

## Coping Power Program per adolescenti Nodi critici e possibili adattamenti

Carlotta Bertini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Associazione Culturale Pandora; Studio Multidisciplinare “Parole in Volo”

### *Riassunto*

I comportamenti violenti, aggressivi e antisociali che caratterizzano una popolazione sempre più estesa di adolescenti, rappresentano un elemento di preoccupazione in molti paesi sviluppati. Nonostante la prevenzione e gli interventi sui comportamenti esternalizzanti siano preferibili in età precoci, alcuni studi indicano che circa la metà dei ragazzi con problematiche comportamentali ricevono un trattamento per la prima volta in adolescenza. Evidenze suggeriscono che interventi mirati a un ampliamento delle competenze genitoriali sono associati a una riduzione delle problematiche comportamentali, un miglioramento della salute mentale e della riuscita educativa.

Nonostante ciò, i programmi d'intervento sulle problematiche comportamentali negli adolescenti sono generalmente meno efficaci di quelli utilizzati nei bambini.

In questo lavoro prenderemo in esame e analizzeremo i vari trattamenti per i disturbi esternalizzanti in adolescenza mettendo in evidenza punti di forza e criticità' in modo da ipotizzare una modalità' in intervento il più' funzionale possibile in questa fascia d'età.

*Parole Chiave:* adolescenti, coping power program, comportamenti aggressivi.

### *Summary*

An increasing number of teenagers shows violent, aggressive and antisocial behaviors. This trend represents an element of concern in many developed countries. Prevention and intervention on externalizing behaviors is preferable at an early age. Studies show however, that around 50% of children with behavioral problems, get treated for the first time as teen-agers. Evidence suggests that interventions aiming at extending parental competencies are associated to a reduction of behavioral problems, to an improvement of mental health and educational success. The behavioral problems intervention programs are anyhow more successful with kids than with teen-agers.

In the present work different treatments of externalizing disorders in teenagers are analyzed. Strengths and weaknesses are highlighted in order to propose a suitable intervention method for this age range.

*Key words:* teenagers, coping power program, aggressive behaviors.

Carlotta Bertini, Coping power program per adolescenti, n. 22, 2018, pp. 31-58.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

## **Introduzione**

I comportamenti violenti, aggressivi e antisociali che caratterizzano una popolazione sempre più estesa di adolescenti, rappresentano un elemento di preoccupazione in molti paesi sviluppati. Nonostante la prevenzione e gli interventi sui comportamenti esternalizzanti siano preferibili in età precoci, alcuni studi indicano che circa la metà dei ragazzi con problematiche comportamentali ricevono un trattamento per la prima volta in adolescenza. Evidenze suggeriscono che interventi mirati a un ampliamento delle competenze genitoriali sono associati a una riduzione delle problematiche comportamentali, un miglioramento della salute mentale e della riuscita educativa.

Nonostante ciò, i programmi d'intervento sulle problematiche comportamentali negli adolescenti sono generalmente meno efficaci di quelli utilizzati nei bambini.

In questo lavoro prenderemo in esame e analizzeremo i vari trattamenti per i Disturbi Esternalizzanti in adolescenza mettendo in evidenza punti di forza e criticità' in modo da ipotizzare una modalità' in intervento il più' funzionale possibile in questa fascia d'età.

## **I disturbi esternalizzanti in adolescenza**

I problemi comportamentali in età evolutiva rappresentano uno dei motivi più frequenti per i quali le famiglie si rivolgono ai professionisti che operano nel campo della salute mentale per ricevere assistenza. Il bambino o l'adolescente con tali problematiche esprime il proprio disagio all'esterno, provocando situazioni di disturbo negli ambienti in cui il comportamento problema si manifesta, con conseguente rottura degli equilibri relazionali. Per questo motivo le problematiche comportamentali vengono anche definite "*problematiche esternalizzanti*" (Di Pietro & Bassi, 2013).

Si possono individuare alcune principali caratteristiche di un bambino o un adolescente con problemi di comportamento, tra queste vi è la tendenza a mostrarsi aggressivo per ottenere ciò che vuole, ad opporsi e trasgredire regole sociali e/o legali e la tendenza ad anteporre i propri bisogni a quelli degli altri.

Tali disturbi comportano più o meno gravi difficoltà relazionali nei vari contesti di vita nei quali il bambino/adolescente è inserito o vuole inserirsi. Le relazioni con i pari spesso sono molto deboli o assenti, i rapporti con i familiari (genitori, fratelli, sorelle ecc.) si connotano frequentemente di conflittualità per la scarsa aderenza alle regole ed è molto probabile che il soggetto viva una serie di insuccessi più o meno marcati a scuola e, in seguito, a lavoro.

Studi sulle traiettorie di sviluppo di soggetti con elevati comportamenti aggressivi e antisociali (Lambruschi & Muratori, 2013) mostrano un'evoluzione della sintomatologia manifesta che va da un'aggressività maggiormente reattiva, impulsiva e caratterizzata da manifestazioni di tipo *overt*

(es: picchiare, lanciare oggetti) che caratterizza l'infanzia, ad una proattiva e strumentale (volta al raggiungimento di scopi personali) tipica dell'età pre-adolescenziale e adolescenziale, nella quale, oltre a sintomi *overt* più gravi rispetto a quelli individuabili nella precedente fascia d'età (che possono arrivare alla violenza fisica o all'omicidio), possono essere presenti anche manifestazioni di tipo *covert* (violazioni di regole, es: furti, rapine, atti di vandalismo). In questi soggetti è stato inoltre osservato che tali comportamenti aggressivi e antisociali si mantengono in età adulta e caratterizzano individui autori di crimini e reati molto gravi e frequenti.

Quando i problemi di comportamento assumono un carattere cronico, non scompaiono in poco tempo in relazione ad un particolare evento transitorio ma rappresentano una modalità standard di risposta agli eventi quotidiani che caratterizza il bambino, eccessivo nell'intensità rispetto ai coetanei, molto frequente e invalidante sul piano relazionale, è possibile parlare di "*Disturbo esternalizzante*" (Di Pietro & Bassi, 2013).

Riferendoci alle categorie diagnostiche ufficiali (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition, DSM-5; American Psychiatric Association, APA; 2013*), i principali disturbi del comportamento che si possono riscontrare in età evolutiva sono il Disturbo oppositivo provocatorio (DOP) e il Disturbo della condotta (DC) racchiusi nella categoria diagnostica dei "*Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta*" (DCD), (DSM-5, APA: 2013).

Molte ricerche concordano su un'elevata comorbidità tra DOP/DC (Masi et al., s.d.) e studi longitudinali stanno analizzando il valore prognostico di un severo e precoce DOP come fattore di rischio che, associato ad altri fattori, può rappresentare un predittore per lo sviluppo di condotte antisociali in età adulta (Kraemer et al., 2001). Quanto detto sembra essere associato a un'osservata mutazione della sintomatologia dal DOP al DC (Pardini & Fite, 2010) per poi sfociare in condotte antisociali con possibile evoluzione in un Disturbo Antisociale di Personalità o un Disturbo da Abuso o dipendenza da Sostanze (Milone, 2013). Gli adolescenti con DCD, inoltre, oltre ad essere maggiormente esposti al rischio di adottare condotte poco salutari (uso di alcool, droghe e tabacco in età precoci), appaiono più inclini all'insuccesso e/o abbandono scolastico, aumentando così il rischio di imbattersi in un percorso di sviluppo più difficile e insidioso.

Molti studi si sono interessati alla ricerca di fattori predisponenti per il DCD, in modo da elaborare trattamenti quanto più precoci in ottica preventiva. Tra i fattori che sono stati individuati si ricordano: il ruolo della vulnerabilità neurobiologica e temperamentale, degli stili educativi e modeling e per quanto concerne in particolare il rischio di un esordio adolescenziale, la frequentazione di gruppi di coetanei devianti, spesso associata a esperienze di emarginazione o

rifiuto da parte dei pari in età precedenti (Lambruschi & Muratori, 2013; Lochman & Welles, 2002).

L'intervento sui disturbi esternalizzanti è ovviamente preferibile in età infantile o scolare; tuttavia non tutti i bambini con serie difficoltà di comportamento ricevono un adeguato trattamento per queste e circa un terzo di loro viene preso in carico solo in adolescenza (Brestan & Eyberg, 1998; Broidy *et al.*, 2003). Questi adolescenti, con diagnosi di DC, che arrivano al trattamento in ritardo sono più resistenti al cambiamento per la molteplicità di fattori di rischio che si sono sommati nel tempo e per quanto alcuni studi suggeriscano che soprattutto interventi sul contesto familiare possano ridurre il livello di compromissione comportamentale del ragazzo con DCD (Kazdin & Weisz, 1998; Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 1998; Moretti & Obsut, 2009) in generale, intervenire sui DCD in età adolescenziale sembra risultare meno efficace (Eyberg, Nelson, & Boggs, 2008).

#### *Ipotesi eziopatogenetiche*

Sono presenti in letteratura numerose ipotesi etiopatogenetiche e spesso è necessaria una integrazione fra tali modelli per comprendere i peculiari processi cognitivi dei disturbi esternalizzanti. La psicopatologia dello sviluppo, com'è noto, sottolinea il concetto di multifattorialità nella determinazione delle problematiche comportamentali ed emotive di rilievo clinico, per cui sia lo sviluppo normale che psicopatologico non può costruirsi, ad esempio, solo a partire da un certo dato temperamentale, né da uno specifico deficit neuronale, né da un particolare pattern d'attaccamento, bensì dall'intreccio tra fattori di rischio, da un lato, e fattori protettivi, dall'altro, rintracciabili su diversi domini personali e sociali: caratteristiche proprie del bambino (funzioni neuro cognitive, vulnerabilità biologica, temperamento); qualità dei legami di attaccamento e stile educativo familiare; variabili ecologiche (avversità familiari, economiche, stress sociali, eventi critici che possono colpire il ciclo vitale familiare) (Milone e et al., 2007). Più domini di rischio sono implicati e si sovrappongono, più alta è la probabilità di psicopatologia: ad esempio, in bambini con diagnosi accertata di Disturbo Oppositivo-Provocatorio e di Disturbo della Condotta c'è una probabilità 34 volte superiore alla norma di trovare elementi di rischio in tutti e 4 i domini (Greenberg 1999).

Gli studi sulle funzioni neurocognitive indicano come in questa area psicopatologica vi sia spesso un difetto nel meccanismo di controllo dell'aggressività, mediato dalla funzionalità dell'amigdala, e del riconoscimento dei segnali di sottomissione dell'altro e questo porta ad una scarsa comprensione e espressione delle emozioni morali e di empatia (Blair 2000). Inoltre è stato ipotizzato che anomalie nello sviluppo neuronale, in particolare nelle funzioni verbali ed esecutive

(basso QI verbale, ridotta fluidità e immaturità delle strategie di apprendimento verbale), possano portare i DCD ad avere difficoltà a pianificare soluzioni alternative a problemi interpersonali e ad ipotizzare le conseguenze delle proprie azioni, ad usare il dialogo interno come mediatore dell'auto-controllo e ad avere difficoltà nell'etichettamento delle emozioni e dei loro comportamenti (Milone e et al., 2007)

Anche il temperamento svolge un ruolo molto importante nello sviluppo di questi disturbi, sono stati però poco studiati i processi attraverso cui ciò avviene. Ad esempio, alcuni stili temperamentali (Milone e et al., 2007) potrebbero avere un ruolo centrale nel determinare le difficoltà di regolazione emotiva di questi bambini, inducendoli a mettere in atto azioni impulsive per le quali in seguito proveranno rimorso, ma che comunque avranno difficoltà a controllare, e rendendoli particolarmente inclini ad arrabbiarsi se provocati.

Un bambino con difficoltà temperamentali, da una parte, ed una madre la cui storia di vita e il cui attuale stato mentale impediscono di relazionarsi in maniera sintonica, dall'altra, si influenzano reciprocamente nel modello evolutivo bidirezionale dei disturbi della condotta proposto da Fonagy (Fonagy et al. 1993). Il comportamento incostantemente ed imprevedibilmente responsivo o addirittura intrusivo e spaventante della madre esacerba l'irritabilità di base del bambino, che a sua volta aumenta la difficoltà materna a prendersene cura. Si sviluppano in questo modo modalità di attaccamento insicure particolarmente intense.

Molti studi sottolineano come il pattern d'attaccamento disorganizzato risulti chiaramente correlato con elevati livelli di ostilità e di aggressività in età prescolare e quindi con la categoria dei disturbi della condotta (Lyons-Ruth et al. 1989; Shaw et al. 1994, Shaw et al. 1996, Shaw et al. 2000): questo fattore però costituisce un potente predittore se combinato insieme ad un temperamento difficile (i bambini con entrambi i fattori di rischio mostravano punteggi di aggressività al 99° percentile), mentre la presenza di uno solo di tali fattori correla con livelli di aggressività entro la norma.

I modelli primari di attaccamento disorganizzato, come sappiamo, tendono ad evolvere in età prescolare verso configurazioni cosiddette "controlling": più specificamente, possono assumere uno stile di tipo punitivo oppure di tipo caregiving nei confronti della figura d'attaccamento (Main e Cassidy 1988; Wartner et al. 1994), o in altri termini quelli che Crittenden (Crittenden 2008) chiama configurazioni coercitive o difese ad alto indice. Ovvero relazioni genitore-bambino in cui per i bambini che sviluppano uno stile di attaccamento compulsivamente genitoriale il controllo della figura materna viene dall'identificazione di ciò che ai genitori piace e dal farlo senza riguardo per i propri sentimenti; mentre negli stili punitivi il bambino usa la conoscenza dei desideri e delle

preferenze genitoriali per costringere i genitori, ad esempio impegnandosi nel rifiutare sistematicamente le loro richieste. Possiamo immaginare così che gli esiti e l'espressività sintomatologica finiscano per assumere caratteristiche significativamente diverse entro stili relazionali così differenziati (Lambruschi e Fabbri 2004).

Un altro importante fattore di rischio è rappresentato da un ambiente familiare caratterizzato da pratiche educative coercitive (Patterson 1986) o da prolungati abusi psicologici e fisici nonché deprivazione: tali caratteristiche portano spesso il bambino a sopravvalutare l'efficacia dell'aggressività come modalità di risposta, ad avere difficoltà a dare una corretta interpretazione alle motivazioni che spingono gli altri ad agire e ad un'iper-vigilanza verso i segnali di ostilità altrui (Dodge 1991).

Anche alcune caratteristiche dell'interazione genitore-bambino sono state delineate come fattori di rischio, ad esempio un atteggiamento educativo punitivo e rigido, che spesso assume le caratteristiche di abuso fisico o psicologico risulta strettamente correlato (Milone e et al., 2007) all'insorgenza dei Disturbi del Comportamento con marcata componente aggressiva, mentre un atteggiamento inconsistente, incoerente e trascurante si correla maggiormente ai DCD a prevalente componente delinquenziale. È probabilmente nel tentativo di proteggersi da interazioni primarie con un ambiente sociale ostile che questi bambini si mantengono ipervigili nel monitorare l'ambiente circostante, focalizzandosi sui segnali interpersonali più immediati e soprattutto ostili, senza soffermarsi ad esaminare l'ambiente e a considerare inferenze più complesse circa il comportamento altrui, preferiscono quindi passare agli agiti, piuttosto che soffermarsi a comprendere le motivazioni e le intenzioni sottostanti al comportamento (Lochman e Dodge 1994). Possiamo quindi immaginare che nello sviluppo di tali quadri clinici una peculiare reattività temperamentale vada ad incontrarsi con un contesto di relazione particolarmente critico, sia sul piano delle funzioni educative sia riguardo alla qualità dei legami affettivi (Milone e et al., 2007).

Un'altra caratteristica peculiare dei genitori, riguarda senz'altro le convinzioni e le aspettative nutrite nei confronti di se stessi, del figlio e delle difficoltà di quest'ultimo. Nei genitori dei bambini con problemi di condotta ed aggressività si riscontrano spesso credenze disfunzionali sul disturbo e sulle modalità di affrontarlo; essi infatti tendono a valutare le difficoltà del figlio come molto più gravi di quanto non siano in realtà e ad attribuirle a tratti disposizionali negativi, interni, stabili e a mancanza di impegno nel controllo da parte dello stesso (Capo 2007); di conseguenza ritengono che la causa e quindi la soluzione dei problemi riguardino esclusivamente il bambino e siano relativamente non modificabili o incontrollabili.

### **Rassegna dei trattamenti dei disturbi esternalizzanti in adolescenza**

I problemi del comportamento nell'età evolutiva rappresentano la causa più frequente di invio di bambini e adolescenti ai Servizi di Salute mentale, con significative ripercussioni sul piano sanitario e sociale (Rocca, Gatti, 2013). Le conseguenze di tali disturbi possono essere particolarmente pesanti, e condurre allo sviluppo di problemi delinquenziali e di salute mentale in età adulta. Gli interventi di trattamento psicosociale per giovani con problemi di condotta o esternalizzanti si sono sviluppati lungo un ampio spettro (da un livello individuale ad uno familiare e comunitario) e sulla base di diverse basi teoriche ma nel complesso, la varietà di interventi che è stata valutata da un punto di vista empirico può essere distinta sulla base del target principale dell'intervento: individuale (sui ragazzi o sui genitori), familiare, sull'ambiente.

#### *Programmi focalizzati sui genitori*

Gli interventi incentrati sui genitori sono stati i più studiati nel trattamento dei disturbi della condotta, proprio alla luce del ruolo che l'interazione maladattiva tra genitori e figli riveste nello sviluppo di tali problemi (Moffitt, 1993). Gli obiettivi più importanti di questi interventi sono, dunque, quelli di migliorare le abilità genitoriali e la qualità della relazione con i figli. Sono stati sviluppati due principali tipi di programma: uno di tipo comportamentale, focalizzato sull'aiutare i genitori ad acquisire le abilità necessarie a modificare alcune cause dei comportamenti aggressivi/antisociali, ed uno relazionale, mirato ad aiutare i genitori a comprendere sia le proprie emozioni sia quelle del bambino, incrementando la comunicazione e la relazione con quest'ultimo. In ogni caso, molti programmi focalizzati sui genitori combinano entrambi gli elementi (Gould & Richardson, 2006).

Un modello di intervento molto conosciuto e diretto a potenziare la genitorialità è il Parent Management Training – Oregon (PMT-O). Sviluppato alla fine degli anni '60 dall'Oregon Social Learning Group, tale programma si basa sulla teoria di Patterson e Guillion (1968), secondo la quale l'aggressività ed i problemi della condotta del bambino sono inavvertitamente sostenuti da comportamenti inadeguati dei genitori, che con una disciplina incoerente, punizioni severe e inappropriate, richieste assillanti ed inefficaci, finiscono per incrementare – piuttosto che ridurre – i comportamenti maladattativi dei figli (Patterson, Reid, Jones & Conger, 1975). L'obiettivo del programma, è quello di insegnare ai genitori ad evitare le pratiche coercitive ed a migliorare le loro capacità genitoriali assumendo comportamenti più coerenti, utilizzando un sistema razionale di premi e di piccole punizioni, elaborando chiare norme di comportamento che il bambino deve seguire, occupandosi maggiormente dei figli ed aiutandoli a risolvere i problemi della vita

quotidiana. Il terapeuta lavora direttamente con i genitori in modo domiciliare. Il PMT è utilizzato sia come singolo strumento di intervento sia in combinazione con altre componenti come strategia multimodale. Il programma si è dimostrato efficace nel ridurre il comportamento aggressivo e nel mantenere tali cambiamenti anche a due anni dalla fine dell'intervento (Patterson, Chamberlain & Reid, 1982; Hautmann et al., 2009; Forgatch, Patterson, DeGarmo & Beldavs, 2009; Hagen, Ogden & Bjornebekk, 2011). Molte meta-analisi hanno confermato questi risultati (Dretzke et al., 2005; McCart, Priester, Davies & Azen, 2006; Kiobli, Hukkelberg & Ogden, 2013).

Altro intervento che ha postato una marcata efficacia in famiglie con adolescenti fino a 16 anni è il Triple P, Positive Parenting Program, un programma genitoriale designato a trattare i disturbi del comportamento attraverso il miglioramento delle abilità e competenze genitoriali. Si struttura in 5 livelli di intervento attraverso un continuum di intensità crescente. Il fondamento logico è che esistano diversi livelli di disfunzione comportamentale nei bambini, e che i genitori possano avere un ruolo differente rispetto al tipo, l'intensità e le modalità di assistenza di cui necessitano i figli. Il Livello 1 è fondato su una strategia di informazione finalizzata ad incrementare l'attenzione della comunità sulle risorse genitoriali, incoraggiando i genitori a partecipare ai programmi ed a informarli circa i problemi della crescita. Il Livello 2 fornisce specifiche soluzioni sul come risolvere comuni questioni dello sviluppo infantile e problematiche comportamentali di minor rilievo del bambino. Esso include suggerimenti e filmati dimostrativi di strategie specifiche per i genitori. Il Livello 3 implica un training di abilità dinamiche, combinando prove e autovalutazioni, con l'obiettivo di insegnare ai genitori come controllare questi comportamenti. Il Livello 4 è deputato a far apprendere abilità positive da applicare in una larga scala di contesti e si svolge attraverso 10 sessioni individuali e 8 di gruppo, per un totale di 10 ore. Il Livello 5 consiste in una strategia di gestione comportamentale superiore per famiglie in cui le difficoltà genitoriali sono aggravate da altre fonti di malessere. Il programma è stato molto valutato sul piano dei risultati fino ai 16 anni di età. In particolare, una recente e completa meta-analisi ha confermato la validità del Triple-P nel migliorare le capacità genitoriali, nel risolvere i problemi comportamentali dei figli e nell'aumentare il benessere dei genitori.

#### *Programmi focalizzati sulla famiglia*

Vari approcci alla terapia familiare sono stati sviluppati e, tra questi, uno dei principali è la Functional Family Therapy (FFT). Tale programma è fondato su di un approccio sistemico, elaborato più di trenta anni fa da James Alexander e Bruce Parsons (1973) per ragazzi di 11-18 anni con comportamenti aggressivi e/o abuso di sostanze. Alla base del programma vi è l'idea che i



problemi di comportamento del minore siano l'espressione di un malfunzionamento dell'intero sistema familiare: solo migliorando i canali di comunicazione e di interazione tra tutti i membri della famiglia è possibile addivenire ad un cambiamento pro-sociale del comportamento del bambino. Il programma consiste abitualmente in 8-12 sessioni di un'ora, per una durata di circa tre mesi, ma in casi particolari può essere prolungato. Sono previste diverse fasi in sequenza: all'inizio vi è uno stadio di *engagement and motivation*, durante il quale mediante tecniche di tipo cognitivo il terapeuta cerca di rimpiazzare atteggiamenti negativi con atteggiamenti positivi, cerca di iniziare un'alleanza terapeutica con tutti i membri della famiglia. In un secondo momento (*behavioral change*) le interazioni tra i diversi membri della famiglia sono valutate ed orientate ad un miglior funzionamento del sistema familiare: il terapeuta cerca di far comprendere ciò che ogni membro della famiglia si aspetta dagli altri e di rendere chiari i rapporti tra i diversi membri; vengono indotti cambiamenti delle interazioni familiari facilitando l'identificazione dei problemi, migliorando la comunicazione e sviluppando la capacità di risoluzione dei problemi. In generale, il terapeuta cerca di ristrutturare le relazioni familiari attraverso diverse tecniche (quali ad esempio il *cognitive reframing* e lo *skills training*), al fine di ottenere un cambiamento dei comportamenti. In una terza fase, detta di *generalization*, il cambiamento viene sostenuto e proiettato anche al di fuori dello stretto ambito familiare ad esempio in ambito scolastico o giudiziario), in modo tale che la famiglia si riesca a rendere indipendente dal terapeuta (Rocca, Gatti, 2013).

#### *Programmi di intervento Multi-modali*

La combinazione di diverse modalità di trattamento in modo da coinvolgere contemporaneamente diversi livelli di intervento (individuale, familiare, etc.) ha portato alla elaborazione del MultiModal Treatment (MMT), da alcuni considerato il più efficace tipo di intervento (Craig & Digout, 2003). Questo approccio, più complesso di quelli incentrati unicamente sul bambino o sulla famiglia, non si limita a sommare due o più tipi di intervento, ma cerca di mettere insieme gli elementi dei diversi programmi che più si addicono alla soluzione dei singoli casi.

Alcuni esempi di MMT sono rappresentati da: Multi-systemic Therapy (MST) e Multidimensional treatment foster care (MTFC).

La terapia multisistemica (Multisystemic therapy, MST), elaborata da Henggeler e coll. (Henggeler, Rodick, Bor-duin, Hanson, Watson & Urey, 1986), rappresenta uno dei più intensivi programmi di intervento, utilizzata soprattutto per adolescenti e preadolescenti antisociali, anche come alternativa al tradizionale percorso giudiziario (Henggeler, Melton & Smith, 1992). Questo

programma fu elaborato nella convinzione che il comportamento antisociale sia sotteso da una molteplicità di fattori di rischio a livello individuale, familiare, scolastico, comunitario, e che solo intervenendo contemporaneamente ed intensamente su tutti questi fattori sia possibile ottenere dei risultati. Il programma è focalizzato sulla famiglia e sulla comunità ed è realizzato da una équipe di 3-4 terapeuti che hanno un piccolo carico di lavoro (5 famiglie per ogni terapeuta), sono disponibili 7 giorni la settimana 24 ore al giorno, forniscono un servizio per 2-15 ore la settimana e fruiscono di una intensa formazione e continua supervisione. Il programma dura dai 4 ai 6 mesi e si svolge nella casa del ragazzo ed in altri luoghi da lui frequentati. I terapeuti hanno l'obiettivo di migliorare le capacità educative dei genitori e di influire su insegnanti, educatori ed, in generale, sulle persone significative, al fine di rendere l'ambiente sociale e familiare del ragazzo più favorevole ad un positivo adattamento e meno stimolante il comportamento antisociale. Secondo Henggeler, il MST deve seguire una serie di principi, quali una precisa identificazione del processo di trattamento più adeguato per lo specifico caso, la valorizzazione dei punti di forza del ragazzo, la responsabilizzazione dei membri della famiglia, l'orientamento al presente al fine di risolvere problemi in atto piuttosto che riferirsi al passato, la puntuale considerazione dell'appropriatezza degli interventi in relazione all'età ed alla fase dello sviluppo, il tempestivo, continuo e ripetuto sforzo finalizzato al cambiamento, accompagnato da frequenti verifiche e risposte, un costante impegno nella valutazione del funzionamento del programma, considerando anche gli effetti che seguiranno una volta che l'intervento sarà concluso (Rocca, Gatti, 2013). Sono stati pubblicati studi controversi che ne affermano l'efficacia

Da segnalare Multi-dimensional Treatment Foster Care (MTFC), sviluppato da Patricia Chamberlain e coll. all'inizio degli anni '80 presso l'Oregon Social Learning Centre, per giovani adolescenti che hanno problemi di condotta e non possono rientrare nel contesto familiare (Chamberlain, 1994; Chamberlain, 2003). Questa tipologia di intervento è fondata sui principi della "Social Learning Theory" questi programmi cercano di far acquisire a genitori, insegnanti ed educatori le skills necessarie a far fronte ai problemi comportamentali del ragazzo, insegnando a stabilire chiari limiti e regole, a sostenere e rinforzare i miglioramenti, stabilendo una stretta supervisione. I terapeuti agiscono anche in modo da favorire i contatti del soggetto con coetanei prosociali e da scoraggiare i rapporti con ragazzi devianti. Rappresenta un programma molto intensivo, che comporta una organizzazione complessa ed una molteplicità di ruoli. L'obiettivo finale è quello di cambiare il comportamento dell'adolescente e favorirne il rientro nella famiglia di origine, ovvero, nei casi nei quali ciò non fosse possibile, l'inserimento in una famiglia adottiva. Diversi studi hanno riscontrato l'efficacia di questi programmi nel miglioramento del

comportamento e nella riduzione dell'aggressività dei soggetti trattati e ciò sembra dovuto principalmente al miglioramento della gestione intra-familiare ed all'allontanamento dai coetanei devianti (Rocca, Gatti, 2013).

### **Programmi multi-modali con focus sull'adolescente**

Il modello esplicativo multidimensionale della condotta aggressiva tiene conto delle interazioni tra i processi cognitivo-emotivi implicati nell'atto aggressivo come i fattori di predisposizione individuale e variabili socio-ambientali (Fedeli, 2011). I diversi modelli di trattamento *evidence-based* per i Disturbi Esternalizzanti condividono la struttura multi-modale del *setting*. In generale questi modelli terapeutici prevedono sessioni per i genitori e per i loro figli e hanno come obiettivo quello di ridurre i comportamenti aggressivi dei bambini anche attraverso un aumento delle competenze socio-relazionali dei genitori ed a volte un intervento sul contesto scolastico.

Superare la rigidità di singole posizioni teoriche ed applicative puo' contribuire a ridurre la distanza fra l'ambito della ricerca e l'ambito clinico favorendo la comprensione di quale variabile specifica interviene nel produrre un certo tipo di esito con un particolare paziente. In generale, la componente che riguarda i genitori, importante nel trattamento di questa patologia, si basa sulla condivisione di alcune tecniche educative ritenute efficaci: ad esempio uso dei premi, *token economy*, *time-out*, dare istruzioni chiare e far seguire i comportamenti positivi da premi o da frasi connotate da affetti positivi. Mentre la componente per i bambini con disturbo da comportamento dirompente dovrebbe prevedere che il terapeuta attraverso l'uso di tecniche ed esercizi di *modelling*, giochi di ruolo, programmi di rinforzo strutturato (es. *token-economy*) cerchi di aumentare nel soggetto l'abilità di autoregolazione, di interazione con gli altri, e di *problem-solving*. Nei prossimi paragrafi analizzeremo più nello specifico due modelli di trattamento multimodali che si applicano in ambito clinico, il Coping Power Program e la DBT nella versione per gli adolescenti.

### *DBT versione per gli Adolescenti*

Dal punto di vista della DBT molti comportamenti adolescenziali problematici sono influenzati da due fattori importanti: la mancanza di capacità interpersonali di autoregolazione e di tolleranza alla sofferenza e fattori personali e ambientali che inibiscono l'uso che i ragazzi possono avere di queste abilità. Questi fattori, secondo questo approccio, interferiscono anche con lo sviluppo di nuove abilità e capacità, oltre a rafforzare i comportamenti inappropriati. Questa disregolazione emotiva comportamentale, spesso contribuisce al fatto che un adolescente non riesca a formare un senso di sé stabile e abbia difficoltà a instaurare relazioni stabili con coetanei e familiari.

Gruppo multifamiliare di skills training;

- Terapia DBT individuale;
- Coaching telefonico per ragazzi e membri della famiglia;
- Sedute di terapia familiare (se necessario);
- Sedute di terapia individuale (se necessario)
- Team meeting di consultazione dei terapeuti;
- Possibili trattamenti secondari - farmacoterapia, comunità terapeutiche/residenziali

*Tabella 1 Modalità della DBT completa ambulatoriale per adolescenti multiproblematici*

Il trattamento DBT per adolescenti è composto da cinque set di skills che mirano a proporre delle alternative ai maggiori problemi associati, negli adolescenti, alla disregolazione emotiva. Le skills di mindfulness aiutano a aumentare la consapevolezza di sé, il controllo dell'attenzione, mentre riducono la sofferenza e aumentano il piacere; le skills di tolleranza alla sofferenza offrono strumenti per ridurre l'impulsività e accettare così com'è la realtà; le skills di regolazione emotiva contribuiscono ad aumentare le emozioni positive e a ridurre quelle negative; le skills di efficacia interpersonale aiutano gli adolescenti a migliorare e mantenere le relazioni con i coetanei e i familiari costruendo il rispetto di sé; infine, le skills del percorrere il sentiero di mezzo propongono metodi per ridurre i conflitti familiari, insegnano la validazione, i principi del cambiamento, a pensare e agire in maniera dialettica.

Il trattamento è definito multimodale perché agisce direttamente:

- incrementando le capacità dei ragazzi e dei familiari insegnando abilità specifiche;
- strutturando un ambiente di trattamento per motivare, potenziare e personalizzare l'uso appropriato di queste abilità;
- incrementando la motivazione ai ragazzi a utilizzare nuove abilità acquisite identificando i fattori che mantengono i comportamenti problematici;
- offrendo supporto ai terapeuti che trattano adolescenti multiproblematici.

**Abilità del percorrere il sentiero di Mezzo**

***Dialettica:*** Pensare e agire in modo dialettico, Dilemmi dialettici

***Validazione:*** Validare se stessi e validare gli altri

***Cambiare il Comportamento:*** Rinforzi, Shaping, Estinzione e Punizione.

Tabella 2. Panoramica del modulo Percorrere il sentiero di mezzo

La DBT per adolescenti modifica leggermente le modalità di intervento della DBT inserendo un modulo legato alle abilità del percorrere la via di mezzo, non presente nella versione classica, svolgendo skills training multifamiliari cui partecipano sia adolescenti, sia genitori, fornendo coaching telefonico non solo agli adolescenti, ma anche ai familiari e offrendo sedute di terapia sia familiari che individuali (Miller et al., 2007).

La sostanziale differenza con il modello della DBT per adulti è legata alla presenza di gruppi multifamiliari in modo che i genitori dei ragazzi imparino lo stesso contenuto dialettico dei figli. La presenza di più famiglie consente il confronto e la possibile formazione di una rete sociale di supporto tra i vari membri del gruppo, fornisce efficaci modelli di coping, motivazione e maggiori possibilità di mettere in pratica abilità acquisite all'interno di un contesto prima più strutturato che ne favorisce l'apprendimento funzionale. Inoltre l'inserimento di un nuovo modulo sulle abilità di Percorrere il sentiero di mezzo mira alla diminuzione dei conflitti familiari, al mantenere la motivazione al cambiamento modificando efficacemente il proprio comportamento e quello degli altri per garantire una efficacia del trattamento non solo nel breve termine ma anche a lungo termine (Rathus, Miller, 2016).

Al termine del percorso viene fatta una cerimonia finale in cui ragazzi e genitori che stanno lasciando il gruppo offrono il loro feedback costruttivo e si incoraggiano. questa dimensione è importante perché ricevere continuamente commenti supportivi consolida nei membri della famiglia le nuove opinioni di sé che si sono andate formando nel corso del gruppo. In questo modo si ha una validazione delle difficoltà e del dolore che le famiglie rimaste stanno sopportando e al contempo le motiva a lavorare e a perseverare verso un cambiamento che i membri al termine del percorso gli rimarcano come possibile e alla loro portata (Rathus, Miller, 2016).

Un punto di forza di questo trattamento è che la formazione del gruppo skills training può

prevedere numerosi adattamenti e modifiche rispetto al contesto nel quale ci si trova ad operare, in particolare si può decidere se proporre gruppi chiusi o aperti, se definire gruppi di soli adolescenti o per soli familiari, proporre delle varianti per adolescenti ospedalizzati, in strutture residenziali o all'interno del contesto scolastico.

Rispetto all'efficacia del trattamento Rathus e Miller (2016) propongono una rassegna di studi che comprovano l'efficacia del trattamento, in particolare i lavori di Cooney et al. (2012) in Nuova Zelanda, Mehulm et al. (2013) in Norvegia, Linehan et al (2002) e Miller (2007) hanno rilevato come la DBT adolescenti riduca i comportamenti suicidari, la depressione, e i tratti BPT. Inoltre emerge una buona tolleranza del trattamento da parte dei pazienti, una grande duttilità e una forte aderenza al trattamento con percentuali molto basse di drop out (Rathus e Miller, 2016).

### *Coping Power Program*

Il *Coping Power Program* (Lochman e Wells, 2002) - CPP - è un intervento specifico per la gestione e il controllo dell'aggressività rivolto ai bambini della scuola primaria e dei primi anni della scuola secondaria e alle loro famiglie. Originariamente previsto per l'applicazione nel contesto scolastico, è attualmente utilizzato anche in contesti clinici ed ha una durata di circa 15 mesi. L'impianto teorico del programma è di matrice cognitivo comportamentale e si basa sul *Contextual Social-Cognitive Model* di Lochman, un modello ecologico dell'aggressività in età infantile derivato dagli studi sull'etiologia dell'aggressività in età evolutiva. Tale modello ipotizza che, a partire da fattori di rischio biologici del bambino (complicanze neonatali, fattori genetici, anomali livelli di serotonina o testosterone, fattori temperamentali) alcune caratteristiche del contesto familiare e sociale (depressione materna, conflitti coniugali, scarso supporto sociale, basso livello socio-economico, frequentazione di contesti sub-urbani o di cultura delinquenziale), oltre ad avere un'influenza diretta sui problemi esternalizzanti dei bambini, ne possono indirettamente aggravare le caratteristiche influenzando alcuni processi cardine quali le pratiche educative genitoriali, le abilità sociali e la regolazione emotiva dei bambini (Lochman, Barry, Powel, Boxmeyer e Holmes, 2008). Dalla combinazione di questi diversi fattori di rischio, i bambini con problemi di aggressività sviluppano quindi una modalità distorta e deficitaria di elaborazione dell'informazione sociale. In particolar modo essi infatti tendono a percepire e a valutare i segnali inter-personali provenienti dagli altri prevalentemente in maniera ostile e a reagire di conseguenza in modo aggressivo (Lochman e Dodge, 1994).

A partire dagli assunti del modello descritto, Lochman e Lenhart (1993) hanno sviluppato un programma denominato inizialmente *Anger Coping Program*, che prevedeva sessioni di gruppo

solo per i bambini, e che è stato successivamente ampliato e modificato dando origine al CPP, che, oltre al lavoro con i bambini, prevede delle sessioni di *parent training* di gruppo per i loro genitori (Lochman e Wells, 2002).

Il CPP nasce come un intervento di prevenzione secondaria dello sviluppo delle conseguenze evolutive di un disturbo da comportamento dirompente (uso di sostanze, comportamenti delinquenti, emarginazione sociale), effettuato nelle scuole americane. Numerosi studi confermano l'efficacia del programma nel ridurre i comportamenti aggressivi e l'abuso di sostanze nei ragazzi anche a distanza di tre anni (Lochman e Wells, 2003; Lochman e Wells, 2007a; Lochman e Wells, 2007b), inoltre successive analisi hanno evidenziato un uso maggiore di spiegazioni ancorate ad un locus of control interno, al post-intervento, associate ad una diminuzione degli errori attributivi e delle aspettative ostili ed anche supportate da una maggiore coerenza delle pratiche educative genitoriali (Lochman e Wells, 2002). Tali risultati sono stati confermati anche nell'applicazione del CPP in contesti clinici in particolar modo in Europa (Van de Wiel, Matthys, Cohen-Kettenis, Maassen, Lochman e Van Engeland, 2007; Zonneville-Bender, Matthys, Van de Wiel e Lochman, 2007).

L'intervento si articola in 24 sessioni ciascuna con un tema e degli obiettivi specifici della durata di circa un'ora. Inoltre, di sessione in sessione, il bambino deve raggiungere degli obiettivi minimi a scuola o nel contesto familiare, che di settimana in settimana vengono verificati dal trainer del gruppo attraverso la verifica del "Foglio dei traguardi", un semplice contratto comportamentale la cui novità è che è il bambino stesso, nel contesto di gruppo, a proporre il tema sul quale vuole impegnarsi. Questo tema, con l'aiuto del trainer, viene operazionalizzato in uno o più obiettivi comportamentali che vengono definiti per la settimana successiva. Il raggiungimento di queste piccole mete permetterà al bambino di accedere ad un sistema a premi presentato all'inizio del percorso.

Lo schema generale di ciascuna sessione prevede quindi:

- 1) Verifica degli obiettivi conseguiti a scuola o a casa
- 2) Introduzione al tema specifico che verrà affrontato durante l'incontro
- 3) Attività specifiche, di volta in volta diverse, riguardanti il tema affrontato
- 4) Assegnazione dei punti in base agli obiettivi raggiunti e all'impegno profuso nell'attività di gruppo
- 5) Momento di gioco libero

Uno degli aspetti caratteristici di questo tipo di intervento è l'inclusione di attività che prevedono l'induzione di un certo grado di attivazione affettiva; il bambino quindi può apprendere tecniche di controllo della rabbia proprio mentre è emotivamente attivato. Come infatti è stato sottolineato precedentemente, le difficoltà di problem solving dei bambini aggressivi tendono ad essere più marcate proprio quando i bambini si trovano in uno stato di attivazione emotiva. Per questo motivo vengono proposti degli esercizi di role playing in risposta ad una provocazione che offrono al bambino la possibilità di modulare la rabbia proprio mentre sono affettivamente coinvolti, questo dovrebbe incrementare la generalizzazione degli effetti del trattamento. Tra gli esercizi più interessanti in questo senso il *Coping Power Program* prevede un'attività in cui un bambino del gruppo viene deriso dal resto del gruppo: mentre i bambini lo prendono in giro il bambino può muoversi su un tappeto su cui è disegnato un grande "termometro della rabbia" allo scopo di graduare il livello di emozione esperita. Inoltre, con l'aiuto del terapeuta, cerca di mettere in pratica opportune strategie e autoistruzioni che lo aiutino a fronteggiare la rabbia in maniera adattativa. Un'altra interessante attività focalizzata sul problem solving in situazioni sociali comporta un'attività di role playing di situazioni conflittuali, anche mediati dall'esperienza di vita dei bambini stessi, in cui si aiuta il bambino ad identificare e a sperimentare le diverse soluzioni alla situazione. Questa attività può essere eventualmente videoripresa in modo da valutare insieme al gruppo le alternative emerse nel corso del role playing ed eventualmente suggerirne di nuove. Successivamente viene proposto ai bambini di valutare le conseguenze positive e negative alla situazione presentata. I bambini sono inoltre invitati a riconoscere come la stessa situazione può essere interpretata in modi diversi chiedendo ai bambini di identificare le diverse ragioni del comportamento di una persona. L'obiettivo ultimo di questi esercizi, non è tanto quello del "cosa" fare in diverse situazioni, piuttosto quello di promuovere la loro capacità di autoriflessione, di "come" pensare in situazioni difficili. In questo senso essi possono assumere un valore straordinario nel promuovere le capacità di mentalizzazione dei bambini con problemi di comportamento, perché offrono loro la possibilità di esplorare, in forma di gioco, il rapporto tra i loro pensieri, i loro sentimenti ed i loro comportamenti, di capire quali cose possono dire a se stessi per modulare la propria esperienza emotiva, fornendo inoltre materiale prezioso che può essere ripreso nei colloqui individuali.

La componente per i genitori del Coping Power Program è strutturata in 16 sessioni di gruppo con l'obiettivo di sviluppare e potenziare le abilità genitoriali relative a diverse aree quali la promozione dell'organizzazione e delle abilità di studio, l'utilizzo di appropriate pratiche educative, l'incremento della comunicazione familiare ed un continuo aggiornamento sulle attività che i



bambini svolgono all'interno del gruppo in modo che i genitori possano sostenere le abilità di problem-solving che i loro figli stanno acquisendo. Come la maggior parte dei programmi di parent training l'intervento prevede l'utilizzo di homework in cui tra l'altro s'invita il genitore ad osservare in maniera sistematica alcuni aspetti del comportamento del figlio e a registrare le proprie reazioni in base al tema sviluppato nella sessione di gruppo. L'obiettivo di tali attività è aiutare i genitori a stabilire regole chiare, gratificare i comportamenti positivi, ignorare i comportamenti oppositori di minor entità, utilizzare le punizioni in maniera adeguata, fornire attenzione positiva. Oltre ai più espliciti scopi educativi con queste attività ci si propone di suscitare nei genitori una diversa visione del proprio figlio e del suo comportamento e di favorire l'instaurarsi di momenti relazionali positivi tra il bambino ed il genitore. Il programma prevede anche due sessioni dedicate alla modulazione dello stress genitoriale che prevedono un momento di riflessione comune su quanto lo stress possa influire negativamente sulle proprie abilità genitoriali ed una seduta collettiva di rilassamento. Viene richiesto inoltre ai genitori di progettare concretamente momenti per la cura di sé all'interno della settimana sollecitando l'attivazione della rete sociale sulla quale il genitore o la famiglia può contare.

Nonostante se ne consigli l'utilizzo anche nella pre-adolescenza e in adolescenza le modalità con cui il Coping Power si applica per questa fascia d'età segue dinamiche diverse rispetto alla versione pensata per i bambini che ancora non sono state standardizzate. Nel prossimo paragrafo prenderemo in considerazione uno studio sull'efficacia del Coping Power nella versione modificata per adolescenti condotto all'interno dell'IRCC Stella Maris nel reparto "*Al di là delle nuvole*" (Muratori et al., 2016).

### **Coping Power Program adattamento per gli adolescenti**

In uno studio condotto da Muratori et al. (2016) è stata verificata l'efficacia del Coping power per gli adolescenti ridefinendo obiettivi, modalità per perseguirli e l'ingaggio rispetto al trattamento che a questa età risulta l'aspetto più controverso e difficile da ottenere per pazienti con disturbi esternalizzanti.

Il Coping Power riadattato nella componente per i preadolescenti e gli adolescenti, ha previsto l'utilizzo di tecniche cognitive comportamentali ed attività volte al potenziamento di diverse abilità contenute anche nel CPP classico: intraprendere obiettivi a breve e a lungo termine, organizzare efficacemente lo studio, riconoscere e modulare i segnali fisiologici della rabbia, riconoscere il punto di vista altrui (perspective taking), risolvere adeguatamente le situazioni conflittuali, resistere alle pressioni dei pari ed entrare in contatto con gruppi sociali positivi. Il role-playing e

l'interazione con i pari sono stati i principali strumenti utilizzati dal programma allo scopo di incrementare la generalizzazione delle competenze acquisite al di fuori del setting terapeutico (Muratori et al., 2016)

I preadolescenti e gli adolescenti sono stati inseriti in gruppi di massimo sette coetanei e hanno frequentato il trattamento una volta alla settimana per circa quattro ore pomeridiane. All'interno dello stesso pomeriggio venivano svolte attività di gruppo psicoeducative e di rinforzo alle strategie di apprendimento, sia il minore che i genitori hanno usufruito di colloqui individuali. Inoltre sono stati previsti incontri stabili tra equipe terapeutica e insegnanti, operatori sociali e clinici territoriali, con i quali veniva concordata la fine del ciclo di trattamento e le modalità di presa in carico successiva. Il lavoro in rete con le equipe territoriali e scolastiche ha previsto, per ogni minore, due

- Gruppo di lavoro per gli adolescenti;
- Gruppo di lavoro per i genitori;
- Sedute di terapia individuale per i ragazzi;
- Sedute di terapia individuali per le famiglie;
- Team di consultazione tra gli operatori coinvolti nella presa in carico del ragazzo;
- Possibili trattamenti secondari - farmacoterapia

incontri a semestre.

#### *Tabella 4 Modalità della CPP completa ambulatoriale per adolescenti*

L'intervento proposto "Al di là delle nuvole" si è articolato in 26 sessioni ciascuna con un tema e degli obiettivi specifici della durata di circa un'ora. Inoltre, di sessione in sessione, il ragazzo doveva raggiungere degli obiettivi minimi a scuola o nel contesto familiare, che di settimana in settimana vengono verificati dal trainer del gruppo attraverso la verifica del "Foglio dei traguardi", un semplice contratto comportamentale la cui novità è che è il bambino stesso, nel contesto di gruppo, a proporre il tema sul quale vuole impegnarsi. Questo tema, con l'aiuto dei trainers, viene operazionalizzato in uno o più obiettivi comportamentali che vengono definiti per la settimana successiva. Il raggiungimento di queste piccole mete permetterà al ragazzo di accedere ad un sistema a premi presentato all'inizio del percorso (Muratori et al., 2016).

L'impianto pensato nella versione per bambini del CP rispetto al sistema dei punti e della definizione delle regole è stato modificato. Rispetto alla proposta delle regole del gruppo sono state definite in modo collettivo da ogni partecipante, i ragazzi sono stati aiutati nella formulazione delle stesse al positivo, in modo da identificare immediatamente il comportamento corretto da tenere, piuttosto che l'antigoal da perseguire meno immediato e più legato ad altre esperienze vissute dai ragazzi in altri contesti (scuola famiglia, sport) dei quali spesso non conservano un buon ricordo poiché le difficoltà comportamentali in questi ambiti sono state oggetto di richiesta d'intervento da parte della famiglia. Successivamente sono state spiegate le procedure per guadagnare i punti legate a:

- rispetto delle regole identificate dai ragazzi;
- la partecipazione positiva del ragazzo;
- lo svolgimento dei compiti assegnati;
- il raggiungimento del traguardo settimanale.

Nella versione proposta da Muratori e collaboratori (2016) non è stato applicato il sistema delle tre multe per la gestione dei problemi di comportamento, bensì un aggiuntivo *Diario dei Meriti* in cui ogni comportamento messo in atto dai ragazzi (operazionalizzato rispetto alle specifiche peculiarità di ognuno) dava la possibilità di raggiungere cinque semafori verdi che alla fine si traducevano in 10 minuti di free time e gioco libero in più per ogni sezione di lavoro. Questa modifica è stata pensata per creare una coesione del gruppo maggiore, veicolando il concetto di squadra e collaborazione tra membri che è risultato essere uno degli elementi cruciali nel percorso del CP, a maggior ragione per questa fascia d'età.

Altro elemento di cambiamento è stata la strutturazione di due figure fisse nella conduzione del colloquio con due ruoli diversi: una figura che conduceva il gruppo in modo attivo rivedendo homework, i traguardi e introducendo le attività delle varie sessioni e una figura attenta al clima emotivo della sessione di gruppo, con il ruolo di mediatore dei conflitti e sostegno per gli adolescenti in momenti di particolare difficoltà'. Questo cambiamento è stato applicato per promuovere un miglior clima relazionale all'interno del gruppo e una mediazione dei conflitti.

Lo schema generale di ciascuna sessione non differiva da quella prevista nel CPP classico se non rispetto al Momento di gioco libero che è stato ripensato dagli operatori rispetto all'età dei ragazzi promuovendo attività più in linea con l'età dei partecipanti.

L'attività psicoeducativa, prevista nella parte legata all'attività specifica da proporre ai ragazzi, è stata strutturata seguendo un intervento metacognitivo individuale, con l'obiettivo di fornire strategie che promuovessero un atteggiamento più funzionale rispetto ai conflitti presenti nei vari

contesti di vita. Vista la difficoltà riscontrata in alcuni ragazzi nella verbalizzazione di situazioni conflittuali, sono state utilizzate le carte situazionali (ABC delle Emozioni, Di Pietro et al. 2007) che riportavano un conflitto o una situazione problematica rispetto alla quale i ragazzi dovevano prima di tutto assumere la prospettiva e il punto di vista del protagonista della situazione per imparare a riflettere sul proprio stato emotivo, sulle proprie cognizioni e sui comportamenti che avrebbero potuto applicare per risolvere la situazione. Successivamente veniva analizzato come le azioni e i comportamenti scelti portassero a conseguenze vantaggiose o meno rispetto ai loro obiettivi iniziali. In questo modo gli operatori hanno lavorato per implementare le capacità di pianificazione, monitoraggio ed autocorrezione rispetto alle strategie di risoluzione dei conflitti promuovendo l'autoefficacia e quegli stati emotivi in grado di sostenere positivamente la relazione con l'altro, come l'empatia e la *prospective taking*. I ragazzi, durante le tutte le attività, hanno iniziato a riconoscere come la stessa situazione potesse essere interpretata in modo diverso e di conseguenza essere associata a diversi tipi di emozioni. L'obiettivo ultimo di questi esercizi era quello di esplorare il rapporto tra i loro pensieri, i loro sentimenti ed i loro comportamenti, in modo da capire quali cose potevano dire a loro stessi per modulare la propria esperienza emotiva.

A cadenza bisettimanale sono stati proposti colloqui individuali di sostegno psicologico, a indirizzo cognitivo-comportamentale, della durata di 40' minuti, all'interno dei quali sono state affrontate le aree problematiche legate alla gestione di comportamento accorse sia nel corso del gruppo, sia in altri contesti di vita. Quello che spesso accade infatti è che i ragazzi acquisiscano buone strategie di controllo degli stati emotivi in situazioni poco attivanti mentre in situazioni pregnanti da un punto di vista emotivo queste strategie venissero meno facendo sì che circoli viziosi legate a dinamiche relazionali si mantenessero. Questi colloqui hanno avuto lo scopo di indagare, individualmente le situazioni conflittuali e le dinamiche che si instauravano, fornendo un sostegno al ragazzo rispetto alle possibili strategie di risposta e skills da applicare, inizialmente più comportamentali (uscire dalla stanza, allontanarsi, aspettare 60 secondi prima di rispondere) e via via più mediate dalla componente cognitiva fino ad arrivare guidare i ragazzi verso una ristrutturazione cognitiva. Gli incontri hanno previsto tre momenti principali: Revisione e discussione degli homework in particolare rispetto alle difficoltà emerse, costruzione delle dinamiche relazionali disfunzionali mediante la condivisione del modello in cui queste avvenivano, scelta degli homework per la settimana successiva. L'obiettivo era quello di modificare le capacità di *mind-reading*, i sistemi di attribuzione motivazionale, le abilità di *problem-solving* in situazioni interpersonali e/o di compito individuale, le capacità di autocontrollo e di modulazione affettiva. In particolare è stato proposto un intervento centrato sul potenziamento delle capacità di *problem-*

solving e della capacità di automonitoraggio rispetto ai propri stati emotivi fornendo skills utili a rendere consapevoli i ragazzi rispetto alle proprie "molle della rabbia" e a come queste possano in breve tempo modulare l'intensità delle emozioni.

Come ultimo cambiamento rispetto all'assetto classico del CPP sono stati introdotti alcuni principi legati all'assertività ovvero alla capacità di imparare e promuovere comportamenti che potessero esprimere la volontà dei ragazzi rispettando però quella del loro interlocutore attraverso una comunicazione chiara, diretta e completa sia sul piano verbale che sul piano non verbale. In particolare sono stati applicati due moduli del Training sull'assertività la comprensione dello stile comunicativo dei ragazzi, in particolare soffermandosi sugli stili disfunzionali con esempi e esercitazioni; Addestrare i ragazzi a abilità assertive specifiche: Fare richieste, Accettare i complimenti e Criticare e dare feedback all'altro. Per fare questo sono state proposte attività di role playing nelle quali a turno, dopo una prima fase di apprendimento, veniva chiesto di mettere in pratica l'abilità accusata con gli altri membri del gruppo.

La componente per i genitori è stata strutturata in 13 sessioni di gruppo a frequenza quindicinale e 8 individuali con l'obiettivo di sviluppare e potenziare le abilità genitoriali. Gli obiettivi delle sessioni di gruppo erano quelle del CPP classico:

- Presentare il percorso e creare un "clima di gruppo"
- Individuare modalità adeguate per seguire il figlio nei compiti
- Diminuire lo stress genitoriale
- Migliorare le modalità con cui trascorrere tempo con il figlio
- Ignorare comportamenti disadattativi di minore importanza
- Dare istruzioni comportamentali efficaci
- Stabilire regole
- Usare premi
- Usare punizioni contingenti
- Creare momenti di condivisione familiare
- Migliorare la comunicazione intrafamiliare
- Usare tecniche di problem-solving in situazioni critiche
- Mantenere i benefici ottenuti

Come la maggior parte dei programmi di parent training l'intervento ha previsto l'utilizzo di homework in cui si invitava il genitore ad osservare in maniera sistematica alcuni aspetti del comportamento del figlio e a registrare le proprie reazioni in base al tema sviluppato nella sessione di gruppo. L'obiettivo di tali attività è stato quello di aiutare i genitori a stabilire regole chiare,

gratificare i comportamenti positivi, ignorare i comportamenti oppositori di minor entità, utilizzare le punizioni in maniera adeguata. Oltre ai più espliciti scopi educativi con queste attività ci si propone di suscitare nei genitori una diversa visione del proprio figlio e del suo comportamento e di favorire l'instaurarsi di momenti relazionali positivi tra il bambino e il genitore.

Negli incontri individuali è stato ampliato il tempo dedicato alla progettazione di momenti per la cura di sé all'interno della settimana sollecitando l'attivazione della rete sociale sulla quale il genitore o la famiglia può contare, questo per cercare di mediare la resistenza al cambiamento degli stili genitoriali, se non adeguatamente supportati e guidati che aumentano con la percezione di sentirsi "soli" e "senza armi" rispetto ai comportamenti provocatori dei loro figli. Sono state anche discusse singole e specifiche modalità di gestione dei conflitti mettendo in luce quali modalità educative e comportamentali degli stessi genitori possono influire sul mantenimento o sulla risoluzione del comportamento problematico del figlio. Infine, anche se non sempre le caratteristiche psicopatologiche del genitore lo permettono, si cercava di ricostruire lo sviluppo della funzione genitoriale per capire come questa potesse aver portato alla formazione di particolari credenze e schemi attributivi che sottendono e giustificano particolari stili educativi con i figli.

Questo tipo di intervento (Muratori et al., 2016) ha mostrato una massiccia riduzione sintomatologia e un aumento del benessere globale degli adolescenti a breve e lungo termine, mentre non ha avuto nessun tipo di impatto positivo rispetto alle dinamiche familiari. Parallelamente alle ricadute positive nel percorso di gruppo legato agli adolescenti, non sono emersi risultati altrettanto significativi per quanto riguarda il gruppo dei genitori. In particolare lo studio di Muratori e collaboratori (2016) non mostra un effetto nel tempo e una differenza tra i due gruppi rispetto al coinvolgimento, il parenting positivo e il monitoraggio dell'adolescente da parte dell'adulto. Unico dato che migliora nel tempo in relazione allo stile genitoriale è la diminuzione di uno stile di disciplina inconsistente, questo significa che nei due gruppi, diminuisce lo stile genitoriale punitivo e di controllo. Alla luce di queste criticità nel prossimo paragrafo vengono proposte delle modalità di intervento per mediare la scarsa efficacia di questo intervento sul sistema familiare suggerendo una integrazione con la DBT adolescenti che ha come assetto di gruppo quello multifamiliare e non la prevede un lavoro di gruppo separato per familiari e adolescenti cosa che invece il CPP prevede e che sembra rappresentare su questa fascia d'età lo svantaggio maggiore rispetto al dato di efficacia dell'intervento.

### **Nodi critici e possibili adattamenti al Coping Power Adolescenti**

I risultati dello studio di Muratori e collaboratori (2016) indicano che il Coping Power Adolescenti (CPA) ha un effetto significativo sulla riduzione dei comportamenti esternalizzanti e una ricaduta positiva rispetto all'aderenza alle regole degli adolescenti. Il fatto che il CPA risulti maggiormente efficace, rispetto a un generico trattamento cognitivo comportamentale, alla manifestazione sintomatologica pone questo tipo di trattamento come elettivo in età adolescenziale poiché interviene in modo specifico sugli aspetti che maggiormente interferiscono sulla loro qualità di vita e funzionamento. Proprio questa ricaduta positiva sul benessere globale del bambino viene riscontrata anche dai punteggi, significativamente maggiori nel gruppo CPA al test C-GAS nel tempo, strumento che mira a individuare lo stato di salute degli adolescenti che investe vari ambiti di vita, come il contesto scolastico, il contesto familiare e amicale, a quest'età importante nella definizione del senso di sé e dell'identità. Inoltre, risultati in linea con un maggior benessere negli adolescenti sono stati rilevati in una riduzione significativa nel tempo e rispetto al gruppo BTC dei tratti callosi anemozionali.

Possiamo ipotizzare che la maggiore efficacia mostrata nella versione CPA, sia da ascrivere alle attività specifiche affrontate e strutturate rispetto al potenziamento delle capacità di metacognizione che migliorano i processi utilizzati nel corso degli apprendimenti, e di conseguenza i risultati in ambito scolastico e il senso di autoefficacia esperito dal ragazzo. Inoltre, le modalità il più esperienziali in questo tipo di gruppo hanno permesso di mantenere costante il livello motivazionale e l'investimento sulle attività proposte, poiché viene dato modo all'adolescente stesso di osservare e sperimentare in modo diretto tanti modi possibili di pensare, sentire, comportarsi, senza suggerire direttamente un corretto modello comportamentale. Il ragazzo ha inoltre la possibilità di osservare e sperimentare dal vivo quelle abilità di regolazione emotiva in situazioni emotivamente "calde", nei momenti di maggiore arousal, elicitati dalle varie situazioni proposte dagli operatori.

Altra carta vincente e che ha comportato una modifica rispetto al CCP classico è stata la token economy strutturata al positivo, dove i comportamenti aderenti alle regole più che essere non puniti, come avveniva nella versione CP bambini, sono stati premiati mediante una maggiore libertà nella strutturazione del tempo e delle attività da proporre nel free-time.

Elemento di novità e che ha permesso una maggiore tenuta a livello temporale della riduzione dell'aggressività è l'aver dedicato un intero modulo alla promozione delle abilità di efficacia interpersonale e allo stile comunicativo mediante il protocollo assertivo.

Come già emerso nel paragrafo precedente, parallelamente alle ricadute positive nel percorso di gruppo legato agli adolescenti, non sono emersi risultati altrettanto significativi per quanto riguarda il gruppo dei genitori. In particolare lo studio di Muratori e collaboratori (2016) non mostra un

effetto nel tempo e una differenza tra i due gruppi rispetto al coinvolgimento, il parenting positivo e il monitoraggio dell'adolescente da parte dell'adulto. Questi dati, a mio parere sono da ascrivere al fatto che la famiglia, che è un sistema, viene trattato dal Coping Power agendo su singole componenti, senza prevedere mai un momento di confronto tra i due gruppi su cui gli operatori lavorano, adolescenti e genitori. Per ovviare a questo problema sarebbe opportuno prevedere degli incontri di Psicoeducazione in cui gruppo degli adolescenti e genitori affrontano la comprensione delle problematiche comportamentali e delle buone pratiche insieme, in modo da agire sulla famiglia a livello sistemico e non a compartimenti stagni come il CP classico prevede. per fare questo potrebbe essere utile introdurre la modalità di lavoro presente nel programma DBT per adolescenti, all'interno del quale tutti i moduli di skills training vengono frequentati da adolescenti e familiari insieme. La strutturazione dei gruppi in modo multifamiliare permetterebbe una maggiore comprensione a del funzionamento delle dinamiche disfunzionali e renderebbe possibile un confronto, tra adolescenti e familiari, in un contesto maggiormente protettivo dove alcune criticità relazionali possano essere previste, evitate o gestite in modo più funzionale di come non verrebbe fatto se il confronto fosse esperito nel contesto domestico.

Un ulteriore elemento da potere aggiungere al protocollo del Coping Power Adolescenti è rappresentato dall'insegnamento delle abilità di mindfulness. Nel CPA è sono presenti delle attività tese all'insegnamento della respirazione diaframmatica ma la loro pratica è così sporadica e saltuaria che queste tecniche non vengono generalizzate nel normale contesto di vita dell'adolescente. Prevedere invece l'introduzione di un intero modulo sulle abilità di mindfulness come nella DBT per adolescenti (Rathus, Miller, 2016) che sia presente durante tutto il percorso come esercizio di apertura e chiusura degli incontri permetterebbe agli adolescenti di sintonizzarsi maggiormente con il qui e ora avendo uno spazio definito all'interno del quale potersi ascoltare e capire cosa stanno sentendo e pensando favorendo la comprensione e la discriminazione delle proprie emozioni. Questa tecnica potrebbe essere un fattore protettivo particolarmente indicato in questa fascia d'età andando a promuovere migliori capacità di attenzione e concentrazione, un maggior senso di padronanza di sé carente negli adolescenti con Disturbi esternalizzanti. Allenarsi alla pratica mindfulness permetterebbe ai ragazzi di approcciarsi a una attenzione non giudicante verso sé e a implementare l'empatia e la comprensione degli altri.

Inoltre, con la sospensione del trattamento CPA e BTC perde il sostegno della rete sociale degli altri genitori e terapeutico dell'operatore e di conseguenza potrebbe diminuire il livello di monitoraggio rispetto alle condotte del proprio figlio e aumentare il senso di inefficacia nella funzione genitoriale. Questi dati, a nostro parere, sono da ascrivere al fatto che la famiglia, che è un



sistema, è stata trattata in realtà agendo su singole componenti, senza prevedere un momento di lavoro in un gruppo formato da adolescenti e genitori insieme. I risultati del presente lavoro vanno letti alla luce dei limiti dello studio, in prima istanza la mancanza di un disegno sperimentale randomizzato. D'altra parte è il primo studio che valuta l'efficacia del CPA nel contesto italiano ed è il primo studio che valuta l'efficacia di questo modello rispetto ad un altro modello di intervento psicoterapeutico.

Sarebbe quindi utile prevedere, al fine di migliorare l'effetto sui genitori e aumentare l'efficacia del trattamento sugli adolescenti, la realizzazione di uno studio pilota che preveda sedute di gruppo multifamiliari e l'introduzione di un Modulo sulla Mindfulness per una migliore efficacia del trattamento.

### Bibliografia

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- American Psychiatric Association - APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association - APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, Arlington, VA, American Psychiatric Association (trad. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione, Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014).
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). *Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5272 kids*. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7, 180–189.
- Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., et al. (2003). *Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study*. *Developmental Psychology*, 39, 222–245.
- Ciucci, E., Baroncelli, A., Golmaryami, F. N., & Frick, P. J. (2014). *The Emotional Correlates to Callous–Unemotional Traits in Children*. *Journal of Child and Family Studies*, doi:10.1007/s10826-014-0040-3.
- Cohen, J. (1992). *A power primer*. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Dodge, K. A., Greenberg, M.T., Malone, P.S., & Conduct Problems Prevention Research Group (2008). *Testing an idealized dynamic cascade model of the development of serious violence in adolescence*. *Child Development*, 79, 1907-1927.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, R. (2008). *Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behaviour*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 215–237.
- Frick, P. J., Viding, E. M., (2009). *Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective*. *Developmental Psychopathology*, 21, 1111–1131.
- Frigerio, A., Vanzin, L., Pastore, V., Nobile, M., Giorda, R., Marino, C., et al. (2006). *The Italian preadolescent mental health project (PrISMA): Rationale and methods*. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15, 22–35.

- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in youth*. New York: Guilford.
- Hollingshead, A. B., & Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness: a community study*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). *Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19-36.
- Kimonis, E. R., Frick, P. J., Skeem, J. L., Marsee, M. A., Cruise, K., Munoz, L. C., Aucoin, K. J., & Morris, A. S. (2008). *Assessing callous-unemotional traits in adolescent offenders: Validation of the Inventory of Callous-Unemotional Traits*. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 241-252.
- Lochman, J.E., Dodge, K. (1994). Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of Consultant of Clinical Psychology*, 62, 366-74.
- Lochman, J.E., Wells, K., Lenhart, L.A. (2012). Il Coping Power Program. Programma per il controllo di rabbia e aggressività in bambini e adolescenti. In (Edizione italiana a cura di) Pietro Muratori, Lisa Polidori, Laura Ruglioni, Azzurra Manfredi e Annarita Milone. Trento: Erickson.
- Lochman, J.E., Coie J.D., Underwood, M.K., Terry, R. (1993). Effectiveness of a social relations intervention program for aggressive and non aggressive, rejected children. *Journal of consult and clin psychology*, 61,1053-8.
- Lochman, J.E., Barry, T.D., Powell, N., Boxmeyer, C., Holmes, K. (2008). Externalizing conditions. In ML. Wolraich, DD. Drotar, PH. Dworkin, EC. Perrin (a cura di), *Developmental and behavioral pediatrics*. Philadelphia: Elsevier.
- Lochman, J.E., Dodge, K.A. (1994). Social cognitive processis of severely violent, moderately, aggressive and non aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 366-374.
- Lochman, J.E., Lenhart, L.A. (1993). Anger coping intervention for aggressive children: Conceptual models and outcome effects. *Clinical Psychology Review*, 13, 785-805.
- Lochman, J.E., Wells, K. (2007b). The use of the coping power program to treat a 10-year-old girl with disruptive behaviors. *Journal Clinical Child Adolescents Psychology*, 36,677-87.
- Lochman, J.E., Wells, K. (2007a). Influence of neighborhood characteristics on the Coping power program's effects on children's behavior and parenting processes. Paper presented in a symposium at the biennial meeting of Society for research in Child Development. Boston, Massachusetts.
- Lochman, J.E., Wells, K.C. (2002). Contextual social cognitive mediators and child outcome: A test of the theoretical model in the Coping Power Program. *Development and Psychopathology*, 14, 945-967.
- Lochman, J.E., Wells, K.C. (2003). Contextual social cognitive mediators and child outcome: A test of the theoretical model in the Coping Power Program. *Development and Psychopathology*, 14, 945-967.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2002). *The Coping Power Program at the middle school transition. Universal and indicated prevention effects*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 540-554.
- Lochman, J. E., Powell, N., Boxmeyer, C., Andrade, B., Stromeyer, S., & Jimenez-Camargo, L. A. (2012). *Adaptations to the Coping Power Program's structure, delivery settings, and clinician training*. *Psychotherapy*, 49, 135-142.
- McGroder, S. M., & Hyra, A. (2009). *Developmental and economic effects of parenting programs for*

- expectant parents and parents of preschool-age children*. The Partnership for America's Economic Success, 9, 1–20.
- Masi, G., Muratori, P., Manfredi, A., Pisano, S., Milone, A., (2015). *Child Behaviour Checklist emotional dysregulation profiles in youth with disruptive behaviour disorders: clinical correlates and treatment implications*. Psychiatry Research, 225, 191-196.
- Milone A, Donateo G, Manfredi A, Muratori P, Nista G, Paziente A, Polidori L, Ruglioni L, Muratori F (2007). Il trattamento multisistemico per i Disturbi da Comportamento Dirompente: uno studio di efficacia. *Giornale di neuropsichiatria dell'età evolutiva*.
- Moretti, M. M., Obsuth, I. (2009). *Effectiveness of an attachment-focused manualized intervention for parents of teens at risk for aggressive behaviour: The Connect Program*. Journal of Adolescence, 32, 1347-1357.
- Muratori, P., Polidori, L., Lambruschi, F., Lenzi, F., Manfredi, A., Ruglioni, L., Lochman, J. E., & Milone, A. (2013). *Un modello di trattamento in setting di gruppo per i disturbi da comportamento dirompente in età evolutiva: Il Pisa Coping Power Program*. Psicologia Clinica dello Sviluppo, 17, 411-428.
- Muratori, P., Milone, A., Nocentini, A., Manfredi, A., Polidori, L., Ruglioni, L., Lambruschi, F., Masi, G., Lochman, J. (2014). *Maternal Depression and Parenting Practices Predict Treatment Outcome in Italian Children with Disruptive Behavior Disorders*. Journal of Child and Family Studies, 24, 2805-2816.
- Muratori, P., Milone, A., Manfredi, A., Polidori, L., Ruglioni, L., Lambruschi, F., Masi, G., Lochman, J. E., (2015). *Evaluation of improvement in externalizing behaviors and callous-unemotional traits in children with disruptive behavior disorder: A 1-year follow up clinic-based study*. Administration Policy Mental Health Service Research. doi10.1007/s10488-015-0660-y.
- Muratori, P., Bertini, C., Milone, A., Mori, G., Lochman, J.E. (2016) *Coping Power per Adolescenti con Disturbo da Comportamento Dirompente*. Psicoterapia Cognitivo Comportamentale, Vol 22 n. 2, 169-181.
- Rathus, J., Miller, A., & Linehan, M. (2014). *BT Skills Manual for Adolescence*. Guilford Press.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). *A children's global assessment scale (C-GAS)*. Archives of General Psychiatry, 40, 1228-1231.
- Shelton K.K., Frick P.J. e Wootton J. (1996). *Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children*. Journal of Clinical Child Psychology, 25, 317- 329.
- Van de Wiel, N. M., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P. T., Maassen, G. H., Lochman, J. E., & Van Engeland, H. (2007). *The effectiveness of an experimental treatment when compared to care as usual depends on the type of care as usual*. Behavioral Modification, 31, 298–312.
- Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children (3th Ed.)*. Firenze: Organizzazioni Speciali.

**Carlotta Bertini, Roma**

**Specializzanda in psicoterapia cognitiva, training Semerari Gragnani**

**e-mail: carlotta.bertini@gmail.com**

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:*  
[psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto:psicoterapeutiinformazione@apc.it)

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)