è poco conosciuta. Il primo oggetto della presente ricerca è stato quello di indagare le differenze nell'alessitimia, nell'impulsività e nella dissociazione tra un campione misto SUD/AUD (n = 123) e un campione di controllo appaiato per età e sesso e composto da 123 soggetti sani (HC). Il secondo obiettivo di questa ricerca è stato valutare se l'impulsività fosse in grado di mediare la relazione tra alessitimia e dissociazione nel campione misto SUD/AUD. Il campione misto SUD/AUD era composto da 38 soggetti con dipendenza da eroina, 9 soggetti con dipendenza da cocaina, 48 soggetti con dipendenza mista da eroina e cocaina e 28 soggetti con dipendenza da alcool, ricoverati in comunità terapeutiche per il trattamento e la riabilitazione dell'abuso di sostanze, presenti nel territorio pugliese (Italia). L'alessitimia è stata misurata utilizzando la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), l'impulsività utilizzando la Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) e la dissociazione, utilizzando la Dissociative Experience Scale (DES-II). I soggetti SUD e AUD hanno mostrato punteggi più alti di alessitimia, impulsività e dissociazione rispetto ai soggetti di controllo. Il modello di equazione strutturale ha inoltre mostrato che l'impulsività mediava tra l'alessitimia e la dissociazione nel campione misto SUD/AUD. I nostri risultati sono coerenti con la letteratura precedente nello stesso campo di ricerca. Trattamenti su misura basati su interventi che abbiano lo scopo di decrementare l'alessitimia e l'impulsività potrebbero agire indirettamente sulla diminuzione dei sintomi dissociativi tra i pazienti con diagnosi di SUD e AUD.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.00-14.10

CORPO AULE - AULA 6

Chair e Discussant: Chiara Lamuraglia

CL-32 - Altruismo e depressione: quale relazione?

Relatore: Stefano Cattan, SPC Roma, Centro Clinico Psychè;

Co-autori:

Angelillo, Carlo - AIPC, Bari;

D'Innocenzo, Antonella, SPC Roma;

Rainone, Antonella, SPC Roma;

Mancini, Francesco, SPC Roma;

Visco-Comandini, Federica, SPC Roma, Centro Clinico Psychè.

La relazione tra altruismo e depressione è stata oggetto di indagine negli ultimi anni. Alcuni studi evidenziano una riduzione delle competenze empatiche, sociali ed una compromissione delle strategie prosociali e altruistiche nei pazienti con depressione. Altri, invece, sottolineano una tendenza opposta, ovvero un maggiore comportamento empatico della persona con depressione dovuto ad una "identificazione" con la sofferenza altrui. Infine, alcuni autori avanzano l'idea di una relazione bidirezionale tra le variabili in oggetto, attribuendo all'altruismo "patologico" un ruolo di rilievo nell'emersione della sintomatologia depressiva. Lo scopo di questa ricerca risiede nell'approfondire l'ipotesi più accreditata cercando di inquadrare la relazione tra queste due variabili in ottica cognitivista. Nello specifico, si vuole cercare di comprendere quali siano i fattori e i meccanismi maggiormente implicati nel mantenimento della sintomatologia depressiva in relazione alla dimensione dell'altruismo.

Al fine di indagare le variabili implicate nella relazione tra depressione ed altruismo, è stata condotta una ricerca della letteratura attraverso l'utilizzo di motori di ricerca scientifici al fine di evidenziare gli articoli che meglio approfondiscono le ipotesi proposte.

I risultati hanno evidenziato come l'ipotesi della bidirezionalità sia quella maggiormente accreditata e sono stati evidenziati alcuni possibili meccanismi che potrebbero essere implicati nel mantenimento della sintomatologia depressiva. Secondo l'ipotesi della bidirezionalità tra le due variabili indagate, gli individui che mostrano maggiore empatia sono più suscettibili a sviluppare sintomi depressivi ma, allo stesso tempo, la sintomatologia depressiva favorirebbe la comparsa di comportamenti empatici. Tramite un'analisi più approfondita, sembrerebbero essere presenti, nei soggetti considerati, due declinazioni dello stesso scopo altruistico a cui si associano due problemi secondari differenti. Da un lato, l'altruismo potrebbe essere strumentale allo scopo della buona immagine. Quindi, se un individuo percepisce di non essere stato in grado di aiutare l'altro, svilupperà un vissuto depressivo secondario dovuto alla compromissione dell'immagine del sé (valore personale). Dall'altro lato, il comportamento empatico potrebbe essere terminale. In altre parole, se lo scopo del soggetto è quello di mantenere la vicinanza affettiva di un altro significativo o percepito come degno di stima (scopo terminale), si attiverà un problema secondario legato al sentimento di perdita dell'altro. In entrambe le casistiche, la presenza di standard elevati, in merito ai comportamenti empatici messi in atto, sembrerebbe favorire sia l'insorgenza che il mantenimento del circolo vizioso patologico.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato 14.10-14.20 CORPO AULE - AULA 6
Chair e Discussant: Chiara Lamuraglia

CL-51 - Microaggressioni e microinvalidazioni inconsapevoli nella relazione terapeutica: impatto degli stereotipi culturali su processo ed esito della terapia

Relatore: Carla Barile - Psichiatra, Psicoterapeuta, Docente STPC e CTC, Torino

Co-autori:

Paola Cimbolli, PhD Psicoterapeuta Centro Clinico Nemo, Fondazione Policlinico A. Gemelli IRCCS, Roma;

Monica De Marchis, Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta SITCC ;

Antonella Ivaldi, Psicologa, Psicoterapeuta, Gruppo-analista, Socia-Didatta SITCC, Socia-Didatta ISIPSé, Presidente di TeoriAperta;

Federica Mansutti, Psicologa, Psicoterapeuta Docente APC;

Giulia Tirelli, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Costruttivista Sessuologa Clinica;

Lisa Reano, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivista, Sessuologa Clinica

Il termine microaggressione è stato definito come una aggressività (indiretta, sociale e relazionale) con o senza intenzionalità che può danneggiare le persone e che si può manifestare anche in psicoterapia, determinando traumi secondari tra le/i pazienti che sperimentano microaggressioni multiple nella quotidianità (Sue, Spanierman 2022).

A partire dalla pratica clinica abbiamo posto l'attenzione sul verificarsi in terapia di microaggressioni e microinvalidazioni non consapevoli verso persone appartenenti a gruppi culturalmente diversi o che esprimono ed effettuano scelte che riguardano ambiti attuali eticamente caldi e su cui possiamo avere posizioni personali differenti.

La letteratura e l'esperienza clinica ci informano di quanto troppo spesso rischiamo di essere inconsapevoli degli stereotipi culturali che ci permeano e che agiamo nella relazione terapeutica.

Sessismo, eterosessismo, razzismo possono essere invisibili ma potenzialmente dannosi per l'autostima e la qualità della vita di chi appartiene a categorie stigmatizzate.

Quali preconcetti, pregiudizi e stereotipi possono sfociare in microaggressioni? Quale impatto possono produrre sull'alleanza terapeutica, per esempio, l'insensibilità culturale, gli atteggiamenti patologizzanti, la negazione del pregiudizio, la sovraidentificazione costante del terapeuta, o ancora le convinzioni che il/la paziente siano troppo suscettibili a questioni culturali e/o razziali? A partire dal linguaggio che usiamo con le/i pazienti, a come ne parliamo fra terapeute/i, ci sembra interessante esplorare ciò che contribuisce a mantenere i nostri preconcetti e pregiudizi impliciti.

Presenteremo alcune vignette cliniche in cui evidenziamo la necessità di validare la realtà esperienziale di persone di gruppi culturalmente diversi, cercando di comprendere la visione del mondo di cui sono portatori. Focalizzeremo l'attenzione su come la/il terapeuta possa riparare disallineamenti e rotture dell'alleanza, in caso di microaggressioni inconsapevoli.

Sarebbe auspicabile poter esplorare con ricerche quantitative e qualitative l'impatto delle microaggressioni nella pratica terapeutica.

L'obiettivo è aggiungere alla considerazione delle varianti soggettive di funzionamento, di innegabile importanza nella psicoterapia, uno sguardo alle peculiarità dei contesti culturali e sociali di vita: per una

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15



psicoterapia che tenendo maggiormente in conto tali aspetti contribuisca al raggiungimento del benessere mentale del/la paziente attraverso una migliore consapevolezza.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.20-14.30

CORPO AULE - AULA 6

Chair e Discussant: Chiara Lamuraglia

CL-88 - I videogames come strumento a supporto della CBT

Relatore: Roberto Desiderio - Psicologo clinico, Psicoterapeuta in formazione presso la Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Rimini

I videogiochi, in quanto strumenti di apprendimento interattivi e coinvolgenti, offrono una nuova prospettiva per supportare la CBT, specialmente per i bambini e gli adolescenti.

Possono essere progettati per integrare gli obiettivi e le strategie terapeutiche della CBT, offrendo un ambiente sicuro e controllato per i pazienti al fine di esplorare ed affrontare i loro problemi. Ad esempio, il gioco "Ricky and the Spider" è stato sviluppato specificamente per il trattamento dei bambini con OCD. Il gioco si basa su una metafora della lotta tra un bambino e un ragno, rappresentando il conflitto interiore tra i pensieri ossessivi e i comportamenti compulsivi. Attraverso il gioco, i bambini imparano a riconoscere e sfidare i pensieri distorti, a resistere alle compulsioni e a sviluppare strategie di coping per gestire l'ansia.

La videogame therapy offre numerosi vantaggi rispetto agli approcci terapeutici tradizionali. Innanzitutto, i videogiochi possono essere più coinvolgenti e motivanti per i pazienti, soprattutto per i bambini e gli adolescenti che potrebbero essere meno interessati alle terapie convenzionali. Inoltre, i videogiochi possono fornire un feedback immediato e personalizzato, permettendo ai pazienti di monitorare i loro progressi e di adattare le loro strategie di coping. Infine, i videogiochi possono essere facilmente accessibili e possono essere utilizzati anche al di fuori del contesto terapeutico, offrendo un supporto supplementare ai pazienti nel loro percorso di guarigione.

In questa discussione si affronterà il caso di Gloria, una bambina di 10 anni con disturbo ossessivo compulsivo. Gloria passa molto tempo della giornata a giocare alla Nintendo Switch. Uno dei suoi giochi preferiti è Animal Crossing, un "cozy game" dove il personaggio che creiamo è libero di muoversi ed esplorare a piacere il mondo virtuale. Il suo avatar si chiama come lei, è esteticamente simile a lei e, curiosamente, mette in atto una vasta serie di rituali compulsivi:

- Deve camminare 4 volte avanti e indietro davanti a casa ogni volta che passa di lì.
- Non può camminare in una determinata area della mappa.
- Deve essere sempre in una specifica zona ogni volta che salva ed esce dal gioco.
- Deve accumulare determinati oggetti che trova nel gioco senza poterli buttare
- Non può parlare con un PNG

All'interno del gioco, Gloria può esprimere liberamente e senza essere giudicata i rituali. Nello stesso tempo, però, il gioco offre al terapeuta la possibilità di lavorare sul DOC in un ambiente più sicuro, meno attivante, ma soprattutto disponibile ovunque (la Nintendo Switch è una console portatile). La console entra nel setting terapeutico e diventa un vero e proprio strumento di lavoro. Il terapeuta crea il suo avatar che viene inserito all'interno del mondo virtuale (il gioco offre la possibilità di giocare in 2). Con la sua guida, Gloria inizia a esporsi rispetto ai suoi rituali.

Si rifletterà inoltre dei vantaggi e degli svantaggi di questo tipo di strumento e dei vari ambiti applicativi presenti e futuri.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.30-14.40

CORPO AULE - AULA 6

Chair e Discussant: Chiara Lamuraglia

CL-62 - L'impatto psicologico del COVID-19 nei pazienti pediatrici con malattia cronica: uno studio multicentrico

Relatore: Michele Pellegrini - Psicologo, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo UOSD Psicologia, AOU Policlinico-Giovanni XXIII Bari; Docente APC Lecce e AIPC Bari

Co-autori:

Simonetta Gentile¹, Michele Pellegrini², Cinzia Correale³, Oriana Papa⁴, Rosanna Martin⁵, Cristina Venturino⁶, Rossella Sterpone⁷, Teresa Sergio⁸, Simona Cappelletti³

1 Già Responsabile UOSD Psicologia Clinica, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma;

2 UOSD Psicologia, AOU Policlinico-Giovanni XXIII; AIPC Bari;

3 UOC Neurologia Clinica e Sperimentale, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma;

4 UOSD Psicologia Ospedaliera, Ospedale Pediatrico Salesi;

5 Servizio di Psicologia Ospedaliera Pediatrica, IRCCS AOU Meyer;

6 UOSD Centro di Psicologia, IRCCS Giannina Gaslini;

7 UOSD Psicologia, AON SS. Antonio e Biagio e Arrigo;

8 Psicoterapeuta in Formazione IV anno AIPC, Bari

La letteratura è unanime nel riconoscere che la diffusione del COVID-19 ha generato un impatto diretto su vita quotidiana e salute mentale di tutta la popolazione, ma è ancora incerto il suo impatto su popolazioni specifiche e vulnerabili come bambini/adolescenti, specie se affetti da malattie croniche (MC). Le MC in età evolutiva comprendono diverse patologie con vari gradi di impatto sui pazienti e famiglie. I tassi di prevalenza delle MC in età evolutiva sono molto variabili e in costante aumento anche grazie alla possibilità di effettuare diagnosi precoci; tuttavia la diagnosi di MC può creare un impatto permanente sul benessere e sulla qualità della vita dei bambini/adolescenti e delle loro famiglie, aumentando il rischio di sviluppare problematiche psicologiche, specie nella sfera dei disturbi dell'umore. La diffusione del COVID-19 e le misure di allontanamento sociale hanno avuto un impatto ancor più forte sulla popolazione vulnerabile causando spesso l'interruzione/ritardo dell'assistenza medica, delle cure ospedaliere e delle procedure diagnostiche. È stato condotto un studio trasversale multicentrico con pazienti pediatrici affetti da MC in 6 ospedali pediatrici aderenti all'AOPI durante il primo lockdown con l'obiettivo di valutare la presenza di sintomatologia ansioso-depressiva e le caratteristiche cliniche e demografiche che influenzano tale sintomatologia. Abbiamo incluso pazienti pediatrici tra gli 11 e i 18 anni con almeno una condizione cronica, senza ritardo cognitivo. Per valutare i sintomi ansioso-depressivi sono stati somministrati il GAD-7 e il PHQ-9. I risultati mostrano una percentuale molto alta di bambini/adolescenti con sintomatologia depressiva e ansiosa da lieve a grave; ciò evidenzia la necessità di garantire interventi psicologici su misura per sostenere i pazienti pediatrici con MC nel fronteggiamento degli effetti della pandemia, con l'obiettivo finale di promuovere la salute mentale e il benessere psicologico in questa popolazione vulnerabile. I dati ottenuti, inoltre, possono contribuire ad implementare modelli di intervento specifici per migliorare l'assistenza sanitaria, in caso di future epidemie e pandemie nei pazienti pediatrici affetti da MC e nelle loro famiglie.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.40-14.50

CORPO AULE - AULA 6

Chair e Discussant: Chiara Lamuraglia

CL-50 - “Il laboratorio di Dexter”: un caso di disturbo ossessivo compulsivo e disturbo dello spettro autistico ad alto funzionamento

Relatore: Annalisa Loconsole - Laurea in Psicologia clinica, Psicologa, AIPC Bari

Co-autori:

Angelillo Marco, AIPC Bari;

Misceo Federica, AIPC Bari;

Simeone Michele, Centro di Psicoterapia Cognitiva, AIPC Bari

In letteratura è indicata un'elevata comorbidità fra i disturbi dello spettro autistico (ASD) e il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), con stime da 2,6 al 37,2% (Pastorino et al., 2017). Tale condizione pone un'ardua sfida per l'inquadramento diagnostico e il trattamento del DOC in virtù dei deficit metacognitivi, della scarsa tolleranza alle frustrazioni, dello scarso insight presenti anche nell'ASD ad alto funzionamento.

Il presente contributo illustra il caso di “Dexter”, ragazzo di 23 anni che presenta tale comorbidità piuttosto invalidante e di lunga durata. Egli ha il costante terrore di far del male involontariamente a qualcuno o di essere colpevole di omissione di soccorso; ha pensieri proibiti a tema sessuale e pensieri blasfemi. Reagisce con compulsioni di checking, rituali mentali, ruminazione ossessiva, richieste continue di rassicurazioni ai familiari, occupando così gran parte delle sue giornate. Quando la sintomatologia si acuisce, evita di uscire e si chiude in camera, spesso con le tapparelle chiuse. La sua vita sociale risulta assente. In passato, ha intrapreso percorsi psicoterapici e farmacologici con antidepressivi e antipsicotici senza risultati significativi. Data la complessità del caso, si è proposto un percorso di psicoterapia cognitiva semi-intensiva come adattamento dei modelli di trattamento intensivi presenti in letteratura (Nanjundaswamy et al., 2020; Iniesta-Sepúlveda et al., 2017). Il percorso, avviato a gennaio 2023, ha previsto tre incontri settimanali di circa un'ora e mezza, uno condotto da un terapeuta esperto (senior) e due da una psicoterapeuta in formazione, supervisionata dal senior. Il piano di intervento è stato il seguente: assessment e condivisione del modello del disturbo; ristrutturazione cognitiva; tecniche per favorire l'accettazione del rischio temuto; esposizione e prevenzione della risposta (E/RP); lavoro sulle vulnerabilità storiche (Mancini, 2016; Foa et al., 2012); incontri con i genitori per condividere strategie funzionali alla gestione della sintomatologia del figlio. Inoltre, per potenziare la motivazione di Dexter ad effettuare le esposizioni quotidiane, è stato condiviso un gruppo WhatsApp, in cui sono stati programmati e monitorati i compiti.

A marzo Dexter ha superato due esami, si è iscritto in palestra, è partito per un viaggio con la madre; ha ridotto parzialmente i controlli, le ruminazioni e le richieste di rassicurazione, ha iniziato gradualmente ad uscire dal suo “laboratorio”, pur se con la percezione che la minaccia sia dietro l'angolo, riflessa nel vetro delle finestre, sfiorando un bambino/una donna, toccando un oggetto, sfogliando le pagine di un libro. La valutazione degli esiti ha previsto l'utilizzo dell'Y-BOCS (misura di esito principale) e del CORE-OM (misura di esito secondaria); sono stati rilevati lievi miglioramenti, statisticamente significativi nel caso del CORE-OM, ma non clinicamente. I risultati e le criticità incontrate si presenteranno in sede di congresso.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

14.50-15.00

CORPO AULE - AULA 6

Chair e Discussant: Chiara Lamuraglia

CL-P48 - Il caso di M. - caso di skin picking in una persona anziana

Relatore: Alessandra Lupo - Psicoterapeuta, Centro di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma

Il caso presenta aspetti psicopatologici complessi, in quanto riguarda l'intervento clinico su una paziente di 86 anni avente come sintomatologia manifesta una depressione maggiore, con aspetti ansiosi e in comorbidità con Disturbo di autolesionismo non Suicidario (NSSI) con skin picking. Da subito si è fatta esclusione di un deterioramento cognitivo dovuto a patologie neurologiche. La pz si è mostrata ben orientata nello spazio e nel tempo. La signora M. è una donna di 86 anni, vedova che vive da sola con il suo cagnolino, è autosufficiente e non ha bisogno di assistenza nello svolgere le sue attività quotidiane.

L'esordio dell'episodio depressivo avviene durante il periodo delle restrizioni dovute al covid -19, che l'ha costretta a rimanere in una condizione di isolamento, apportando un peggioramento del tono dell'umore. Lo scompensamento con sintomatologia depressiva, pensieri suicidari e atti autolesivi si è manifestato in estate, in seguito a un ulteriore isolamento dovuto al caldo torrido che le ha impedito di svolgere attività fuori casa. In prima seduta la pz appare visibilmente depressa e molto sofferente a causa di continui rimuginii dovuti a pensieri depressivi e suicidari. Nel corso dei vari colloqui emergono aspetti autolesivi di skin picking, che la pz si provocava sulle gambe e sulla schiena. Non ha presentato difficoltà nell'addormentamento, ma una restrizione alimentare e difficoltà nello svolgere le primarie attività di cura personali. Dai colloqui emergono pensieri con due temi principali: Il primo è il senso di svalutazione e inadeguatezza in cui M si percepisce incapace, senza qualità per poter affrontare la vita, tema presente anche in giovane età. Il secondo tema è quello della vecchiaia, in cui M. si sente intollerante ai cambiamenti corporei e alle limitazioni fisiche dovute alla condizione di senilità. Infine, emerge lo stato di isolamento sociale e solitudine, che contribuiscono al mantenimento dell'umore depresso.

La solitudine, accompagnata dalla noia, sono i momenti principali in cui M. mette in atto autolesionismo non suicidario. Il trattamento ancora in corso si è basato sull'utilizzo delle tecniche cognitive standard per l'ansia e la depressione, con variazioni dovute all'età in quanto la complessità dell'intervento con l'anziano richiede un adattamento delle normali tecniche utilizzate nel trattamento di pz adulti. Inoltre, l'inclusione dei caregiver, nel piano terapeutico, ha permesso di poter svolgere un ulteriore supporto anche al di fuori del setting terapeutico. Il lavoro con M. è stato incentrato sul potenziamento delle risorse della signora, sulla disregolazione emotiva e sulla tolleranza a questo stato di noia, che a volte accompagna le sue giornate. Il piano terapeutico con la pz ha previsto il inserimento sociale, ad attività ricreative e di svago che hanno aiutato M ad uscire dall'episodio depressivo.

COMUNICAZIONI ORALI

23 Settembre - 14.00 - 15.15

23 Settembre, Sabato

15.00-15.10

CORPO AULE - AULA 6

Chair e Discussant: Chiara Lamuraglia

CL-39 - La sessualità contemporanea: nuovi trend e nuove problematiche sessuali

Relatore: Gaia Polloni - Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa Clinica, Terapeuta Practitioner EMDR, Docente nelle Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Centro Terapia Cognitiva di Como, Milano e Torino e nella Scuola di Specializzazione in Sessuologia AISPA di Milano, Como

L'avvento del Covid-19 ha incrementato trend sessuali nati con la prima ondata di digisessualità (First wave digisexuality, McArthur & Twist, 2017) e connessi quindi con l'universo virtuale. Negli ultimi anni, abbiamo assistito ad un notevole incremento dell'utilizzo della pornografia, ad una diminuzione dei rapporti sessuali e ad aumento della frequenza della masturbazione –anche come pratica sostitutiva al coito, in individui in una relazione affettiva–. Oggigiorno, si parla di sex recession, di pandemia di singletudine, di online dating fatigue. I giovani ed i giovani adulti fanno meno sesso, ma fanno più esperienze cosiddette atipiche: sesso con terzi, in gruppo, BDSM, scambismo e sesso con persone di altri orientamenti sessuali.

Parallelamente, stiamo osservando un aumento di problematiche sessuali maschili correlate all'abuso di pornografia e sessualità virtuale: ansia da prestazione, dismorfofobia peniena, dipendenza da farmaci (inibitori delle fosfodiesterasi 5), ricorso alla chirurgia estetica dei genitali, oltre ad un'intensificazione di disfunzioni sessuali quali desiderio sessuale ipoattivo, disfunzione erettile, eiaculazione precoce e ritardata. Al contempo, seppur più disinibite ed in grado di legittimarsi il piacere, sono sempre più le persone di sesso femminile che riescono a raggiungere l'orgasmo esclusivamente attraverso l'utilizzo di sex toys. Quella contemporanea appare, dunque, una sessualità molto individualista, centrata sul piacere, più che sulla condivisione e, in gran parte, scardinata dalla dimensione relazionale.

L'universo virtuale ha dei vantaggi innegabili: l'assenza di confini non solo valica la distanza fisica, permettendo ad amanti lontani di entrare in contatto, ma abbatte anche qualsiasi ostacolo mentale, consentendo agli utenti di concretizzare ogni tipo di fantasia sessuale e di sperimentare ed esplorare identità di genere ed orientamenti sessuali diversi rispetto a quelli esperiti nella vita concreta. Tutto, o quasi tutto, è ormai possibile virtualmente. Ma questa vastità porta con sé anche notevoli insicurezze, complessi di inferiorità, disinvestimento relazionale, noia ed un impoverimento dell'intimità e dell'emotività.

La presente relazione si focalizzerà sui nuovi trend affetti e sessuali e sulle problematiche sessuali che attualmente giungono all'attenzione dei clinici.

POSTERS

22 Settembre - 13.00 - 14.00

22 Settembre, Venerdì 13.00-14.00

TORRE ROSSI – AULA 1 – PIANO TERRA

Chair: Michele Pellegrini Discussant: Annalisa Bello

P-28 - Alterazioni del sonno nei pazienti con Disturbo dello Spettro dell'Autismo: prevalenza, fattori predittivi e ruolo del co-sleeping

Autore: Valentina Alfonsi - Laurea in Psicologia, Dottore di Ricerca e Psicoterapeuta, Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Co-autori: Serena Scarpelli (1); Deny Menghini (2); Francesca Giumello (1,2); Maurizio Gorgoni (1,3), Ludovica Annarumma (1,3); Stefano Vicari (2), Luigi De Gennaro (1,3).

(1) Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma;

(2) Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma;

(3) Fondazione Santa Lucia IRCCS, Roma

I disturbi del neurosviluppo sono spesso associati ad alterazioni del ritmo sonno-veglia. In riferimento ai Disturbi dello Spettro dell'Autismo, gli studi suggeriscono soprattutto difficoltà nell'addormentamento e sintomi legati alla presenza di insonnia o parasonnie, talvolta accompagnati da eccessiva sonnolenza diurna.

Ad oggi, i risultati della letteratura definiscono un quadro poco coerente e disomogeneo, spesso riferito a studi caratterizzati da ridotta numerosità campionaria.

Il presente studio, condotto su un'ampia popolazione di pazienti con autismo (N=242) di età compresa tra 1 e 18 anni, si pone i seguenti obiettivi: (a) stimare la frequenza e prevalenza di disturbi del sonno in bambini ed adolescenti affetti da Disturbi dello Spettro dell'Autismo, identificando lo specifico contributo di fattori socio-demografici, cognitivi e psicologici e (b) esplorare il ruolo del fenomeno del co-sleeping all'interno della relazione tra Disturbi dello Spettro dell'Autismo e problemi di sonno.

Lo studio è stato condotto in collaborazione con L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma ed ha previsto l'utilizzo di un'apposita batteria di interviste e questionari volti a valutare: l'entità della sintomatologia autistica, il funzionamento cognitivo, il comportamento adattivo e problemi emotivi, il livello di stress genitoriale, le caratteristiche del sonno e l'eventuale presenza di disturbi del sonno.

I risultati delle analisi descrittive del campione evidenziano che circa il 33% dei partecipanti presenta disturbi del sonno, riferiti principalmente a problemi di inizio e mantenimento del sonno e secondariamente a disturbi respiratori in sonno, eccessiva sonnolenza diurna, iperidrosi notturna e parasonnie.

L'analisi di regressione logistica mostra che un maggiore quoziente intellettivo, la presenza di disturbi internalizzati ed elevati livelli di stress genitoriale siano fattori predittivi dei disturbi del sonno in questa popolazione.

Inoltre, coloro che manifestano co-sleeping presentano età, funzionamento cognitivo e comportamento adattivo inferiore e un maggior grado di disturbi comportamentali ed emotivi rispetto ai pazienti che non riportano la presenza di tale fenomeno.

In conclusione, i risultati ottenuti offrono interessanti spunti per la pratica clinica, in virtù dell'esistenza di una relazione bidirezionale tra problemi di sonno e Disturbi dello Spettro dell'Autismo.

P-70 - Disregolazione emotivo comportamentale in età evolutiva: esperienza territoriale della Dialectical Behaviour Therapy per adolescenti (DBT-A) nel trattamento del deficit di attenzione iperattività ed impulsività (ADHD)

Autore: Anna Maria Angelilli - Laurea in Medicina e Chirurgia, specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, Psicoterapeuta, dirigente medico responsabile coordinamento TSMREE Santa Maria della Pietà e referente aziendale appropriatezza trattamenti riabilitativi in età evolutiva erogati dal piano accreditato, Unità Operativa Complessa Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva, Dipartimento Salute Mentale, ASL Roma 1

Co-autori:

Ercolani Giordana, Psicologa, Psicoterapeuta, Cooperativa Nuova Sair - Cotrad, TSMREE Santa Maria della Pietà, Unità Operativa Complessa Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva, Dipartimento Salute Mentale ASL Roma1;

Fanelli Olga, Educatrice Professionale e Pedagogista, Cooperativa Nuova Sair - Cotrad, TSMREE Santa Maria della Pietà, Unità Operativa Complessa Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva, Dipartimento Salute Mentale, ASL Roma 1;

Piatti Rosalba, Psicologa, Psicoterapeuta, Cooperativa Nuova Sair - Cotrad, TSMREE Santa Maria della Pietà, Unità Operativa Complessa Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva, Dipartimento Salute Mentale ASL Roma1;

Taglia Claudia, Educatrice Professionale, Cooperativa Nuova Sair - Cotrad, TSMREE Santa Maria della Pietà, Unità Operativa Complessa Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva, Dipartimento Salute Mentale, ASL Roma 1;

Tacconi Marilena, Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo e Referente Formazione Unità Operativa Complessa Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva, Dipartimento Salute Mentale, ASL Roma 1;

Spinetoli Bruno, Direttore Unità Operativa Complessa Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva, Dipartimento Salute Mentale, ASL Roma 1

Introduzione. Rathus e Miller (2016) hanno sviluppato la DBT-A per forme gravi di disregolazione emotivo-comportamentale (DE) in adolescenza (comportamenti suicidari, autolesività non suicidaria, comportamenti sessuali a rischio) e forme meno intense (incapacità a controllare la rabbia, rifiuto della scuola). Indicatori lievi o precoci di una DE in età evolutiva (Paulus et al., 2021) sono comuni ai disturbi del neurosviluppo. La DE, per quanto costruito transnosografico, è aspetto centrale nell'ADHD e nella DBT è concettualizzata come disfunzione primaria.

Razionale. Dal biennio pandemico, aumento crescente delle richieste di accesso ai servizi territoriali dedicati alla Salute Mentale dell'età evolutiva per problemi di DE nella prima e media adolescenza, sovente associati a diagnosi di ADHD gravi. Tenuto conto della necessità di predisporre percorsi di cura 'evidence-based', è stata avviata, a gennaio 2021, all'interno della UOC TSMREE del DSM Unità della ASL Roma 1, un'esperienza pilota di intervento DBT-A in adolescenti con diagnosi di ADHD di grado moderato-severo.

Obiettivi. Verificare efficacia DBT applicata in un servizio pubblico: cambiamenti nella sintomatologia 'core' e nella DE; vantaggi nella presa in carico. **Materiali e metodi.** **Campione:** gruppo chiuso, 4 ragazzi età 13-15 anni, diagnosi di ADHD combinata di grado moderato-severo.

Criteria di esclusione: disabilità intellettiva, prepsicosi/psicosi, spettro autistico, esiti neurologici, rifiuto a partecipare. Test diagnostici: WISC -4 Ed ; PID-5-BF Soggetto da 11 a 17 anni; Conners Scale 3-SR. Indicatori di esito prima (T0) e dopo (T1) la DBT: CDI-2; MASC-2; CBCL-YSR.

Modello di intervento: protocollo DBT-A di 24 settimane con gruppo social skill training per i ragazzi a cadenza settimanale, coaching telefonico tra una seduta e la successiva, gruppo social skill training multifamiliare a cadenza mensile, sedute aggiuntive di supporto ai genitori, interventi con specifica progettualità, team di consultazione.

Risultati. CDI-2: T0, punteggio borderline nella scala problemi interpersonali, inefficacia, problemi funzionali e punteggio totale; T1, tutti punteggi non clinici. MASC -2: T0, solo scala tensione/irrequietezza punteggi borderline, T1 tutti punteggi non clinici. CBCL-YSR: T0 clinici mentre T1 punteggi nella norma nelle scale problemi di attenzione, comportamento aggressivo, deficit di attenzione ed iperattività, presenza di problemi esternalizzanti e nel punteggio totale.

Conclusioni. Il protocollo DBT-A, intensivo ed integrato, si rileva efficace anche nell'ADHD severa.

P-30 - Scrivere per non rimuginare? Gli effetti psicofisiologici dell'esposizione scritta alle preoccupazioni

Autore: Linda Barberis - Psicologa, Sigmund Freud University, Casale Monferrato

Co-autori: Riboli, Greta; Brighetti, Gianni; Borlimi, Rosita; Nese, Mattia - Sigmund Freud University

Il rimuginio costituisce uno dei principali fattori di mantenimento dei disturbi d'ansia e pertanto uno dei target di intervento su cui la psicoterapia cognitiva si è focalizzata di più negli ultimi anni. Numerose ricerche supportano la concettualizzazione della preoccupazione (worry) come strategia di evitamento cognitivo, la sua natura prevalentemente linguistico-verbale porterebbe all'evitamento di immagini vivide legate alla situazione futura temuta, limitando l'impatto della risposta emotiva e fisiologica ansiosa. Sulla base di questo modello sono stati progettati diversi interventi terapeutici basati sull'esposizione. La scrittura espressiva è stata recentemente proposta come intervento clinico volto ad affrontare la preoccupazione in modo adattivo, portando chi scrive a immergersi nella situazione temuta attraverso uno stile di scrittura vivido e concreto.

Tuttavia, il modo in cui l'esposizione scritta e il rimuginio possono modulare la risposta psicofisiologica all'ansia – e quindi portare a una diversa elaborazione della preoccupazione – non è ancora stato chiarito.

Questo studio ha l'obiettivo di indagare le reazioni psicologiche e fisiologiche in risposta a una preoccupazione espressa in forma mentale (rimuginio) o scritta (esposizione scritta) in un campione di studenti universitari.

All'inizio dell'esperimento i partecipanti completeranno una batteria di test psicometrici per la misura del rimuginio (pswq), dell'evitamento cognitivo (r-caq), dell'alestitimia (tas-20) e della regolazione emotiva (ders).

Successivamente, dopo aver identificato una preoccupazione attuale, metà dei partecipanti scriveranno dello scenario futuro come se "stesse realmente accadendo in questo momento" per 10 minuti e, successivamente, verrà loro indotta la stessa preoccupazione in forma di rimuginio per 5 minuti. L'altra metà dei partecipanti svolgerà gli stessi compiti in ordine inverso.

Durante l'intera procedura sperimentale verrà registrato il livello di conduttanza cutanea per confrontare l'attivazione psicofisiologica durante le due condizioni (esposizione scritta vs rimuginio), parallelamente verrà chiesto di valutare l'intensità della preoccupazione e il livello di arousal prima e dopo ciascuna condizione attraverso delle scale visuo-analogiche e il self-assessment manikin.

L'analisi dei pattern di attivazione psicofisiologica durante i processi di rimuginio e di esposizione scritta alla preoccupazione fornirà informazioni utili per comprendere il modo in cui la scrittura espressiva modifica l'esperienza soggettiva della preoccupazione e potrebbe promuoverne l'elaborazione efficace.

P-83 - Corpo e libertà. Nove culture in dialogo attraverso i sensi: danza e fotografia narrativa come linguaggi di sorellanza

Autore: Laura Belloni Sonzogni - Psicologa, Psicoterapeuta, Nous scuola di specializzazione Cognitiva Costruttivista orientata alla Mindfulness, Milano, Psicopolis ODV, Rumorosse APS, Lodi

Co-autori:

Abro, Suhae, Nuova Officina della Danza, Torino;

Negri, Silvia, Psicologa, Psicoterapeuta, Servizio Accoglienza Integrazione (SAI) del Comune di Lodi;

Camino, Nicole, Educatrice e Mediatrice Culturale, SAI di Lodi;

Garbarini, Paola, Psicologa, Psicoterapeuta, SAI di Lodi

Corpo e Libertà: danza e fotografia narrativa, promosso e sostenuto dal Servizio Accoglienza Integrazione (SAI) del Comune di Lodi, gestito dall'Associazione Progetto Insieme, è stato proposto nel 2023 come un'azione progettuale innovativa in favore delle donne rifugiate e richiedenti asilo afferenti al medesimo servizio. È stato ideato con il SAI dalle due co-conduttrici, Suhae Abro, art-performer e ballerina di fama internazionale, ideatrice dei laboratori "danza-cuore-mente", e Laura Belloni Sonzogni, che da anni conduce laboratori e gruppi terapeutici con tecniche espressive e di fotografia narrativa e terapeutica con minori e donne con esiti post-traumatici e dissociativi.

La finalità principale perseguita dal progetto è quella di promuovere l'inserimento sociale delle donne beneficiarie e la condivisione ed elaborazione delle loro esperienze traumatiche. Per questo è stata richiesta la collaborazione di due conduttrici di gruppi con tecniche espressive (danza e fotografia), psicoterapeute transculturali, mediatrici linguistico-culturali (per lingua araba, ucraina, inglese, farsi), una fotografa professionista e di due associazioni per la tutela dei diritti civili e di genere - Rumorosse APS e Psicopolis ODV - che hanno coinvolto altre donne dal territorio.

Le 19 donne partecipanti provengono da 9 differenti nazionalità: Libia, Iran, Afghanistan, Ucraina, Tunisia, Libano, Gambia, Marocco e Italia.

Le attività proposte, graduali e mirate, hanno aiutato le partecipanti a sviluppare connessione e sicurezza, per renderle capaci di far fronte alle risposte disagevoli di allerta emotiva, ipoattivazione e non solo che percepiscono nel corpo a seguito dei propri trascorsi. Le attività di movimento e danza individuali, di coppia e di gruppo sono state pensate per aiutare a autopercepirsi, comunicare con chiarezza e sensibilità, osservare, ascoltare, toccare, accettare e superare i propri limiti fisici e relazionali, prendere l'iniziativa, ma anche chiedere, fornire e ricevere supporto.

Gli obiettivi del progetto sono 1) favorire la socializzazione con altre donne in uno spazio sicuro e mediato 2) sviluppare consapevolezza del proprio corpo, stabilizzazione emotiva e accettazione di sé 3) esprimersi liberamente mediante differenti forme espressive 4) sviluppare fiducia e coesione nel gruppo 5) condividere la propria esperienza di vita relativamente al rapporto tra corpo e libertà.

Per condividere la sofferenza associabile alla mancanza di libertà sperimentata si è ritenuto necessario creare un clima di fiducia, di sicurezza e stabilità emotiva. La condivisione di cibi, profumi, musiche, danze di diversi paesi, anche grazie alla mediazione linguistico-culturale, ha favorito non solo lo scambio culturale ma, in primis, la condivisione della gioia, del piacere fisico: una celebrazione comune del proprio corpo di donne come luogo di piacere e libertà.

La fotografia narrativa è stato uno strumento al servizio delle relazioni che si sono instaurate. Le fotografie stampate e le videoproiezioni hanno aiutato le partecipanti - conduttrici e mediatrici comprese - a osservare il proprio corpo in movimento, le espressioni facciali, la postura nei momenti più significativi, hanno favorito la presa di consapevolezza della propria immagine corporea, del proprio modo di esprimere le emozioni

attraverso il volto, la prossemica, la danza; hanno aperto un dialogo metaforico di ciascuna con il proprio corpo attraverso la forma scritta della lettera, ed uno con il corpo delle altre attraverso la condivisione orale a coppie, in plenaria e altre forme espressive.

In questo clima di fiducia e sorellanza è possibile condividere anche le esperienze sfavorevoli di violenza e di privazione della libertà del corpo come le mutilazioni genitali femminili, le torture e la violenza domestica ma soprattutto la propria prospettiva di crescita post-traumatica, la propria progettualità e la propria capacità di integrazione sia intrapsichica che relazionale.

La prosecuzione del progetto prevede una modalità di partecipazione che tiene conto delle esigenze delle beneficiarie rendendole protagoniste attive di una "seconda fase" - attualmente in fieri - in cui l'intervento verrà aperto ad altre donne del territorio Iodigiano e la cui modalità sarà co-costruita tra le co-conduttrici e le partecipanti, sintonizzandosi sulle necessità emerse nella prima fase.

P-74 - Livelli di Mindfulness e affettività: relazione tra soggetti dipendenti da Internet e soggetti non dipendenti da Internet

Autore: Isabella Blanco - Laurea in Medicina e Chirurgia, specialista in Radiodiagnostica, specializzando in Psichiatria presso Università degli Studi di Messina, specializzando in Psichiatria Cognitivo-comportamentale al primo anno, filiale di Reggio Calabria

Introduzione: *La meditazione tramite mindfulness si riferisce al prestare attenzione, intenzionalmente, al momento presente, con atteggiamento non giudicante. Elevati livelli di mindfulness si associano ad affetti positivi e, al contrario, bassi livelli si associano ad affetti negativi. Lo studio qui esposto, di cui si rendono noti i risultati preliminari, intende mettere a confronto i livelli di mindfulness e di affettività tra soggetti dipendenti da Internet e soggetti non dipendenti da Internet.*

Materiali e metodi: *È stato condotto un sondaggio online a cui hanno partecipato 120 utenti (40 dipendenti da Internet e 80 non dipendenti da Internet). Sono stati utilizzati i seguenti questionari affidabili e validati: il Five Facet Mindfulness Questionnaire Short-Form, a 24 item (FFMQ-SF), per misurare i livelli di consapevolezza, la Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), per indagare sugli affetti positivi e negativi e l'Internet Addiction Test (IAT), per determinare la dipendenza da internet.*

Risultati: *Gli utenti non dipendenti da Internet hanno ottenuto punteggi più alti rispetto a quelli dipendenti da Internet, sia nei risultati totali della FFMQ-SF che nello score degli affetti positivi della PANAS.*

Conclusioni: *Questo studio attesta che i soggetti dipendenti da Internet mostrano livelli inferiori di consapevolezza e di affettività positiva. Pertanto, è possibile proporre pratiche di meditazione basate sulla mindfulness al fine di aiutare gli individui dipendenti da Internet ad affrontare, migliorare o superare il proprio disagio, favorendo una maggior consapevolezza metacognitiva e lo sviluppo di capacità volte a gestire nel migliore dei modi craving e impulsività.*

P-09 - Sintomi dello spettro autistico in pazienti con anoressia nervosa e denutrizione severa: uno studio pilota

Autore: Margherita Boltri - Servizio di Nutrizione Clinica, Paul Brousse Hospital, Villejuif, Francia; Dipartimento di Psicologia, Università Sigmund Freud, Milano; Studi Cognitivi, Milano

Co-autori:

Claudia Maria Mineo, Dipartimento di Psicologia, Università Sigmund Freud Milano;

Walter Sapuppo, Studi Cognitivi Milano, Dipartimento di Psicologia, Università Sigmund Freud Milano;

Marion Leboyer, Istituto Mondor per la Ricerca Biomedica, Créteil, Francia;

Mouna Hanachi, Servizio di Nutrizione Clinica, Ospedale Paul Brousse, Villejuif, Francia

Razionale: I sintomi del disturbo dello spettro autistico (ASD) si possono frequentemente riscontrare in pazienti affetti da anoressia nervosa (AN). Il presente studio pilota si pone come obiettivo quello di studiare la prevalenza dei sintomi di ASD in pazienti con AN e denutrizione severa, indagando i possibili correlati cognitivi e nutrizionali ad essi associati.

Metodo: I partecipanti al presente studio prospettico, sono stati reclutati dai pazienti con AN e denutrizione severa ricoverati nel servizio di Nutrizione Clinica dell'ospedale Paul Brousse (Francia). I tratti autistici e quelli psicopatologici dell'AN sono stati valutati somministrando le versioni in lingua francese dell'Autism Quotient (AQ) e dell'Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2). Ai fini dello studio, sono stati raccolti anche dati neuropsicologici e bio-nutrizionali.

Risultati: Tra i 33 partecipanti di età compresa tra 18 e 57 anni (91% femmine, BMI: $12,1 \pm 1,4$), il 18% (N= 6) ha ottenuto un punteggio di AQ superiore al cut-off di screening per l'ASD e il 12% (N= 4) ha ottenuto un punteggio superiore al cut-off clinico. Indipendentemente dall'età e dal BMI, i punteggi EDI-2 erano significativamente correlati con i punteggi totali dell'AQ ($r= 0,62$; $p < 0,01$) e con la sotto-scala AQ-comunicazione ($r= 0,58$; $p < 0,05$). Sono state trovate correlazioni significative tra la psicopatologia alimentare e livelli più elevati di rigidità cognitiva ($r= 0,61$; $p < 0,001$) e di alterazioni della sensibilità sensoriale ($p < 0,01$). Le credenze metacognitive negative e la mancanza di fiducia cognitiva misurate con il questionario MCQ-30 sono state associate a livelli più bassi di Transtiretina ($p < 0,02$).

Conclusioni: Dallo studio emerge una prevalenza elevata dei tratti autistici in un gruppo di pazienti con AN e denutrizione severa. Nonostante l'impatto che la denutrizione possa avere sul funzionamento cognitivo, la maggior parte di questi tratti sembra essere indipendente dal BMI, ma sembra piuttosto associarsi alla gravità della psicopatologia alimentare. I nostri risultati preliminari suggeriscono la copresenza di tratti autistici in comorbidità nell'AN grave e richiedere interventi terapeutici specifici.

P-44 - La terapia di coppia focalizzata sulle emozioni (EFT) di S. Johnson

Autore: Barbara Boselli – Psicologa, Psicoterapeuta Supervisore EFT Italia, Milano

Co-autori: Altera Giulia, Pagani Andrea - EFT Italia

Molte persone ricercano una terapia per la sofferenza provocata dai legami di coppia. Una relazione sofferente influisce sul benessere psicofisico degli individui e spesso è associata a sintomi depressivi, ansiosi e alcolismo. La EFT per coppie propone una teoria completa sull'amore e sull'attaccamento degli adulti oltre ad un processo che consente la guarigione delle relazioni sofferenti. Secondo la EFT il disagio relazionale nasce dalla percezione di una minaccia ai bisogni di sicurezza, fiducia e vicinanza nelle relazioni intime. Questa terapia esperienziale/sistemica ha l'obiettivo di aiutare i partner a ristrutturare le risposte emotive che mantengono i loro modelli negativi di interazione e a modificare i propri modelli operativi interni.

La EFT è un approccio strutturato per la terapia di coppia formulato negli anni '80 e si è sviluppato conseguentemente alla teoria dell'attaccamento e al legame tra adulti per ampliare la nostra comprensione di ciò che sta accadendo nelle relazioni di coppia e per guidare i terapeuti nella loro prassi clinica. Negli ultimi quindici anni, la dottoressa Johnson e i suoi colleghi hanno ulteriormente sviluppato, perfezionato e completato il modello con numerosi studi. In seguito allo sviluppo della ricerca riguardante l'attaccamento l'EFT viene utilizzata anche con le famiglie e gli individui. L'EFT è stata convalidata da oltre 35 anni di ricerca

POSTERS

22 Settembre - 13.00 - 14.00

empirica. Oltre che la ricerca sui processi di cambiamento e sui fattori predittivi del successo. Gli studi di ricerca trovano che il 70-75% delle coppie passa dal disagio al recupero e circa il 90% mostra miglioramenti significativi. Uno dei punti di forza della clinica dell' EFT sta nei risultati costantemente positivi anche tra diversi tipi di clienti e coppie che si trovano ad affrontare co-morbilità quali: depressione e DPTS. Inoltre ha ottenuto nella ricerca ottimi risultati sul processo che avviene nella coppia, affrontando fattori chiave delle relazioni come il perdono delle ferite di attaccamento. La principale controindicazione per l'EFT è l'abuso continuo nella relazione.

E' stato dimostrato che la EFT è un modello che agisce in modo coerente e stabile nel tempo. Le mosse chiave e i momenti nel processo di cambiamento sono state mappate in nove passaggi e tre cambiamenti strutturali. I terapeuti EFT hanno a disposizione una teoria del cambiamento solida che può essere condivisa con i clienti in modo trasparente e senza lasciare nulla al mistero. La EFT è una terapia pratica e generalizzabile per terapeuti che utilizzano modelli diversi e funziona per diversi tipi di clienti, soprattutto clienti con sintomi e comorbilità variabili.

L' EFT viene utilizzata in tutto il mondo con molti tipi diversi di coppie, in studi privati, centri di formazione universitaria, cliniche ospedaliere e in diversi gruppi culturali.

P-40 - “La forza al femminile”: un progetto informativo e psicoeducativo rivolto a pazienti oncologiche con tumore al seno

Autore: Rossana Botto - Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Torino

Co-autori:

Fulvia Pedani, Presidente A.N.D.O.S. Onlus;

Maria Rosa Stanizzo, SSD Psicologia Clinica, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

Vengono presentati i contenuti di un progetto informativo e psicoeducativo rivolto a pazienti oncologiche con tumore al seno. Tale progetto, denominato “La forza al femminile” è nato dall’impegno dell’Associazione A.N.D.O.S. Onlus – Associazione Nazionale Donne Operate al Seno, in collaborazione con Novartis, e ha coinvolto diversi professionisti esperti afferenti al Presidio Ospedaliero Molinette – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.

Il progetto ha finalità di supporto assistenziale e psicologico. A tale scopo, vengono forniti informazioni e strumenti che possano essere utili nella prevenzione del carcinoma mammario, nelle cure e nelle fasi successive alla malattia oncologica. Infatti, mediante semplici informazioni e raccomandazioni, volte a ottimizzare lo stile di vita e la cura del corpo e della mente, si possono migliorare l'accettabilità e l'efficacia del percorso terapeutico.

Il progetto è rappresentato dalla creazione e divulgazione di un opuscolo informativo, con funzione psicoeducativa, articolato in cinque capitoli e con contenuti facilmente comprensibili ed accessibili.

Il primo capitolo riguarda la prevenzione del tumore, l'anticipazione diagnostica e lo screening. Vengono illustrati i fattori di rischio del tumore al seno, lo screening mammografico, gli strumenti per una diagnosi precoce e gli esami diagnostici. Infine, vengono chiariti il ruolo preventivo della conoscenza del proprio corpo e la relazione tra genetica ed insorgenza tumorale. Il secondo capitolo è dedicato all'intervento chirurgico ed alle sue conseguenze a breve e a lungo termine. Il terzo capitolo offre un excursus sulle terapie postoperatorie e anticancro e descrive la fase del follow-up caratterizzata dalle visite di controllo. Il quarto capitolo è focalizzato sull'importanza del mantenimento di stili di vita il più possibile sani che aiutano a mantenersi in salute. Si sviluppano in primis i temi dell'alimentazione e dell'attività fisica, con una trattazione specifica relativa alla chemioterapia e al linfedema. Viene poi data attenzione alla relazione che la donna con tumore

al seno ha con il proprio corpo, con la bellezza e con l'immagine di sé: vengono date informazioni sulle protesi e sulla chirurgia ricostruttiva, e vengono successivamente affrontati temi salienti come l'autocura, l'amore per il corpo e l'estetica. Infine, il quinto capitolo approfondisce gli aspetti ed i cambiamenti psicologici che possono caratterizzare il percorso di malattia. A questo riguardo vengono messi in luce temi salienti che possono avere un ruolo sul benessere psicologico della donna come le dinamiche di coppia e gli equilibri familiari, e l'insorgenza del tumore durante la gravidanza. Vengono, inoltre, offerte indicazioni psicoeducative sugli interventi di supporto psicologico e la psicoterapia. Sono infine trattate la conciliazione tra malattia e lavoro, le tutele sociosanitarie e le facilitazioni di legge, e le possibilità di supporto sociale e assistenziale.

P-08 - Valutazione del tempo di recovery di attivazioni psicofisiologiche prodotte da *mental imagery*: uno studio sperimentale

Autore: Irene Brianzoni - Dottoressa in Psicologia, Sigmund Freud University, Milano

Co-autori:

Borlimi Rosita, PhD, Psicoterapeuta, Sigmund Freud University;

Riboli Greta, PhD, Psicoterapeuta, Sigmund Freud University;

Nese Mattia, PhD, Psicoterapeuta, Sigmund Freud University

L'efficacia del mental imagery, come processo cognitivo che influenza la percezione e la regolazione delle emozioni attraverso un'esperienza simile a quella percettiva, è stata ben studiata. Tuttavia, le attivazioni psicofisiologiche dei soggetti rimangono poco comprese e questa mancanza di conoscenza limita i progressi dei trattamenti. La ricerca è stata condotta con l'obiettivo di valutare, in soggetti non clinici, il tempo di recovery (inteso come la capacità del sistema mente-corpo di ritornare ad una fase di baseline dopo aver vissuto un evento attivante) in seguito ad attivazioni psicofisiologiche prodotte da mental imagery. Si ipotizza che i soggetti mostrino attivazione fisiologica a seguito della rievocazione di un evento autobiografico spiacevole e che tale attivazione sia correlata ai valori psicometrici di profilo individuale e ai tempi di recupero fisiologico.

Questo studio ha utilizzato misure psicometriche e psicofisiologiche in un campione non clinico.

La misura della difficoltà di regolazione emotiva e l'alesitimia, la presenza di sintomi depressivi e di ansia di tratto, la misura del rimuginio, della ruminazione e delle capacità di memoria autobiografica sono stati valutati per definire i profili cognitivi ed emotivi dei soggetti. La registrazione dei valori della risposta di conduttanza cutanea in continuo è stata impiegata per valutare le attivazioni fisiologiche dei soggetti.

I risultati hanno mostrato una differenza significativa dei livelli di attivazione psicofisiologica tra la fase di mental imagery e quella di recovery (p -value < .001). In particolare, si registra un importante impatto della ruminazione nella differenza tra livelli di attivazione psicofisiologica nella fase di mental imagery e in quella di recovery; i soggetti sopra soglia ai test psicometrici non recuperano al termine della prova immaginativa nell'intervallo di tempo (p -value > .05) e continuano a mantenersi in uno stato di attivazione. Si evidenziano, infine, correlazioni significative con andamento positivo (p -value < .05) tra i livelli di attivazione e deflessione massima del segnale GSR e le variabili PSWQ e RRS.

In conclusione, la rievocazione di un evento autobiografico spiacevole attraverso mental imagery ha causato attivazioni psicofisiologiche. I soggetti hanno mostrato una buona capacità di recovery grazie a una regolazione funzionale dei propri stati emotivi e cognitivi. Rispetto a ciò, si rileva anche che i soggetti

POSTERS

22 Settembre - 13.00 - 14.00

ruminatori tendono a mantenersi in uno stato di attivazione. Si evidenziano, infine, relazioni positive tra i livelli di attivazione e deflessione massima fisiologica dei soggetti e la loro tendenza a rimuginare e ruminare. Si evince, pertanto, una diversa azione del mental imagery su soggetti con caratteristiche cognitive ed emotive omogenee: l'azione e il mantenimento dell'attivazione fisiologica, nella fase di recovery, sono dovute presumibilmente al permanere di pensieri intrusivi in coloro che mostrano un profilo di disagio maggiore.

Key words: mental imagery, attivazioni psicofisiologiche, recovery

P-79 - Maternità e dipendenze: una revisione critica della letteratura

Autore: Gaia Cassese - Psicologa, Psicodiagnosta, Specializzanda SPC, Nola

Co-autori: Giannini, Rosa, Psicologa, Psicoterapeuta, consulente presso ASL Napoli 3 Sud, Pomigliano D'Arco

La letteratura e la pratica clinica hanno ampiamente trattato il tema delle dipendenze. Tuttavia, sono ancora pochi gli studi che hanno sistematicamente approfondito la genitorialità nell'uso o abuso di sostanze. Gli studi presenti si sono, invece, focalizzati sulle conseguenze psico-comportamentali e di sicurezza del figlio. Consapevoli della necessità di una conoscenza rigorosa delle sfide, aspettative e difficoltà che gli utenti incontrano nel tentativo di rispondere adeguatamente al ruolo genitoriale, l'obiettivo di questo lavoro è di rintracciare e integrare, con un approccio critico, i principali contributi teorici degli ultimi dieci anni, con un focus specifico sul ruolo materno.

Abbiamo innanzitutto argomentato il bisogno di una presa in carico sistemica dell'utenza che parta dalla gravidanza, che risulta essere un evento fortemente stressante e che mette a dura prova il percorso terapeutico della donna. Verranno poi esplorati i contributi più recenti, che spiegano la variabilità delle risposte genitoriali nelle dipendenze secondo l'approccio neurobiologico alla relazione madre-bambino. Accenniamo infine ai correlati ambientali e sociali legati all'uso di sostanze e come questi possano influenzare in modo selettivo specifiche abilità genitoriali.

Il percorso così tracciato, ci spinge alla consapevolezza della necessità di una profonda conoscenza del fenomeno e offre uno spunto di riflessione sui punti di interesse fondamentali per compiere un'attenta analisi dei bisogni per definire il lavoro terapeutico. Infatti, l'assenza di programmi di intervento personalizzati e specifici risulta essere il principale fattore predittivo del fallimento del trattamento.

P-55 - Studio osservazionale trasversale dei livelli di mindfulness e maturità dei meccanismi di difesa nell'ambito della patologia psichiatrica

Autore: Rebecca Ciacchini - Laurea in Psicologia Clinica e della Salute, Psicologa, Dottoranda in Theoretical and Applied Neuroscience, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'area critica, Università di Pisa

Co-autori:

Miniati, Mario, Dipartimento di medicina clinica e sperimentale, Università di Pisa;

Orrù, Graziella, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa;

Di Giuseppe, Mariagrazia, Dipartimento di Storia, Beni Culturali, Formazione e Società, Università di Roma Tor Vergata;

POSTERS

22 Settembre - 13.00 - 14.00

Rano, Matteo, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa;

Grenno, Giovanna, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa;

Conversano, Ciro, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa;

Gemignani, Angelo, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa.

È ormai riconosciuto come la psicopatologia si incardini nella disregolazione dei sistemi cognitivi e affettivi le cui funzioni attraversano le categorie standard della diagnosi psichiatrica. Mentre l'aspetto di regolazione emotiva e cognitiva è ampiamente studiato, i livelli di mindfulness e i meccanismi di difesa sono variabili ancora poco comprese in questo ambito; in particolare, non è noto come questi tratti si confrontino tra i diversi gruppi diagnostici. Allo scopo di indagare i livelli di tratto e di stato di mindfulness e il funzionamento dei meccanismi di difesa in un campione trasversale di individui afferenti presso l'U.O. II di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP), sono stati somministrati dei reattivi psicologici (MAAS; FFMQ-15; DMRS-SR-30) ed un questionario sociodemografico al campione di pazienti nel periodo compreso tra ottobre 2022 e gennaio 2023 (N=57). Sui dati sono state applicate analisi descrittive e di correlazione (SPSS 20.0; Rstudio). Dalle analisi descrittive emerge un campione con età media di 35 anni ca. (M: 35,21; ds:14,63), prevalentemente costituito da femmine (57,9%), con un livello di istruzione medio-alto e per la maggior parte con impiego (87,79%). Le diagnosi più frequenti del campione sono state: Disturbo Bipolare di tipo I (40,35%), Disturbi di personalità (14,04%) e Disturbo Depressivo Maggiore (10,53%). I risultati delle analisi correlazionali mostrano come i livelli di mindfulness (MAAS) correlino in modo moderato e negativo con il funzionamento globale dei meccanismi di difesa ($r = -0,451$; $p < 0,01$). Inoltre, i livelli di mindfulness (FFMQ) sono associati positivamente all'utilizzo dei meccanismi di difesa maturi ($r = 0,514$; $p < 0,01$) e al funzionamento difensivo globale ($r = 0,458$; $p < 0,01$). In particolare, la componente del "Non Giudizio" (FFMQ) risulterebbe positivamente correlata con le difese mature ($r = 0,529$; $p < 0,01$) e negativamente con le strategie di difesa immature ($r = -0,532$; $p < 0,01$). Questo studio presenta dei limiti tra cui l'utilizzo di soli strumenti self-report, l'autodichiarazione da parte dei pazienti rispetto alla propria diagnosi ed eventuale farmacoterapia associata, la scarsa numerosità del campione e la mancanza di un campione di controllo. Ciononostante, questo studio risulta essere il primo ad indagare sia il funzionamento dei meccanismi di difesa che le abilità di mindfulness in un campione di pazienti che soffrono di una malattia mentale; la ricerca in tale ambito permetterebbe una maggiore comprensione dei livelli di consapevolezza e gestione dei conflitti interiori note per favorire il benessere e il miglioramento dei sintomi psicopatologici.

POSTERS

22 Settembre - 13.00 - 14.00

22 Settembre, Venerdì 13.00-14.00

TORRE ROSSI – AULA 2 – PIANO TERRA

Chair: Arturo Catalano

Discussant: Lucia Destino

P-04 - Psicoterapia in un setting multiculturale: intervento di gruppo per caregivers di pazienti pediatrici oncoematologici sottoposti a trapianto di cellule staminali emopoietiche (TCSE)

Autore: Flavia Consolini - Psicologo, Psicoterapeuta, SSD Onco Ematologia Pediatrica-Prete, IRCCS Policlinico Sant'Orsola di Bologna

Co-autori:

Sara Rossi, Psicologa, Psicoterapeuta, SSD Onco Ematologia Pediatrica-Prete, IRCCS Policlinico S. Orsola di Bologna;

Vitalba Lo Re, Psicologa, Psicoterapeuta, SSD Onco Ematologia Pediatrica-Prete, IRCCS Policlinico Sant'Orsola di Bologna;

Arianna Gemini, tirocinante post lauream, SSD Onco Ematologia Pediatrica-Prete, IRCCS Policlinico Sant'Orsola di Bologna;

Marica Talucci, tirocinante post lauream, SSD Onco Ematologia Pediatrica-Prete, IRCCS Policlinico Sant'Orsola di Bologna;

Ilaria Puglisi, Psicologa, Psicoterapeuta, SSD Onco Ematologia Pediatrica-Prete, IRCCS Policlinico Sant'Orsola di Bologna.

La malattia oncologica in età pediatrica ha ripercussioni sulle relazioni e sull'equilibrio familiare, disgregandone l'omeostasi. Caregiver e paziente formano un'unità di cura in cui si instaura una reciproca mutualità di influenzamento emozionale: quando il paziente presenta un disturbo psichico il caregiver mostra un incremento del suo rischio (7,9 volte) di sviluppare un analogo disturbo (Bambeuer, 2006). Tali vissuti divengono più evidenti durante alcune fasi del protocollo medico, come il TCSE. La presenza di caregivers di pazienti stranieri incrementa il livello di complessità per le barriere linguistiche e le differenze culturali. Un percorso di cura centrato sul paziente può essere garantito solo attraverso i mediatori culturali. Presso la SSD Onco Ematologia pediatrica – Prete è previsto il ricorso di routine al mediatore culturale per i colloqui medici e psicologici.

Dal 2013 vengono effettuati gruppi di psicoterapia cognitiva con caregivers di pazienti stranieri il cui percorso terapeutico prevede il TCSE. Il percorso è svolto da una équipe multidisciplinare: psicoterapeuta, educatore dell'associazione e mediatori culturali. L'intervento, a cadenza settimanale, dura un'ora e mezza e si svolge presso le case accoglienza dell'associazione. Il gruppo è costituito da 5-7 genitori che partecipano per sei mesi. Sono inoltre previste supervisioni ai mediatori culturali. L'obiettivo dell'intervento è promuovere nei caregivers un adattamento funzionale alle esperienze di malattia dei figli, volto all'incremento delle strategie di coping e di resilienza del sistema famiglia. Sono previste due fasi successive: la prima di psicoeducazione rispetto alle difficoltà psicologiche esperite dai pazienti e la seconda di intervento psicoterapeutico per esplorare e favorire l'integrazione dei vissuti emotivi, cognitivi e somatici.

L'intervento psicoterapeutico ha permesso una riduzione dei sintomi psicologici nei caregivers di pazienti ad alto carico assistenziale e, al contempo, ha contribuito all'inserimento all'interno di un progetto coerente e condiviso con l'ospedale che li ha in cura.

P-21 - L'intervento clinico in Psicologia di Cure Primarie. Primi risultati di una ricerca pilota in Piemonte

Autore: Angelo Crea - Psicologo, Psicoterapeuta, Centro Clinico Crocetta, SC Psicologia ASL VC, SIPCP Società Italiana Psicologia di Cure Primarie, Vercelli

Co-autori:

Alessandro Carbocci, Centro Clinico Crocetta, Servizi Clinici, sede di Vercelli; SIPCP Società Italiana di Psicologia delle cure primarie;

Ilaria Cottu, Centro Clinico Crocetta, Servizi Clinici, sede di Vercelli; SIPCP Società Italiana di Psicologia delle cure primarie;

Giorgia Bosco, Associazione Iris, Torino; SIPCP Società Italiana di Psicologia delle cure primarie;

Alessia Decker, Associazione Iris, Torino; SIPCP Società Italiana di Psicologia delle cure primarie;

Emanuela Di Pietro, Terapia Metacognitiva Interpersonale, sede di Torino, SIPCP Società Italiana di Psicologia delle cure primarie;

Ivan De Marco, Istituto Universitario Salesiano di Torino, Centro Studi Autopoiesi.

Lo Psicologo di Cure Primarie (PCP) ha come scopo quello di rendere rapida, accessibile e sostenibile la presa in carico clinica dei pazienti con sofferenza psichica, discernendo i possibili interventi brevi da quelli richiedenti degli approfondimenti specialistici. Inoltre, può offrire trattamenti brevi, efficaci e integrati in collaborazione con i MMG (Medici di Medicina Generale) e i PLS (Pediatri di Libera Scelta) presenti sul territorio, ai quali potrà altresì fornire consulenze psicologiche.

Metodo: *la presente ricerca pilota è stata effettuata su un gruppo di 46 pazienti adulti, trattati con un intervento psicologico breve, in un setting di cure primarie in Piemonte (in particolare nel territorio vercellese). Sono state trattate aree legate ad ansia, depressione, lutti, problemi relazionali e conseguenti alla pandemia Covid-19. Si sono rispettati dei criteri di esclusione per i pazienti psichiatrici gravi o necessitanti di ulteriori analisi e cure specialistiche più approfondite.*

Sono quindi stati somministrati il GAD-7 e il PHQ-9 come strumenti per le valutazioni pre-post trattamento, e a distanza di 6 mesi per il follow-up.

Risultati: *I risultati mostrano la chiara efficacia dell'intervento, come si può evincere dai punteggi medi al GAD-7 e al PHQ-9, con i livelli di sofferenza che diminuiscono significativamente al termine del percorso.*

Conclusioni: *I dati preliminari sembrano suggerire che gli interventi psicologici di breve durata, proposti dal progetto in collaborazione con i MMG del territorio, riescono a portare benefici ai pazienti, dimezzando i sintomi ansiosi e depressivi rilevati ai test prima dell'intervento. Inoltre, tali benefici sembrano mantenersi nel tempo.*

P-89 - ACT per nerd: la cultura geek in favore della flessibilità psicologica

Autore: Roberto Desiderio - Psicologo clinico, Psicoterapeuta in formazione presso la Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Rimini

Il poster "ACT per nerd: la cultura geek in favore della flessibilità psicologica" esplorerà come le tecniche di Acceptance and Commitment Therapy possono essere integrate alla cultura geek, in particolare ai film e ai fumetti. La terapia ACT si concentra sull'accettazione dei propri pensieri e sentimenti, nonché sull'impegno nel perseguire i propri valori. Con l'enorme popolarità della cultura geek, questo poster esplorerà come i riferimenti ai film e ai fumetti possono essere utilizzati per aiutare i pazienti a comprendere e affrontare i loro

pensieri ed emozioni. Inoltre si osserverà come la narrativa nella cultura geek può essere utilizzata per aiutare i pazienti a prendere decisioni in linea con i propri valori, all'interno della cornice teorica dell'ACT. Verranno presentate tecniche ACT integrate con la cultura geek.

P-05 - Craving: Trattamento in Terapia di Gruppo

Autore: Mara Fantinati - Cooperativa La Quercia, Reggio Emilia, Modena

Co-autori: Dr.ssa Giulia Gazzotti

Il trattamento del Craving, in terapia di gruppo, presso un Centro Diurno territoriale, consente di rispondere ad una necessità di collaborazione tra servizi e fornisce un punto di riferimento per i cittadini che fronteggiano la gestione di un Disturbo da Uso di Sostanze. La ricerca svolta mostra l'efficacia di tale intervento, attraverso sia il metodo integrato utilizzato sia l'analisi statistica dei test, somministrati a inizio e fine di ogni ciclo di trattamento.

P-66 - L'impatto psicologico delle malattie croniche infantili: uno studio esplorativo

Autore: Francesca Filograsso - Psicoterapeuta in formazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva - AIPC Bari II anno, Bari

Co-autori: Silvia Papparusso²; Stefania Ferrante³, Grazia Tiziana Vitale⁴, Germana Castoro⁵

¹Psicoterapeuta in formazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva - AIPC Bari II anno;

²Psicoterapeuta in formazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva - AIPC Bari VI anno;

³Psicologa borsista U.O.S.S.D. Psicologia A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII, Bari, Centro Clinico di psicoterapia cognitiva (AIPC), Bari;

⁴Psicologa U.O.S.S.D. Psicologia A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII, Bari, Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale APC, Lecce;

⁵Phd Psicologia Università degli Studi di Bari, UOSD Psicologia A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII (Bari), Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale SPC, Napoli

Introduzione

La diagnosi di malattia cronica costituisce per i bambini, gli adolescenti e le loro famiglie, una situazione altamente stressante, che espone i pazienti ad una perdita della propria integrità fisica e della percezione di controllo sulle proprie esperienze. I genitori assumono un ruolo fondamentale, in quanto le loro capacità di fronteggiamento, rispetto alla condizione di cronicità dei loro figli, influenzano i vissuti emotivi di questi ultimi (Rodrigues et al., 2022).

Obiettivo

L'obiettivo del presente studio è valutare se la percezione della qualità della vita di genitori e pazienti pediatrici si differenzia in base alla presenza vs assenza di sintomatologia ansiosa-depressiva.

Metodo

Si è proceduto ad effettuare colloqui clinici e valutazioni psicodiagnostiche ai pazienti pediatrici con malattie croniche e ai rispettivi genitori. Sono stati somministrati i seguenti questionari: Le Scale "Ansia" e "Depressione" delle Scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti (SAFA), che permettono di ottenere una valutazione della sintomatologia ansiosa e/o depressiva, e il Pediatric Quality of

Life Inventory (PedsQL), per il figlio/a e per il genitore, per indagare la percezione della qualità di vita e lo stato di affaticamento rispetto alle condizioni di salute del minore.

Risultati

Il campione del presente studio è composto da 30 pazienti (divisi equamente per genere) con patologie croniche ematologiche, gastrointestinali e renali (età M=158 mesi, DS= 39 mesi) ed i loro genitori.

In accordo con l'obiettivo del presente studio, sono stati eseguiti dei t-test a campioni indipendenti al fine di verificare come i pazienti pediatrici e i loro genitori con punteggi clinici nelle aree del PedsQL differiscano rispetto al campione con punteggi nella norma per le scale A e D del SAFA.

Dalle analisi effettuate, si evidenzia che i ragazzi con punteggi clinici nella scala "Funzionamento fisico" registrano punteggi più elevati nelle scale "Anedonia" ($t(22) = -2.36, p < .05$; $M(\text{clinico}) = 63.8$ DS (clinico) = 10.3; $M(\text{non clinico}) = 53.7$ DS(non clinico) = 7.84) e "Senso di colpa" ($t(22) = -2.20, p = .04$; $M(\text{clinico}) = 58.8$ DS (clinico) = 14.9; $M(\text{non clinico}) = 47.4$ DS (non clinico) = 8.68). I pazienti con elevazioni cliniche nella scala "Affaticamento" riportano punteggi più elevati nelle scale "Senso di inadeguatezza" ($t(22) = -2.27, p = .03$; $M(\text{clinico}) = 64.3$ DS (clinico) = 18.5; $M(\text{non clinico}) = 48$ DS(non clinico) = 10.4) e "Senso di colpa" ($t(22) = -2.59, p = .01$; $M(\text{clinico}) = 63.7$ DS (clinico) = 9.81; $M(\text{non clinico}) = 47.8$ DS(non clinico) = 9.87).

Inoltre, le analisi hanno evidenziato che genitori con punteggi clinici nella scala "Funzionamento psicologico" presentano figli con punteggi più elevati nelle scale "Ansia generalizzata" ($t(22) = -3.60, p = .002$; $M(\text{clinico}) = 80$ DS (clinico) = 1.41; $M(\text{non clinico}) = 50.3$ DS(non clinico) = 11.4) e "Umore depresso" ($t(22) = -3.06, p = .006$; $M(\text{clinico}) = 62$ DS (clinico) = 12.7; $M(\text{non clinico}) = 47.8$ DS(non clinico) = 5.72).

Conclusione

I fattori psicologici indagati nel presente studio sembrano avere effetti profondi sul funzionamento fisico e psicologico dei bambini e ragazzi con patologia cronica, determinando un peggioramento della qualità della vita, delle relazioni interpersonali e scolastiche. Inoltre, genitori di ragazzi con malattia cronica sembrano rilevare, in maniera congrua ai punteggi registrati dai loro figli, la presenza di sintomatologia ansioso/depressiva in questi ultimi, che inciderebbe anche sulla sintomatologia organica e sulla qualità della vita (Eiser e Morse, 2001).

Bibliografia

Cianchetti, C., & Sannio Fascello, G. (2001). Scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti (SAFA). Organizzazioni Speciali, Firenze.

Eiser, C., & Morse, R. (2001). Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. Health technology assessment (Winchester, England), 5(4), 1-157.

Rodrigues, M. G., Rodrigues, J. D., Pereira, A. T., Azevedo, L. F., Rodrigues, P. P., Areias, J. C., & Areias, M. E. (2022). Impact in the quality of life of parents of children with chronic diseases using psychoeducational interventions—A systematic review with meta-analysis. Patient Education and Counseling, 105(4), 869-880.

Varni, J. W., Seid, M., & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. Medical care, 800-812.

P-52 - La validazione italiana dell'International Trauma Questionnaire – child adolescent version (ITQ-CA)

Autore: Marvita Goffredo - Psicologo, Psicoterapeuta, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva (AIPC), Bari

Co-autori:

Pasquale Musso - Professore Associato, Dipartimento Di Scienze Della Formazione, Psicologia, Comunicazione dell'Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari;

POSTERS

22 Settembre - 13.00 - 14.00

Alessandro Costantini – Psicologo, Psicoterapeuta, Professore Associato Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari;

Roberta Gasparri - Laureanda Dipartimento Di Scienze Della Formazione, Psicologia, Comunicazione dell'Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari;

Cristiano Laricchiuta - Laureando Dipartimento Di Scienze Della Formazione, Psicologia, Comunicazione dell'Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari;

Maira Lorusso - Laureanda Dipartimento Di Scienze Della Formazione, Psicologia, Comunicazione dell'Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari;

Maria Grazia Foschino Barbaro – Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile Scuola di Specializzazione AIPC, Bari;

Gabrielle Coppola – Psicologa, Psicoterapeuta, Professore Ordinario Dipartimento Di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione dell'Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari.

Nel 2018, nell'ICD-11 è inserita la diagnosi di Complex PTSD per spiegare il quadro clinico associato all'esposizione ripetuta al trauma interpersonale, che prevede la co-presenza dei sintomi del PTSD (evitamento, intrusioni, attivazione neurovegetativa) e di problemi gravi e persistenti nella dimensione dell'Organizzazione del Sé (DSO): regolazione affettiva, percezione di sé, rapporti interpersonali. I sintomi devono avere frequenza ed intensità tali da determinare la compromissione funzionale dell'individuo, nei principali domini di vita.

Per la valutazione del disturbo in età evolutiva (8-17 anni), è stato elaborato il questionario self-report l'International Trauma Questionnaire - child and adolescent version (ITQ-CA) (Cloitre, Bisson et al., 2018).

Il presente contributo intende presentare i risultati preliminari del progetto di validazione della versione italiana dell'ITQ-CA, promosso dall'Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva di Bari (AIPC) in collaborazione con l'Università degli studi "Aldo Moro" di Bari – Dipartimento di Scienze Della Formazione, Psicologia, Comunicazione.

Il campione di controllo a basso rischio, reclutato presso scuole pubbliche e centri sportivi di Bari e provincia, è costituito da 294 soggetti, con età media di 14.07 anni (range: 8-18, DS=2.12), di cui 157 maschi (53%). Il campione ad alto rischio, reclutato presso istituti e case famiglie di Bari e provincia, consta di 56 soggetti con età media pari a 12.14 (range: 8-17), di cui 23 maschi.

A supporto della validità concorrente e convergente della versione italiana del ITQ-CA, le correlazioni parzializzate, controllate per effetti di età e genere, evidenziano sul campione a basso rischio associazioni statisticamente significative dei punteggi delle due sottoscale del totale con il numero totale di esperienze traumatiche riportate ($.24 < r < .40$, $p < .001$). Le tre misure correlano nelle direzioni previste con le sottoscale e il punteggio totale del TSCC ($.76 < r < .40$, $p < .001$), e nel campione di adolescenti, con la misura di dissociazione ($.56 < r < .66$, $p < .001$). E' in corso l'analisi fattoriale esplorativa e confermativa per confermare la struttura fattoriale emersa in altre popolazioni a basso rischio e la verifica dell'associazione tra le misure ITQ-CA e le misure parent-report sulle problematiche emotive e comportamentali dei figli.

Relativamente al campione ad alto rischio, questo è stato appaiato a un campione a basso rischio in base ai criteri di età e sesso, selezionato da quello più ampio disponibile. Risultati preliminari, disponibili su 29 soggetti a rischio, appaiati a 29 di controllo, evidenziano che i due campioni sono ben discriminati sulla sottoscala PTSD, $t=2.86$, $p < .01$ e sul punteggio totale del trauma complesso, $t=2.22$, $p < .05$, con punteggi significativamente maggiori nel gruppo a rischio, in confronto al gruppo di confronto.

P-68 - il colore della vergogna: Linda, un caso di fobia sociale

Autore: Liana La Gioia - Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva, (AIPC) Bari

Co-autori: Tedone Rosa, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale

Introduzione: Lo scopo del lavoro è illustrare il caso clinico di L., con la paura di arrossire in situazioni sociali; emerge la relazione esistente tra il possibile fallimento di una performance e la vergogna e il timore di apparire "debole" di fronte alla possibilità di poter esperire emozioni come la tristezza e paura.

Formulazione del caso: L. è una ragazza di 12 a. che vive con la famiglia e frequenta il 2° anno di scuola secondaria di 1° grado. Lamenta sintomi ansiogeni in situazioni sociali, anche in ambito familiare. L'evento temuto è arrossire davanti a tutti ed essere giudicata debole e incapace. Presenti tratti genitoriali tendenti al perfezionismo, alla svalutazione e all'ipercontrollo ansioso. Lo schema di sé come incapace e lo schema dell'altro pronto a giudicare in modo critico, inducono a valutare le situazioni sociali minacciose, portando all'automonitoraggio e a evitamenti che alimentano e mantengono il disagio (Clark & Wells, 1995). Lo scopo primario di L. è quello della buona immagine tanto da sentire necessaria l'approvazione da parte della famiglia e degli altri; per poter ottenere stima è necessario performare in modo impeccabile, condizione difficile da perseguire per l'alta aspettativa e per il basso senso di autoefficacia personale. Ciò produce senso di fallimento, insoddisfazione e tendenza all'evitamento.

Trattamento: psicoterapia individuale e parent training con 2 terapeute. Con L. sono state utilizzate strategie di intervento e tecniche CBT (Canton et al., 2012): intervento psicoeducativo, esercizi di auto-monitoraggio, esposizione in immaginazione e in vivo, ristrutturazione cognitiva e tecniche di rilassamento. Nel parent training: intervento psicoeducativo, tecnica della moviola nella ricostruzione di frame di relazione (Guidano, 1991).

Conclusioni: Il caso è di particolare interesse per la compromissione che la sintomatologia esperita dalla ragazza ha soprattutto in ambito familiare oltre che con i pari. A seguito del trattamento, L. ha imparato a normalizzare le emozioni e ad attribuire significati più razionali alle stesse. Il lavoro con i genitori ha favorito, nella relazione con la figlia, la validazione delle sue emozioni e un atteggiamento più tollerante rispetto all'errore.

Bibliografia

Canton, J., Scott, K. & Glue, P. (2012). Optimal treatment of social phobia. Systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8: 203-215

Clark, D.M. & Wells, A. (1995) A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: The Guilford Press.

Guidano, V.F. (1991) *Il sé nel suo divenire Trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 1992*

P-75 - Approccio Cognitivo-Neuropsicologico Integrato nel Disturbo Post-Traumatico da Stress e Trauma Cranico: un caso clinico

Autore: Gianvito Lagravinese - Psicoterapeuta, Istituti Clinici a Carattere Scientifico Maugeri, Bari

Co-autori:

Narracci Alessia, Psicologo, Istituti Clinici a Carattere Scientifico Maugeri, Bari;

Minafra Brigida, Neurologo, Istituti Clinici a Carattere Scientifico Maugeri, Bari

Il disturbo post traumatico da stress (PTSD) è una reazione psicologica ad un evento traumatico, i cui sintomi includono flashback, ipervigilanza e ansia e possono durare per molto tempo dopo l'evento traumatico.

Il trauma cranico si verifica quando c'è un impatto violento sulla testa, che può danneggiare il cervello e causare una varietà di sintomi fisici, cognitivi ed emotivi tra i quali mal di testa, difficoltà di concentrazione, cambiamenti dell'umore e del comportamento.

Il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e il trauma cranico (TBI) spesso coesistono perché le lesioni cerebrali sono talvolta subite in occasione di esperienze traumatiche. Infatti, le persone che hanno subito un trauma cranico possono sviluppare PTSD se l'evento traumatico ha comportato una minaccia alla loro vita e se hanno avuto una risposta emotiva intensa all'evento.

Generalmente, il PTSD e il trauma cranico vengono considerate come condizioni separate e vengono trattate con approcci di trattamento diversi. Il PTSD è generalmente trattato con una combinazione di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e farmaci, come gli antidepressivi. Il trauma cranico può essere trattato con una combinazione di fisioterapia e terapie farmacologiche.

Il neurofeedback (NF) si è dimostrato molto utile nel trattamento del PTSD e TBI, poiché si concentra sulla regolazione dell'attività cerebrale, la riduzione dell'iperattività dell'amigdala, una struttura cerebrale coinvolta nella risposta alla paura e allo stress, e l'aumento dell'attività dell'area prefrontale, responsabile dell'elaborazione delle informazioni cognitive e dell'autocontrollo emotivo.

In questo caso clinico si descrive la storia di p., una donna di 52 anni vittima di sinistro stradale con sviluppo di PTSD secondario a TBI.

L'intervento in fase post-acuta è stato basato sull'inquadramento neuropsicologico, il supporto psicologico e la riabilitazione cognitiva. Successivamente è stato effettuato trattamento psicoterapico CBT, a cui è stato associato trattamento neurofeedback (NF). Il NF ha aiutato la paziente ad apprendere come regolare l'attività cerebrale per ridurre l'iperattivazione e la ruminazione ansiosa.

Nel corso dell'anno di trattamento, la paziente ha imparato la gestione fisiologica dei sintomi in situazioni attivanti, a ridurre dell'affettività negativa e ha recuperato l'autonomia con conseguente miglioramento dell'efficacia sociale e lavorativa.

In conclusione, l'approccio olistico al paziente e l'utilizzo integrato di tecniche CBT e neuropsicofisiologiche possono rivelarsi particolarmente efficaci nel trattamento di diagnosi complesse.

P-58 - Inside Out: la consapevolezza di pensieri, emozioni e comportamenti nel percorso universitario

Autore: Stefano Macchi - Psicologo, Psicoterapeuta, Crema

Co-autori: Buffa Federica, Franch Mariangela, Martini Umberto, Masotti Paola - Università di Trento

Nel panorama del benessere psicologico, della qualità della vita e nella sfera della promozione della salute mentale nelle scuole è crescente l'appello a figure professionali (psicologi, psicoterapeuti, esperti di pratiche meditative e di rilassamento) che, attraverso metodologie e competenze specifiche, possano offrire progettualità misurate a proposito delle cosiddette azioni di "formazione sociale ed emotiva delle life skills (OMS)" e anche della cosiddetta "intelligenza emotiva" (Istituto Superiore di Sanità, 2022). Nell'ambito del progetto "Azioni Innovative" promosso dall'Università di Trento, "Inside Out" si configura come un intervento di ricerca-azione clinica (Colucci et al., "la ricerca-intervento. Prospettive, ambiti e applicazioni", 2008) dedicato agli studenti del Master biennale in Management della Sostenibilità e del Turismo. Il progetto aveva

il duplice obiettivo di 1. Identificare le motivazioni, i vissuti e i comportamenti degli studenti a proposito della ricerca del tirocinio e della percezione del mondo del lavoro e 2. L'esplorazione dei comportamenti, dei pensieri e delle emozioni in un'ottica di approfondimento della conoscenza di sé, mirando a una prospettiva traducibile come "conoscer-si per conoscere". L'intervento è stato costruito con una metodologia di ricerca quanti-qualitativa diviso in due parti tra loro consecutive della durata di circa 12 mesi: la prima, favorevole a tutti gli studenti iscritti al primo anno di MaST 2021-2022 (n. partecipanti 40), ha previsto l'erogazione di un questionario di orientamento motivazionale (TOM-VG, Petitta, Borgogni, Mastrorilli, 2005), l'elaborazione dei risultati e un'attività grupale con l'obiettivo di attivare consapevolezza a proposito della motivazione; la seconda, divisa in due moduli (a e b), facoltativa per max. 24 studenti (n. Tot 24): il modulo a ha previsto i) un lavoro di 6 incontri in 3 piccoli gruppi (n. 8 pp per gruppo) di 1h30min ciascuno in cui è stato definito un topic da cui partire per l'esplorazione dei vissuti psicologici, emotivi e comportamentali degli studenti (Liotti, 2001; Meier e Rezzonico, 2021) e ii) incontri individuali (1 per studente) della durata di 40 minuti per poter approfondire alcune tematiche emerse (o non emerse) durante il lavoro di gruppo; il modulo b ha previsto due momenti di confronto con metodologia "Circle Time" (Gordon, 1991) della durata di 1h30 min per i medesimi gruppi del modulo a, con l'obiettivo di offrire a sé stessi e agli altri la possibilità di confronto a proposito della propria esperienza di tirocinio e attraverso l'ascolto dell'esperienza altrui, a partire dalla conoscenza appresa nel modulo a. I risultati del progetto si riassumono quanti-qualitativamente attraverso le risposte a survey pensate per indagare quattro aree "esperienza, consapevolezza, utilità e qualità", attraverso l'analisi semantica e qualitativa delle risposte libere dei partecipanti e all'interno di riflessioni qualitative degli studenti riportate nei diari del progetto. Se gli obiettivi primari sono stati l'identificazione delle motivazioni e la successiva agevolazione nel collocare le giovani risorse all'interno del tessuto imprenditoriale nostrano è parso evidente un secondo esito importante: la possibilità dei partecipanti di comunicare l'inizio dello sviluppo di capacità di riflessione e consapevolezza a proposito dei propri pensieri, emozioni e azioni e il loro suggerimento di poter inserire progettualità simili nel futuro dell'istituzione accademica.

P-46 - L'approccio trauma informed care nel trauma complesso in età infantile e adolescenziale: una ricognizione del panorama attuale

Autore: Silvia Mastrapasqua - 1°anno Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva, Bari

Co-autori:

Misceo Federica, 3°anno Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva, Bari;

Loconsole Annalisa, 4°anno Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva, Bari;

Angelillo Marco, 4°anno Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva, Bari;

Foschino Barbaro Maria Grazia, Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva, Bari

Background teorico. *Le esperienze sfavorevoli infantili (Adverse Childhood Experience-ACE), caratterizzate da contesti di accudimento disfunzionali, trascuranti e/o violenti, rappresentano una minaccia alla salute pubblica che richiede interventi urgenti, interdisciplinari e multiagenzia, basati su prove di efficacia (WHO, 2002, 2020). L'esposizione a esperienze traumatiche precoci aumenta notevolmente il rischio di sviluppare disturbi psicopatologici, malattie croniche, il rischio di suicidio e riduce l'aspettativa di vita. Il susseguirsi di eventi traumatici multipli, di natura interpersonale, in età infantile, nell'ambito di un contesto relazionale e per un arco di tempo prolungato è stato definito trauma complesso (Herman, 1992), incluso tra i criteri diagnostici del Complex post-traumatic stress disorder-cPTSD dell'ICD 11 (WHO, 2018). In continuità con le conoscenze sulla diffusione del trauma infantile e sul funzionamento traumatico, si è affermata la prospettiva*

del Trauma Informed Care (TIC) in cui l'educazione e la sensibilizzazione, la prevenzione, l'identificazione precoce, la tutela e la protezione si integrano con la valutazione clinica e i trattamenti psicoterapeutici efficaci, in un'ottica di co-costruzione del benessere dei bambini ma anche del benessere organizzativo delle reti coinvolte. Secondo questo approccio, la complessa rete di attori chiamati ad intervenire dalle normative nazionali (magistrati, forze dell'ordine, assistenti sociali, psicologi, psicoterapeuti, educatori, insegnanti) riconosce e risponde all'impatto dello stress traumatico sui minori, promuove la consapevolezza sugli effetti del trauma, le conoscenze, le competenze e le politiche organizzative. Tali servizi si fondano sull'integrazione e collaborazione tra tutti coloro che sono coinvolti nella presa in carico dei minori, utilizzando metodologie basate sull'evidenza scientifica, per massimizzare la sicurezza fisica e psicologica degli utenti e degli operatori (NCTSN, 2020).

All'interno di questa cornice sono stati individuati diversi strumenti di screening, per favorire l'individuazione precoce delle condizioni traumatiche, e i modelli di cura evidence based.

Obiettivo. Il presente studio intende presentare l'approccio trauma informed care, gli strumenti di screening e gli interventi di cura verificati nell'efficacia.

Metodo. Keywords: trauma informed care; trauma evidence-based interventions children. La letteratura analizzata ha come range temporale 2012-2023.

Risultati. La rassegna effettuata ha evidenziato l'efficacia di diversi interventi CBT (McGuire et al., 2021).

Conclusioni. Secondo la prospettiva TIC gli psicoterapeuti, oltre alle competenze cliniche per l'assessment e la cura del trauma, dovrebbero possedere un patrimonio di conoscenze e competenze trasversali per l'integrazione anche nell'ambito della tutela e protezione, strutturare setting di intervento per promuovere la sicurezza in tutti i contesti di vita del bambino.

P-72 - ADHD nell'adulto: dimensioni psicopatologiche

Autore: Valentina Mentuccia - Laurea in Psicologia, Specializzanda in psicoterapia presso la Scuola italiana di Cognitivismo Clinico (SICC), Segni (RM)

Co-autori:

Sangiovanni Loredana, DSMDP ASL Roma 5;

Riggio Francesco, DSMDP ASL Roma 5;

Marino Giovanni, DSMDP ASL Roma 5;

Sagliano Teresa, DSMDP ASL Roma 5;

Griffo Serena, specializzanda in psicoterapia presso la SICC;

Bernabei Laura, DSMDP ASL Roma 5;

Nicolò Giuseppe, DSMDP ASL Roma 5

Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività dell'adulto (ADHD) (DSM-5-TR) include una combinazione di problemi che racchiudono la difficoltà a prestare attenzione, l'iperattività e il comportamento impulsivo, sintomi che interferiscono con lo sviluppo e/o il raggiungimento di un funzionamento adeguato.

I sintomi di tale disturbo compaiono nella prima infanzia e possono persistere anche durante l'età adulta, nel corso della quale possono descrivere fenotipi differenti, che contribuiscono a rendere difficoltosa la diagnosi. Negli adulti, infatti, l'iperattività motoria è riscontrata con minore frequenza rispetto all'età evolutiva, mentre le manifestazioni di impulsività e di irrequietezza, nonché la difficoltà a prestare attenzione e la scarsa pianificazione possono essere maggiormente presenti (APA, 2013).

L'ADHD nell'adulto può contribuire allo sviluppo di relazioni instabili, a scarso rendimento scolastico o lavorativo, a bassa autostima, a traguardi e partecipazione sociale inadeguati. Le persone che ne sono affette possono presentare una maggiore probabilità di disoccupazione e una elevata conflittualità interpersonale.

POSTERS

22 Settembre - 13.00 - 14.00

L'ADHD nell'adulto è associato ad un alto tasso di comorbidità con i disturbi da uso di sostanze, i disturbi di personalità, i disturbi di ansia e dell'umore.

Un'attenta valutazione multidimensionale può favorire la corretta diagnosi e soprattutto l'impostazione di trattamenti tailored.

Presso il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'Azienda Sanitaria Locale ASL Roma 5 è attivo un Centro per ADHD dell'adulto autorizzato dalla Regione Lazio.

Il servizio, attivo da circa due anni, è divenuto il riferimento per tutta l'utenza del centro-sud Italia. Grazie ad una psicodiagnostica che tiene conto delle differenti traiettorie evolutive dell'ADHD, orienta e fornisce importanti indicazioni circa i trattamenti migliori per ridurre l'impatto di tale disturbo.

POSTERS

22 Settembre - 13.00 - 14.00

22 Settembre, Venerdì 13.00-14.00

TORRE ROSSI – AULA ROSSI – PIANO TERRA

Chair: Alessandro Costantini

Discussant: Sergio Gatto

P-49 - L'intolleranza al sonno di Carla. Un caso clinico di disturbo di insonnia e CBT-I

Autore: Chiara Mignogna – Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma

Co-autori:

Buonanno Carlo, Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma;

Baglioni Chiara, Università degli Studi "G. Marconi" Roma, Dipartimento di Psichiatria e Psicologia, Centro Medico, Università di Friburgo, Germania

Il presente lavoro descrive il caso clinico di Carla, una signora di 75 anni affetta da un disturbo di insonnia diventato particolarmente ingravescente e debilitante nei mesi che precedono la terapia. Il disturbo del sonno presentato si caratterizzava per la presenza dei sintomi notturni dell'insonnia, utili a porre la diagnosi (DSM-5), quali difficoltà ad iniziare il sonno, a mantenerlo durante la notte con difficoltà nel riaddormentarsi successivamente e risvegli precoci al mattino.

Nei tre mesi precedenti all'inizio della terapia, infatti, la paziente riporta una completa assenza di sonno o un pattern di sonno completamente frammentato con importanti ripercussioni sulla vita della paziente quali fatica e malessere, sonnolenza diurna, ridotte attività giornaliere, nonché sensazioni di vertigini e capogiro. Il lavoro mostra come un'accurata analisi della storia del sonno e della storia psicologica della paziente abbia permesso la ricostruzione del profilo del disturbo nonché l'individuazione dei fattori specifici coinvolti nell'insonnia (modello 3p Spielmann et al., 1987). Il peggioramento della sintomatologia era da attribuirsi ad eventi scompensanti che avevano inficiato completamente il sonno, quali il lutto di un familiare per suicidio e il peggioramento della salute fisica della paziente. La valutazione di tali eventi aveva di fatto influito sulla percezione di sé e aveva portato a condotte e comportamenti che mantenevano il disturbo di insonnia.

Il seguente caso è stato trattato applicando la terapia cognitiva comportamentale per l'insonnia (CBT-i), adattando il trattamento alle esigenze cliniche. L'utilizzo di tecniche comportamentali, come la restrizione del sonno (Spielman, Saskin, & Thorpy, 1987), strategie di psicoeducazione e igiene del sonno (Stepanski & Wyatt, 2003), il controllo degli stimoli (Bootzin, 1972) e di tecniche cognitive quali la ristrutturazione cognitiva e la tecnica della seggiola, hanno permesso in breve tempo di ripristinare pattern di sonno adeguati all'età e soddisfacenti per la paziente, così come la ripresa di diverse attività significative per la stessa.

P-11 - Autolesività non suicidaria in pazienti con disturbi dell'alimentazione e della nutrizione: una revisione sistematica

Autore: Claudia Maria Mineo - Laurea Magistrale in Psicologia Clinica, Sigmund Freud University, Milano

Co-autori:

Margherita Boltri, Dipartimento di Psicologia, Sigmund Freud University, Milano;

POSTERS

22 Settembre - 13.00 - 14.00

Walter Sapuppo, Studi Cognitivi Milano, Dipartimento di Psicologia, Sigmund Freud University, Milano.

Razionale: Lo scopo di questo studio è la conduzione di una revisione sistematica sulla co-occorrenza di Autolesività Non Suicidaria (NSSI) in pazienti con Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione (DAN).

Metodo: È stata condotta una ricerca bibliografica utilizzando i database PubMed, Web of Science (tutti i database), Scopus, ed EBSCOhost (PsycINFO, PsycARTICLES, PSYINDEX, MEDLINE, ERIC). Sono stati poi selezionati gli studi, estratti i dati e sintetizzati attraverso l'uso di un approccio narrativo e delle analisi statistiche.

Risultati: Trentotto studi hanno soddisfatto i criteri d'eleggibilità e sono stati inclusi nella revisione. Gli studi mostrano che la co-occorrenza di NSSI in pazienti con DAN varia tra il 17.9% e 82.5%. I dati relativi all'ideazione suicidaria variano dall'11.5% al 66% mentre quelli relativi a precedenti tentativi di suicidio variano dal 6.3% al 51%. I pazienti ospedalizzati hanno mostrato tassi di comorbidità più elevati rispetto ai pazienti ambulatoriali (IN: 25,4%-66%; OUT: 17,9%-46,05%).

Conclusioni: Nonostante la revisione abbia mostrato un'elevata co-occorrenza di NSSI e DAN, si rileva un'ampia variabilità tra i risultati ottenuti nei diversi studi, dovuta a differenze nel campionamento e negli strumenti utilizzati per valutare l'NSSI. Ulteriori studi risultano dunque necessari per individuare strumenti validi ai fini di una valutazione adeguata dell'NSSI. Inoltre, le evidenze scientifiche suggeriscono l'importanza di sviluppare e testare un unico modello che spieghi una possibile patogenesi comune a entrambe le condizioni.

P-10 - Strumenti di valutazione del disturbo da escoriazione (Skin Picking) utilizzati in ambito clinico: una revisione della letteratura

Autore: **Claudia Maria Mineo** - Laurea Magistrale in Psicologia Clinica, Sigmund Freud University, Milano

Co-autori:

Chiara Sbrizzi, Studi Cognitivi Milano;

Margherita Boltri, Dipartimento di Psicologia, Università Sigmund Freud, Milano;

Walter Sapuppo, Studi Cognitivi Milano, Dipartimento di Psicologia, Università Sigmund Freud, Milano.

Razionale: Il disturbo da escoriazione (skin picking) (SPD) è stato recentemente oggetto di un'adeguata attenzione clinica e di ricerca, dopo aver ottenuto una propria categoria diagnostica nel DSM-5. Questa revisione della letteratura mira a sintetizzare lo stato dell'arte sugli strumenti psicometrici utilizzati in ambito clinico per valutare i sintomi dell'SPD.

Metodo: Gli articoli sono stati selezionati seguendo le linee guida PRISMA e attraverso la ricerca su database PubMed.

Risultati: Ventuno studi hanno soddisfatto i criteri d'eleggibilità e sono stati quindi inclusi nella revisione. I risultati mostrano che le scale SPS-R, SP-SAS e SPIS risultano essere gli strumenti più frequentemente utilizzati nella valutazione della sintomatologia di SPD. I punteggi medi di queste misure self-report sono in linea con i punteggi medi riportati negli studi di validazione.

Conclusioni: I risultati suggeriscono che in letteratura esistono strumenti specifici per lo screening dei sintomi di SPD, tuttavia il numero limitato di traduzioni disponibili al giorno d'oggi può limitarne l'utilizzo nella pratica

clinica. Lo sviluppo di tali versioni tradotte è necessario per promuovere l'uso di questi strumenti a fini diagnostici e di monitoraggio dei sintomi di SPD in ambito clinico.

P-54 - Favorire l'attaccamento sicuro nei bambini. Percorso per neo mamme all'interno del Consultorio Familiare dell' ASLcn1 con il metodo Circle of Security Parenting

Autore: Barbara Nano – Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento Materno Infantile ASLCN1, NPI e Consultorio familiare, Ospedale di Mondovì CN, Mondovì

Co-autori: Alice Gullino, Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento Materno Infantile, NPI e Consultorio familiare, ASLCN1

Il ruolo del neo genitore, in particolare nel caso del primo figlio, appare caratterizzato da dubbi, incertezze e bisogno di una rete sociale che possa fornire un supporto da un punto di vista sia pratico che emotivo. Il momento specifico del puerperio, con un importante investimento di tempo ed energie da parte della mamma verso il nuovo nato, può favorire un atteggiamento di grande attenzione verso i bisogni del neonato e la modalità di relazione madre-bambino. Molte donne in gravidanza e neo mamme si rivolgono ai servizi del Consultorio Familiare, incontrando così operatori sanitari che possono intercettare i loro bisogni.

Da qui nasce la proposta di un percorso di gruppo dedicato alla genitorialità in una fase precoce dello sviluppo del bambino, volto a promuovere l'attaccamento sicuro nella relazione, in un'ottica preventiva e secondo il programma Circle of Security Parenting © (Cooper, Hoffman, Powell, 2007) che, attraverso l'utilizzo di video, consente momenti di confronto, condivisione e riflessione sul ruolo del genitore e sui bisogni del bambino.

Destinatari: mamme che hanno effettuato accesso ai servizi del Consultorio Familiare di Mondovì in gravidanza o nel post partum, con bambini di un'età compresa tra i due e i dodici mesi. Al fine di raggiungere la popolazione di riferimento, è stata effettuata una breve presentazione durante i corsi massaggio/preparazione alla nascita e creata una locandina informativa inoltrata alle mamme non presenti agli incontri di presentazione.

Questo progetto ha permesso alle neo mamme di riflettere sulla propria storia di attaccamento e di osservare e riconoscere i bisogni attuali del bambino.

Il percorso è stato strutturato in otto incontri, della durata di 2 ore ciascuno a cadenza settimanale, più un incontro di follow up a distanza di circa quattro mesi.

Sono state attivate 3 edizioni (sett 2020, mag 2022, dic 2022) a cui hanno partecipato in tutto 24 mamme. Vi è stato un unico drop out.

OBIETTIVI GENERALI: Favorire l'autoriflessività nel genitore - Sottolineare la piacevolezza dell'accudire - Riconoscere il bisogno di connessione in se stessi e nei bambini - Promuovere l'attaccamento sicuro.

Al termine del percorso è stato somministrato alle partecipanti un questionario di percezione dell'efficacia, dal quale sono emersi:

\- una diminuzione del livello di stress genitoriale

\- una maggiore consapevolezza delle reazioni automatiche del genitore che risultano non efficaci nella relazione con il bambino

\- maggiore sensazione di efficacia nel ruolo genitoriale

\- maggiore sensazione di competenza nel riparare la relazione con il bambino dopo una rottura.

P-29 - Analisi del profilo psicofisiologico e linguistico individuale in una sessione di esposizione scritta

Autore: Mattia Nese - Dottorato di Ricerca in Psicologia, Psicoterapeuta, Sigmund Freud University, Milano

Co-autori: Barberis, Linda; Riboli, Greta; Brighetti, Gianni; Borlimi, Rosita - Sigmund Freud University, Milano

A partire dagli anni ottanta il paradigma della scrittura espressiva ha trovato applicazione in ambito terapeutico come trattamento a sé stante (written exposure therapy; narrative exposure therapy) o integrato in diversi approcci terapeutici. Anche la terapia cognitivo-comportamentale spesso prevede l'utilizzo di un tipo di scrittura strutturata nell'assegnazione dei compiti a casa (ad esempio, lo schema dell'abc o la stesura di un diario). Solo recentemente la scrittura espressiva è stata proposta come intervento clinico volto ad affrontare la preoccupazione (worry) in modo adattivo. Tuttavia, i processi che possono portare alla regolazione di stati emotivi spiacevoli durante l'esposizione scritta non sono ancora del tutto chiari.

Questo studio si propone di misurare l'attivazione psicofisiologica elicitata da un compito di scrittura espressiva sulla preoccupazione e di esplorare la relazione tra questa attivazione e le parole scritte dai partecipanti.

Per fare ciò, dopo aver identificato una preoccupazione ricorrente, i partecipanti descriveranno lo scenario futuro come se "stesse realmente accadendo in questo momento" in forma scritta per 10 minuti. Durante questa fase verrà misurato il loro livello di conduttanza cutanea in modo continuo. Il testo ottenuto al termine della sessione verrà analizzato tramite il software di analisi linguistica - linguistic inquiry and word count (liwc) - che permette di individuare termini indicativi di processi cognitivi e affettivi. Infine, verrà analizzato il livello di conduttanza cutanea registrato in corrispondenza di alcune categorie di parole (ad esempio, parole emotive e cognitive).

Attraverso questa analisi è possibile visualizzare la corrispondenza temporale tra i momenti di maggiore (o minore) attivazione psicofisiologica e il contenuto del testo scritto.

Questo studio, da una parte offre un metodo di analisi che permette di osservare i correlati psicofisiologici associati al processo di scrittura espressiva, dall'altra fornisce al terapeuta uno strumento utile per la valutazione dell'arousal associato a preoccupazioni ricorrenti utilizzabile in sessioni ripetute di esposizione.

P-07 - Uso di tecnologie digitali per lo studio delle abilità metacognitive: Eyes test, Happé test e risposte psicofisiologiche

Autore: Ludovica Prato - Dottoressa in psicologia, Sigmund Freud University, Milano

Co-autori:

Borlimi Rosita, PhD, Psicoterapeuta, Sigmund Freud University;

Riboli G. PhD, Psicoterapeuta, Sigmund Freud University;

Nese Mattia PhD, Psicoterapeuta, Sigmund Freud University

Con il termine metacognizione si fa riferimento al costrutto utilizzato per definire le capacità di comprendere e riflettere sugli stati mentali propri e altrui. Nella pratica clinica, per misurare le abilità metacognitive, si ricorre a diversi test psicometrici autosomministrati, tra questi vi è anche il Metacognition Self-Assessment Scale (MSAS). L'obiettivo di questo studio è quello di valutare le capacità metacognitive di Teoria della Mente misurando le risposte fisiologiche a stimoli computerizzati.

POSTERS

22 Settembre - 13.00 - 14.00

Per far ciò, è stata utilizzata una batteria di questionari per la misurazione dei livelli di depressione, ansia di tratto, rimuginio, ruminazione, alessitimia e flessibilità. Le capacità metacognitive sono state misurate con il MSAS. A seguire i soggetti hanno dovuto completare dei compiti computerizzati comprendenti un adattamento dell'Eyes Test (Baron-Cohen et al., 2001) e l'Happè Test (White et al., 2011) mentre misurazioni di conduttanza cutanea venivano effettuate in continuo.

Attraverso test ANOVA, condotti con SPSS 27, sono emersi risultati statisticamente significativi ($p < .001$) nell'accuratezza e nella rapidità di risposta per riconoscimento della paura (eyes test) e dei video ToM (Happè test scenario TOM). In particolare, durante la riproduzione dei video ToM, i soggetti mostravano una significativa risposta fisiologica ($p < .001$).

I risultati, quindi, evidenziano come i soggetti con una buona metacognizione risultino abili (in termini di accuratezza e rapidità) nel riconoscimento dei volti impauriti e delle rappresentazioni astratte di interazioni interpersonali, durante le quali presentano una maggiore attivazione fisiologica.

Key words: metacognizione, riconoscimento emozioni, TOM, conduttanza cutanea.

P-61 - Autolesionismo e fattori di rischio: revisione della letteratura

Autore: Carmela Prudente, Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia Aipc, Bari

Co-autori:

Alessia Laforgia – Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico Aipc, Bari;

Catalano Arturo, Psicologo, Psicoterapeuta, Centro Clinico Aipc, Bari;

Carlucci Francesca, Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia, Aipc, Bari;

Melo Mariangela, Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia Aipc, Bari;

Semeraro Carla, Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia Aipc, Bari;

Tagliente Serena, Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia Aipc, Bari;

Foschino Barbaro Maria Grazia, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Specializzazione in psicoterapia cognitiva (AIPC), Bari

L'autolesionismo è un comportamento che compare in adolescenza con una prevalenza del 15-20% (Ross et al., 2002); l'International Society for the Study of Self Injury definisce l'autolesionismo come "un danno deliberato ed autoinflitto al proprio corpo senza intento suicidario e per scopi non socialmente accettati" (2018). Il DSM V ha individuato nel comportamento di autolesionismo non suicidario (NSSI) una categoria diagnostica a sé stante. I comportamenti patologici legati a ciò che il DSM V ha definito "autodanneggiamento intenzionale" sono in particolare distinguibili in condotte di autodanno, condotte di autoavvelenamento e condotte autolesive. Pattinson e Kahan furono i primi ad attribuire alle condotte autolesive una decisiva entità clinica, in particolare individuando un comportamento diretto, ripetitivo, con bassa letalità presente in un tempo ristretto e caratterizzato da consapevolezza del significato dell'azione commessa e dall'intento di farsi male autonomamente (1983). Il nostro lavoro si propone di mettere in rassegna le ultime evidenze emergenti dalla letteratura proposta a partire dal periodo post-Covid 19. Il fine della rassegna sarà l'implementazione e l'aggiornamento allo stato dell'arte odierna dell'articolo pubblicato su psicoterapeutinformazione del 12/2021 dal titolo "Sfidare la morte e rischiare di vincere: autolesionismo e suicidio in preadolescenza" (Porcelli, Laforgia et coll. 2021). Il lavoro evidenziava i numeri impressionanti dei comportamenti autolesivi o suicidari nella preadolescenza, sia i fattori di rischio sia gli interventi più efficaci nel ridurli e prevenirli.

P-12 - “Piccolo è prezioso”: studio preliminare sugli esiti relativi ad alcune dimensioni (disregolazione emotiva, dissociazione, metacognizione) del percorso terapeutico riabilitativo con modello di trattamento multidisciplinare complesso offerto nella comunità

Autore: Paola Riso - PhD, Laurea in Psicologia, Responsabile Area Ricerca Comunità Terapeutica-Riabilitativa IL VOLO, Centro Studi Carlo Perris - Monticello Brianza (LC), Genova

Co-autori:

Vimercati, Paola, Responsabile Psicodiagnosi, Comunità Terapeutica-riabilitativa IL VOLO, Centro Studi Carlo Perris, Monticello Brianza (LC);

Pagani, Raffaele, Case Manager, Comunità Terapeutica-riabilitativa IL VOLO, Centro Studi Carlo Perris, Monticello Brianza (LC);

Damiano, Salvatore, Vice-direttore Sanitario, Comunità Terapeutica-riabilitativa IL VOLO, Centro Studi Carlo Perris, Monticello Brianza (LC);

Rezzonico, Giorgio, Direttore Scientifico, Comunità Terapeutica-riabilitativa IL VOLO, Centro Studi Carlo Perris, Monticello Brianza (LC).

“Piccolo è prezioso”: studio preliminare sugli esiti relativi ad alcune dimensioni (disregolazione emotiva, dissociazione, metacognizione) del percorso terapeutico riabilitativo con modello di trattamento multidisciplinare complesso offerto nella comunità residenziale ‘Il Volo’ di Monticello Brianza a pazienti con diagnosi di Disturbo della Personalità, in particolare Disturbo Borderline di Personalità.

La valutazione ottimale dell’outcome terapeutico riabilitativo dei Disturbi di Personalità più complessi in letteratura risulta ancora poco definita. Il presente studio preliminare ha l’obiettivo di osservare l’efficacia degli esiti del trattamento terapeutico riabilitativo multidisciplinare complesso offerto agli ospiti della comunità, rispetto ad alcune dimensioni relative ai Disturbi di Personalità (PD), in particolare il Disturbo Borderline di Personalità (BDP), tenuto conto che l’obiettivo dell’intervento è l’integrazione psicosociale delle persone sulla base delle proprie risorse. Tali aspetti (disregolazione emotiva, dissociazione, metacognizione) sono stati indagati tramite questionari somministrati in un duplice momento del percorso: Emotion Regulation Strategies (DERS) e Dissociation Experiences Scale (DES), relativi ai costrutti della disregolazione emotiva e della dissociazione, compilati dagli ospiti al pre-ingresso, con re-test alla dimissione; Metacognition Assessment Scale (MAS) relativo al costrutto della metacognizione, compilato dagli inviati prima dell’ingresso, con re-test all’avvio della fase riabilitativa che prevede l’accesso al tirocinio lavorativo. I dati delle due differenti somministrazioni sono stati elaborati tramite ANOVA a misure ripetute. I risultati del questionario DERS hanno mostrato, alla dimissione, una diminuzione statisticamente significativa dei valori medi della sub-scala ‘Totale’, rispetto ai valori medi della scala registrati al pre-ingresso. I risultati delle tre sub-scale del questionario DES hanno evidenziato una diminuzione statisticamente significativa della media globale delle tre sub-scale alla dimissione, rispetto alla media globale delle tre sub-scale, al pre-ingresso. Il risultato del t-test della sub-scala ‘Totale’ della DES presenta una diminuzione statisticamente significativa dei valori alla dimissione rispetto al pre-ingresso. I dati della MAS hanno comprovato un aumento statisticamente significativo dei valori delle sub-scale ‘Propriamente’ e ‘Totale’ alla dimissione, rispetto ai valori di prima dell’ingresso. I dati ottenuti evidenziano che, a prescindere dall’utilizzo dei punteggi di cut off, l’integrazione fra gli indicatori scelti e il tipo di analisi statistica utilizzata rappresenta un valido metodo per cogliere i miglioramenti degli ospiti in alcune dimensioni peculiari del BDP e dei PD.

P-22 - Cambiamenti dell'attività onirica durante la pandemia: uno studio longitudinale sulla popolazione italiana

Autore: Serena Scarpelli - Laurea in Psicologia della Salute, Clinica e di Comunità, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca in Psicologia e Scienza Cognitiva, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza

Co-autori:

Alfonsi, Valentina, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza;

Camaioni, Milena, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza;

Gorgoni, Maurizio, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza;

Albano, Antonio, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma;

Musetti, Alessandro, Dipartimento di Scienze Umanistiche, Sociali e Industrie Culturali, Università di Parma;

Quattropani, Maria Catena, Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Università di Catania;

Plazzi, Giuseppe, Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia;

De Gennaro, Luigi, Dipartimento di Psicologia, Università di Roma Sapienza;

Franceschini, Christian, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma

Le ondate di COVID-19 hanno influenzato gli stili di vita e la salute mentale della popolazione mondiale. Numerose indagini hanno riportato rilevanti modificazioni nel sonno e nella quantità e qualità dei sogni. Nel presente lavoro, riportiamo i dati longitudinali relativi alla primavera 2021, allo scopo di esplorare le caratteristiche dell'attività onirica della popolazione italiana durante la terza ondata pandemica, comparandole con la prima (primavera 2020). I cambiamenti dell'attività onirica sono stati valutati in funzione delle variazioni del livello di distress psicologico tra le due ondate. Inoltre, sono stati identificati i predittori della frequenza degli incubi e del livello di sofferenza ad essi associato durante la terza ondata.

Sono stati coinvolti in questa indagine tutti coloro che hanno partecipato sia allo studio web-survey condotto durante la prima ondata di COVID-19 (T1) che durante la terza (T3), nel quale veniva richiesto di compilare una serie di questionari standardizzati per la rilevazione di misure psicologiche, ipniche e oniriche. Il campione finale è composto da 728 soggetti. Coloro che hanno ridotto il loro livello di distress psicologico generale a T3 rispetto a T1, sono stati definiti "Ristabiliti" (N=330). Diversamente, coloro che hanno mantenuto invariato o hanno incrementato il loro livello di distress psicologico sono stati definiti "Non Ristabiliti" (N=398).

I confronti statistici hanno mostrato che la frequenza dei sogni, degli incubi, dei sogni lucidi e l'intensità emotiva dei contenuti onirici si sono ridotti nell'intero campione a T3 rispetto a T1. Il gruppo dei Ristabiliti ha riportato una minore frequenza degli incubi e contenuti meno angosciosi rispetto ai Non Ristabiliti. Inoltre, le regressioni, effettuate separatamente per i due gruppi, hanno evidenziato che, oltre alle variabili socio-demografiche (genere, età), specifiche misure di sonno (disturbi del sonno e igiene del sonno) sono associate alle caratteristiche degli incubi. In particolare, l'igiene del sonno è risultata essere uno dei migliori predittori del livello di angoscia dei contenuti onirici nel gruppo dei Non Ristabiliti.

I risultati del presente studio suggeriscono che gli individui hanno sperimentato un generale adattamento all'emergenza pandemica durante la terza ondata. Si osserva che l'attività onirica, e più precisamente gli incubi, sembrano essere un attendibile indicatore del benessere psicologico degli individui nel tempo. In linea con la precedente letteratura, essere giovani e di genere femminile predisporrebbe ad una maggiore produzione di incubi e alla sperimentazione di una più elevata sofferenza ad essi associata. Peraltro, i nostri riscontri consentono di sottolineare l'importanza, in ambito clinico, di intervenire sui disturbi del sonno

conseguenti all'emergenza da COVID-19 e, in maniera contingente, su tutti quei comportamenti e abitudini che impattano sulla qualità del riposo notturno.

P-94 - Disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (DDAI) e disturbo antisociale di personalità: una review della letteratura scientifica

Autore: Eduardo Maria Schettino - Laurea Magistrale in Psicologia Clinica, Psicoterapia Cognitiva SPC (in corso), Master universitario di II livello in Neuropsicologia dello sviluppo e dei disturbi dell'apprendimento, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

Co-autori:

Pippo Anna Chiara, Laurea Magistrale in Psicologia Clinica, Università la Sapienza di Roma, Psicoterapia Cognitiva SPC (in corso), Master universitario di II livello in Psicodiagnostica clinica e forense, Cooperativa sociale Il Sorriso onlus, Consorzio Cooperative sociali (RTI autismo);

Pistone Luca, Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Psichiatria (in corso), Psicoterapia Cognitiva SPC (in corso), AOU Federico II;

Ricco Maria Rosaria, Laurea Magistrale in Psicologia Clinica, Analista del comportamento, Psicoterapia Cognitiva SPC (in corso), Neapolisanit s.r.l., Aias sez.Nola, Cooperativa Bolla di Sapone;

Lamberti Fabrizio, Laurea magistrale in Psicologia dei Processi cognitivi, Master universitario di II livello in Neuropsicologia dell'età evolutiva e dei disturbi dell'apprendimento, Psicoterapia Cognitiva SPC (in corso)

Con il contributo dei trainer del Primo anno 2022/2023 di SPC Napoli: **Antonio Pinto e Roberto Pedone.**

I dati in letteratura sembrano evidenziare che il Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività (DDAI), analizzato lungo un continuum che copre l'intero arco di vita, sia un predittore del Disturbo Antisociale di Personalità (Haym Dayan, Mona Khoury-Kassabri and Yehuda Pollak, 2022).

Nell'ottica di una diagnosi sempre più precoce, valutando le comorbidità che si sviluppano sin dall'età evolutiva (George J. DuPaul, Matthew J. Gormley and Seth D.Laracy, 2012), un'attenzione specifica va data al passaggio che porta all'età adulta. Pazienti con DDAI, valutati correttamente in età infantile e trattati adeguatamente con psicoterapia e farmacoterapia, hanno esiti e prognosi migliori in età adulta (Elisa Roberti, Francesca Scarpellini et al. 2023 and Francesca Scarpellini, Maurizio Bonati, 2021). Verranno qui presentati i dati disponibili in letteratura su comorbidità tra DDAI e Disturbo Antisociale di Personalità.

P-17 - Profilo emotivo e comportamentale nella narcolessia di tipo 1 in età pediatrica: uno studio caso-controllo

Autore: **Giorgia Simoncini Malucelli** - Laurea Magistrale in Neuroscienze Cognitive e Riabilitazione Psicologica, Psicologo, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Diploma di Medicina del Sonno, attività clinica e di ricerca presso Sleep Medicine Unit - Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Department of Neurosciences, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Co-autori: **Anna Mercante**^{2,3}, **Fabio Pizza**^{3,4}, **Valerio Brunetti**^{1,5}, **Stefano Vandi**^{3,4}, **Giulia Neccia**³, **Christian Franceschini**⁶, **Giacomo Della Marca**^{4,5}, **Catello Vollono**^{1,7}, **Daniela Pia Rosaria Chieffo**^{8,9}, **Giuseppe Plazzi**^{3,10}.

1 Department of Neurosciences, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;

2 Pediatric Neurology and Neurophysiology Unit, Department of Women's and Children's Health, University Hospital of Padua;

3 IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna;

4 Department of Biomedical and Neuromotor Sciences, University of Bologna;

5 UOC di Neurologia, Dipartimento di Scienze dell'Invecchiamento, Neurologiche, Ortopediche e della Testa-Collo, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma;

6 Department of Medicine and Surgery, University of Parma;

7 UOC di Neurofisiopatologia, Dipartimento di Neuroscienze, Organi di Senso e Torace, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma;

8 Clinical Psychology Unit, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma;

9 Department Women Children and Public Health, Catholic University of Sacred Heart, Roma;

10 Department of Biomedical, Metabolic and Neural Sciences, University of Modena and Reggio Emilia, Modena

Introduzione

La narcolessia di tipo 1 (NT1) è un raro disturbo del sonno conseguente a un deficit ipotalamico di ipocretina (HCRT-1) e caratterizzata da eccessiva sonnolenza diurna (EDS) e intrusioni di sonno REM in veglia (paralisi del sonno, allucinazioni ipnagogiche e cataplessia). La cataplessia consiste in un improvviso cedimento muscolare in risposta a emozioni intense e rappresenta il sintomo patognomico. La NT1 spesso insorge durante l'età pediatrica e ha un'influenza significativa sullo sviluppo emotivo, sul funzionamento sociale e sulla qualità della vita. Gli studi in letteratura evidenziano che i ragazzi con NT1 mostrano tratti ansioso-depressivi, impulsività, iperattività e disregolazione emotiva. È stata osservata una compromissione del rendimento scolastico e una difficoltà nei rapporti sociali.

Il presente studio intende indagare gli aspetti emotivi e comportamentali in bambini e adolescenti affetti da NT1, definendone il profilo psicologico.

Metodi

Abbiamo condotto uno studio caso-controllo, che ha coinvolto 37 pazienti (6-17 anni) con NT1 e 37 soggetti sani accoppiati per genere ed età.

I fattori emotivi e comportamentali sono stati valutati con la somministrazione di questionari (CBCL, CDI, CRS-R, MASC e SNAP-IV). Nel gruppo NT1 è stata eseguita una sottoanalisi per esplorare gli effetti del trattamento farmacologico e del genere sulle caratteristiche psicologiche e i punteggi totali dei questionari sono stati correlati con le caratteristiche cliniche.

Risultati

I pazienti NT1 mostrano tendenza a sintomi depressivi, ansia, somatizzazione, disattenzione, iperattività, problemi oppositivi/provocatori e ridotte competenze scolastiche. Tra i pazienti NT1, le femmine mostrano maggiore propensione all'ansia e i pazienti non trattati presentano sintomi depressivi più elevati. I sintomi psicologici aumentano con età, BMI e l'EDS, mentre l'età più giovane è associata a sintomi di somatizzazione. Bassi livelli di HCRT-1 correlano con disattenzione e scarse competenze sociali. Il ritardo diagnostico è associato a maggiore impatto dei sintomi depressivi e dei problemi comportamentali.

Discussione

I pazienti con NT1 mostrano tratti ansioso-depressivi e difficoltà nel regolare le emozioni. Sono presenti evitamento e lamentele somatiche, in un quadro caratterizzato da problematiche scolastiche e sociali. Si riscontrano atteggiamenti oppositivo-provocatori, aggressività, iperattività e impulsività, che sembrano riflettere la risposta dei bambini a resistere all'EDS impegnandosi in comportamenti di autostimolazione, sovrapponibili alle manifestazioni cliniche dell'ADHD. Sul versante cognitivo emerge un'alta prevalenza di difficoltà attentive.

Conclusioni

La NT1 pediatrica è associata a un funzionamento ridotto in più domini psicologici che richiedono un approccio e un monitoraggio multidisciplinari. Contromisure tempestive e mirate possono migliorare la qualità della vita del paziente, ridurre il carico di malattia e prevenire conseguenze psichiatriche.

P-95 - Il ruolo del nervo vago nell'elaborazione di memorie emotive

Autore: Allison Uvelli - Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università di Siena - Il anno SPC Grosseto, Siena-Grosseto

Co-autori:

Ajello Claudia, Il anno IGB, Palermo;

Sardella Alberto, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Messina, III anno SPC Reggio Calabria;

Cannito Loreta, Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Foggia;

Basile Barbara, Scuole di Psicoterapia Cognitiva - Italian Academy of Schema Therapy (IAST) Roma

Negli ultimi anni sempre più evidenze hanno suggerito un ruolo chiave delle memorie emotive nello sviluppo e nel mantenimento di diverse condizioni psicopatologiche come, per esempio, l'elaborazione traumatica, i disturbi d'ansia e i disturbi fobici. E' noto infatti come, stimoli ed esperienze a contenuto emotivo siano memorizzati meglio di quelli a contenuto neutro, benché i meccanismi che portano a questo vantaggio mnestico per i contenuti emotivi non siano ancora ben compresi nell'uomo. Sulla base delle evidenze disponibili sui modelli animali, si è ipotizzato che l'effetto di miglioramento della memoria delle emozioni sia basato sul rilascio noradrenergico centrale, innescato dall'attivazione del nervo vagale afferente. Al fine di verificare tale ipotesi, negli ultimi anni sono stati condotti diversi studi applicativi tramite l'utilizzo di alcune tecniche di Stimolazione del Nervo Vago (VNS), in particolare di tipo Transcutaneo (tvNS).

L'obiettivo del presente contributo è stato quello di sviluppare una revisione sistematica delle più recenti evidenze sperimentali relative all'effetto dell'attivazione vagale sulla codifica, sul consolidamento e sulla rievocazione di memorie emotive, in particolare di quelle legate alla paura.

E' stata condotta una ricerca bibliografica attraverso i principali database scientifici (PubMed; Scopus; Web Of Science), includendo articoli originali, redatti in lingua inglese, aventi come campione esseri umani di età adulta (>18 anni), pubblicati negli ultimi dieci anni. Sono state utilizzate le seguenti parole chiave, combinate

POSTERS

22 Settembre - 13.00 - 14.00

con gli operatori booleani "AND", "OR": "vagus nerve", "emotional memor", "fear conditioning"; "conditioned fear".*

Gli studi presenti in letteratura mostrano risultati contrastanti. Alcune ricerche evidenziano che la stimolazione transcutanea del nervo vago migliora l'estinzione della paura, mentre altre ricerche si sono dimostrate inconcludenti da questo punto di vista. Benché alcuni risultati sembrano evidenziare effetti differenziali rispetto alla durata dell'effetto dato dalla stimolazione del nervo vago sul decondizionamento di stimoli fobici, le ricerche disponibili sembrano concordare sull'idea che durante l'estinzione, la stimolazione del nervo vago favorisce la modulazione dei processi neuronali coinvolti nel processo di apprendimento inibitorio, andando ad agire sulla plasticità sinaptica nel percorso tra la corteccia prefrontale mediale infralimbica e il complesso basolaterale dell'amigdala.

Studi recenti suggeriscono che la stimolazione transcutanea del nervo vago possa essere utilizzata come strumento non invasivo per potenziare la formazione, il consolidamento ed il recupero delle memorie inibitorie nel processo di estinzione della paura condizionata nel corso della terapia. Tali evidenze potrebbero avere delle importanti implicazioni cliniche nel trattamento dei disturbi d'ansia, portando ad una ri-concettualizzazione della terapia di esposizione, il cui meccanismo d'azione sembra essere la formazione di nuove memorie inibitorie rispetto a quelle eccitatorie di paura piuttosto che l'abituazione dell'ansia o la disconferma di convinzioni fobiche. Purtroppo ad oggi gli studi al riguardo non sono abbastanza per poter affermare con estrema convinzione che la nuova terapia di esposizione, tramite la stimolazione del nervo vago, possa risultare maggiormente efficace rispetto alle attuali tecniche. Studi futuri potrebbero portare alla creazione di una nuova tecnica oppure al consolidamento di quelle già utilizzate.

