ORGANO UFFICIALE
DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI NEUROPSICHIATRIA
DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

www.sinpia.eu

Giornale di NEUROPSICHIATRIA dell'ETÀ EVOLUTIVA

CENSITA IN PSYCINFO E ELSEVIER NURSING DATABASE EMCARE

PACINI EDITORE MEDICINA

02/ VOL. 41 2021

Periodico quadrimestrale - Agosto - POSTE ITALIANE SPA - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 conv.in L.27/02/2004 n°46 art.1, comma 1, DCB PISA - ISSN: 0392-4483 (Print) - ISSN 2611-2884 (Online) - Finito di stampare presso IGP, Pisa, novembre 2021

Giornale di
NEUROPSICHIATRIA
dell'ETÀ EVOLUTIVA

ORGANO UFFICIALE
DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI NEUROPSICHIATRIA
DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

CENSITA IN PSYCINFO E ELSEVIER NURSING DATABASE EMCARE

DIREZIONE

Direttore Editoriale
Antonella Costantino (Presidente SINPIA)

Direttore Scientifico
Carmela Bravaccio

Comitato di Redazione

Vice-Presidente
Renzo Guerrini

Coordinatori Sezioni Scientifiche
Rocco Farruggia
Fulvio Guccione
Andrea Guzzetta
Vincenzo Leuzzi
Stefania Millepiedi

Associati
Mauro Camuffo
Elisa Fazzi
Oliviero Fuzzi
Marco Lamberti
Alessandro Mariani
Massimo Molteni
Annalisa Monti
Nardo Nardocci
Roberta Penge
Renata Rizzo
Carmela Tata
Pierangelo Veggiotti

Segreteria Scientifica (Napoli)
Maria Pia Riccio
Gaetano Terrone
Simone Pisano

Comitato di Consulenza - Advisory board
Umberto Ballottin (Padova)
Pier Antonio Battistella (Padova)
Paola Bucci (Napoli)
Sara Calderoni (Pisa)
Maria Paola Canevini (Milano)
Giangennaro Coppola (Napoli)
Giancarlo Costanza (Catania)
Paolo Curatolo (Roma)
Francesca Darra (Verona)
Giordano D'Urso (Napoli)
Jessica Galli (Brescia)
Vincenzo Guidetti (Roma)
Lucia Margari (Bari)
Antonio M. Persico (Messina)
Francesco Pisani (Parma)
Armido Rubino (Napoli)
Renato Scifo (Catania)
Giuseppina Sgandurra (Pisa)
Alessandro Simonati (Verona)
Stefano Sotgiu (Sassari)
Aglaia Vignoli (Milano)
Benedetto Vitiello (Torino)
Alessandro Zuddas (Cagliari)

Copyright by
Società Italiana di Neuropsichiatria
dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA)

EDIZIONE

Pacini Editore Srl
Via Gherardesca, 1 - 56121 Pisa
Tel. 050 313011 - Fax 050 3130300
info@pacinieditore.it - www.pacinimedicina.it

Direttore Responsabile: Patrizia Alma Pacini

PACINI EDITORE MEDICINA

02/ VOL. 41 2021

INDICE

Articolo di aggiornamento

Telepsicologia: l'esperienza della UOSD Psicologia Clinica di ASST della Brianza nell'emergenza COVID-19
Telepsychology: the experience of Clinical Psychology Unit - ASST della Brianza in the COVID-19 era
C. Peloli, R. Ravasio, M. Terragni, N.B. Lo Iacono, G. Bolchi, A. Amatulli 71

Articoli orginali

Il passaggio dai Servizi per la salute mentale del bambino e adolescente a quelli per l'adulto:
dati preliminari sull'applicazione del nuovo Protocollo di passaggio
Transition from Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) to Adult Mental Health Services (AMHS):
preliminary data on the new transition Protocol application
M. Gatta, S. Saviolo, A. Raffagnato, C.P. Testa, L. Del Col, I. Bertin, E. Ferruzza 79

Pandemia da SARS-Covid-19: ripercussioni neuropsicologiche ed educative in età evolutiva
SARS-COVID-19 pandemia: neuropsychological and educational consequences in developmental age
M. Civerchia, M. Duca, M. Pincherle 89

I markers del gioco post-traumatico in bambini vittime di ESI:
uno studio con la Manchester Child Attachment Story Task - MCAST
Markers of post-traumatic play in child victims of ACE:
a study using the Manchester Child Attachment Story Task - MCAST
G. Savarese, D. D'Elia, L. Carpinelli, M. Romei 98

Casi clinici

Comorbilità dei disturbi di personalità in pazienti con disturbi alimentari ed effetto sul trattamento
Comorbidity of personality disorders in patients with eating disorders and its impact on treatment
F. Rossi, G. Farneti, M. Santini, B. Valeriani, E. Lancianese, A. Pognani, L. Guerra,
S. Ferri, A. Parmeggiani, D.M. Cordelli 108

Assistenza medica, psicologica e nutrizionale online rivolta a pazienti con disturbi alimentari e ai loro genitori
durante il lockdown causato dal COVID-19 dal 9 marzo al 4 maggio 2020
Online medical, psychological and nutritional assistance for patients with eating disorders and their parents
during the lockdown caused by COVID-19 from March 9th to May 4th, 2020
F. Rossi, M. Santini, B. Valeriani, E. Lancianese, A. Pognani, L. Guerra, S.Ferri, G. Pizzo, G. Trio, A. Dalena,
G. Farneti, J. Benassi, G. Giannini, K. Marzaduri, F. Morchio, E. Franzoni, A. Parmeggiani, D.M. Cordelli 122

La Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Pacini Editore srl informano i lettori e gli utenti della Rivista Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva che gli articoli pubblicati rispecchiano esclusivamente la ricerca e l'opinione degli autori firmatari dei contenuti. Tali articoli quindi non rappresentano e non vogliono in alcun modo costituire indicazioni o linee guida della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza stessa. Questo a differenza dei testi e contenuti che esplicitamente siano dichiarati di ufficiale matrice istituzionale e pubblicati nelle apposite rubriche della Rivista dedicate alle Linee Guida della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.
La Rivista Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva viene inviata a soci abbonati, medici, operatori sanitari, solo ed esclusivamente per l'aggiornamento professionale, informare e promuovere attività e prodotti/servizi strettamente inerenti e attinenti alla professione degli utenti, garantendo sempre una forte affinità tra il messaggio e l'interesse dell'utente. Si prega i prendere visione della Privacy Policy al seguente link: http://www.pacinimedicina.it/privacy-policy-informativa-privacy/. Per comunicazioni/informazioni: info@pacinieditore.it
L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni. Le fotocopie per uso personale del lettore (per propri scopi di lettura, studio, consultazione) possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico, escluse le pagine pubblicitarie, dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dalla Legge n. 633 del 1941 e a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi: https://www.clearedi.org/topmenu/HOME.aspx. I dati relativi agli abbonati sono trattati nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 e adeguamenti al Regolamento UE GDPR 2016 (General Data Protection Regulation) a mezzo di elaboratori elettronici ad opera di soggetti appositamente incaricati. I dati sono utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione. Ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare o cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo al Titolare del Trattamento: Pacini Editore Srl - Via A. Gherardesca 1 - 56121 Pisa. Per ulteriori approfondimenti fare riferimento al sito web http://www.pacinieditore.it/privacy/.
Aut. Trib. di Milano n. 425 dell'14/11/198. Pubblicato online nel mese di febbraio 2020. Rivista registrata presso "Registro pubblico degli Operatori della Comunicazione" (Pacini Editore srl - n. di registrazione n. 6269 - 29/8/2001).

ARTICOLO DI AGGIORNAMENTO

Telepsicologia: l'esperienza della UOSD Psicologia Clinica di ASST della Brianza nell'emergenza COVID-19

Telepsychology: the experience of Clinical Psychology Unit - ASST della Brianza in the COVID-19 era

C. Peloli, R. Ravasio, M. Terragni, N.B. Lo Iacono, G. Bolchi, A. Amatulli

UOSD Psicologia Clinica - ASST della Brianza

Riassunto

L'esordio della pandemia da COVID-19 ha implicato il bisogno di una profonda riorganizzazione del sistema sanitario, al fine di poter offrire ai pazienti soluzioni di trattamento sicure. Per tali motivi, dall'inizio della pandemia tra i professionisti sanitari si è assistito ad un incremento esponenziale nell'utilizzo della telemedicina. In questo lavoro esporremo una revisione sistematica delle più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali pubblicate in letteratura in merito alla telepsicologia. In conclusione, descrivendo l'esperienza di riorganizzazione dell'attività clinica ordinaria dell'Unità Operativa di Psicologia Clinica di ASST Brianza (SSN, Regione Lombardia) intendiamo fornire un esempio concreto di come gli interventi di telepsicologia si siano dimostrati efficaci sia nell'offrire continuità di intervento ai pazienti già in carico, sia nell'implementazione di servizi emergenziali a supporto della popolazione generale.

Parole chiave: telepsicologia, COVID-19, neuropsichiatria infantile

Summary

The onset of COVID-19 pandemic has implied the need for a deep rearrangement of several healthcare settings, to provide patients with safe treatment solutions. Accordingly, healthcare professionals have witnessed an exponential increase in the use of telehealth since the beginning of pandemic. We hereby provide a systematic review of the latest national and international published literature and guidelines about telepsychology. Finally, by describing the experience of the Clinical Psychology Unit of ASST Brianza (NHS, Lombardy - Italy) in remodeling everyday clinical activity, we will provide a concrete example of how telepsychology interventions have proved to be effective both in ensuring continuity to already-in-charge patients and in empowering emergency services to support general population.

Key words: telepsychology, COVID-19, child neuropsychiatry

INTRODUZIONE

Nell'ultimo anno, le unità afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale del SSN si sono trovate a dover individuare modalità innovative di erogazione delle prestazioni alla propria utenza, a causa delle restrizioni imposte dalle misure di contenimento del contagio da COVID-19. La programmazione dell'attività clinica ed il bilanciamento tra interventi erogati in presenza presso le strutture ambulatoriali e interventi da remoto sta volgendo verso una direzione di sempre maggiore integrazione, ponendo nuove sfide alla clinica. Parallelamente all'andamento delle normative di gestione della pandemia, che hanno consentito progressive e graduali riaperture e rientri nei Servizi, è stato possibile slittare da una situazione di partenza gravemente emergenziale, che ha richiesto la drastica riduzione dell'attività clinica ordinaria a causa dei rischi legati al contagio, alla graduale e ponderata ripresa del contatto tra l'utenza (in particolare quella fragile) e gli operatori di cura. Stante una situazione attuale di migliore gestione del rischio, permane l'interesse ed il desiderio di integrare (anche secondo quanto suggerito dalle Linee Guida di Regione Lombardia) gli interventi in telemedicina come modalità parallela di erogazione

CORRISPONDENZA

Chiara Peloli, ASST della Brianza - UOSD Psicologia Clinica - E-mail: chiara.peloli@asst-brianza.it

delle prestazioni nelle attività ambulatoriali del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale. Risulta pertanto di fondamentale importanza conoscere gli aspetti di vantaggio e quelli critici che tale integrazione può produrre, consentendo di apportare miglioramenti nelle modalità di lavoro e nei servizi forniti all'utenza. Verrà illustrata l'esperienza dell'Unità Operativa di Psicologia Clinica di ASST della Brianza (con particolare focus sui servizi per l'età evolutiva) nel corso delle varie fasi della pandemia, allo scopo di suggerire possibili applicazioni pratiche degli interventi da remoto nel panorama delle risorse disponibili.

INTERVENTI PSICOLOGICI DA REMOTO NELLE PRIME FASI DELLA PANDEMIA: L'ESPERIENZA ITALIANA

La possibilità di svolgere prestazioni psicologiche da remoto, pur avendo ricevuto un'importante spinta propulsiva sulla base delle nuove necessità legate alle restrizioni da COVID-19, risultava a livello professionale già prevista e regolamentata in precedenza, sebbene non così ampiamente utilizzata, in particolare nel contesto del SSN. La progressiva digitalizzazione delle relazioni e dello stile di vita delle persone, sempre più legato al mondo online, ha già da tempo prodotto la necessità di tracciare linee guida per definire il rapporto tra psicologo e paziente mediato dalle nuove tecnologie al fine di definire quali atti poter far rientrare tra quelli tipici della professione psicologica [1], costruendo normative e regolamenti deontologici per un nuovo settore in via di costituzione.

L'improvvisa accelerazione del ricorso all'utilizzo di *setting* da remoto al fine di contrastare l'isolamento e il distanziamento sociale imposto dalla pandemia nell'ultimo anno solare ha comportato un aumento consistente nell'erogazione di prestazioni in telemedicina, anche tra i professionisti che in precedenza erano meno propensi all'adozione di tale modalità di lavoro. Nel tentativo di quantificare tale cambiamento, alcuni autori riportano dati che suggeriscono un incremento esponenziale (dal 7% all' 85%) nel ricorso alle modalità di lavoro in remoto tra gli operatori negli USA dall'esordio della pandemia, riscontrando come addirittura il 67,32% degli psicologi e psicoterapeuti partecipanti allo studio svolgano la propria attività professionale ormai unicamente online [2]. Tale dato non risulta ad ogni modo omogeneo, ma dipendente dalle tipologie di contesto clinico-terapeutico e dai profili diagnostici dei pazienti, oltre che da fattori logistici.

Nel panorama italiano, le linee di indirizzo definite dal Consiglio Nazionale degli Ordini degli Psicologi [3] e il documento riassuntivo emanato dall'Ordine degli Psicologi della Lombardia in merito allo stato dell'arte sugli interventi a distanza [4] contribuivano già alla definizione dei limiti e dei doveri professionali nella scelta di tali modalità di erogazione delle prestazioni. Indicazioni più specifiche in merito agli interventi da remoto erogabili durante il periodo della pandemia sono state formulate sia dagli ordini professionali [5] che dallo stesso Istituto Superiore di Sanità [6] che ha ricompreso tra le proprie pubblicazioni una serie di istruzioni relative agli interventi psicologici telefonici di primo e di secondo livello come supporto emergenziale alla popolazione generale, mostrando per la prima volta storicamente un ampio riconoscimento al contributo della professione psicologica (recentemente riconosciuta a pieno titolo tra le professioni sanitarie con il DDL Lorenzin nel 2017) ai fini della risposta alle conseguenze psicologiche legate a *lockdown* ripetuti e misure di distanziamento sociale, nonché delle angosce di malattia e morte sollecitate dal rischio di contagio. Tali documenti si sono rivelati preziosi per fornire anche ai professionisti con minore esperienza in scenari emergenziali competenze di base per gestire eventuali contatti da remoto, anche considerata l'attivazione di numerosi servizi di supporto telefonico alla popolazione generale mediante canali istituzionali, come il Numero Verde nazionale per il supporto psicologico istituito dal Ministero della Salute in associazione con la Protezione Civile, iniziativa alla quale hanno aderito oltre 2000 psicologi appartenenti a società scientifiche fornendo interventi di primo e secondo livello [7]. Ogni ordine regionale si è speso nella produzione di materiali divulgativi disponibili online a supporto della popolazione, con obiettivi di prevenzione primaria e di promozione del ricorso a servizi psicologici emergenziali in caso di necessità, prevedendo un invio ai Servizi di Salute Mentale territoriali in situazioni opportune, al fine di intercettare vari livelli di potenziale disagio psicologico. Sono state lanciate inoltre campagne mediatiche sfruttando anche i canali social (ad esempio l'hashtag #*Psicologicontrolapaura*, o a livello regionale lombardo #*Iopsicologotiaiuta* promosso da O.P.L.) allo scopo di sensibilizzare la popolazione all'importanza di attivare misure di supporto e resilienza a fronte dell'intenso carico emotivo sollecitato dalla condizione di pandemia e dalle misure imposte dal distanziamento sociale.

FATTORI SPECIFICI DA CONSIDERARE NEGLI INTERVENTI IN TELEPSICOLOGIA

Considerando alcuni lavori in letteratura che prendono in esame, nel valutare la pratica degli interventi psicologici da remoto, le variabili relative al setting esterno e interno del clinico, si riscontrano alcune interessanti osservazioni che si è deciso di includere nel presente

contributo. È di fondamentale importanza tenere in considerazione come molti degli interventi erogati in telemedicina nel periodo COVID abbiano implicato uno scambio improvviso da una modalità in presenza, comportando la necessità di un rapido adattamento anche per psicologi e psicoterapeuti che in precedenza non avevano avuto un training o esperienza professionale in merito. Una particolarità che ha caratterizzato tale cambiamento è stata legata al rischio di interruzione per la variazione introdotta a livello del setting. Un recente studio italiano [8], che ha analizzato dati provenienti prevalentemente dal settore della pratica privata, prende in esame i predittori di possibili interruzioni, sintetizzabili nel livello di *digital skills* e nell'orientamento teorico del clinico (con un tasso ridotto di interruzioni per chi aveva già praticato sedute in remoto e per i terapeuti di orientamento psicodinamico) e difficoltà per i pazienti nel ricreare un setting con sufficiente riservatezza nel contesto domestico anche a causa del lockdown e delle misure restrittive imposte dall'importante impatto della pandemia nel contesto italiano, tra i primi Paesi europei ad essere colpito in maniera massiccia dal virus. Altri autori italiani [9] trattano del pregiudizio negativo e delle credenze collegate che sembrano indurre difficoltà rispetto all'adesione al nuovo setting da remoto imposto dalla pandemia ed evidenziano il ruolo dell'esperienza pregressa del terapeuta nel lavoro online e l'influenza del vissuto del terapeuta sull'andamento della terapia. Diversi lavori si concentrano sul vissuto dei terapeuti e sull'indagine degli aspetti di fatica [10] prendendo in considerazione tutti i potenziali fattori di interferenza nel processo terapeutico da remoto in varie tipologie di intervento. Altri contributi evidenziano un migliore adattamento da parte dei pazienti che non da parte dei clinici stessi [11] con il riscontro di ambivalenze e resistenze nonostante la consapevolezza delle evidenze sull'efficacia; la preoccupazione di molti colleghi ha riguardato come rinegoziare l'alleanza terapeutica con i pazienti a fronte di un cambiamento non concordato, ma imposto dalle circostanze. Il lavoro di Simpson et al. precedentemente citato dimostra invece come la qualità di variabili come l'empatia e l'alleanza percepita siano risultati assimilabili ai trattamenti in presenza, con rare eccezioni specifiche. Per alcune tipologie di pazienti, quali quelli che incontrano difficoltà ad entrare in intimità con altri, il setting da remoto sarebbe addirittura preferito in quanto meno emotivamente attivante. Gli autori invitano dunque i clinici a considerare la potenzialità della telemedicina come *best practice* in alcuni ambiti, andando oltre l'assunto che i trattamenti in presenza siano il *golden standard* per ogni tipologia di paziente e aggiornando il costrutto dell'alleanza terapeutica al contesto attuale. Numerosi contributi si riferiscono infine alla necessità di tenere in considerazione aspetti legati al setting [12] stabilendo dei confini che consentano di ricrearlo in remoto, concordando con il paziente modalità, tempi e luoghi della seduta, in modo tale da gestire anche gli aspetti legati alla riservatezza. Gli autori ricordano inoltre che è necessaria una posizione più attiva e direttiva del terapeuta e una gestione delle tecniche di ascolto attivo, anche considerata la riduzione della possibilità di sfruttare i segnali non verbali. Differenziano infine interventi con adulti e età evolutiva e considerano variabili che altre ricerche hanno approfondito, come il *visual feedback* e l'effetto sulla gestione della comunicazione del vedersi a schermo durante la conversazione.

Diversi lavori si concentrano sull'identificazione di fattori trasversali: alcuni autori operano un confronto tra esperienze di lavoro da remoto pre- e post- COVID [13], individuando alcune variabili centrali da tenere in considerazione, come la responsabilità professionale, la fiducia all'interno della relazione terapeutica, l'importanza di stabilire dei confini professionali chiari e la *governance* dei fattori impliciti (sfide nella gestione del mezzo tecnologico in termini di prossemica, possibili incomprensioni nella comunicazione, gestione e disambiguazione degli aspetti non verbali). Un gruppo di autori di Oxford [14] ha costituito vere e proprie *checklist* a seguito di una *review* sistematica delle linee guida esistenti al fine di fornire ai clinici schemi riassuntivi ad orientare la programmazione della propria attività.

SPECIFICHE SUL TELEASSESSMENT

Un'area di ricerca si è concentrata sulla specificità dell'assessment da remoto, attività che maggiormente è stata penalizzata dall'interruzione delle attività in presenza. Anche in questo campo alcuni contributi hanno mirato a creare checklist applicabili alle valutazioni operate da remoto [15] cercando di individuare le variabili che possono influenzare il contesto con la raccomandazione a posticipare laddove possibile la valutazione fino alla possibilità di riprendere in un setting in presenza. In linea generale, si è rilevato come non fossero disponibili in letteratura dati in merito all'attendibilità e alla validità dell'adattamento in remoto di strumenti pensati per la somministrazione in presenza, con il rischio di pervenire a conclusioni non corrette in termini psicodiagnostici. Differente è il caso di strumenti già proposti mediante piattaforme online, che hanno facilitato il lavoro dei clinici consentendo in alcuni casi di proseguire con l'attività psicodiagnostica nonostante la sospensione delle attività cliniche negli ambulatori e negli studi.

Nel contesto italiano diversi sono stati i gruppi di lavoro intervenuti a definire quest'area tematica: oltre al già citato CNOP [16], l'Associazione Italiana di Psicologia [17]

e alcune tra le principali case editrici si sono spesi nello specificare quali dei test editi fossero somministrabili in forma computerizzata e dunque accessibili da remoto. Riassumendo, le indicazioni principali suggeriscono:

- aggiornamento dei consensi informati con indicazioni dettagliate, assicurando una congrua gestione dei dati e prestando una particolare attenzione alla sicurezza dei test, fornendo informazioni adeguate al paziente affinché anche gli aspetti di copyright siano gestiti al meglio;
- maggiore adeguatezza alla somministrazione da remoto per i test strutturati sotto forma di questionari autosomministrati, checklist e interviste;
- prudenza e nella somministrazione di test non formalizzati per un utilizzo da remoto, come test tematici/narrativi e proiettivi per i quali è sempre preferibile l'utilizzo *vis à vis*;
- test di massima performance, soprattutto con componenti non verbali, sconsigliati in quanto non attendibili (con alcune eccezioni: es. WISC-V con possibilità di somministrazione da remoto) [18].

Per le valutazioni con i minori ulteriori considerazioni si rendono necessarie, rendendo ancora più complessa l'applicabilità di un *assessment* condotto a distanza [15]; si ritiene importante considerare la necessità dell'intervento genitoriale per creare e mantenere un setting adeguato, tenendo però in considerazione anche il potenziale effetto interferente di tale variabile. Per i casi di sospetto DSA si ritiene utile l'attivazione o il mantenimento degli interventi di teleriabilitazione, mentre si ritiene sconsigliata la valutazione di performance al fine di certificare la presenza di possibili disturbi del neurosviluppo [19].

Per l'area neuropsicologica si ritiene utile citare l'indicazione della Società degli Psicologi di Area Neuropsicologica a privilegiare la somministrazione in presenza al fine di poter garantire l'attendibilità e la validità dei dati ottenuti, sebbene ci siano stati esempi di applicazioni via *telehealth* [20].

Anche nel caso specifico dell'assessment vale quanto evidenziato in precedenza in merito all'attenzione nella gestione delle variabili relative al setting e al *digital divide,* considerata l'ancora maggiore importanza di una adeguata qualità di connessione nel caso di condivisione di stimoli testali; si ritiene inoltre importante considerare, nella valutazione dei risultati, anche l'interpretazione degli effetti di potenziali angosce sollecitate da un setting differente e meno familiare, manifestando la necessità di rinegoziare precisamente il contratto e l'alleanza di lavoro con il paziente esplicitando il razionale delle modifiche messe in campo, prevedendo anche la possibilità di alternanza tra sedute online e in presenza.

L'ESPERIENZA DI ASST BRIANZA DURANTE LA PRIMA ONDATA: ISTITUZIONE EPE E INTERVENTI EMERGENZIALI DA REMOTO

Durante la prima fase emergenziale gli psicologi psicoterapeuti dell'Unità Operativa Semplice di Psicologia Clinica - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Brianza (ex Vimercate) hanno aderito alla costituzione di una task force (EPE - Equipe di Psicologia dell'Emergenza) apportando diversi contributi secondo la propria formazione ed esperienza professionale, nella prima fase sotto la supervisione di Associazione EMDR Italia. Tale squadra, la cui partecipazione ha coinvolto a vario titolo operatori dell'Unità di Psicologia Clinica operativi nei servizi per l'adulto e per l'infanzia, ha portato avanti parallelamente all'attività clinica ordinaria più linee di lavoro, implementando modalità operative a supporto degli operatori sanitari e della popolazione generale; tali interventi hanno privilegiato proprio i canali di telemedicina, analogamente all'attività clinica che è stata almeno per i primi mesi mantenuta unicamente sfruttando il setting da remoto per interventi di supporto e monitoraggio, via *videocall* o telefono.

Da marzo 2020 sono state attivate due *helplines* telefoniche che hanno garantito una sistematica reperibilità del personale psicologico, coprendo un'ampia fascia oraria settimanale. La disponibilità di tali interventi di supporto telefonico è stata rivolta sia al comparto degli operatori sanitari che a pazienti COVID+ e ai loro familiari. Le chiamate sono state gestite in forma anonima, al fine di garantire una maggiore riservatezza. Gli obiettivi principali di tale intervento sono stati:

- prevenire negli operatori sanitari le possibili conseguenze di uno stress protratto causato da stanchezza e frustrazione per il carico emotivo della cura con conseguente rischio immediato di *burnout*, disturbi d'ansia, dell'umore, del sonno o di un futuro sviluppo di disturbo post-traumatico da stress (DPTS);
- limitare il rischio di scompenso nei soggetti più fragili come i sopravvissuti al COVID o i parenti delle vittime;
- prevenire il lutto patologico favorendo la sua elaborazione nei parenti dei deceduti che non hanno potuto accomiatarsi ed avvalersi del conforto dei riti funebri;
- favorire la stabilizzazione emotiva, normalizzare gli stati mentali ed emotivi scatenati dall'emergenza e validare le risorse presenti.

Parallelamente agli interventi via telemedicina, è stato implementato il servizio ambulatoriale in presenza per la prevenzione e la gestione dello stress e la presa in carico degli aspetti post-traumatici. Tale intervento è mirato alla presa in carico da parte di operatori esperti

nella gestione dei sintomi post-traumatici. Ogni paziente segue un percorso con un terapeuta specificamente dedicato per un ciclo fino a 8 sedute; è prevista la possibilità di invio ai servizi specialistici sul territorio qualora alla fine del ciclo si evidenzi la necessità di una presa in carico più estesa. Alcuni degli utenti afferenti a tali servizi di secondo livello provenivano dal filtro della helpline telefonica, in linea con le indicazioni ministeriali.
Gli psicologi dell'Azienda che hanno partecipato a tali interventi hanno adottato le procedure *Critical Incident Stress Management* (CISM) di *defusing* e *debriefing* integrate con tecniche EMDR e Mindfulness, monitorando gli interventi nel corso di intervisioni e supervisioni con una referente di Associazione EMDR Italia e il responsabile della UOSD di Psicologia Clinica, nella consapevolezza degli operatori di essere al contempo soccorritori e vittime.
Nella prima fase gli operatori sanitari hanno privilegiato i colloqui in presenza (47 utenti, 147 colloqui) con accessi multipli nel 68% dei casi, lamentando stress lavoro-correlato e recrudescenza di pregresse psicopatologie. I pazienti e i familiari sono ricorsi alla helpline (21 utenti, 36 chiamate) accusando stress per l'isolamento domiciliare e sintomi riconducibili a disturbi d'ansia e dell'umore. Entrambi i target hanno riferito beneficio in buona parte dei casi, dopo un numero di colloqui variabile. L'istituzione degli ambulatori stress-correlati potenzia in attualità la gestione in presenza delle persistenti richieste d'aiuto (da maggio 2020 a oggi 61 utenti e 306 colloqui) che nel corso del 2020 sono pervenute per il 62% dai sanitari.
Sono stati proposti anche gruppi di debriefing agli operatori infermieristici e al personale medico in corrispondenza dei cambi turno, che non sono però stati concretizzati a causa una esigua adesione all'offerta di cui non è stato possibile identificare le cause.

IL RIADATTAMENTO DELL'ATTIVITÀ CLINICA IN NEUROPSICHIATRIA INFANTILE: APPLICAZIONI DELLA TELEPSICOLOGIA NEL CONTESTO DELL'ETÀ EVOLUTIVA

L'impatto della situazione di lockdown e delle misure di distanziamento sociale in età evolutiva ha comportato importanti conseguenze sul benessere psicologico di bambini e ragazzi, improvvisamente vincolati a canalizzare le attività didattiche e di socializzazione unicamente online in una condizione di protratto isolamento e, soprattutto in alcuni contesti sociali, deprivazione esperienziale. Diverse ricerche si sono occupate sin da subito di definire come il mantenimento di regolari servizi terapeutici durante la pandemia costituisse un fattore protettivo determinante, in particolare nella popolazione clinica, al fine di ridurre le conseguenze negative a lungo termine [21]. Si poneva inoltre il problema di come ripensare l'attività clinica dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva sul lungo periodo [22] e di sostenere in senso preventivo il benessere psicologico di bambini e ragazzi [23] al fine di gestire il periodo post-emergenziale, le cui drammatiche conseguenze sono purtroppo attualmente evidenti con l'impennata di disturbi di interesse neuropsichiatrico, spesso a valenza post-traumatica [24].
L'effetto delle misure di isolamento ha prodotto frequentemente elevati livelli *distress* parentale, con conseguenze negative sul benessere psicologico dei bambini in particolare in contesti caratterizzati da fattori di rischio pre-esistenti [25]. Gli psicologi delle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) territoriali si sono impegnati nella prima fase della pandemia nel produrre materiali divulgativi accessibili e comprensibili, mantenendo al contempo colloqui di monitoraggio e presa in carico con l'utenza. Ciò è stato possibile sfruttando la possibilità di erogare prestazioni in telemedicina, pur con numerosi ostacoli legati alla non omogeneità esistente nell'accessibilità a connessioni e strumenti tecnologici adeguati per operatori e utenti.
Le équipe delle UONPIA territoriali hanno dovuto riadattare radicalmente il proprio ruolo di supporto all'utenza, partendo dalle limitazioni imposte dalla sospensione delle attività ambulatoriali e dal passaggio agli interventi di supporto da remoto. Ciò ha comportato effetti anche sul benessere e sulla percezione di autoefficacia degli stessi clinici [26], che hanno rimesso in circolo tali preoccupazioni ipotizzando un'indagine esplorativa sugli utenti in carico. Tale indagine è stata condotta mediante la strutturazione di un questionario qualitativo *ad hoc* formulato in 5 differenti versioni: una formulazione rivolta ai genitori per 3 fasce d'età (0-8, 9-13, 14-18) e due versioni self-report rivolte direttamente a preadolescenti e adolescenti. I questionari sono stati proposti all'utenza UONPIA in carico da almeno un anno per progetti terapeutico-riabilitativi. Alla somministrazione hanno risposto 105 pazienti su 150 cui era stata formulata la proposta di partecipazione alla ricerca.
Per pazienti 0 ad 8 anni (fino alla classe 3° primaria) la compilazione è avvenuta da parte dei genitori. La presa in carico di questi pazienti è prevalentemente riabilitativa (intervento logopedico o neuropsicomotorio) con referente medico Neuropsichiatra Infantile. Per i pazienti 9 ai 18 anni (divisi in due fasce, 9-13 e 14-18 anni) è stata prevista la compilazione da parte di genitori e minore. Questi pazienti sono in carico con interventi attivi di sostegno psicologico e /o psicoterapia.
In ogni caso, i clinici e i riabilitatori hanno mantenuto, per tutto il periodo del primo lockdown, contatti da remoto

con i propri pazienti. Ognuno ha direttamente inviato il questionario ai propri utenti, lasciando libera la decisione sulla modalità di compilazione (congiuntamente, attraverso un colloquio da remoto, o individualmente dal paziente e poi inviato al referente). Il questionario è stato accompagnato da una lettera di presentazione.
Le variabili indagate sono state le seguenti:
Minori 9-18 anni:
- aspetti sintomatici (range emozioni esperite, modulazione ed espressione degli aspetti emotivi);
- stategie di *coping* e percezione di sé (soluzioni messe in atto per affrontare il periodo e le emozioni esperite);
- rapporto con la didattica a distanza (DAD) (accesso ed utilizzo, percezioni della propria efficacia).

Genitori 9-18 anni:
- organizzazione familiare (cambiamenti lavorativi e nell'assetto familiare);
- aspetti sintomatici (preoccupazione ed ansia legate anche al proprio ruolo genitoriale);
- relazione con i propri figli (come il lockdown ha modificato il rapporto con il proprio figlio in termini di vicinanza e gestione/attenzione di dinamiche familiari);
- rapporto con scuola (accesso alla DAD e fruibilità di questa come modalità didattica).

Per i genitori dei bambini più piccoli, caratterizzati da diagnosi maggiormente ascrivibili ad un quadro di disabilità permanente e quindi con bisogni di cura elevati è stata posta particolare attenzione al timore di vedere interrotto il percorso terapeutico diretto del proprio bambino e alla possibilità di aumentare il proprio senso di autoefficacia, agendo in maniera più attiva all'interno del percorso di cura. La percezione del genitore come co-terapeuta, la relazione familiare sperimentata nel primo lockdown, caratterizzata da un accudimento "affettivo" maggiormente presente ed il contatto costante con il clinico/riabilitatore hanno costituito fattori protettivi anche nell'affrontare la seconda ondata dell'epidemia ripresentatasi successivamente.
Nei questionari compilati dagli adolescenti sono state riportate come emozioni prevalenti l'ansia (anche con incremento di difficoltà nell'addormentamento) e la preoccupazione per la propria salute e per quella dei propri cari (soprattutto per I nonni). È stato anche riferito un generale senso di tristezza reattiva. L'impossibilità ad uscire non ha rappresentato nella fase iniziale (seppur senz'altro vissuto come una fatica) un fattore di slatentizzazione di comportamenti problema, anche nei disturbi ascrivibili ad un quadro maggiormente esternalizzante. È da sottolineare, comunque, che per quadri clinici di gravità anche comportamentale (disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD), disturbi dello spettro autistico (ASD), grandi problemi relazionali in ambito familiare, disturbi esternalizzanti, quadri psicotici) i curanti, come da decreto, hanno prodotto un certificato che autorizzasse a brevi uscite, in modo tale da poter decomprimere alcune fatiche legate alla costrizione ambientale. Tendenzialmente questa restrizione è stata vissuta invece come egosintonica da quei ragazzi la cui diagnosi psicopatologica è ascrivibile ad un disturbo internalizzante (ansia, ritiro, aspetti di funzionamento schizoide), che hanno riferito anche un incremento di stato di calma apparente, venendo meno le richieste del mondo esterno. La socialità è stata invece mantenuta attraverso i vari social e *devices* e la possibilità di interagire con gli altri coetanei, seppur virtualmente, ha rappresentato un fattore percepito come positivo. In tal senso sarà interessante, in futuro, osservare se questa modalità di gestione dei rapporti tra adolescenti, che ha visto un incremento ancora più forte di rapporti non "di persona", potrà invece costituire la base di un fattore di rischio relazionale.
In generale, dal punto di vista clinico, si ritiene possibile ipotizzare che l'essere stato in contatto con il proprio terapeuta o comunque con il Servizio abbia rappresentato un potenziale fattore protettivo per lo stato di benessere dei minori appartenenti alla popolazione clinica. Tale ipotesi viene formulata soprattutto in riferimento ai dati registrati negli ultimi mesi rispetto al considerevole aumento di richieste presentate da utenza precedentemente non nota ai Servizi ospedalieri e territoriali (accessi in PS, ricoveri in reparti di pediatria e neuropsichiatria infantile, sintomatologia clinica acuta). Si citi come esempio l'aumento registrato nel numero di ricoveri su base di sintomatologia di interesse neuropsichiatrico, che nella nostra azienda ospedaliera nei primi 4 mesi dell'anno 2021 ha visto un numero pari alla media annuale dei ricoveri negli anni 2017-2018-2019.
Le riflessioni dei minori con diagnosi di disturbo dell'apprendimento e dei loro genitori (per i quali è attivo in azienda un progetto innovativo regionale dedicato) appaiono significative in termini di fatica, disfunzionalità e percezione di sé in rapporto alla scuola. Il rapporto con la DAD ha rappresentato un fattore di vulnerabilità significativo anche per le categorie socialmente più svantaggiate, come i minori migranti, in termini di fatica di accessibilità, fruizione della didattica e timore di non riuscire ad aiutare il proprio figlio nell'apprendimento. In generale, la gestione della modalità scolastica DAD o con frequenza alternata utilizzata da settembre ha comunque rappresentato un fattore stressogeno percepito significativo anche per il nostro campione clinico.
Successivamente a tale ricerca preliminare, gli interventi in telepsicologia sono stati progressivamente integrati nella pratica clinica ambulatoriale delle UONPIA, ponendo sempre più la necessità di valorizzare tale possibile contributo individuando tipologie di intervento sempre più basate su criteri *evidence-based* [27]. È già

possibile in realtà sfruttare i dati storicamente ricavati da pregresse esperienze condotte anche nel campo del benessere psicologico in età evolutiva, ad esempio i programmi di *parent training* di stampo cognitivo-comportamentale per bambini con disordini neurologici e disturbi del neurosviluppo, che si dimostrano efficaci anche quando condotti online [28,29].

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE PER IL FUTURO

La necessità di mantenere il distanziamento sociale nel periodo della pandemia ha notevolmente accelerato il ricorso agli interventi erogati in telepsicologia anche nel SSN, confrontando gli operatori con aspetti di limite e potenzialità del tutto nuovi e ponendo rispetto al futuro numerosi interrogativi in merito alla possibilità di trovare nuove vie per fornire supporto terapeutico ad una nuova generazione di utenti immersi in un mondo sempre più digitale, soprattutto in età evolutiva [11]. Nonostante studi condotti all'estero [14] suggeriscano linee guida che oscillano tra approcci più o meno entusiastici in merito all'applicazione degli interventi da remoto, si rileva la necessità di un cambiamento culturale prima che la telepsicologia possa essere concretamente avvalorata come equivalente agli interventi in presenza, con la necessità di una maggiore integrazione di questo aspetto nei percorsi di training degli psicologi psicoterapeuti al fine di contrastare quanto illustrato nei paragrafi iniziali in merito al possibile effetto interferente dell'atteggiamento negativo o dell'inesperienza del clinico.
Si ritiene infine una direzione futura da esplorare la necessità, al fine di integrare proficuamente interventi da remoto nella pratica clinica ordinaria anche in uno scenario post-pandemia, di aumentare l'interesse per la verifica dell'outcome identificando protocolli di lavoro patologia-specifici e valorizzando modalità di intervento che risultino efficaci anche online.

Bibliografia

1 Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. Guidelines for the practice of telepsychology. Am Psychol 2013;68:791-800. https://doi.org/10.1037/a0035001

2 Pierce BS, Perrin PB, Tyler CM, et al. The COVID-19 telepsychology revolution: a national study of pandemic-based changes in U.S. mental health care delivery. Am Psychol 2021;76:14-25. https://doi.org/10.1037/amp0000722

3 Bozzaotra AC, Cicconi UC, Di Giuseppe L, et al. Commissione atti tipici, osservatorio e tutela della professione. Digitalizzazione della professione e dell'intervento psicologico mediato dal web. http://www.psy.it/wp-content/uploads/2015/04/Atti-Tipici_DEF_interno-LR-1.pdf

4 https://www.opl.it/public/files/8380-20171221_Stato-dell-arte-OPL-2017-definitivo-300817.pdf

5 CNOP. Linee di indirizzo per l'intervento psicologico a distanza a favore della popolazione nell'emergenza COVID-19. Newsletter, 7. 2020.

6 ISS 2020. Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19; rapporto ISS COVID-19 n. 23/2020 - Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale; n. 30/2020 - Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19; n. 41/2020 - Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri COVID-19; n. 31/2020 - Indicazioni ad interim per il supporto psicologico telefonico di secondo livello in ambito sanitario nello scenario emergenziale Covid-19

7 https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_4_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=salastampa&p=null&id=5573

8 Boldrini T, Schiano Lomoriello A, Del Corno F, et al. Psychotherapy during COVID-19: how the Clinical Practice of Italian Psychotherapists Changed During the Pandemic. Front Psychol 2020;11:591170. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591170

9 Femia G, Gragnani A, Federic I, et al. Psicoterapia online: limiti e vantaggi. Il punto di vista dei terapeuti e dei pazienti. Cognitivismo clinico 2020;17:149-168. https://doi.org/10.36131/COGNCL20200204

10 Markowitz JC, Milrod B, Heckman TG, et al. Psychotherapy at a distance. Am J Psychiatry 2021;178:240-246. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050557

11 Simpson S, Richardson L, Pietrabissa G, et al. Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. Clin Psychol Psychother 2021;28:409-421. https://doi.org/10.1002/cpp.2521

12 Payne L, Flannery H, Kambakara Gedara, et al. Business as usual? Psychological support at a distance. Clin Child Psychol Psychiatry 2020;25:672-686. https://doi.org/10.1177/1359104520937378

13 MacMullin K, Jerry P, Cook K. Psychotherapist experiences with telepsychotherapy: Pre COVID-19 lessons for a post COVID-19 world. J Psychother Integr 2020;30:248-264. https://doi.org/10.1037/int0000213

14 Smith K, Ostinelli E, Macdonald O, et al. COVID-19 and telepsychiatry: development of evidence-based guidance for clinicians. JMIR Ment Health 2020;7:7-8. https://doi.org/10.2196/21108

15 Farmer RL, McGill RJ, Dombrowski SC, et al. Teleassessment with children and adolescents during the coronavirus (COVID-19) pandemic and beyond: Practice and policy implications. Professional Psychology: Research and Practice 2020;51:477-487. https://doi.org/10.1037/pro0000349

16 https://www.psy.it/somministrazione-test-psicologici-a-distanza.html/

17 Alessandri G, Aschieri F, Bobbio A, et al. Documento Associazione Italiana di Psicologia (AIP) sulle linee guida per l'assessment ai tempi del Coronavirus. 2019.

18 Wright AJ. Equivalence of remote, digital administration and traditional, in-person administration of the wechsler intelligence scale for children, fifth edition (WISC-V). Psychol Assess 2020;32:809-817. https://doi.org/10.1037/pas0000939

19 AIRIPA. Parere sulla valutazione diagnostica da remoto nei disturbi specifici. 2020

20 Pritchard AE, Sweeney K, Salorio CF, et al. Pediatric neuropsychological evaluation via telehealth: novel models of care. Clin Neuropsychol 2020;34:1367-1379. https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1806359

21 Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, et al. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2020;14:1-11. https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3

22 Raballo A, Poletti M, Valmaggia L, et al. Editorial perspective: rethinking child and adolescent mental health care after COVID-19. J Child Psychol Psychiatry 2021;62:1067-1069. https://doi.org/10.1111/jcpp.13371

23 Danese A, Smith P. Debate: recognising and responding to the mental health needs of young people in the era of COVID-19. Child Adolesc Ment Health 2020;25:169-170. https://doi.org/10.1111/camh.12414

24 https://www.unipi.it/index.php/news/item/18681-la-situazione-di-famiglie-bambini-e-adolescenti-con-disturbi-psichiatrici-e-neurologici-durante-il-lockdown

25 Wade M, Prime H, Johnson D, et al. The disparate impact of COVID-19 on the mental health of female and male caregivers. Soc Sci Med 2021;275:113801. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113801

26 Bentham C, Driver K, Stark D. Wellbeing of CAMHS staff and changes in working practices during the COVID-19 pandemic. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 2021;34:225-235. https://doi.org/10.1111/jcap.12311

27 Allgaier K, Schmid J, Hollmann K, Reusch PA, et al. Times are changing: digitalisation in child and adolescent psychotherapy. Eur Child Adolesc Psychiatry 2020 0123456789, 1-4. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01610-8

28 Valli A, Mauri V, Vanzin L, et al. La scommessa della telepsichiatria in età evolutiva: il parent training per l'ADHD = The challenge of telepsychiatry in childhood: The parent training for ADHD. Giornale Di Neuropsichiatria Dell'Età Evolutiva 2020;40:148-153.

29 Wade SL, Gies LM, Fisher AP, et al. Telepsychotherapy with children and families: Lessons gleaned from two decades of translational research. J Psychother Integr 2020;30:332-347. https://doi.org/10.1037/int0000215

ARTICOLO ORIGINALE

Il passaggio dai Servizi per la salute mentale del bambino e adolescente a quelli per l'adulto: dati preliminari sull'applicazione del nuovo Protocollo di passaggio

Transition from Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) to Adult Mental Health Services (AMHS): preliminary data on the new transition Protocol application

M. Gatta[1], S. Saviolo[2], A. Raffagnato[1], C.P. Testa[3], L. Del Col[1], I. Bertin[4], E. Ferruzza[2]

[1] DIDAS Salute Donna e Bambino, Azienda Ospedale-Università di Padova, Padova; [2] Dipartimento Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione Università di Padova, Padova; [3] Servizio Semiresidenziale di Psicopatologia dell'Adolescenza, UOC Infanzia Adolescenza Famiglia Consultori, Aulss 6, Padova; [4] UOC di Psichiatria, Aulss 6, Padova

Riassunto

Scopo. Lo scopo del presente studio caso-controllo è di valutare l'efficacia di un Protocollo che regola il passaggio dai Servizi per la salute mentale del bambino e dell'adolescente ai Servizi per la salute mentale dell'adulto, in termini di accesso ai Centri di Salute Mentale, interruzione non concordata delle cure e outcome.

Metodi. Lo studio caso-controllo ha coinvolto 49 utenti "transitati" ai Servizi per la salute mentale dell'adulto seguendo il protocollo sperimentale, ed un gruppo di controllo composto da 46 utenti aventi compiuto il passaggio *as usual*. La raccolta dati ha previsto la consultazione di cartelle cliniche e la somministrazione di una scala di valutazione del funzionamento globale (GAF). Risultati. Dalle analisi effettuate sono emerse differenze statisticamente significative tra casi e controlli in relazione al numero di primi accessi ai Centri di Salute Mentale dopo il compimento del 18esimo anno di età. È risultata, inoltre, una relazione statisticamente significativa tra il tipo di interruzione clinica e il punteggio GAF medio associato.

Conclusioni. Garantire continuità delle cure durante la transizione dall'adolescenza all'età adulta favorisce l'accesso ai Servizi per la salute mentale dell'adulto e outcome positivi in termini di salute mentale e benessere psicosociale, tali da consentire, in alcuni casi, anche la dimissione del paziente.

Parole chiave: transizione, adolescenti, giovani adulti, disturbi psichiatrici, protocolli

Summary

Aim. *The purpose of this case-control study is to evaluate the effectiveness of a Protocol that regulates the transition from Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) to those for adults (AMHS), in terms of access to Mental Health Centers, drop outs and outcomes. Methods. The case-control study involved 49 users referred to AMHS for adults following the experimental protocol, and a control group consisting of 46 users having completed the transition as usual. Consultation of medical records and administration of a global functioning assessment scale (GAF) were performed for data collection.*

Results. *Statistically significant differences emerged between cases and controls in relation to the number of accesses to AMHS after the age of 18. There was a statistically significant association between drop out and mean GAF scoring.*

Conclusions. *Ensuring continuity of care during the transition from adolescence to adulthood favors access to AMHS and positive outcomes in terms of mental health and psychosocial well-being, such as to allow, in some cases, even the patient's discharge.*

Key words: transition, adolescents, young adults, psychiatric disorders, protocols

CORRISPONDENZA

Michela Gatta, DIDAS Salute Donna e Bambino, Azienda Ospedale-Università di Padova, via Giustiniani 3, 35100 Padova - E-mail: michela.gatta@unipd.it

INTRODUZIONE

La transizione delle cure dai Servizi per l'età evolutiva a quelli per l'età adulta è definita come il "*pianificato trasferimento di adolescenti e giovani adulti, che continuano a necessitare di assistenza medica, da un sistema di cure centrato sul bambino ad uno orientato sull'adulto*" [1]. Essa, quindi, va considerata non come un evento puntuale, ma come un processo, di natura multidisciplinare e multidimensionale, volto ad occuparsi, in ambito di salute mentale, delle necessità cliniche e psicosociali del paziente nel suo graduale trasferimento dai Servizi per la salute mentale del bambino e adolescente (intesi come Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) ai Servizi per la salute mentale dell'adulto (intesi come Centri di Salute Mentale).

La transizione dall'adolescenza all'età adulta può essere considerata da due prospettive diverse: dal punto di vista dello sviluppo, come passaggio evolutivo dall'adolescenza all'età adulta, e dal punto di vista dei Servizi, come passaggio dai Servizi per la salute mentale del bambino e adolescente ai Servizi per la salute mentale dell'adulto.

In un'ottica evolutiva, la conclusione dell'adolescenza coincide con il raggiungimento della maturità psicologica, ovvero della capacità di far convivere diversi aspetti di sé in una nuova identità, integrando valori maschili e femminili, adulti e infantili. In questo senso, la maturità propria dell'identità adulta consiste nella capacità di tollerare la dipendenza accanto al raggiungimento dell'indipendenza, in un approccio più integrativo che separativo. A questa maturazione psicologica corrisponde, sul piano sociale, l'assunzione di nuovi ruoli che implicano un cambiamento nel rapporto con il senso di responsabilità, relazionale e sociale [2]. Riguardo a quando avvenga questo passaggio di *status*, non sembrano esistere in letteratura posizioni e criteri condivisi. Convenzionalmente si ritiene che la transizione impegni gradualmente il soggetto verso una nuova e definitiva maturità a partire dai 18 anni, età che, nel sistema sanitario italiano, e più in generale europeo, segna il passaggio di responsabilità assistenziale ai Servizi per l'adulto. Tuttavia, le caratteristiche psicologiche e sociali di questo periodo assumono particolari connotati legati all'evoluzione sociale dell'epoca moderna: se nel secolo scorso, infatti, veniva considerato giovane adulto chi aveva varcato la soglia dei 18 anni, ora, alla luce dei recenti cambiamenti sopraggiunti nel sistema familiare, sociale e lavorativo, la letteratura prevede che il periodo adolescenziale venga esteso fino ai 25 anni, con una conseguente dilatazione dell'età prevista per la transizione [3].

Dal punto di vista dei Servizi, dal momento che, come emerso da una meta-analisi di 192 studi epidemiologici condotta da Solmi et al. (2021) [4], circa la metà dei disturbi mentali insorge prima dei 18 anni, con il picco di esordio a 14.5 anni, e che coloro che ne soffrono hanno bisogno di cure "a lungo termine" [5], accade che questi ultimi, una volta raggiunta la maggiore età, sperimentino la transizione dai Servizi per la salute mentale del bambino e adolescente ai Servizi per la salute mentale dell'adulto, transizione che, però, risulta spesso problematica, in quanto non pianificata né concordata tra gli operatori dei due Servizi. Tale incomunicabilità, che si ripercuote in una discontinuità delle cure tra un Servizio e l'altro proprio quando esse dovrebbero essere più robuste [6], fa sì che molti giovani vengano "persi" durante il passaggio: studi inglesi [7] e americani [8] mostrano, infatti, che la frequenza ai Servizi di salute mentale registra un forte declino all'età di 16 anni (24% e 45% rispettivamente), ancora maggiore all'età di 18 anni (più del 60% nel Regno Unito), e che solo la metà di coloro che soffrono di un disturbo psichiatrico in giovane età adulta viene agganciata ai Servizi sanitari territoriali [9]. Analogamente, in Italia si è stimato che solo 1 paziente su 9 è passato, negli ultimi 5 anni, dalle Unità Operative di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza (UONPIA), dedicate alla fascia 0-18, ai Centri di Salute Mentale per l'adulto, che fanno capo ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Il resto va incontro a diversi destini: il 14,8% rimane senza riferimenti; del 21,6% si perdono le tracce; il 26,1% rimane ancora in carico alle UONPIA; l'8,2% si affida a professionisti privati; il 9% è nelle mani del medico di famiglia, come unico medico di riferimento [10].

Secondo Signorini et al. (2018) [11], uno dei maggiori ostacoli alla realizzazione di una transizione ottimale sarebbe l'assenza di linee guida/protocolli comuni che la regolino e la pianifichino, come emerso da una "mappatura" di Servizi per la salute mentale del bambino e adolescente e Servizi per la salute mentale dell'adulto condotta a livello europeo, da cui risulta che la maggior parte dei Paesi dell'UE non dispone di alcun programma di transizione specializzato [10].

Conseguentemente, mancando di una pianificazione, la transizione avviene spesso in maniera improvvisa e traumatica per il paziente, che riporta peraltro di non essere adeguatamente preparato al passaggio né adeguatamente informato circa i Servizi preposti per l'adulto [5,12]. A ciò si aggiungono i vissuti abbandonici della famiglia, che lamenta di sentirsi esclusa, nonostante continui a rappresentare per il giovane adulto un sostegno indispensabile, sia a livello economico che, soprattutto, morale [5,12]. Un ulteriore ostacolo alla transizione riguarda poi le differenze tra i Servizi per la salute mentale del bambino e adolescente e i Servizi per la salute mentale dell'adulto in termini di organizzazione e formazione professionale, oltre che di approccio alla malattia mentale [12,13]. Mentre, infatti, nei primi prevale un'ottica globale di intervento, che coinvolge individuo,

famiglia e ambiente affettivo-relazionale del paziente, considerati di cruciale importanza per il potere e l'influenza che esercitano, nei Servizi per la salute mentale dell'adulto l'approccio è più individuale, specificatamente rivolto ad un individuo in grado di potersi gestire autonomamente[12]. Scarsa, infine, è anche la comunicazione tra i Servizi stessi, che mancano di collaborazione e coordinazione negli interventi, alimentando così la frattura assistenziale già esistente ed ostacolando la buona riuscita della transizione [7,12,14].

I principali studi europei sulla transizione

Nonostante la transizione dai Servizi per la salute mentale del bambino e adolescente ai Servizi per la salute mentale dell'adulto sia oggetto di acceso dibattito, la ricerca europea sulla questione è ancora piuttosto scarsa, in quanto poche sono le informazioni disponibili sulla qualità e sulle esperienze di transizione, nonché sui risultati a lungo termine che la continuità delle cure produce in fatto di salute mentale. Tra gli studi condotti, meritano una particolare menzione lo studio ECHO (*Experiences of Continuity of Care and Health and Social Outcomes*), lo studio TRACK (*Transition from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services*) e lo studio MILESTONE (*Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Healthcare*).
Nello specifico, lo studio ECHO si è occupato di indagare le strutture, i processi e le risorse organizzative che influenzano la continuità delle cure, individuandone come maggiori ostacoli una scarsa comunicazione tra i Servizi per la salute mentale del bambino e adolescente e quelli per la salute mentale dell'adulto (dovuta alla mancanza di sistemi informatici che impediscono l'adeguato trasferimento di informazioni da un Servizio ad un altro); mancanza di collaborazione tra i professionisti dei due settori; assenza di opportunità di formazione e istruzione per lo staff; carenza di personale; utilizzo di modelli decisionali medici pensati per la malattia fisica e non mentale [15].
Inoltre, la maggior parte dei partecipanti a tale studio, intervistati circa l'esperienza di continuità delle cure, riporta di essersi sentito spaesato al momento della transizione, senza più alcun professionista cui fare riferimento, e di aver dovuto vagare "in un territorio sconosciuto" con nuovi *team* e nuove figure professionali [7].
Lo studio TRACK, primo tentativo sistematico di esplorare protocolli, predittori, *outcome* ed esperienze di transizione dai Servizi per la salute mentale del bambino e adolescente a quelli per la salute mentale dell'adulto nel Regno Unito, sulla base dei dati raccolti ha prodotto una serie di raccomandazioni volte a migliorare le cure nella fase di transizione, indicando quattro criteri per la valutazione dell'adeguatezza della transizione stessa: *continuità delle cure*, così come percepita; *periodo di cure parallele*; *pianificazione della transizione mediante riunione preliminare*; *passaggio di informazioni tra un Servizio e l'altro* [7,16].
Infine, lo studio MILESTONE, della durata di 5 anni (febbraio 2014 - gennaio 2019), rappresenta lo studio di maggiore portata, condotto in 8 Paesi europei (Regno Unito, Irlanda, Belgio, Olanda, Francia, Germania, Italia e Croazia) con lo scopo di conoscere e migliorare i protocolli di transizione dai Servizi per la salute mentale del bambino e adolescente a quelli per la salute mentale dell'adulto previsti da ciascun Paese. Il punto forte di tale progetto è lo sviluppo di un modello di "*managed transition*", che prevede la pianificazione della transizione sulla base delle esigenze individuali di ciascuno, il coinvolgimento del giovane e della famiglia nella fase di passaggio, l'invio di un breve resoconto medico sull'utente in questione ai Servizi per la salute mentale dell'adulto nonché il miglioramento della comunicazione e collaborazione tra Servizi neuropsichiatrici e psichiatrici [17]. Nonostante molti dei risultati siano ancora in fase di pubblicazione, il MILESTONE ha evidenziato come il TRAM (*Transition Readiness and Appropriateness Measure*), ovvero un questionario creato *ad hoc* da somministrare sia al giovane che al genitore che al clinico alcuni mesi prima del raggiungimento del limite d'età necessario per la transizione, sia uno strumento affidabile per valutare l'adeguatezza della transizione stessa. Inoltre, ha evidenziato le barriere ad una transizione di successo, identificando le aree su cui i clinici di entrambi i lati del confine possono lavorare per facilitare la transizione del giovane dai Servizi per la salute mentale del bambino e adolescente a quelli per la salute mentale dell'adulto [18,19,20].

L'interfaccia tra Servizi per la salute mentale del bambino e adolescente e Servizi per la salute mentale dell'adulto in Italia e il protocollo per il passaggio pazienti ambulatoriali con disturbi psichici età evolutiva-età adulta

In Italia, come nel resto d'Europa, i dati relativi alla transizione delle cure dalle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ai Dipartimenti di Salute Mentale, a cui fanno capo i Centri di Salute Mentale per l'adulto, sono alquanto allarmanti. Come riportato dal Professor De Girolamo, responsabile del progetto MILESTONE in Italia, nel corso del Convegno "*Continuità delle cure dall'adolescenza all'età adulta nei Servizi di salute mentale*", tenutosi a Brescia nell'aprile 2019, nonostante negli ultimi vent'anni si sia posta un'enfasi crescente sull'importanza di intervenire sul disturbo mentale al momento della sua insorgenza, ovvero tra i 15 e i 25 anni, delle 807.000 persone in trattamento presso i Dipartimenti di Salute Mentale, appena il 5% sono ragazzi di età 18-25 anni. Spesso, infatti, all'uscita dalle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia si assiste ad una dispersione dei malati, che si ritrovano senza più

punti di riferimento e senza protocolli o linee guida che gestiscano la transizione da un Servizio all'altro.
Ed è proprio per rispondere a questa urgenza psichiatrica che in Veneto, e più precisamente nel territorio padovano, è stato delineato il "*Protocollo per il passaggio pazienti ambulatoriali con Disturbi psichici età evolutiva-età adulta*", entrato in vigore il 1° aprile 2016, ma applicato in fase sperimentale già a partire dal 2015 (e revisionato con modifiche migliorative nel 2018), redatto da un gruppo di lavoro costituito da quattro medici psichiatri, un neuropsichiatra infantile e uno psicologo psicoterapeuta dell'ULSS provinciale. Esso nasce da un'esperienza pluriennale di lavoro interservizi Psichiatria-Neuropsichiatria Infantile, con lo scopo di ottimizzare ed implementare il processo di transizione dei giovani utenti a livello territoriale fra i Servizi che si occupano di salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza e i Dipartimenti di Salute Mentale che si occupano della salute mentale della popolazione adulta.
Tra le modalità operative, tale procedura di passaggio prevede innanzitutto la presentazione del caso da parte dell'*équipe* dell'età evolutiva al Centro di Salute Mentale competente territorialmente, a partire dal compimento del diciottesimo anno dei pazienti per i quali si ritiene opportuno un passaggio ai Servizi per la salute mentale dell'adulto, previo invio di una Scheda conoscitiva. La stessa contiene informazioni socio-demografiche, familiari, cliniche e terapeutiche riferite al paziente in carico presso la Neuropsichiatria Infantile. In secondo luogo, un periodo di lavoro congiunto tra le due *équipe*, di provenienza e di futura presa in carico, e l'organizzazione di uno o più incontri con il giovane e la famiglia, in modo da coinvolgerli attivamente nel processo di transizione. Infine, un mese prima del compimento della maggiore età, la stesura di un programma terapeutico condiviso con il paziente.

Scopo dello studio

Lo scopo del presente studio caso-controllo è di valutare l'efficacia del "*Protocollo per il passaggio di pazienti ambulatoriali con Disturbi psichici età evolutiva-età adulta*", al fine di indagare la presenza di differenze statisticamente significative in termini di primi accessi ai Centri di Salute Mentale, *drop out* (= interruzione non concordata delle cure) e *outcome*, tra coloro che sono transitati ai Servizi per la salute mentale dell'adulto seguendo tale Protocollo e coloro che hanno compiuto il passaggio *as usual*.

METODOLOGIA

Partecipanti e procedura

Lo studio è stato svolto sui pazienti nati tra il 1997 e il 2000, che hanno, quindi, compiuto 18 anni, con conseguente passaggio ai Servizi per la salute mentale dell'adulto, tra il 2015 e il 2018 (a partire da quando il Protocollo è stato applicato), afferiti agli ambulatori SPA (Servizio Semiresidenziale di Psicopatologia dell'Adolescenza) e SPEE (Servizio di Psicopatologia dell'Età Evolutiva), ai quali era stata data indicazione di continuità delle cure dopo il 18esimo anno di età. Dal campione sono stati esclusi i pazienti che afferivano agli ambulatori ADHD e DSA (Disturbi specifici dell'apprendimento) e i pazienti per i quali è stato previsto, durante la presa in carico neuropsichiatrica, l'invio al Centro Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare di Padova, in quanto in questi casi il passaggio ai Servizi per la salute mentale dell'adulto spesso avviene in età precoce (già a 14-15 anni) e non segue strettamente il Protocollo oggetto di interesse. Dunque, il campione risulta costituito da 95 pazienti, di cui 59 femmine e 36 maschi, con un'età media di 19.3 anni (DS: 2.12).
Del campione selezionato, si è poi proceduto a verificare all'interno dell'Anagrafe DSM del portale online dell'ULSS, quanti pazienti avessero fatto accesso ai Centri di Salute Mentale competenti territorialmente dopo il compimento della maggiore età e quanti, invece, nonostante l'indicazione di continuare le cure, non vi fossero mai approdati. Dei primi si è, inoltre, verificato quanti fossero attualmente ancora in carico al Centro di Salute Mentale e quanti, al contrario, avessero interrotto le cure, e se in modo concordato o non concordato con il clinico di riferimento.
Dopodiché, tramite consultazione delle cartelle cliniche si è proceduto a verificare se fosse stata usata o meno la Scheda conoscitiva di passaggio, indicante l'avvenuta transizione secondo il Protocollo in questione, procedura che ha permesso di suddividere il campione selezionato rispettivamente in gruppo sperimentale e gruppo di controllo. Nello specifico, nel gruppo sperimentale (N = 49) sono stati inclusi i pazienti transitati ai Servizi per la salute mentale dell'adulto seguendo le modalità operative previste dal Protocollo sopra citate; nel gruppo di controllo (N = 46), invece, sono stati inclusi i pazienti transitati ai Servizi per la salute mentale dell'adulto *as usual*, ai quali, cioè, con il compimento della maggiore età, è stata data indicazione circa la transizione di responsabilità assistenziale dal Servizio neuropsichiatrico al Centro di Salute Mentale di competenza territoriale e sono stati forniti i riferimenti dei nuovi clinici per il passaggio di presa in carico.
In seguito, sono state raccolte informazioni circa il tipo di diagnosi formulata dal neuropsichiatra infantile prima, dallo psichiatra poi, e il tipo di interventi che hanno coinvolto gli utenti in entrambi i Servizi (terapia farmacologica, psicoterapia, interventi sulle abilità sociali, interventi di tipo espressivo, di risocializzazione).
Infine, è stato valutato il funzionamento dei pazienti presi

in carico al Centro di Salute Mentale e sottoposti ad almeno una visita specialistica tramite la somministrazione della *Global Assessment of Functioning* (GAF) ai clinici (psichiatri) di riferimento, dopo aver fatto loro firmare il consenso informato ed aver verificato, all'interno delle cartelle cliniche, la presenza dei consensi alla ricerca dei rispettivi pazienti coinvolti. Su una scala di valutazione del funzionamento globale, ai clinici è stato dunque richiesto di esprimere un punteggio da 1 (disturbo psichico gravissimo con rischio di morte) a 100 (salute mentale), in riferimento all'ultima volta in cui il paziente era stato visto.

Materiale testale

Il materiale testale utilizzato consiste unicamente nella *Global Assessment of Functioning* (GAF), che è stata inserita nel DSM-IV[21] come asse V della classificazione multi assiale. Si tratta di una scala che valuta il funzionamento psicosociale e lavorativo del soggetto collocandolo in un ipotetico *continuum* che va dalla salute mentale (100) al disturbo psichico gravissimo con rischio di morte (1), mediante l'osservazione del soggetto stesso. Dieci sono le fasce di funzionamento in cui essa è suddivisa, con un intervallo di 10 punti ciascuna (escluso lo 0):

- **100-91**: Funzionamento superiore alla norma in un ampio spettro di attività, i problemi della vita non sembrano mai sfuggire di mano, è ricercato dagli altri per le sue numerose qualità positive. Nessun sintomo.
- **90-81**: Sintomi assenti o minimi (es. ansia lieve prima di un esame), buon funzionamento in tutte le aree, interessato e coinvolto in un ampio spettro di attività, socialmente efficiente, in genere soddisfatto della vita, nessun problema o preoccupazione oltre a quelli della vita quotidiana (es. discussioni con i membri della famiglia).
- **80-71**: Se sono presenti sintomi, essi rappresentano reazioni transitorie e attendibili a stimoli psicosociali stressanti (es. difficoltà a concentrarsi dopo una discussione familiare); lievissima alterazione del funzionamento sociale, occupazionale o scolastico (es. rimane temporaneamente indietro nello studio).
- **70-61**: Alcuni sintomi lievi (es. umore depresso o insonnia lieve); *oppure* alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es. alcune assenze ingiustificate da scuola o furti in casa), ma in genere funziona abbastanza bene, ed ha alcune relazioni interpersonali significative.
- **60-51**: Sintomi moderati (es. affettività appiattita e linguaggio circostanziato, occasionali attacchi di panico); *oppure* moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es. pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro).
- **50-41**: Sintomi gravi (es. idee di suicidio, rituali ossessivi gravi, frequenti furti nei negozi); *oppure* qualsiasi grave alterazione nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es. nessun amico, incapace di conservare un lavoro).
- **40-31**: Alterazioni nel test di realtà o nella comunicazione (es. il linguaggio è talvolta illogico, oscuro o non pertinente); *oppure* menomazione grave in alcune aree, quali il lavoro o la scuola, le relazioni familiari, la capacità di giudizio, il pensiero o l'umore (es. il depresso evita gli amici, trascura la famiglia ed è incapace di lavorare; il bambino picchia frequentemente i bambini più piccoli, è provocatorio in casa e non rende a scuola).
- **30-21**: Il comportamento è considerevolmente influenzato da deliri o allucinazioni; *oppure* grave alterazione della comunicazione o della capacità di giudizio (es. talvolta incoerente, agisce in modo grossolanamente inappropriato; idee di suicidio); *oppure* incapacità di funzionare in quasi tutte le aree (es. sta a letto tutto il giorno; non ha lavoro, casa o amici).
- **20-11**: Qualche pericolo di fare del male a se stesso o agli altri (es. tentativi di suicidio senza una chiara aspettativa di morire, frequentemente violento, eccitamento maniacale); *oppure* occasionalmente non riesce a mantenere l'igiene personale minima (es. si sporca con le feci); *oppure* grossolana alterazione della comunicazione (es. decisamente incoerente o mutacico).
- **10-1**: Persistente pericolo di fare del male in modo grave a se stesso o agli altri (es. violenza ricorrente); *oppure* persistente incapacità di mantenere l'igiene personale minima; *oppure* grave gesto suicida con chiara aspettativa di morire.
- **0**: Informazioni inadeguate.

Analisi statistica

Sono state calcolate le statistiche di frequenza e percentuale delle variabili nominali e categoriali inerenti alle caratteristiche del campione oggetto di studio.
Per l'analisi della significatività statistica sono stati applicati i test non parametrici "Test esatto di Fisher" (per variabili dicotomiche) e "Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti", considerato significativo un valore di $p \leq 0,05$.
Il software statistico utilizzato per l'analisi dei dati è SPSS 25.0.

RISULTATI

Statistiche descrittive

In base alla presenza o assenza della Scheda conoscitiva di passaggio, indicante il passaggio ai Servizi per la salute mentale dell'adulto avvenuto secondo il Protocollo oggetto di interesse, il campione (N = 95) è

Tabella I. Anno di nascita (% rispetto al totale).

Anno nascita	% Sperimentale	% Controllo	% Totale
1997	11,6% (*n = 11*)	12,6% (*n = 12*)	24,2% (*n = 23*)
1998	10,5% (*n = 10*)	10,5% (*n = 10*)	21,1% (*n = 20*)
1999	9,5% (*n = 9*)	12,6% (*n = 12*)	22,1% (*n = 21*)
2000	20% (*n = 19*)	12,6% (*n = 12*)	32,6% (*n = 31*)
Tot.	51,6% (*n = 49*)	48,4% (*n = 46*)	100% (*n = 95*)

stato suddiviso rispettivamente in gruppo sperimentale e gruppo di controllo. Il primo è costituto da 49 pazienti, di cui 27 femmine e 22 maschi; il secondo è costituito da 46 pazienti, di cui 32 femmine e 14 maschi. I numeri suggeriscono un'equa distribuzione degli utenti tra i due gruppi, il 52% dei quali si colloca nel gruppo sperimentale, il 48% in quello di controllo. In entrambi si registra, inoltre, una prevalenza del genere femminile, che rappresenta il 62,1% del totale contro il 37,9% di quello maschile.

Per quanto riguarda l'anno di nascita, invece, come illustrato in Tabella I, gli utenti sono distribuiti in modo omogeneo tra i due gruppi e tra le diverse annate, eccezion fatta per quelli nati nel 2000, che costituiscono il 32,6% del campione totale, di cui il 20%, quindi più della metà, si colloca nel gruppo sperimentale. Dal momento che il sistema sanitario italiano predispone la transizione ai Servizi per la salute mentale dell'adulto una volta raggiunta la maggiore età, è possibile dedurre che questo 20% abbia eseguito il passaggio, seguendo il Protocollo, nel 2018, dato significativo se confrontato con le percentuali di coloro che sono transitati negli anni precedenti (è raddoppiato). Tale risultato farebbe, dunque, pensare che ci voglia del tempo perché il Protocollo venga in pieno attuato e i servizi si (ri)organizzino in funzione di esso.

Per quanto riguarda l'inquadramento diagnostico del campione selezionato, le diagnosi formulate durante la presa in carico neuropsichiatrica degli utenti seguono i criteri dell'ICD-10 [22] e sono state le seguenti:

- disturbi psicotici (F20-29): 5%;
- disturbi dell'umore (F30-39): 22%;
- disturbi nevrotici (F40-48): 24%;
- disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici (F50-59): 2% (bulimia nervosa);
- disturbi di personalità (F60-69): 14%;
- ritardo mentale lieve (F70-79): 7%;
- disturbi del comportamento (F90-98): 26%.

Da notare è l'assenza di Disturbi dello sviluppo psicologico (F80-89), come disturbi specifici dell'apprendimento e/o autismo, per i quali esistono, a livello territoriale, dei Servizi specificamente dedicati alla diagnosi e alla cura, che non sono stati oggetto di studio del presente lavoro. Per quanto riguarda i Ritardi mentali, sono stati presi in considerazione solo quelli lievi e in comorbidità con altri disturbi psichiatrici.

Al momento della presa in carico presso i Servizi per la salute mentale dell'adulto, le diagnosi vengono riviste alla luce dei criteri del DSM-5 [23]; relativamente al nostro campione le diagnosi sono state le seguenti:

- disturbi psicotici: 8%;
- disturbi dell'umore: 18%;
- disturbi nevrotici: 17%;
- disturbi di personalità: 40%;
- disturbi del neurosviluppo (disabilità intellettiva di grado lieve): 7%;
- disturbi del comportamento: 10%.

Qui, ciò che emerge in maniera preponderante, soprattutto se confrontata con la prevalenza delle diagnosi formulate nei Servizi neuropsichiatrici, è l'elevata percentuale di Disturbi di personalità (40%), che costituivano invece solo il 14% delle diagnosi neuropsichiatriche. Tale incremento potrebbe essere legato sia al fatto che i criteri diagnostici del DSM-5 sono più chiari e demarcati, rispetto all'ICD-10, per tali diagnosi, sia al fatto che molti disturbi del comportamento evolvono in disturbi della personalità in età adulta [24,25]. I Disturbi del comportamento, infatti, si attestano qui al 10%, contro il 26% delle diagnosi neuropsichiatriche. Nei disturbi di personalità, inoltre, rientra anche il 2% degli F50-59.

Infine, da notare è la percentuale di Disturbi del neurosviluppo (7%), che in tale campione includono solo disabilità intellettive lievi con comorbidità psichiatrica, dal momento che le disabilità gravi sono seguite dai Servizi per le Disabilità territoriali, e che rimane coerente con il 7% rappresentato da F70-79 (Ritardo mentale lieve) delle diagnosi neuropsichiatriche.

Studio caso-controllo

Accesso al CSM

È stata condotta un'analisi, attraverso il Test esatto di Fisher, per osservare la presenza di differenze significative in merito all'accesso ai Centri di Salute Mentale competenti territorialmente dopo il compimento dei 18 anni.

Per quanto riguarda il gruppo sperimentale, il 93,9% dei soggetti (N = 46) ha effettuato almeno un primo accesso ai Servizi psichiatrici dell'adulto, dopo la dimissione dai corrispettivi neuropsichiatrici. Nel gruppo di controllo, invece, tale percentuale si attesta al 54,3% (N = 25). Dalle analisi caso-controllo la differenza riscontrabile tra i due gruppi è risultata statisticamente significativa (Test esatto di Fisher = 12,5; $p < .001$).

Tabella II. Percentuali in gruppo di primi accessi al CSM.

Accesso CSM	% Sperimentale	% Controllo	p
Accesso si	93,9% (*n = 46*)	54,3% (*n = 25*)	< .001
Accesso no	6,1% (*n = 3*)	45,7% (*n = 21*)	< .001

Interruzione clinica

Attraverso il Test esatto di Fisher, è stata condotta un'analisi per indagare la presenza di differenze statisticamente significative in merito all'interruzione delle cure tra gli utenti che hanno fatto accesso ai Centri di Salute Mentale dopo il compimento del 18esimo anno d'età (N = 71). Per quanto riguarda il gruppo sperimentale, il 28,3% dei soggetti aventi fatto accesso ai Centri di Salute Mentale competenti territorialmente ha interrotto le cure, per motivi non specificati, contro il 32% dei soggetti del gruppo di controllo. Una differenza, questa, esigua che risulta peraltro non statisticamente significativa (Test esatto di Fisher = .839; p > .05).

Per tale ragione, si è ritenuto opportuno condurre un'ulteriore analisi al fine di indagare se l'interruzione delle cure fosse stata concordata o non concordata con il clinico di riferimento, e se chi avesse concordato l'interruzione delle cure presentasse un punteggio GAF medio più elevato rispetto a chi non l'aveva concordata, e viceversa. Per quanto riguarda il gruppo sperimentale, il 76,9% dei soggetti che ha interrotto le cure le ha interrotte in modo concordato contro il 37,5% dei soggetti del gruppo di controllo.

Come visibile in Tabella IV, si evidenzia una netta prevalenza di interruzioni concordate nel gruppo sperimentale (76,9%) e, viceversa, di interruzioni non concordate (= *drop-out*) nel gruppo di controllo (62,5%).

Per quanto riguarda i punteggi GAF associati al tipo di interruzione, in generale coloro che hanno concordato l'interruzione delle cure con il proprio clinico di riferimento sembrano "funzionare" meglio, sul piano mentale, sociale e lavorativo (μ = 73,1, σ = 8,3, p < .05) rispetto a coloro che non l'hanno concordata (μ = 59, σ = 10,5, p < .05).

Tabella III. Percentuali di interruzioni cliniche per gruppo.

Interruzione clinica	% Sperimentale	% Controllo	p
Sì	28,3% (*n = 13*)	32% (*n = 8*)	>. 05
No	71,7% (*n = 33*)	32% (*n = 17*)	>. 05

Tabella IV. Percentuali di interruzioni concordate/non concordate (= *drop-out*).

Interruzione	% Sperimentale	% Controllo
Concordata	76,9% (*n = 10*)	37,5% (*n = 3*)
Non concordata	23,1% (*n = 3*)	62,5% (*n = 5*)

Tabella V. Medie e DS punteggio medio GAF per tipo di interruzione.

Interruzione	% Del totale	Media punteggio GAF	DS punteggio GAF
Concordata	61,9%	73,1	8,3
Non concordata	38,1%	59	10,5

Tabella VI. Gravità GAF % in gruppo.

Gravità GAF	% Sperimentale	% Controllo
Gravità sì (≤ 50)	23,9%	28%
Gravità no (> 50)	76,1%	72%

Tabella VII. Medie e DS Punteggio GAF per gruppo.

Gruppo	Utenti	Media	DS
Sperimentale	46	59,37	14,71
Controllo	25	58,84	16,7

Punteggi GAF

In base al punteggio ottenuto, la totalità degli utenti avente fatto accesso al Centro di Salute Mentale competente territorialmente è stata suddivisa in due cluster, dopo aver posto 50 come *cut-off* di gravità:

1. ≤ 50: sintomatologia grave;
2. > 50: sintomatologia non grave.

Per quanto riguarda il primo cluster (≤ 50), gli utenti del gruppo di controllo presentano punteggi inferiori od uguali a 50 in percentuale più alta (28%) rispetto alla controparte sperimentale (23,9%), mentre nel secondo cluster (> 50) sono gli utenti del gruppo sperimentale ad avere per la maggior parte un punteggio GAF non grave (76,1% *vs* 72% del gruppo di controllo).

Come visibile anche in Tabella VII, gli utenti del gruppo sperimentale sembrano, dunque, stare meglio rispetto a quelli del gruppo di controllo, tuttavia tale dato non ci permette di fare alcuna inferenza circa l'efficacia del Protocollo in termini di *outcome* nel tempo, in quanto non disponiamo della GAF iniziale, compilata al momento della presa in carico del paziente presso il Centro di Salute Mentale competente territorialmente, ma solo di una valutazione puntuale in riferimento all'ultima volta in cui era stato visto dal clinico di riferimento.

Scheda conoscitiva di passaggio

Nella raccolta dati, degne di nota si sono rivelate anche alcune delle informazioni contenute nella Scheda

conoscitiva di passaggio, la quale offre in maniera sintetica un quadro del percorso neuropsichiatrico del paziente che si approssima alla transizione, informando circa eventuali trattamenti effettuati (farmacologico e/o psicoterapico) e l'inserimento in strutture psichiatriche. Nello specifico, si è ritenuto interessante mettere a confronto l'organizzazione e la tipologia di interventi erogati dai Servizi per la salute mentale del bambino e adolescente a quelli per la salute mentale dell'adulto. L'analisi di tali dati è stata possibile unicamente per il gruppo sperimentale, il solo per il quale era reperibile la Scheda conoscitiva di passaggio.

Interventi Neuropsichiatria Infantile-Centri di Salute Mentale: due realtà a confronto

Per quanto riguarda gli interventi erogati nel Servizio neuropsichiatrico infantile in cui è stato svolto tale studio caso-controllo, l'intervento di tipo farmacologico risulta quello messo in atto più frequentemente: ben l'81,6% dei soggetti, infatti, ha assunto farmaci durante la presa in carico neuropsichiatrica. Una percentuale così elevata è legata al servizio in cui tali soggetti sono stati seguiti, ovvero un servizio neuropsichiatrico di II livello, che dispone di attività ambulatoriali e semiresidenziali specialistiche per adolescenti con psicopatologia di medio-grave entità, dove si attuano interventi multimodali integrati (psicologico, educativo, neuropsichiatrico e psicofarmacologico). Il 64,3% degli utenti in carico presso tale struttura risulta, infatti, aver usufruito dell'associazione tra interventi educativo-riabilitativi, terapia farmacologica, psicoterapia individuale e/o di gruppo. Inoltre, nel 28,6% dei casi si è anche previsto il Servizio Educativo Domiciliare (SED) attivato dal Comune di appartenenza.
Per quanto riguarda, invece, gli interventi erogati nei Centri di Salute Mentale per l'adulto, gli interventi di tipo farmacologico e psicoterapico risultano molto meno frequenti (30,4% e 26,1% rispettivamente), mentre subentrano gli interventi sulle abilità sociali ed interpersonali, gli interventi di tipo espressivo-pratico-manuale-motorio e gli interventi di risocializzazione, che coinvolgono, nel complesso, il 32,6% degli utenti del gruppo sperimentale. Nello specifico, di questo 32,6% la totalità risulta seguire training sulle abilità sociali (intese come quei comportamenti interpersonali regolati e/o sanciti socialmente, che implicano la capacità di percepire e analizzare la situazione in cui ci si trova, così da mettere in atto comportamenti adeguati e congrui – ad esempio, codici di abbigliamento, regole su cosa dire e non dire, etc.); il 27% aderisce ad interventi di tipo espressivo-pratico-manuale-motorio finalizzati all'espressione di pensieri, emozioni, sentimenti tramite processi creativi come la musica, la danza, il teatro, riuscendo così ad agire sulla sfera emotivo-affettiva dell'individuo, modulandone e regolandone le emozioni; infine, il restante 23% segue interventi di risocializzazione, volti a migliorare le capacità di socializzazione degli utenti mediante iniziative sociali o attività ricreative sul territorio.

DISCUSSIONE

Riassumendo, i risultati emersi indicano innanzitutto una notevole discrepanza nel numero di primi accessi ai Centri di Salute Mentale competenti territorialmente dopo il compimento della maggiore età, che risulta di gran lunga superiore nel gruppo sperimentale. Tale discrepanza potrebbe essere imputata alle diverse modalità operative con cui è avvenuto il passaggio ai Servizi per la salute mentale dell'adulto nei due gruppi: mentre, infatti, per gli utenti del gruppo sperimentale il Protocollo di passaggio ha previsto l'accompagnamento graduale ai Servizi per la salute mentale dell'adulto, oltre che la collaborazione tra le due *équipe* (età evolutiva-età adulta) mediante riunioni interservizi e la stesura di un progetto terapeutico condiviso e, quando possibile, la conoscenza del caso da parte del Centro di Salute Mentale prima dei 18 anni, per quelli del gruppo di controllo non è stata prevista né una preparazione specifica dell'utente né uno scambio programmato tra Servizi, lasciando che gli stessi avvenissero eventualmente sulla base della volontà del singolo operatore. A tal proposito, come emerso da alcuni studi sul processo e sull'esperienza della transizione [7,26], uno dei maggiori ostacoli ad una sua ottimale realizzazione sarebbe proprio questa mancanza di supporto e di conoscenza circa i Servizi per la salute mentale dell'adulto, lamentata dagli utenti stessi e dalle rispettive famiglie. Lo stesso studio ECHO sulla continuità delle cure durante il periodo di transizione ne è una dimostrazione, in quanto la maggior parte dei partecipanti riporta di essersi sentito spaesato al momento della transizione, senza più alcun professionista cui fare riferimento, e di aver dovuto vagare "in un territorio sconosciuto" con nuovi *team* e nuove figure professionali [7]. Pertanto, è verosimile ipotizzare che un modello di transizione pianificata, come quello previsto dal "*Protocollo per il passaggio di pazienti ambulatoriali con Disturbi Psichici età evolutiva-età adulta*", che dispone l'accompagnamento del giovane utente ai Servizi per la salute mentale dell'adulto e il suo coinvolgimento attivo in una decisione che riguarderà la sua vita futura, favorisca l'accesso ai Centri di Salute Mentale pubblici, garantendo così continuità delle cure in un momento di grande vulnerabilità quale la transizione dall'adolescenza all'età adulta.
Per quanto riguarda l'interruzione delle cure degli utenti aventi fatto accesso ai Centri di Salute Mentale competenti territorialmente, è emersa una relazione tra il tipo di interruzione e il punteggio GAF: all'interruzione concordata è infatti associato un punteggio GAF medio

più elevato rispetto all'interruzione non concordata. Per questo è verosimile ipotizzare da un lato che l'interruzione concordata indichi un buon livello di funzionamento, tale da consentire al clinico la dimissione del paziente, dall'altro che l'interruzione non concordata sia indice di scarsa motivazione al trattamento o di insoddisfazione per le cure ricevute. Questi risultati, considerata inoltre la netta prevalenza di interruzioni concordate nel gruppo sperimentale e, viceversa, di interruzioni non concordate nel gruppo di controllo, deporrebbero a favore dell'ipotesi per cui garantire continuità delle cure durante il processo di transizione sortisca effetti positivi anche in termini di *outcome*, tali da consentirne, in alcuni casi, pure la dimissione. Fondamentale, in questo senso, risulterebbe ancora una volta la modalità operativa con cui viene attuata la transizione, in particolare il coinvolgimento attivo del ragazzo e il suo accompagnamento graduale ai Servizi per la salute mentale dell'adulto. Come emerso da alcuni studi [27], infatti, molti giovani riferiscono di aver abbandonato le cure, nonostante ne avessero ancora bisogno, in quanto ritenevano di non aver avuto molta voce in capitolo nel trattamento o di non essere riusciti a creare un rapporto di fiducia con il proprio clinico di riferimento. L'alleanza terapeutica risulta, infatti, uno dei fattori determinanti nel predire la continuità e la buona riuscita del trattamento [28]. Tuttavia, per i giovani che per anni sono stati in carico presso i Servizi neuropsichiatrici infantili risulta spesso traumatico doversi separare dal *team* di professionisti da cui sono stati seguiti per molto tempo, e altrettanto traumatico dover instaurare una relazione con dei nuovi clinici, per di più se mai incontrati fino a quel momento [28]. Di qui l'importanza di mediare il passaggio dai Servizi per la salute mentale del bambino e adolescente a quelli per la salute mentale dell'adulto, prevedendo un periodo di conoscenza graduale di quella che sarà la futura *équipe* di riferimento, così da favorire l'alleanza terapeutica e diminuire le probabilità di *drop-out*.

Infine, i dati raccolti all'interno della Scheda conoscitiva di passaggio, ed inerenti agli interventi erogati dal Servizio neuropsichiatrico infantile e dai Centri di Salute Mentale per l'adulto in cui tale studio è stato svolto, sembrano riflettere la diversa struttura organizzativa dei due, oltre che le diverse risorse. In particolare, appare evidente come nel Servizio neuropsichiatrico infantile l'approccio alla malattia mentale sia volto ad abilitare ed educare il giovane affetto da disturbo psichiatrico, in un'ottica evolutiva e di intervento globale, che coinvolge non solo l'individuo, ma anche la scuola e l'ambiente affettivo-relazionale che lo circonda. Per contro, nei Centri di Salute Mentale per l'adulto l'approccio alla malattia mentale appare privilegiare il mantenimento delle abilità raggiunte dal soggetto, così da rafforzarle ed evitarne un peggioramento. La figura dell'educatore, tipica dei Servizi neuropsichiatrici, qui scompare e viene sostituita da quella dell'infermiere, che svolge un tipo di intervento assistenziale, rivolto al singolo e ai familiari. "Rara" è, inoltre, la figura dello psicologo. Tali differenze, imputabili anche alla diversa tipologia di utenza che afferisce ai Servizi, da un lato l'adolescente in piena fase di sviluppo, dall'altro l'adulto già strutturato nella sua personalità, indicano, pertanto, la necessità di creare degli ambienti intermedi, che rispondano ai bisogni specifici di coloro che si apprestano a compiere il passaggio ai Servizi per la salute mentale dell'adulto al compimento della maggiore età, e che non sono più adolescenti, ma non ancora adulti, in quanto non completamente indipendenti o in grado di gestirsi autonomamente. Essendo la transizione dall'adolescenza all'età adulta una fase molto vulnerabile per il costituirsi di seri problemi mentali [29-30], appare, a maggior ragione, necessario garantire continuità delle cure, migliorando la collaborazione interdisciplinare e creando delle *équipe* integrate per la transizione, così da non vanificare gli effetti degli interventi intrapresi nei Servizi dell'età evolutiva.

CONCLUSIONI

Il presente studio caso-controllo presenta dei limiti legati soprattutto all'esiguità del campione clinico e all'assenza di una valutazione iniziale dei pazienti, al momento della loro presa in carico psichiatrica, che ha quindi impedito di verificare gli effetti del Protocollo in termini di *outcome* nel tempo. Pur con tali limitazioni, le osservazioni compiute consentono di affermare che garantire continuità delle cure durante il processo di transizione favorisce l'accesso ai Servizi per la salute mentale dell'adulto e *outcome* positivi in termini di salute mentale e benessere psicosociale, tali da consentirne anche la dimissione. Inoltre, la diversa organizzazione dei Servizi per la salute mentale del bambino e adolescente e quelli per la salute mentale dell'adulto, nonché le diverse risorse di cui essi dispongono, suggeriscono la necessità di mediare la transizione, creando degli ambienti intermedi che rispondano ai bisogni specifici dei giovani adulti (18-25 anni), non più adolescenti da un punto di vista psicologico, ma non ancora adulti dal punto di vista psicosociale.

Bibliografia

1 Viner R. Transition from paediatric to adult care. Bridging the gaps or passing the buck? Arch Dis Child 1999;81:271-275.

2 Pietropolli Charmet G, Maggiolini A. Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti. Milano: Franco Angeli 2004.

3 Arnett JJ. Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. Am Psychol 2000;55:469-480.

4 Solmi M, Radua J, Olivola M, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. Mol Psychiatry 2021 Jun 2. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7. Online ahead of print

5 Singh SP, Tuomainen H. Transition from child to adult mental health services: needs, barriers, experiences and new models of care. World Psychiatry 2015;14:358-361.

6 McGorry PD. The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. Med J Aust 2007;187:S53-S56.

7 Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, McLaren S, et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. Br J Psychiatry 2010;197:305-312.

8 Pottick KJ, Bilder S, Vander Stoep A, et al. US patterns of mental health service utilization for transition-age youth and young adults. J Behav Health Serv Res 2008;35:373-389.

9 Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. Dialogues Clin Neurosci 2009;11:1-20.

10 Signorini G, Singh SP, Marsanic VB, et al. Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: a 28-country survey in Europe. Lancet Psychiatry 2017;4:715-724.

11 Signorini G, Singh SP, Marsanic VB, et al. The interface between child/adolescent and adult mental health services: results from a European 28-country survey. European child & adolescent psychiatry, 2018;27:501-511. Eur Child Adolesc Psychiatry

12 Hill A, Wilde S, Tickle A. Review: transition from Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) to Adult Mental Health Services (AMHS): a meta-synthesis of parental and professional perspectives. Child Adolesc Ment Health 2019;24:295-306. https://doi.org/10.1111/camh.12339. Epub 2019 Jun 4.

13 Singh SP, Paul M, Ford T, et al. Transitions of care from child and adolescent mental health services to adult mental health services (TRACK study): a study of protocols in Greater London. BMC Health Serv Res 2008;8:135.

14 Pontoni G, Di Pietro E, Neri T, et al. Factors associated with the transition of adolescent inpatients from an intensive residential ward to adult mental health services. Eur Child Adolesc Psychiatry 2021 Jan 24. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01717-y. Epub ahead of print.

15 Burns T, Catty J, Clement S, et al. Experiences of continuity of care and health and social outcomes: the ECHO study. London: NCCSDO 2007.

16 Islam Z, Ford T, Kramer T, et al. Mind how you cross the gap! Outcomes for young people who failed to make the transition from child to adult services: the TRACK study. BJPsych Bull 2016;40:142-148. https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.050690.

17 Singh SP, Tuomainen H, De Girolamo G, et al. Protocol for a cohort study of adolescent mental health services users with a nested cluster randomized controlled trial to assess the clinical and cost-effectiveness of managed transition in improving transitions from child to adult mental health services. BMJ Open 2017;7: e016055.

18 Tuomainen H, Schulze U, Warwick J, et al. Managing the link and strengthening transition from child to adult mental health Care in Europe (MILESTONE): background, rationale and methodology. BMC Psychiatry 2018;18:167.

19 Santosh P, Adams L, Fiori F, et al.; MILESTONE Consortium. Protocol for the development and validation procedure of the managing the link and strengthening transition from child to adult mental health care (MILESTONE) suite of measures. BMC Pediatr 2020;20:167. https://doi.org/10.1186/s12887-020-02079-9.

20 Santosh P, Singh J, Adams L, et al. Validation of the Transition Readiness and Appropriateness Measure (TRAM) for the Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Healthcare in Europe (MILESTONE) study. BMJ Open 2020;10:e033324. HTTPS://DOI.ORG/10.1136/bmjopen-2019-033324.)

21 American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition; Washington, DC, USA 1994. (Tr. It. Masson, Milano, 1995).

22 World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines; WHO: Geneva, Switzerland 1992.

23 American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; Arlington, VA, USA 2013. (Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014).

24 Pardini D, Obradovic J, Loeber R. Interpersonal callousness, hyperactivity/impulsivity, inattention and conduct problems as precursors to delinquency persistence in boys: a comparison of three grade-based cohorts. J Clin Child Adolesc Psychol 2006;35:46-59.

25 Burke JD, Stepp SD. Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men. J Abnorm Child Psychol 2012;40:35-44.

26 Hovish K, Weaver T, Islam Z, et al. Transition experiences of mental health service users, parents and professionals in the United Kingdom: a qualitative study. Psychiatr Rehabil J 2012;35:251.

27 Laugharne R, Priebe S. Trust, choice and power in mental health. Epidemiol Psichiatr Soc 2006;41:843-852.

28 Gilburt H, Rose D, Slade M. The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. BMC Health Serv Res 2008;8:92.

29 Copeland WE, Shanahan L, Costello J, et al. Childhood and adolescents psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. Arch Gen Psychiatry 2009;66:764-772.

30 Fuchs M, Kemmler G, Steiner H, et al. Child and adolescent psychiatry patients coming of age: a retrospective longitudinal study of inpatient treatment in Tyrol. BMC Psychiatry 2016;16.

ARTICOLO ORIGINALE

Pandemia da SARS-COVID-19: ripercussioni neuropsicologiche ed educative in età evolutiva

SARS-COVID-19 pandemia: neuropsychological and educational consequences in developmental age

M. Civerchia[1], M. Duca[1,2], M. Pincherle[2]

[1] Università degli Studi di Macerata, Dipartimento di Scienze della Formazione Primaria; [2] Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria Infantile Ospedale di Macerata

Riassunto

La tensione causata dalla pandemia da SARS-COVID ha portato nei bambini, soprattutto in età preadolescenziale, un forte stress emotivo. Lo studio indaga se nel campione di bambini di 11 anni analizzato sono presenti ripercussioni emotivo-comportamentali dovute alla pandemia e valuta come queste abbiano inciso sulla loro salute mentale. Dal nostro studio è emerso che gli alunni, sia maschi che femmine, presentavano livelli d'ansia nella scala internalizzante alquanto significativi, mentre nella scala esternalizzante era il campione maschile a ottenere un punteggio maggiore. Tali elementi sono stati globalmente percepiti dagli insegnanti nel gruppo classe, ma difficilmente identificati nei singoli alunni. Sarebbe utile, perciò, avviare attività e percorsi psicologici in grado di valorizzare l'esperienza di ogni soggetto coinvolto nel mondo educativo e scolastico, in particolare per gli insegnanti e i loro alunni.

Parole chiave: pandemia COVID-19, ansia, disturbi specifici dell'apprendimento, sistema educativo

Summary

The tension caused by the SARS-COVID pandemia has led to severe emotional stress in children, especially in pre-adolescent age. The study investigates whether there are emotional-behavioral repercussions due to the pandemia in the sample of 11-year-old children analyzed and it assesses how these have affected their mental health. Our study showed that the pupils, both male and female, had quite significant levels of anxiety on the internalizing scale, while on the externalizing scale it was the male sample who obtained a higher score. These elements were globally perceived by the teachers in the class group, but hardly identified in the individual pupils. It would therefore be useful to start psychological activities and paths capable of enhancing the experience of each subject involved in the world of education and schools, in particular for teachers and their pupils.

Key words: COVID-19 pandemia, anxiety, specific learning disorders, education system

INTRODUZIONE

L'epidemia di SARS-CoV-2 è una delle più grandi epidemie di polmonite atipica degli ultimi anni, dopo la sindrome respiratoria acuta grave (SARS). Dalla dichiarazione dello stato di emergenza sono stati numerosi i tentativi di bloccare la diffusione del virus e di ristabilire la normalità. Durante l'ultimo anno, i bambini hanno vissuto una dimensione sociale caratterizzata dall'isolamento e la loro routine è stata profondamente impattata. La quarantena ha messo a dura prova l'equilibrio non solo dell'ambiente familiare, ma anche di quello scolastico ed educativo. Le misure di prevenzione, che sono state applicate a tutti gli ambiti della quotidianità, possono essere state percepite come traumatizzanti dalla maggior parte dei bambini. Ad esempio, la mancanza di luoghi di ritrovo dovuta alla chiusura ha causato una forte sensazione di abbandono e di smarrimento per genitori e bambini. Quest'ultimi sperimentano forti sensazioni d'ansia e depressione di fronte a situazioni in rapida evoluzione

CORRISPONDENZA
Margherita Civerchia, via Michelangeli 10, Jesi (AN) 60035 - E-mail: margheritaciverchia@postecert.it

negativa e questa pandemia ha rappresentato l'episodio "perfetto". Dalton, infatti, ha mostrato che la pandemia ha determinato importanti ripercussioni sulla salute mentale dei bambini [1]. Tali dati sono stati confermati da dati di letteratura, dove è riportato che soggetti in età evolutiva avrebbero sperimentato un forte stress di natura psichica, che si sarebbe tradotto in una serie di disturbi come ansia e depressione [2].
Obiettivo del nostro studio è stato quello di individuare la presenza di problemi emotivo-comportamentali e sociali in soggetti di età compresa tra 10 e 11 anni durante il periodo pandemico e verificare quali fossero le aree in cui i bambini mostravano maggiori criticità. Secondariamente è stato analizzato se in ambito scolastico il corpo docente avesse riscontrato un cambiamento durante la pandemia COVID-19 e verificato se l'evento pandemico avesse influenzato negativamente l'esperienza educativa degli insegnanti dell'intero gruppo classe considerato.

MATERIALI E METODI

Lo studio ha avuto luogo in una scuola primaria di Jesi (AN), in maniera anonima e completamente volontaria, da maggio 2021 a giugno 2021, con un periodo della somministrazione dei questionari di quattro giorni.
Per avanzare nel progetto di ricerca sono stati utilizzati tre questionari: la CBCL nel modulo compilabile dalle insegnanti *Teacher's Report Form* (TRF 6-18) e di quello autocompilabile dai ragazzi *Youth Self Report* (YSR 11-18) di Achenbach [3,4] e il questionario autoprodotto intitolato *Le conseguenze psico-educative del COVID-19 a scuola.*
Il sistema di valutazione somministrato – Achenbach System of Empirically Based Assessment, ASEBA – fu elaborato da Thomas Achenbach e da suoi collaboratori nel 2001 con l'obiettivo di ottenere informazioni su diverse aree come competenza, adattamento, problemi comportamentali ed emotivi di bambini e studenti. Il sistema è identificato come una valutazione multi-assiale su base empirica in forma di questionario per docenti, familiari e anche compilabili dal bambino stesso. Questo strumento dà la possibilità di poter rilevare 84 competenze del campione e anche le aree in cui mostra maggiori elementi di complessità.
I questionari sono suddivisi in due parti. Nella prima vengono poste domande relative al funzionamento interpersonale e sociale dell'individuo nelle aree amicali, familiare e scolastiche; all'interno sono contenute anche delle domande aperte su disabilità, malattie o su preoccupazioni che influenzano sostanzialmente la routine. Nella seconda parte sono contenuti 113 item a cui è necessario rispondere a 112 con punteggio 0 = raramente-mai, punteggio 1 = qualche volta, punteggio 2 = spesso o sempre. In seguito, è possibile confrontare i punteggi con i valori normativi e si ricavano altri due punteggi totali: uno riferito alle competenze e l'altro ai problemi emotivo comportamentali.
I questionari di Achenbach forniscono dei punteggi grezzi, utili per le comparazioni dei test e discussione dei risultati. I punteggi grezzi possono essere ulteriormente trasformati in punti percentili e punti T normalizzati, rispettivamente indirizzati alle scale ordinate e sovra ordinate delle otto sindromi e distinti per sesso maschile o femminile. La standardizzazione dei punteggi è utile per delineare un profilo diagnostico del soggetto. Questo è possibile grazie alla categorizzazione ideata da Achenbach che permette di classificare velocemente i punteggi su un livello normale, *borderline* o clinico. Gli autori definiscono come *borderline* un punteggio tale da incidere effettivamente in qualche area e quindi necessita di attenzioni particolari, ma non fino al punto di richiedere una diagnosi clinica. Nei casi in cui il punteggio supera il livello *borderline* allora esso diviene significativo dal punto di vista clinico e risulta necessario richiedere una diagnosi per redigere un profilo [5]
Il terzo questionario è stato formulato autonomamente attraverso *Google Docs* con lo scopo di indagare l'impatto psico-educativo della pandemia COVID-19 nell'ambiente scolastico. Il questionario è suddiviso in tre sezioni: la prima è appositamente costruita per guidare il docente attraverso un'autoriflessione e aiutarlo a verificare se siano comparsi, all'interno della propria classe, nuovi fenomeni comportamentali condizionati dalla pandemia. Nella seconda parte gli item indagano lo stato mentale dei bambini e il relativo miglioramento o peggioramento del loro rendimento scolastico. L'ultima parte è dedicata a come il personale docente ha reagito allo stress nato dalla pandemia e come questo evento ha influenzato la sua azione didattica, in tutto il gruppo classe). Il questionario consiste in 15 item di cui 5 danno la possibilità di aggiungere una risposta ulteriormente esplicativa in forma aperta. È utilizzata una scala Likert composta da punteggio 1 a 5, in cui 1 = per niente e 5 = molto.

RISULTATI

Il campione dello studio è rappresentato da soggetti in preadolescenza appartenenti a due classi di quinta primaria per una totalità di 46/48 studenti (95,9%) con un *range* di 10-11 anni. Il campione è contraddistinto da 23 femmine e 23 maschi. All'interno del gruppo sono presenti tre bambini con Bisogni Educativi Speciali, uno con Disturbi Specifici dell'Apprendimento e uno con Ipoacusia. La totalità del campione doveva raggiungere i 48 soggetti, ma due soggetti non erano presenti durante la sperimentazione a causa di problemi di salute precedentemente certificati. Nonostante la loro assenza,

la sperimentazione si è svolta regolarmente e si è potuto osservare un *drop-out* di 0 soggetti su 46 (0%).
L'insegnante selezionata per poter compilare il questionario del comportamento del bambino (TRF 6-18) è una docente che svolge servizio in entrambe le classi di quinta primaria ed è stata precedentemente contattata per verificarne la disponibilità e volontà di partecipare alla sperimentazione.
Il terzo questionario campione comprende una totalità di 23 docenti con un'età media di 48,4 anni e un *range* dai 35-60 anni che prestano servizio nell'istituto nelle classi dalla terza alla quinta primaria. Il gruppo campione dei docenti si suddivide in tre macrogruppi in cui compaiono 7 docenti di terza primaria (31,8%), 7 docenti di quarta primaria (31,8%) e 8 docenti di quinta primaria (36,4%). Al terzo questionario hanno partecipato tutti i docenti chiamati alla compilazione.
Il TRF/6-18 è stato consegnato personalmente il 26 maggio 2021 alla docente che insegna in entrambe le classi di quinta primaria. Il questionario *Le conseguenze psico-educative del COVID-19 a scuola* è stato somministrato attraverso *Google Docs* il 27 maggio 2021 al personale docente attraverso il link affiliato. Il questionario è rimasto aperto per cinque giorni, così da concedere a tutti i docenti di rispondervi. L'YSR/11-18 è stato somministrato alla prima classe campione il 28 maggio 2021 e alla seconda classe campione è stato consegnato la mattina del 30 maggio 2021. I bambini hanno impiegato 60 minuti per completare il questionario nella sua interezza. Dall'inizio dello studio, sono stati assegnati rispettivamente ad ogni campione dei codici per numerare e contrassegnare i questionari compilati, così da garantire a tutti i soggetti coinvolti il completo anonimato. Dati relativi alla valutazione dei profili psicologici e comportamentali dei 46 soggetti delle due classi di quinta primaria sono riportati in Tabella I.
La media rilevata dai punteggi del YSR/11-18 non raggiunge il *cut-off* necessario per una diagnosi clinica; tuttavia, rientrano nell'area *borderline* dieci soggetti di sesso femminile per disturbi di natura internalizzante (ansia-depressione e disturbi del pensiero) e cinque di sesso maschile per quelli di natura esternalizzante (comportamenti aggressivi, lamentele sociali) (Tab. II).
Nell'analisi dei dati del campione totale è possibile osservare che le scale che raccolgono un punteggio significativo rispetto alle altre sono quelle di ansia/depressione e problemi sociali; in particolare il 67,39% del campione totale afferma di provare molta ansia e paura durante la giornata.
Nel campione femminile l'82,60% prova ansia e preoccupazione per la pandemia. Tra le bambine, il 43,47% mostra criticità nella scala dei problemi di natura internalizzante e di queste il 26,08% prova stati d'ansia legati all'evento pandemico.
Nel campione maschile il 52,17% prova paura per l'attuale situazione d'emergenza. Il 47,82% dei bambini di sesso maschile rientra nell'area *borderline* dei problemi internalizzanti (insonnia, ansia, fluttuazioni umorali). Le principali cause di questi disturbi rientrano nella paura di contrarre la malattia e morire, paura di essere i vettori della malattia e causare la morte di amici o parenti, paura di rimanere soli a causa dell'isolamento.
Grazie al completamento del TRF/6-18 è possibile esaminare i dati raccolti da parte dell'insegnante responsabile delle due classi campione (Tab. III). La media dei punteggi del TRF/6-18 non raggiunge il *cut-off* per la diagnosi psichiatrica (subclinico T score ≥ 60 clinico T score ≥ 64) e si colloca nella norma in tutte le scale sintomatiche e sindromiche. Dalla comparazione tra l'YSR e il TRF/6-18 è possibile presentare alcune considerazioni.
Dai risultati scaturiti dal TRF/6-18 risulta che nessun

Tabella I Classificazione diagnostica dei punteggi grezzi delle scale sindromiche del YSR/11-18.

YSR						
	Borderline/ Clinical range	**Femmine (N = 23)**		***Borderline/ Clinical range***	**Maschi (N = 23)**	
		M	DS		M	DS
Ansia/Depressione	> 11	8,96	4,02	> 8	6,26	3,48
Ritiro/Depressione	> 7	4,22	2,61	> 6	2,78	2,59
L. somatiche	> 7	3,78	3,09	> 6	3,48	2,45
P. sociali	> 7	5,22	3,52	> 7	4,83	3,24
P. di pensiero	> 9	5,17	3,66	> 8	4,65	2,98
P. di attenzione	> 9	5,30	3,70	> 9	4,57	2,86
C. trasgressione rg.	> 8	1,65	2,04	> 9	2,65	2,29
C. aggressivo	> 13	6,83	4,63	> 12	7,39	5,36
Internalizzazione	> 18	16,96	7,89	> 13	13,22	7,52
Esternalizzazione	> 15	8,57	5,80	> 16	10,52	8,06
Totale	> 56	44,7	22,15	> 50	39,91	18,41

Tabella II. Classificazione dei punteggi percentuali delle scale sindromiche del YSR/11-18.

YSR	Femmine				Maschi				Totale			
	Borderline		Clinico		*Borderline*		Clinico		*Borderline*		Clinico	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ansia/Dep.	7	30,43%	2	8,69%	5	21,73%	1	4,34%	12	26,08%	3	6,52%
Ritiro/Dep.	2	8,69%	2	8,69%	1	4,34%	1	4,34%	3	6,52%	3	6,52%
L. somatiche	2	8,69%	1	4,34%	4	17,39%	1	4,34%	6	13,04%	2	4,34%
P. sociali	7	30,43%	4	17,39%	3	13,04%	3	13,04%	10	21,73%	7	15,21%
P. di pensiero	4	17,39%	1	4,34%	1	4,34%	1	4,34%	5	10,86%	2	4,34%
P. di attenzione	3	13,04%	2	8,69%	2	8,69%	0	0%	5	10,86%	2	4,34%
C. trasgressione	1	4,34%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2,17%	0	0%
C. aggressivo	2	8,69%	0	0%	4	17,39%	3	13,04%	6	13,04%	3	6,52%
Internalizzazione	10	43,47%	3	13,04%	11	47,82%	7	30,43%	21	45,65%	10	21,73%
Esternalizzazione	3	13,04%	0	0%	5	21,73%	4	17,39%	8	17,39%	4	8,69%
Totale	6	26,8%	2	8,69%	5	21,73%	1	4,34%	11	23,91%	3	6,52%

Tabella III. Classificazione diagnostica dei punteggi grezzi delle scale sindromiche del TRF/6-18.

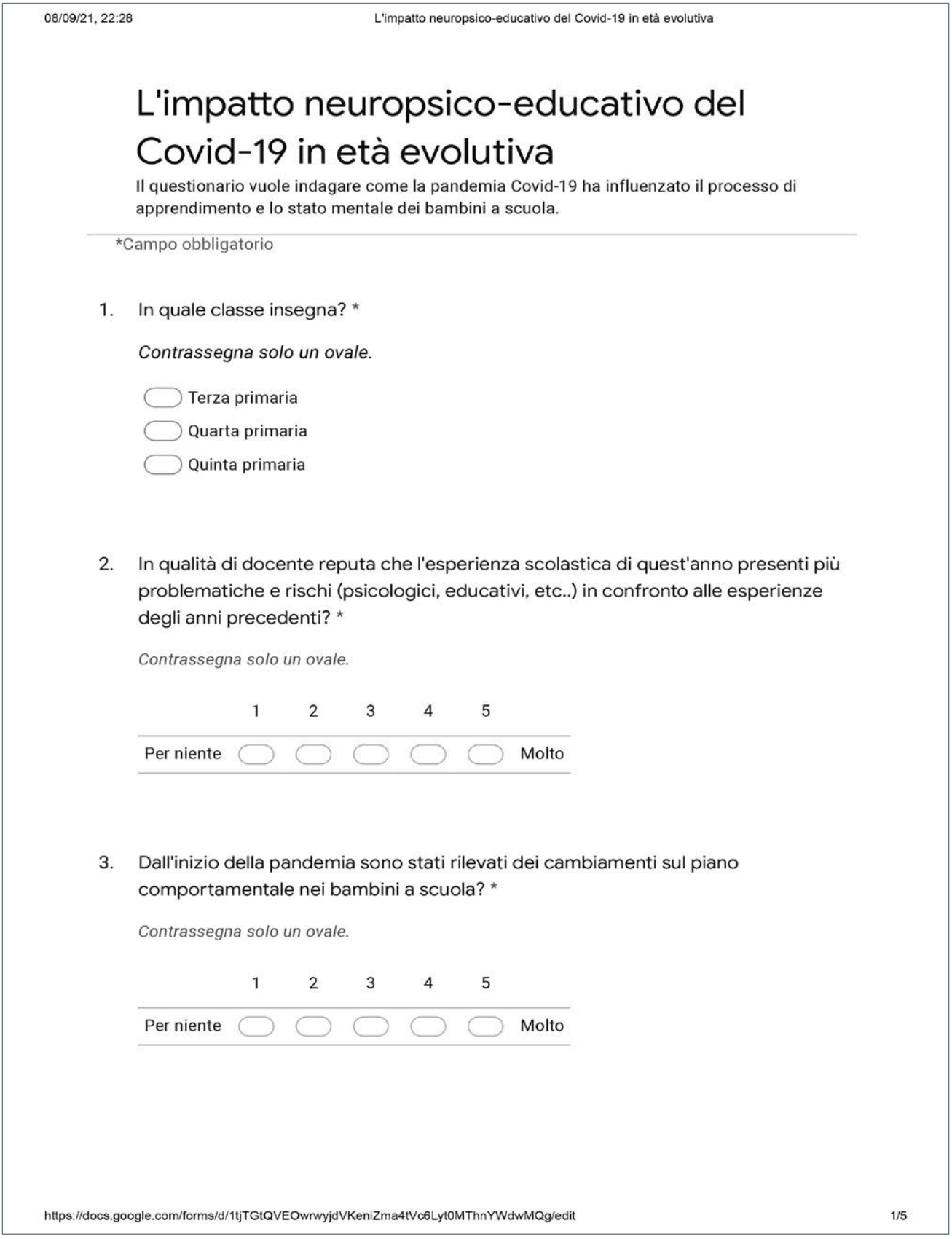
TRF					
	Borderline/ Clincal Range	Femmine (N = 23)		Maschi (N = 23)	
		M	DS	M	DS
Ansia/Depressione	> 7	0,48	0,95	1,09	2,21
Ritiro/Depressione	> 3	0,57	1,34	1,30	1,58
L. somatiche	> 4	0	0	0	0
P. sociali	> 6	0,43	0,73	0,78	1,17
P. di pensiero	> 5	0,04	0,21	0,30	1,26
P. di attenzione	> 9	0,57	1,50	2,52	3,29
C. trasgressione rg.	> 5	0	0	0,78	2,21
C. aggressivo	> 11	0,48	1,31	1,87	4,82
Internalizzazione	> 8	1,04	2,08	2,39	3,04
Esternalizzazione	>11	0,48	1,31	2,74	6,35
Totale	> 38	2,87	5,51	9,48	13,93

bambino con un profilo di funzionamento normale entra nel *range borderline* e/o clinico. Gli unici due soggetti che mostrano un profilo di funzionamento problematico sono bambini a cui è stata già eseguita una diagnosi clinica, in particolare si fa riferimento a un Bisogno Educativo Speciale (BES) e ad un bambino con Disabilità uditiva.

Dalla comparazione tra il TRF/6-18 e l'YSR/11-18 emerge un profondo divario tra i profili psicologici e comportamentali autodescrittivi e quelli basati sull'osservazione del docente. All'interno della sezione dedicata alle preoccupazioni (scolastiche e non) la docente non ha rilevato nessun atteggiamento di paura o ansia scaturito dalla pandemia di COVID-19.

Il questionario *Le conseguenze psico-educative del COVID-19 a scuola* (Fig. 1) mostra come il 47,8% dei docenti sostiene fermamente che la pandemia sia il punto d'origine di nuove problematiche psicologiche negli alunni. Sempre la stessa percentuale di insegnanti ha riportato come i bambini abbiano mostrato dei cambiamenti sul piano comportamentale, in particolare riferendosi alla mancanza di attenzione in classe, minore motivazione, irritabilità e apatia. Il 60,9% degli insegnanti ritiene che i bambini subiranno conseguenze cognitive, educative, comportamentali ed educative intense negli anni avvenire, mentre il 39% considera l'avvento della pandemia come un momento da cui trarre delle riflessioni e imparare a vivere nel rispetto degli altri.

I dati dimostrano che il 52,2% del campione docente sostiene che i bambini già affetti da patologie o che vivono situazioni di difficoltà dall'inizio della pandemia hanno affrontato numerosi problemi, persino maggiori di quelli affrontati quotidianamente negli anni precedenti.



08/09/21, 22:28 L'impatto neuropsico-educativo del Covid-19 in età evolutiva

L'impatto neuropsico-educativo del Covid-19 in età evolutiva

Il questionario vuole indagare come la pandemia Covid-19 ha influenzato il processo di apprendimento e lo stato mentale dei bambini a scuola.

*Campo obbligatorio

1. In quale classe insegna? *

Contrassegna solo un ovale.

- ◯ Terza primaria
- ◯ Quarta primaria
- ◯ Quinta primaria

2. In qualità di docente reputa che l'esperienza scolastica di quest'anno presenti più problematiche e rischi (psicologici, educativi, etc..) in confronto alle esperienze degli anni precedenti? *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	
Per niente	◯	◯	◯	◯	◯	Molto

3. Dall'inizio della pandemia sono stati rilevati dei cambiamenti sul piano comportamentale nei bambini a scuola? *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	
Per niente	◯	◯	◯	◯	◯	Molto

https://docs.google.com/forms/d/1tjTGtQVEOwrwyjdVKeniZma4tVc6Lyt0MThnYWdwMQg/edit 1/5

Fig. 1. Figura I. Questionario *Le conseguenze psico-educative del COVID-19 a scuola.*

4. Se sì, quali?

5. Le problematiche nate dalla pandemia sono numerose, la scuola è riuscita ad ovviare a tutte le difficoltà emerse? *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	
Per niente	◯	◯	◯	◯	◯	Molto

6. Come professionista e docente crede che questa pandemia influenzerà il percorso evolutivo e scolastico futuro degli alunni in un'ottica generalmente positiva o negativa? *

Contrassegna solo un ovale.

◯ Positiva
◯ Negativa

7. Se negativa, argomenti la sua risposta.

8. La pandemia ha influenzato il rendimento generale della classe? *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	
Per niente	◯	◯	◯	◯	◯	Molto

9. Se sì, in che modo?

10. I periodi di isolamento causati dalla pandemia hanno influito sullo stato mentale dei bambini nel percorso educativo? *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	
Per niente	◯	◯	◯	◯	◯	Molto

11. Se sì, in che modo?

12. A seguito del cambiamento della realtà scolastica a causa del Covid-19, quali sono gli elementi di novità che hanno contribuito a generare problematiche? Motivi la sua risposta. *

13. A causa delle norme di prevenzione, i bambini non posso più giocare in grandi gruppi o svolgere lavoro tra pari. Questa restrizione, come molte altre, condizionano lo stato d'animo dei bambini? *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	
Per niente	◯	◯	◯	◯	◯	Molto

14. Il grande stress a cui è sottoposto il personale docente a causa dell'attuale emergenza sanitaria influisce nell'azione didattica quotidiana? *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	
Per niente	◯	◯	◯	◯	◯	Molto

15. I bambini che già vivevano situazioni di difficoltà (disabilità, BES, DSA, etc..) hanno manifestato ulteriori disagi dopo la comparsa del Covid-19? *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	
Per niente	◯	◯	◯	◯	◯	Molto

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Lo studio presentato ha avuto l'obiettivo di offrire un contributo alla ricerca nel campo della rilevazione di problemi emotivo-comportamentali e sociali nei soggetti in età evolutiva in ambito scolastico durante il panorama attuale della pandemia di SARS-COVID-19. Dal bilancio complessivo vengono confermate le ipotesi secondo le quali gli alunni, sia maschi che femmine, presentano livelli d'ansia nella scala internalizzante alquanto significativi, mentre nella scala esternalizzante è il campione maschile a ottenere un punteggio maggiore. Tale fenomeno è stato rilevato anche da Rita Francisco [6] e i suoi collaboratori (2020) che hanno condotto uno studio sui sintomi psicologici e i cambiamenti comportamentali in bambini e adolescenti durante la fase iniziale di lockdown della pandemia da COVID-19 in tre diversi paesi europei. Il sesso dei bambini contribuiva in maniera significativa nella comparsa della sintomatologia: i ragazzi erano generalmente più attivi fisicamente delle ragazze; per questo motivo erano particolarmente inclini a sviluppare diversi sintomi e alterazioni comportamentali probabilmente a causa della mancanza di opportunità di partecipare all'attività fisica.
All'interno del nostro studio non è stato possibile avviare un confronto pre-pandemia, ma risulta comunque che il 67,39% del campione provava paura e sentiva che la pandemia avesse condizionato considerevolmente la propria routine e le proprie relazioni familiari e scolastiche. In ambiente educativo le trasformazioni sono state notevoli ed è stato possibile osservare come i docenti e gli alunni avessero subito intensamente gli effetti di tale fenomeno. Il nostro studio conferma i dati di letteratura secondo cui la pandemia in corso ha determinato un forte clima di tensione che sta portando i bambini verso un orizzonte pericoloso. I bambini di 11 anni, cioè in età preadolescenziale, infatti, stanno vivendo un forte stress emotivo che li condiziona al punto da causare l'insorgenza di disturbi del sonno, ansia, rabbia e depressione. Nei bambini è fortemente aumentata la reattività emotiva agli eventi, ma allo stesso tempo le regolazioni delle emozioni da parte dei *caregiver* è diminuita perciò coloro che prima non avevano sperimentato particolari disturbi psicologici ora, a causa della pandemia, rischiano di svilupparne uno. I bambini e gli adolescenti che invece sperimentavano avversità di varia natura prima della pandemia, ora rischiano di peggiorare la loro condizione e adottare strategie disfunzionali per gestire le sfide associate al COVID-19 [7].
In questa prospettiva è chiaro come i bambini che vivono situazioni di difficoltà siano ulteriormente estraniati e sentano l'aggravarsi delle loro problematiche. A scuola la pandemia ha influenzato non solo la salute mentale dei bambini e dei docenti, ma ha avuto ripercussioni anche sulla didattica e sul rendimento scolastico, rischiando così di produrre effetti alquanto preoccupanti anche per i futuri percorsi di apprendimento degli alunni. Dal nostro questionario proposto agli insegnanti è emerso che le norme di prevenzione e la didattica a distanza (DAD) hanno contribuito a un peggioramento della qualità della didattica. Gli insegnanti si sono trovati ad affrontare difficoltà ancor più complesse di quelle che fronteggiavano nel quotidiano. I fattori di stress sono a loro volta aumentati e ciò ha contribuito all'acutizzazione del fenomeno. Tale ipotesi è stata confermata anche da Lizana e collaboratori che nel corrente anno hanno pubblicato uno studio longitudinale sulla qualità di vita degli insegnanti cileni in relazione a docenti di diverse parti del mondo. I risultati principali hanno indicato un peggioramento della percezione della qualità della vita correlata alla salute nel campione considerato ed è emerso che la didattica a distanza è una delle cause di stress in quanto peggiorativa della qualità dell'insegnamento e con modalità che richiedono maggiore impegno e capacità [8].
Lo studio appena condotto conferma come la pandemia abbia modificato routine e schemi comportamentali di docenti e studenti. In particolare, ha sottolineato come non sempre i docenti riescono a individuare questi elementi di stress negli alunni. Dal confronto dei questionari si è evidenziato come i docenti osservano cambiamenti sul piano comportamentale della classe, ma hanno difficoltà a rintracciare elementi di ansia e preoccupazione nel singolo. Sarebbe utile, perciò, avviare attività e percorsi psicologici in grado di valorizzare l'esperienza di ogni soggetto coinvolto nel mondo educativo e scolastico, in particolare per gli insegnanti e i loro alunni.

Bibliografia

1. Dalton L, Rapa E, Stein A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. Lancet Child Adolesc Health 2020; 4:346-347.
2. Qiu J, Shen B, Zhao M, et al. Un'indagine nazionale sul disagio psicologico tra i cinesi nell'epidemia di COVID-19: implicazioni e raccomandazioni politiche. Psichiatria generale 2020;33:e100213.
3. Achenbach TM, McConaughy SH. Developmental clinical psychology and psychiatry, Vol. 13. Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology: Practical applications (2nd ed.). Sage Publications, Inc 1997.
4. Achenbach TM. Child Behavior Checklist/4-18 Manuale. (Edizione italiana a cura di Frigerio A). Milano: Editore Ghedini Libraio 2001
5. Achenbach TM, McConaughy SH. Developmental clinical psychology and psychiatry, Vol. 13. Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology: Practical applications (2nd ed.). Sage Publications, Inc 1997.
6. Francisco R, Pedro M, Delvecchio E. et al. Psychological symptoms and behavioral changes in children and adolescents during the early phase of COVID-19. Front Psychiatry 2020;1329;1664-0640.
7. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL. et al. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2020;14:20.
8. Lizana PA, Vega-Fernadez G, Gomez-Bruton A, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on teacher quality of life: a longitudinal study from before and during the health crisis. Int J Environ Res Public Health 2021;18:3764.

ARTICOLO ORIGINALE

I markers del gioco post-traumatico in bambini vittime di ESI: uno studio con la Manchester Child Attachment Story Task - MCAST

Markers of post-traumatic play in child victims of ACE: a study using the Manchester Child Attachment Story Task - MCAST

G. Savarese[1], D. D'Elia[1], L. Carpinelli[1], M. Romei[2]

[1] Dipartimento di Medicina, Chirurgia, Odontoiatria "Scuola Medica Salernitana"; [2] Fondazione EOS Napoli

Riassunto

Introduzione. Le "Esperienze Sfavorevoli Infantili" (ESI) sono l'insieme di situazioni avverse di natura interpersonale, vissute durante l'infanzia e che impattano negativamente sull'ideale percorso evolutivo del bambino. Questo tipo di esperienze sono dovute, spesso, a una grave mancanza di protezione (sia di tipo fisico che emotivo) da parte delle figure di attaccamento, determinando risvolti di tipo traumatico. L'esposizione ad ESI, per interazioni continuative con una figura di attaccamento gravemente trascurante e maltrattante, può determinare, come esito nello sviluppo, il configurarsi di diversi disturbi psicopatologici [1].

Obiettivi. a) Osservare, attraverso la valutazione di gioco semi-strutturata della "Manchester Child Attachment Story Task" (MCAST), il tipo di rappresentazione dell'attaccamento nei bambini vittime di ESI; b) verificare l'associazione tra tipologia di ESI e stili organizzati o disorganizzati dell'attaccamento nel bambino; c) osservare se le storie ludiche evocate dall'MCAST attivino, nei bambini vittime di ESI, i markers del gioco post-traumatico.

Partecipanti. N° 17 bambini vittime di ESI (M = 9, F = 8; media età = 6,76).

Strumento. Manchester Child Attachment Story Task - MCAST (Green et al, 2000).

Risultati. I risultati mostrano una prevalente rappresentazione dell'attaccamento di tipo Disorganizzato-disorientato e la presenza di fenomeni dissociativi, che si manifestano con un impatto di severità grave e intensa (Punteggio D-SCORE ≥8). In tutti i bambini con attaccamento Disorganizzato-disorientato si è riscontrata un'elevata presenza delle caratteristiche del gioco post-traumatico.

Parole chiave: attaccamento, pattern Disorganizzato-disorientato, dissociazione infantile, trauma, MCAST, gioco post-traumatico

Summary

Introduction. *The "Adverse Childhood Experiences" (ACE) are the set of adverse situations of an interpersonal nature, experienced during childhood and which negatively impact the ideal developmental path of the child. This type of experience is often due to a serious lack of protection (both physical and emotional) on the part of the attachment figures, resulting in traumatic implications. Exposure to ACE, due to continuous interactions with a seriously neglectful and mistreating attachment figure, could determined as a result the configuration of various psychiatric pathologies [1].*

Aims. *a) observe, through the "Manchester Child Attachment Story Task" (MCAST), a semi-structured play assessment, the type of attachment representation in children who are victims of ACE; b) verify the association between the type of ACE and organized or disorganized attachment styles in the child; c) observe whether play stories evoked by MCAST the markers activate of post-traumatic play in children who are victims of ACE.*

Participants. *N°17 children victims of ACE (M = 9, F = 8; mean age = 6.76).*

Instrument. *Manchester Childhood Attachment Story Task - MCAST.*

Results. *The results show a prevalent disorganized-disoriented representation of attachment and the presence of dissociative phenomena, which manifest themselves with an impact of severe and intense severity (D-SCORE ≥ 8). In all children with disorganized-disoriented attachment there was a high presence of the characteristics related of the post-traumatic play.*

Key words: attachment, disorganized-disoriented pattern, childhood dissociation, trauma, MCAST, post-traumatic play

CORRISPONDENZA

Giulia Savarese, Dipartimento di Medicina, Chirurgia, Odontoiatria "Scuola Medica Salernitana", Università di Salerno, via Allende, 84081 Baronissi (Sa) - E-mail gsavarese@unisa.it

INTRODUZIONE

Attaccamento disorganizzato-disorientato ed esperienze sfavorevoli infantili

Con la teoria dell'attaccamento [2-5] ha messo in luce una predisposizione innata dell'uomo a formare relazioni di attaccamento. Tali legami favoriscono la sicurezza necessaria per lo sviluppo e la protezione dai pericoli.
Il comportamento di attaccamento [6,7] garantisce la vita del singolo e la sopravvivenza della specie. Se il bambino non riceve protezione, o non si sente sufficientemente al sicuro, il suo disagio può prendere la forma della protesta prima e del ritiro in assenza prolungata di considerazione del suo bisogno. In condizioni normali, il bambino riceve dalle figure di accudimento delle risposte adeguate ai propri bisogni di attaccamento, trovando la cosiddetta "base sicura" [8]; una relazione che, infondendo rassicurazione e conforto, permette al bambino di allontanarsi per esplorare il mondo e apprendere [9].
Gli sviluppi delle scienze cognitive, in prospettiva evoluzionista [10,11], hanno prodotto una visione del sistema di attaccamento come parte fondamentale di un'architettura funzionale più ampia nella quale è considerato uno dei Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI) che regolano i processi e producono assetti nel comportamento animale e umano.
I sistemi motivazionali hanno carattere universale, sebbene vengano declinati in modi diversi nell'esperienza individuale di ciascuno; le loro radici si ritrovano nelle disposizioni innate selezionate dai processi evoluzionistici e sono osservabili in forma di tendenze ad agire verso obiettivi specifici.
In relazione alla risposta di tipo traumatico, sono due i sistemi psicobiologici inevitabilmente coinvolti nella risposta al trauma: il sistema di difesa e il sistema di attaccamento. Mentre in condizioni ottimali questi due sistemi funzionano in perfetta armonia: il sistema di attaccamento inibisce il sistema di difesa (quando la vicinanza ad un altro garantisce la protezione dal pericolo), questa sinergia può essere perduta, come quando dopo un trauma non c'è risposta alla richiesta di protezione, e quando i due sistemi entrano in conflitto perché è la stessa persona a offrire cura e a minacciare, danneggiare o "contagiare" la paura.
La disorganizzazione dell'attaccamento, appunto, può essere spiegata dal conflitto tra questi due sistemi motivazionali interpersonali (SMI).
Se il bambino è sottoposto a una grave mancanza di protezione, fisica o emotiva, da parte delle figure di attaccamento (FdA), si determinano delle esperienze traumatiche dovute alle ripetute condizioni di minaccia soverchiante a cui è impossibile sottrarsi [12].
In tale ottica, anche la *teoria polivagale* di Porges [13,14] aiuta a spiegare come la mancata inibizione del sistema di difesa da parte del sistema di attaccamento, una volta che l'evento traumatico sia terminato, favorisca la dissociazione: dato che attacco/fuga sono impossibili è probabile che l'unica difesa attuabile sia la finta morte, con l'attivazione del nucleo dorsale del vago che ostacola le funzioni integrative superiori della coscienza.
Anche secondo altri studiosi [15] se l'attivazione del sistema di difesa perdura a lungo (come accade nei soggetti vittime traumatizzati), questa attivazione si trasforma da risposta evolutivamente adattativa a risposta disadattativa, poiché blocca il lavoro delle funzioni superiori della coscienza, non permettendo l'integrazione di quella memoria traumatica che rimane, tuttavia, iscritta nel corpo [15].
Tali reazioni appaiono facilmente individuabili in tutte quelle situazioni che Felitti et al. [16] definiscono come "Esperienze Sfavorevoli Infantili" (ESI), ovvero l'insieme di situazioni vissute durante l'infanzia che si possono definire come "incidenti di percorso" negativi, più o meno cronici, rispetto all'ideale percorso evolutivo, sia sul piano personale che relazionale. Tali esperienze comprendono tutte le forme di abuso all'infanzia, sia quelle subite in forma diretta, come il maltrattamento psicologico e fisico, l'abuso sessuale e la trascuratezza, sia le esperienze vissute e subite in forma indiretta, che rendono l'ambito familiare impredicibile e malsicuro, come per esempio l'alcolismo o la tossicodipendenza dei genitori, le malattie psichiatriche e le forme di violenza assistita [17].
In caso di esposizione ad ESI, l'interazione con una FdA gravemente trascurante, maltrattante, a sua volta dissociata o semplicemente spaventata, produce una situazione intersoggettiva paradossale che viene definita "fright without solution" ovvero "paura senza sbocco" [18]. Si tratta di un circolo vizioso, senza alcuna soluzione, di paura crescente e di interazioni incoerenti e paradossali di avvicinamento e di evitamento, scatenate da un genitore spaventato/spaventante che si trasforma da fonte di protezione a fonte di pericolo e paura. Tale situazione mette in crisi il normale funzionamento del sistema di attaccamento e il bambino, non riuscendo ad organizzare in maniera coerente il suo vissuto, mostra evidenti comportamenti disorganizzati/disorientati. Dunque, la paura senza sbocco porta il bambino verso la disorganizzazione del comportamento di attaccamento (DA) e verso reazioni di tipo dissociativo [19,20].

Esi e gioco post-traumatico

L'incapacità di modulare gli affetti dolorosi e la quantità di angoscia sperimentata sembrano gli effetti più diffusi della vittimizzazione nel bambino, il quale cerca di ridurre la tensione e la sofferenza interna [21] attraverso risposte comportamentali abnormi e disfunzionali, rinforzando così meccanismi inefficaci che solo temporaneamente alleviano lo stress traumatico. Tra le distorsioni comportamentali

maggiormente osservate nelle piccole vittime di ESI c'è il gioco, che gli studi di Terr [22] hanno contribuito a descrivere come post-traumatico (*Post-Traumatic Child's Play - PTCP*), poiché presenta caratteristiche ben diverse, per significato e funzione, dal comportamento ludico dei bambini non vittimizzati. Tali caratteristiche sono:

- la ripetitività compulsiva, ovvero sequenze di gioco ricorsive e sempre uguali che si susseguono senza uno sbocco elaborativo;
- il legame inconscio tra il gioco post-traumatico ed i dettagli e la qualità dei traumi subiti;
- la mancanza di elaborazione e la povertà delle difese, dove la sequenza ludica appare lo specchio delle ESI subite;
- il fallimento della funzione di riduzione di sollievo dall'ansia, tipico del gioco in sé;
- l'ampia gamma di età dei bambini coinvolti in questi giochi;
- le variazioni temporali tra la comparsa delle sequenze di gioco e le ESI subite;
- il contagio del gioco post-traumatico anche ad altri bambini che vengono coinvolti pur essendo estranei ai traumi;
- la mancanza di lieto fine;
- il revisiting, ovvero la capacità di ri-sperimentare il trauma originario attraverso specifici movimenti, sensazioni, percezioni uditive e visive, stati emotivi, idee legate all'evento stesso [23];
- la pericolosità.

Si verifica, dunque, che nell'osservazione del gioco post-traumatico fallisce il distanziamento simbolico, insito nella natura dell'esperienza ludica, e le piccole vittime non trovano altra identificazione se non con loro stesse, senza poter prendere distanza dall'evento sfavorevole e senza poter adottare altri tipi di difese. Inoltre, il finale appare sempre catastrofico o assente, nell'impossibilità di poter trovare una soluzione ai traumi patiti. Infine, nel gioco post-traumatico il bambino tenta di padroneggiare un evento reale del mondo esterno, non un vissuto interno, e per questo le sequenze ludiche non permettono di maneggiare efficacemente l'esperienza che appartiene alla dimensione reale e non simbolica. Queste tre caratteristiche sostanziano la qualità post-traumatica del gioco delle piccole vittime e ne determinano le differenze con l'esperienza ludica dei bambini non traumatizzati.

Alla luce di quanto esposto, gli obiettivi dello studio sono stati:

a. osservare, attraverso la valutazione di gioco semi-strutturata della "Manchester Childhood Attachment Story Task" (MCAST), il tipo di rappresentazione dell'attaccamento nei bambini vittime di ESI;
b. verificare l'associazione tra tipologia di ESI e stili organizzati o disorganizzati dell'attaccamento nel bambino;
c. osservare se, le storie ludiche evocate dall'MCAST e completate dal bambino, saturino, nelle piccole vittime di ESI, i markers del gioco post-traumatico.

METODOLOGIA

Partecipanti

Il campione di riferimento del presente studio descrittivo è composto da n° 17 bambini vittime di ESI (M = 9, F = 8; media età = 6,76, DS = ,831), presi in carico per una valutazione psicodiagnostica presso enti e servizi specializzati in diagnosi e cura dei disturbi del neurosviluppo, in seguito ad invio effettuato da parte dei Servizi Assistenziali pubblici (41,2%), Servizi privati convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale (35,3%) e privati specialistici (23,5%). Il servizio di consulenza è stato richiesto per valutare i minori sia a livello diagnostico che per intraprendere un eventuale percorso di psicoterapia (35,3%), per la sola prescrizione di un percorso psicologico (23,5%), per la psicodiagnosi presso il Servizio Materno-Infantile (41,2%).

Il 47,1% dei minori vivevano presso la propria abitazione e nucleo familiare di origine, il 23,5% risiedeva presso una Comunità, il 17,6% era in affido e il 11,8% era stato adottato.

L'11,8% era vittima di ESI di tipo diretta, il 29,4% indiretta ed il restante 58,8% di entrambe le tipologie.

Strumenti e procedure

Al fine di osservare la rappresentazione dell'attaccamento dei bambini coinvolti in questo lavoro, è stata utilizzata la Manchester Child Attachment Story Task – MCAST [24], ossia una valutazione di gioco semi-strutturata (per bambini tra i 4 e gli 8 anni), che si basa sulla procedura di completamento di storie, con lo scopo di evocare, all'interno di un setting controllato e ripetibile, dei pattern di comportamento e di risposta da parte del bambino, basati su modelli operativi interni - rappresentazioni mentali - delle relazioni d'attaccamento che il bambino ha sviluppato. Lo strumento è composto da sei storie i cui protagonisti sono una bambola-bambino e una bambola-caregiver, così strutturate: una iniziale, che ha l'obiettivo di avviare il bambino alla metodologia; quattro centrali, che presentano circostanze in grado di elicitare il sistema dell'attaccamento; una finale, che ha l'intento di disattivare il sistema di attaccamento e lasciare il piccolo in una condizione di serenità emotiva. Successivamente alla situazione ludica immaginata, l'esaminatore pone delle domande al bambino sugli stati mentali dei protagonisti. Da ciò (è una peculiarità dell'intervista) il bambino è continuamente impegnato, sia a livello emotivo che cognitivo, in una situazione capace di attivare il sistema dell'attaccamento, coinvolgendo un Sé identificato con

la bambola-bambino che, come da consegna, prende il nome del bambino/a che esegue il gioco.
Nel nostro studio la fase di assessment ha avuto una durata media complessiva di circa 4/5 incontri per ciascun minore intervistato. La somministrazione dell'MCAST ha richiesto un solo incontro videoregistrato, previo consenso del caregiver. Difatti, il sistema di codifica si basa sulla revisione di tale videoregistrazione e prevede l'utilizzo di scale relative a quattro dimensioni fondamentali: 1. il comportamento di attaccamento rappresentato durante il gioco; 2. la coerenza nella narrazione; 3. la presenza di fenomeni di disorganizzazione; 4. la capacità di mentalizzazione e di metacognizione [24,25].
La codifica è specifica per ciascuna scala (a sua volta strutturata in diverse sottoscale) e le principali misurazioni utilizzate in ambito di ricerca sono: la strategia utilizzata/classificazione dell'attaccamento; il punteggio D; Codifiche derivate: Sicuro/insicuro; D/non D.
Specificatamente al nostro contributo, per le dimensioni prese in esame, è stato utilizzato il sistema di codifica presente nel Manuale di Green et al. [24] e definito in modo schematico nella Tabella I:
L'analisi del gioco è stata effettuata attraverso la codifica di presenza/assenza dei markers associati alle caratteristiche del gioco post-traumatico descritte da Terr [22] e osservate dal clinico durante la somministrazione dell'MCAST.

Procedura di analisi dei dati

Le variabili oggetto del presente lavoro sono state indagate attraverso gli strumenti utilizzati e definite nel seguente modo: a) per le ESI è stata utilizzata la classificazione di Felitti et al. [16] che il DSM-5 (Criterio A; APA, 2013) [26] elenca come caratteristica del Disturbo da stress traumatico (PTSD); b) lo stile di attaccamento è stato dedotto in base alla modello bowlbiano della Teoria dell'attaccamento (1951). Per valutare l'associazione tra le tipologie di ESI e la rappresentazione dell'attaccamento del bambino è stata calcolata la frequenza dello stile di attaccamento nei soggetti esposti ad ESI; è stata creata una tavola di contingenza tra la variabile categoriale multinomiale ESI specifica (abuso sessuale, maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico, neglect, malattia psichica del genitore, abuso sostanze del genitore), e ESI cumulative e la variabile categoriale multinomiale stile di attaccamento [Sicuro, Evitante, Ambivalente, Disorganizzato-disorientato - classificazione di Ainsworth et al. [27] e Main e Solomon [28] (1990)]; è stata, poi, creata una tavola di contingenza tra ESI e i due gruppi di soggetti, con Stile Organizzato e con Stile Disorganizzato-disorientato; infine è stata creata una tavola di contigenza tra la presenza dei markers del gioco di Terr e i due gruppi di soggetti.
Il campione è stato suddiviso, quindi, in base al tipo di attaccamento rilevato, ossia Gruppo 1 - Organizzato (n° 7 bambini) e Gruppo 2 - Disorganizzato-disorientato (n° 10 bambini) ed è stato eseguito il test del $\chi 2$ per valutare la differenza tra le risposte.
L'analisi dei dati è stata eseguita con il programma statico IBM SPSS v.23.

RISULTATI

Rispetto al primo obiettivo, relativo all'osservazione, attraverso la valutazione semi-strutturata di gioco

Tabella I. Sistema di codifica delle dimensioni dell'MCAST

Strategia Predominante - PS	D-Score Totale (Range 1-9)	Classificazione (A/B/C/D)
Sicuro - 1 1.1 "con elementi di evitamento/restrizioni"; 1.2 "sicuro di default" (meno ottimale e b. con forte indipendenza); 1.3 " ottimale"; 1.4 "necessita di un mantenimento di contatto continuo"; Evitante - 2 2.1 "molto evitante"; 2.2 "poco evitante"; Ambivalente -3 3.1 "l'interazione promuove il disagio"; 3.2 "passivo" Caos/disorganizzato-disorientato -4 4.1 "caos completo"; 4.2 "strategie multiple"	- 1: nessuna presenza di comportamenti disorganizzati bizzarri, ma basati sulla realtà; - 3: episodi infrequenti e leggeri di disorganizzazione oppure di confusione che non interferiscono sostanzialmente con la narrazione; - 5: presenza di fenomeni Disorganizzato-disorientato e disorientati moderati che si intromettono nella storia; - 7: presenza di fenomeni significativamente disorganizzati e disorientati. La narrazione viene interrotta; - 9: disorganizzazione/disorientamento gravi e intensi.	La classificazione normalmente si baserà sulla strategia utilizzata: 1. Sicuro(B) 2. Insicuro: evitante (A) 3. Insicuro-ambivalente (C) 4. Disorganizzato-disorientato (D)

Tabella II. Stile di attaccamento (dati in frequenza).

Stile di attaccamento	N. di soggetti
Attaccamento sicuro	2
Attaccamento evitante	2
Attaccamento ambivalente	3
Attaccamento disorganizzato-disorientato	10

dell'MCAST, del tipo di rappresentazione dell'attaccamento nei bambini vittime di ESI, emerge che n°10 bambini mostrano il tipo D (Disorganizzato-disorientato), n°2 il tipo B (Sicuro), n°2 il tipo A (Evitante), n°3 il tipo C (Ambivalente) (Tab. II).

Ancora, le esperienze sfavorevoli maggiormente traumatiche (abuso sessuale, maltrattamento fisico e psicologico, neglect) sono presenti con elevata frequenza negli stili disfunzionali di attaccamento (per lo più di tipo Disorganizzato-disorientato e Ambivalente). Analizzando in frequenza la specificità del tipo di ESI: n°4 bambini ha subito abuso sessuale, n°2 maltrattamento fisico, n°2 maltrattamento psicologico, n°5 neglect, n°2 malattia psichica del genitore, tutti hanno provando ESI legate a dipendenze da sostanze (alcol e droghe) del genitore (Tab. III).

Inoltre, in riferimento alla rappresentazione disorganizzata-disorienta dell'attaccamento, emerge un'elevata frequenza di ESI indirette e cumulative (ovvero a quelle dirette si aggiungono a quelle indirette), in quanto n°4 soggetti del cluster Disorganizzato-disorientato hanno subito in aggiunta la violenza assistita intrafamiliare e n°6 minori presentano anche una malattia psichica del genitore ($\chi 2 = 0{,}11$) (Tab. IV).

Rispetto al secondo obiettivo, ovvero verificare l'associazione tra tipologia di ESI e stili organizzati o disorganizzati dell'attaccamento nel bambino, sono stati analizzati gli score totali del punteggio dissociativo dell'MCAST

Tabella III. ESI Specifica per stile di attaccamento (dati in frequenza).

	Stile di attaccamento			
ESI specifica	Sicuro	Evitante	Ambivalente	Disorganizzato-disorientato
Abuso sessuale	0	0	0	4
Maltrattamento fisico	0	0	2	0
Maltrattamento psicologico	0	0	1	1
Neglect	0	0	0	5
Malattia psichica genitore	1	1	0	0
Abuso sostanze genitore	2	2	3	10

Tabella IV. ESI cumulativa per Stile di attaccamento (dati in frequenza).

	Stile di attaccamento			
ESI indiretta e cumulativa	Sicuro	Evitante	Ambivalente	Disorganizzato-disorientato
Violenza assistita	0	0	0	4
Malattia psichica genitore	0	0	0	6

(D-Score), così come riferiti dal manuale [24]. Nello specifico, la Tabella V mostra una significatività tra il Gruppo 1 - Tipo Organizzato e il Gruppo 2 - Tipo Disorganizzato-disorientato ($\chi 2 = 0{,}030$) in relazione ai range di appartenenza del D-Score. Difatti, il Gruppo 1 ha una variabilità, nelle quattro storie presentate, tra il primo (punteggi |1-2|) e secondo range (punteggi |3-4|) di appartenenza che indica l'assenza o episodi infrequenti e leggeri di disorganizzazione. Di contro, il Gruppo 2 mostra una fluttuazione tra il quarto (punteggi |7-8|) e il quinto range (punteggi |9-10|), caratterizzati da episodi di fenomeni significativamente disorganizzati e disorientati che variano da moderatamente anormali a gravi e intensi.

Tabella V. Esiti traumatici delle ESI – Differenze tra Gruppo con Stile Organizzato e gruppo con Stile Disorganizzato-disorientato (dati in frequenza).

D-score totale M-CAST (Range 1-9)	I gruppo - Tipo organizzato (n. soggetti 7)	II gruppo – Tipo disorganizzato-disorientato (n. soggetti 10)
1 (punteggi compresi tra 1 e 2)	4	0
3 (punteggi compresi tra 3 e 4)	3	0
5 (punteggi compresi tra 5 e 6)	0	0
7 (punteggi compresi tra 7 e 8)	0	3
9 (punteggi compresi tra 9 e 10)	0	7

Legenda codifica [24]: 1-nessuna presenza di comportamenti disorganizzati bizzarri, ma basati sulla realtà; 3-episodi infrequenti e leggeri di disorganizzazione oppure di confusione che non interferiscono sostanzialmente con la narrazione; 5-presenza di fenomeni Disorganizzato-disorientato e disorientati moderati che si intromettono nella storia; 7-presenza di fenomeni significativamente disorganizzati e disorientati. La narrazione viene interrotta; 9-disorganizzazione/disorientamento gravi e intensi.

Tabella VI. Presenza dei markers del giocodi Terr per i due gruppi di soggetti: Organizzato; Disorganizzzato-disorientato (dati in frequenza)

	Storia 1_IN		Storia 2_GS		Storia 3_MP		Storia 4_CC	
	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 1	Gruppo2
Ripetizione	2	10	2	10	2	10	2	10
Revisiting	1	10	2	10	2	10	1	10
Iperarousal	5	10	4	10	5	10	5	10
Pericolosità	2	10	3	10	3	10	2	10
Lieto fine	4	0	5	7	4	6	2	0

Gruppo 1 – Tipo Organizzato; Gruppo 2 – Tipo Disorganizzato-disorientato

Infine, rispetto al terzo obiettivo, cioè osservare se, le storie ludiche evocate dall'MCAST e completate dal bambino, attivino, nei bambini vittime di ESI, i markers del gioco post-traumatico, sono state misurate le frequenze relative alla presenza delle caratteristiche del gioco post-traumatico (*Post-traumatic Child's Play*-PTCP) [22]. Dalla lettura della Tabella VI è evidente la differenza tra i due gruppi in esame (Tipo Organizzato e Tipo Disorganizzato-disorientato) relativamente alle quattro storie presentate dallo strumento MCAST. Emerge, difatti, che nel Gruppo 2 - Tipo Disorganizzato-disorientato è presente un'elevata frequenza dei punteggi per le caratteristiche Ripetizione, Revisiting, Iperarousal e Pericolosità, mentre risulta assente (o presente in minima parte) la variabile Lieto fine. Appare evidente che nei bambini che mostrano una rappresentazione Disorganizzata-disorientata dell'attaccamento, contrariamente al Gruppo 1 - Tipo Organizzato, si riscontra una maggiore difficoltà nell'ipotizzare scenari risolutivi in risposta a situazioni altamente stressanti ($\chi 2$ = ,000).

DISCUSSIONE

Rispetto all'associazione tra ESI e attaccamento Disorganizzato-disorientato, diversi studi condotti su bambini vittime di esperienze traumatiche evidenziano come questi presentino alti tassi di disorganizzazione dell'attaccamento (anche 70%) [29]. Il nostro lavoro conferma questi dati, sottolineando che tanto più l'esposizione al trauma è precoce, cronica e cumulativa, tanto più la rappresentazione dell'attaccamento del bambino non avrà traccia di sicurezza. Si pensi che le stesse situazioni relazionali che determinano una disorganizzazione dell'attaccamento possono essere considerate dei traumi relazionali precoci e cumulativi [12,30]. Il bambino, infatti, si trova ad affrontare un'esperienza minacciosa estrema, insostenibile ed inevitabile ed è impossibilitato a sottrarsi o a reagire in modo adeguato poiché la fonte che dovrebbe dargli sicurezza e conforto è contemporaneamente fonte di pericolo e terrore [31,32]. Le ricerche condotte per studiare il livello di dissociazione in relazione a: traumi infantili (abuso fisico/sessuale, esposizione alla violenza inter-parentale), precoce separazione da un genitore, e la percezione della disfunzionalità genitoriale mostrano che la dissociazione è correlata sia al trauma che alla trascuratezza [33]. Nel nostro campione, le esperienze sfavorevoli maggiormente traumatiche (abuso sessuale, maltrattamento fisico e psicologico, neglect) sono presenti con elevata frequenza negli stili disfunzionali di attaccamento (per lo più di tipo Disorganizzato-disorientato e ambivalente).

La rappresentazione Disorganizzata-disorientata dell'attaccamento, inoltre, si configura come l'esito post-traumatico più grave dell'esposizione ad esperienze traumatiche infantili, come dimostrato, nel nostro studio, dall'elevato punteggio all'MCAST alla scala che valuta dissociazione (D-SCORE). Per i nostri bambini disorganizzati-disorientati i fenomeni dissociativi non solo sono sempre presenti, ma, anche, nella maggior parte dei casi, con un impatto grave e intenso (≥8). Spesso la narrazione viene interrotta e le storie terminano con morte e distruzione. Dunque, in considerazione anche dell'età del nostro campione (media età = 6,76) emerge quanto sia già compromesso il funzionamento mentale dei bambini disorganizzati-disorientati, con un'ipotesi prognostica preoccupante per lo sviluppo psicologico futuro.

Infatti, autori come Ogawa et al. [34] ed in particolare Liotti e Farina [12] hanno sottolineato come la disorganizzazione dell'attaccamento possa essere considerata un fattore di rischio per diversi disturbi che implicano aspetti dissociati, perché rappresenta un meccanismo attraverso cui l'esperienza traumatica dell'ambiente di accudimento diventa una vulnerabilità individuale [35]. Inoltre, diversi studi [34-36] hanno mostrato come la disorganizzazione dell'attaccamento infantile fosse un predittore della dissociazione più significativo della cronicità e gravità del trauma stesso. Queste ultime osservazioni suggeriscono l'alta vulnerabilità della crescita dei bambini disorganizzati-disorientati con sintomatologia dissociativa e l'importanza di precoci screening dello stile di attaccamento come fattore protettivo di intervento e sviluppo futuro. In accordo con le principali *Linee Guida Europee per l'assessment - ESTD* (2017), il trattamento

dei bambini e degli adolescenti con sintomi dissociativi e disturbi dissociativi, la rilevazione precoce delle piccole vittime, permette di diagnosticare tempestivamente la presenza di un Disturbo Traumatico Complesso PTSD-C in età evolutiva [37] e attuare specifici protocolli di cura per la riduzione dei sintomi attraverso la regolazione emotiva, una efficace elaborazione del trauma, la riduzione di dissociazione.

Infine, relativamente alla capacità dello strumento MCAST di slatentizzare, attraverso il completamento della storia ludica, non solo la rappresentazione dell'attaccamento ma anche eventuali caratteristiche del gioco post-traumatico (PTCP), nel Gruppo 2 - Tipo Disorganizzato-disorientato si è riscontrata un'elevata frequenza dei punteggi per le caratteristiche Ripetizione, Revisiting, Iperarousal e Pericolosità, mentre risulta assente il Lieto fine. Ciò potrebbe trovare spiegazione nel fatto che l'esperienza traumatica viene immagazzinata in modo disfunzionale. Pertanto, non vi sarebbe il giusto processamento dell'informazione che permette al bambino di mentalizzare uno scenario possibile e, quindi, una strategia di coping funzionale [38]. Le rappresentazioni del mondo interno dei bambini disorganizzati riflettono la qualità caotica, sopraffacente, terrifica e angosciosa delle proprie relazioni traumatiche primarie che a sua volta sono rispecchiate in funzionamenti dissociativi della mente, imprimendo alla qualità del gioco le specifiche caratteristiche degli esiti post-traumatici. È possibile supporre che nei bambini del nostro campione la condotta di gioco post-traumatico sia l'espressione dei fenomeni di dissociazione traumatica vista come configurazione neurofisiologica alla base della disorganizzazione e delle alterazioni delle funzioni del comportamento ludico osservato nel presente lavoro. Gli studi e l'esperienza clinica, poi, suggeriscono che i bambini fortemente traumatizzati mantengono strategie dissociative con cui portano all'esterno nel comportamento i propri accadimenti interni; dunque, nel gioco il bambino rivendica ciò che è nascosto [39], esprimendo aspetti dell'esperienza subita nel tentativo di controllarla.

È pur vero che la presenza di diversi orientamenti teorici nella comprensione della dissociazione e dei disturbi dissociativi correlati, porti a diversi modi di osservare la stessa sintomatologia: ci sono i teorici del continuum, secondo i quali l'esperienza dissociativa va da una sensazione normale di straniamento, per poi passare da sintomi di derealizzazione e depersonalizzazione, fino ad arrivare al disturbo dissociativo dell'identità [40]; i teorici della dissociazione strutturale [23], che sottolineano invece la presenza di differenze qualitative tra i diversi tipi di esperienze dissociative e di caratteristiche tra loro non sovrapponibili. La prima corrente si identifica anche con il costrutto di dissociazione come "difesa" dal dolore provocato dal trauma, la seconda invece accomuna quegli autori che sostengono che la dissociazione sia disgregazione di coscienza e intersoggettività a cui segue, come fenomeno secondario e spesso fallace, la protezione dal dolore [12]. In un'interessante rassegna sul tema, Liotti [41] sottolinea come le due radici della psichiatria dinamica [42], riconducibili a Freud e a Janet, siano entrambe vitali nell'ambito disciplinare della psicotraumatologia e delle teorie che oggi spiegano l'origine e il mantenimento dei disturbi conseguenti a traumi psicologici.

Secondo altri autori [43], la dissociazione e la disorganizzazione possono essere intese come funzioni difensive o di resistenza allo sviluppo quale potenziale fonte di ulteriore esposizione ad altre ESI. In un'altra prospettiva, trattandosi di bambini con trauma cumulativo e cronico, la risposta dissociativa viene a configurarsi come uno stato alterato di coscienza [37,44].

In questi casi, non si presenta l'arousal, intesa come generale stato di eccitazione con maggiore stato attentivo-cognitivo di vigilanza e di pronta reazione a stimoli, ma l'iperarousal. Nel DSM 5 [26], l'osservazione dello stato di iperattivazione è uno dei criteri (Criterio E) per la diagnosi del PTSD - Disturbo da Stress Traumatico: in risposta a esperienze traumatiche, il soggetto sviluppa una sorta di ipersensibilità ai potenziali segnali di pericolo, che lo porta a essere costantemente in allerta, a rispondere in maniera esplosiva e rabbiosa anche in assenza di provocazione e a vivere in uno stato di ipervigilanza e tensione che va a interferire con la capacità di calmarsi o di addormentarsi. L'iperarousal può esprimersi attraverso l'iperattività o attraverso una forma di eccitazione generalizzata che fa apparire i bambini come allegri in modo ostentato e "su di giri" o si possono osservare semplicemente delle regressioni a fasi di sviluppo precedenti [22].

L'MCAST, che prevede l'osservazione del "gioco esplorativo", parte dal presupposto che una risoluzione soddisfacente dell'attivazione possa condurre a diversi patterns comportamentali esplorativi, caratterizzati da una qualità rilassata, immaginativa, progressiva e piacevole (*né ipo né iper arousal*), correlato all'immaginazione e ad un senso di padronanza [45].

Nel nostro campione clinico di bambini vittimizzati ciò non è stato osservato, tanto che, tale variabile, come può accadere in ricerca, poi non è stata codificata. Tuttavia, è stata proprio tale constatazione che ancor più ha legittimato l'utilizzo, nell'osservazione del gioco, della griglia di Terr (PTCP), permettendo di massimizzare le informazioni raccolte attraverso la somministrazione dello strumento, ampliando la comprensione ed aggiungendo importanti elementi alla classificazione del pattern Disorganizzato-disorientato. Inoltre, la rilevazione di fenomeni dissociativi nei bambini, così come consigliato dalle Linee Guida ESTD [33], avviene proprio attraverso l'osservazione del gioco come importante raccomandazione per la valutazione ed il trattamento del trauma

complesso in età evolutiva; inoltre, la somministrazione del MCAST con la griglia PTCP sembra rappresentare una strategia di raccolta strutturata di tali informazioni. Difatti, in riferimento all'età del nostro gruppo, la dimensione dell'intrusività si può osservare, nel gioco post-traumatico, dalla presenza di ricordi ricorrenti, nei sogni e nei sintomi dissociativi. Il gioco post-traumatico è un gioco ripetitivo, contenente aspetti, scene o sequenze dell'evento traumatico, espressi in maniera esplicita o rappresentati simbolicamente. I tentativi di elaborazione del cervello infantile si esprimono attraverso la rimessa in scena di quanto accaduto, con la riproduzione compulsiva di alcuni aspetti della situazione traumatica. L'avvenuta elaborazione del ricordo traumatico, invece, si esprime attraverso un gioco simbolico esplorativo oppure attraverso un gioco che riproduce le stesse tematiche dell'evento traumatico, ma in maniera adattiva, cioè i contenuti si modificano in maniera dinamica verso finali alternativi, con raggiungimento dello stato di calma ed il ritorno al gioco libero esplorativo [22].

CONCLUSIONI

Il trauma psichico si esprime nello strumento MCAST in termini di presenza di tracce che influiscono sulle relazioni [46,47] e da cui è conseguente derivato lo sviluppo di un tipo di attaccamento piuttosto che di un altro. Emerge che i bambini vittime di ESI cumulative e croniche con attaccamento Disorganizzato-disorientato (come classificati dall'MCAST) presentano una qualità ludica fortemente caratterizzata dagli esiti post-traumatici, con caratteristiche peculiari e diverse dall'attività di gioco di bambini classificati con altri tipi di attaccamento, portando alla conclusione che le condotte ludiche legate a rappresentazioni mentali interne riflettono la gravità, la cronicità, la qualità dell'attaccamento e la presenza di fenomeni dissociativi nelle piccole vittime.
Inoltre, la procedura ludica dell'MCAST ha permesso di rimarcare un'altra caratteristica fondamentale del trauma psichico anche attraverso gli indici estrapolati dal gioco traumatico: la procedura di completamento delle storie, infatti, ha consentito di rilevare risposte traumatiche di "ripetition" sull'evento, che hanno portato all'intrusione di elementi connessi con l'evento traumatico nelle proiezioni del futuro. Dunque, sembra verificarsi un blocco della funzione simbolica del gioco, laddove il bambino non riesce ad attingere all'attività esplorativa propria dell'esperienza ludica ma al contrario utilizza il gioco per rimettere in scena aspetti del trauma bloccate, incastonate nelle reti mnestiche in modo disfunzionale tanto da saturare lo spazio mentale e, quindi, anche le condotte di gioco. L'elevata frequenza di fenomeni dissociativi nei bambini disorganizzato-disorientati nel gioco post-traumatico fanno pensare che la dissociazione sia alla base dell'alterazione del comportamento espresso nel gioco, laddove la vittima mima e riproduce nei segmenti ludici la narrazione del proprio trauma, inesprimibile in altre modalità comunicative. Infine, la conformità della maggior parte delle osservazioni di studi precedenti, riguardanti la distribuzione nelle quattro storie connesse con il trauma psichico, ha confermato l'universalità culturale e la validità del vocabolario emotivo traumatico dello strumento, anche a fronte di traumi di diversa natura [24,48-50].
I soggetti in età evolutiva esposti ad ESI, nel tentativo di trovare una soluzione adattiva al trauma, manifestano comportamenti e condotte per gestire la sofferenza post-traumatica, tentativo che spesso si rivela inefficace e disfunzionale, come emerso in modo chiaro dal gioco che i nostri soggetti hanno effettuato.

IMPLICAZIONI CLINICHE

Le riflessioni emerse dai risultati del nostro lavoro (benché rivolto ad un campione di numerosità esigua) possono essere indirizzate sia sul piano empirico, confermando quanto già osservato in numerosi studi relativi all'oggetto di indagine, che sul piano clinico, evidenziando elementi di novità e raccomandazioni operative utili.
Difatti, i risultati derivati dalla somministrazione dell'MCAST ci suggeriscono come questo strumento si presti ad una buona applicazione anche in ambito clinico:

- nel setting individuale, la diagnosi di disorganizzazione dell'attaccamento con la rilevazione di fenomeni dissociativi, tra cui il gioco post-traumatico, può essere utile per il riconoscimento precoce di bambini vittime di trauma complesso e disturbi dissociativi e per impiantare un progetto specifico di cura volto prima alla stabilizzazione del funzionamento dissociativo e anche all'individuazione dei contenuti emersi dalle storie dell'MCAST come "target" del piano di lavoro nella terapia EMDR - specifica per il trattamento del PTSD anche in età evolutiva;
- nelle situazioni in cui la presa in carico e l'attenzione alla relazione madre-bambino diventa un fattore cruciale di svolta dell'approccio terapeutico [51,54] ed anche psicodiagnostico (si pensi a chi si occupa di valutazione delle competenze genitoriali e a quanto possa beneficiare, in termini anche prognostici, dei risultati che all'MCAST ottiene il bambino).

Inoltre, abbiamo trovato molto utile poter applicare la griglia di Terr del PTCP nell'analizzare il gioco avviato dal bambino all'MCAST, poiché ha ampliato in maniera specifica, per il nostro campione vittime di ESI, l'analisi qualitativa dell'attività ludica, che non è quasi mai adeguatamente esplorativa (variabile su cui l'MCAST specificamente si sofferma). Tale elemento pure può considerarsi uno degli obiettivi da inserire nel piano di lavoro psicoterapico, poiché il gioco in sé dovrebbe poi portare

sollievo all'ansia del bambino, distensione e benessere.
Infine, la somministrazione dell'MCAST con l'uso congiunto della griglia di Terr del PTCP, inserita in un programma di screening precoce del pattern di attaccamento Disorganizzato-disorientato, appare utile per la rilevazione tempestiva, in bambini con alta vulnerabilità, dello sviluppo futuro di disturbi psichici, in un'ottica di prevenzione e cura degli esiti disfunzionali di traumi relazionali precoci, non solo della piccola vittima, ma anche, ove possibile, della diade madre-bambino.

LIMITAZIONI E LINEE DI RICERCA FUTURE

I nostri prossimi studi dovrebbero superare la limitazione di questo lavoro che, al momento, descrive solo genericamente le caratteristiche dei partecipanti.
Un approfondimento relativo alle funzioni di intensità delle ESI, alle caratteristiche del neurosviluppo e contestuali dei bambini e le eventuali psicopatologie dei genitori, consentirebbe di ipotizzare più facilmente i soggetti a cosa vadano incontro: se a fenomeni di isolamento del trauma con possibilità di "uscita o ritorno del rimosso o flashback", con grande dispendio di energia, ma in transito; oppure, a dissociazioni, conservando parti "alienè del Sé", che impediscono la continuità della propria identità, determinano un senso di falsità della propria esistenza. Lingiardi [55], facendo riferimento agli studi sull'attaccamento di Fonagy [56,57], pone in evidenza l'effetto di disturbo dei "Sé alieni" che si sono formati in situazioni abusanti sullo sviluppo della funzione riflessiva e delle possibilità stessa di mentalizzazione, carenza questa che contribuisce alla riattivazione agita dell'abuso, risultante in una esperienza emotiva molto negativa che può includere sentimenti di abbandono, cattiveria, incomprensione, vittimizzazione e inferiorità [58]

Norme etiche

Questo studio è stato condotto in conformità con le raccomandazioni dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP) e le procedure descritte, che hanno coinvolto esseri umani, sono state attuate in conformità alle norme etiche stabilite dalla dichiarazione di Helsinki del 1964 e successive modifiche. Il consenso informato è stato ottenuto da parte di tutti i genitori/caregiver dei minori pazienti inclusi nello studio. Poiché non esiste un comitato etico psicologico presso l'Università di Salerno, non è stata richiesta la revisione etica e l'approvazione per lo studio sui partecipanti umani in conformità con la legislazione locale e i requisiti istituzionali. Il protocollo è stato approvato da un comitato indipendente del Centro di Counseling Psicologico dell'Università.

Bibliografia

1 Bianchi D, Moretti E. "Vite in bilico. Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età evolutiva" (a cura di), In "Questioni e documenti n.40 Quaderni del Centro nazionale di documentazione ed analisi per l'infanzia e l'adolescenza". Firenze: Ed. Istituto degli Innocenti 2006.

2 Bowlby J. Maternal care and mental health (Vol. 2). Geneva: World Health 1951.

3 Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. Int J Psychoanal 1958;39:350-373.

4 Bowlby, J. The Bowlby-Ainsworth attachment theory. Brain Sci 1979;2:637-638.

5 Bowlby J. The role of attachment in personality development and psychopathology. In: Greenspan SI, Pollock GH, eds. The course of life, Vol. 1. Infancy pp. 229-270. International Universities Press, Inc., 1969. (Reprinted from "American Journal of Psychiatry," 1987, Vol. 144; and from "American Journal of Orthopsychiatry," 1982, Vol. 52)

6 Liotti G. Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In; Goldberg S, Muir R, Kerr J, eds. Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives. Hillsdale, NJ: Analytic Press 1995, pp. 343-363.

7 Liotti G. Disorganized attachment and dissociative psychopathology: The contribution of attachment theory. In: Solomon J, George C, eds. Attachment Disorganization. New York: Guilford 1999.

8 Bowlby J. Attachment and loss: volume 1, Attachment. New York: Basic Books 1969.

9 Attili G. Attaccamento e legami: la costruzione della sicurezza. Roma: San Paolo 2018.

10 Liotti G. La dimensione interpersonale della coscienza. Roma: Nis 1994

11 Liotti M, Mayberg HS. The role of functional neuroimaging in the neuropsychology of depression. J Clin Exp Neuropsychol 2001;23:121-136.

12 Liotti G, Farina B. Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa. Milano: Raffaello Cortina Editore 2011.

13 Porges SW. The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. Int J Psychophysiol 2001;42:123-146.

14 Porges SW. The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company 2011.

15 Tagliavini G. modulazione dell'arousal, memoria procedurale ed elaborazione del trauma: il contributo clinico del modello polivagale e della psicoterapia sensomotoria. Cognitivismo Clinico 2011;1:60-72.

16 Felitti VJ. Adverse childhood experiences and adult health. Acad Pediatr 2009;9:131-132.

17 Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006;256:174-186.

18 Main M, Hesse E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention. University of Chicago Press1990, pp. 161-182.

19 Liotti G. Disorganized attachment and dissociative psychopathology: the contribution of attachment theory. In: Solomon J, George C, eds. Attachment Disorganization. New York: Guilford 1999.

20 Liotti G. Trauma, dissociation, and disorganized attachment:

three Strands of a Single Braid. Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 2004;41:472-486.

21 Briere JN. Child abuse trauma: theory and treatment of the lasting effects. Sage Publications, Inc 1992.

22 Terr LC. Forbidden games: post-traumatic child's play. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1981;20:741-760.

23 Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. The Hanted Self. Structural Dissociation and the treatment of Chronic Traumatization, trad. It. Raffaello Cortina Editore 2006.

24 Green J, Stanley C, Smith V, et al. A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: the Manchester Child Attachment Story Task. Attach Hum Dev 2000;2:48-70.

25 Civilotti C, Sciascia C, Zaccagnino M, et al. States of mind with respect to adult attachment and reflective functioning in a sample of men detained for stalking: evaluation and clinical implications. SAGE Open 2020;10(4).

26 American Psychiatric Association (APA) (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5a Ed.): DSM-5. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina 2014.

27 Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, et al. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hilldale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers 1978.

28 Main M, Solomon J. Procedur for idenitfyng infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. Attachment in the preschool years. Chicago: University of Chicago Press 1990.

29 Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, et al.; the BEIP Core Group. Attachment in Institutionalized and Community Children in Romania. Child Development 2005;76:1015-1028.

30 Fernandez I, Verardo AR. EMDR: modelli e applicazioni cliniche. Firenze: Hogrefe 2019.

31 Herman JL. Trauma and recovery: the aftermath of violence-from domestic abuse to political terror. Basic Books. 1992b Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. J Trauma Stress 1992;5:377-391.

32 Van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, et al. Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. J Trauma Stress 2005;18:389-399.

33 ESTD - Child and Adolescent Committee of the European Society on Trauma and Dissociation. Guidelines for the assessment and treatment of children and adolescents with dissociative symptoms and dissociative disorders 2017. https://www.estd.org/sites/default/files/files/estd_guidelines_child_and_adolescents_first_update_july_2.pdf. Traduzione italiana a cura dello Studio di Psicoterapia e Ricerca Trauma & Dissociazione (Cagliari) https://www.estd.org/sites/default/files/files/linee_guida_therapist_dissociative_checklist.pdf

34 Ogawa K, Takahashi M. Long-term outcome of isolated lesser tuberosity fractures of the humerus. J Trauma Acute Care Surg 1997;42:955-959.

35 Carlson DS, Ferguson M, Perrewé PL, et al. The fallout from abusive supervision: an examination of subordinates and their partners. Personnel Psychology 2011;64:937-961.

36 Dutra L, Bureau JF, Holmes B, et al. Quality of early care and childhood trauma: a prospective study of developmental pathways to dissociation. J Nerv Ment Dis 2009;197:383.

37 Van der Kolk BA. Developmental trauma disorder. Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatric Annals 2005;5:401-408.

38 Di Pentima L, Toni A, Roazzi A, et al. Attaccamento, aspettative circa le reazioni dei genitori e strategie di coping in situazioni problematiche. Uno studio sui minori maltrattati. Psicologia clinica dello sviluppo 2018;22:299-324.

39 Silberg J. The Child Survivor: healing developmental trauma and dissociation. New York: Routledge 2013.

40 Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Dis 1986;174:727-735.

41 Liotti G. Le critiche di Pierre Janet alla teoria di Sigmund Freud: corrispondenze nella psicotraumatologia contemporanea. Psichiatria e Psicoterapia 2014;1:31-40.

42 Ellenberg H. The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry. New York: Basic Books 1970.

43 Stern DN. Le forme vitali: l'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo. Milano: Cortina 2011.

44 Liotti G, Gilbert P. Mentalizing, motivation, and social mentalities: theoretical considerations and implications for psychotherapy. Psychol Psychother 2011;84:9-25.

45 Zaccagnino J. Personality disorders and epigenetics. 2017. https://commons.vccs.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=student_writing

46 Drake EB, Bush SF, Van Gorp WG. Evaluation and assessment of PTSD in children and adolescents. In S. Eth (Ed.), PTSD in children and adolescents (pp. 1-31). American Psychiatric Association 2001.

47 Greenhalgh ES, Romano JP, Igoe MP. U.S. Patent Application 2010;12:556-820.

48 Del Giudice M. Sex-biased ratio of avoidant/ambivalent attachment in middle childhood. Br J Dev Psychol 2008;26:369-379.

49 Savarese G, Fasano O, Mollo M, et al. From Personal Identity to Pluralism of Intercultural Identity: a study on the transferability of self-knowledge to the multicultural social contexts. Knowledge Cultures 2013;6:122-126.

50 Savarese G, Iannaccone A, Mollo M, et al. Academic performance-related stress levels and reflective awareness: the role of the elicitation approaching an Italian University's Psychological Counselling. Br J Guid Counc 2019;47:1-10.

51 Barone L, Guiducci V. Mental representations of attachment in eating disorders: a pilot study using the Adult Attachment Interview. Attach Hum Dev 2009;11:405-417.

52 Zaccagnino M. I disagi della maternità - individuazione, prevenzione e trattamento. Milano: Franco Angeli Editore 2009.

53 Zaccagnino M, Cussino M, Saunders R, et al. Le figure alternative di attaccamento: impatto sulla modifica dello state of mind e sulla trasmissione intergenerazionale dei modelli operativi interni. Psicologia Clinica e dello Sviluppo, 2011;3:669-692.

54 Barone L, Lionetti F. Attachment and emotional understanding: a study on late-adopted pre-schoolers and their parents. Child Care Health Dev 2012;38:690-696.

55 Lingiardi V. La personalità e i suoi disturbi. Un'introduzione. Milano: Raffaello Cortina Editore 2014.

56 Fonagy P. The human genome and the representational world: The role of early mother-infant interaction in creating an interpersonal interpretive mechanism. Bull Menninger Clin 2001;65(3: Special issue):427-448.

57 Fonagy P, Allison E. What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families 2012:11-34.

58 Bradley R, Greene J, Russ E, et al. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. Am J Psychiatry 2005;162:214-227.

Caso clinico

Comorbilità dei disturbi di personalità in pazienti con disturbi alimentari ed effetto sul trattamento

Comorbidity of personality disorders in patients with eating disorders and its impact on treatment

a cura del Centro per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione in Età Evolutiva, UO Neuropsichiatria dell'Età Pediatrica IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna - Azienda Ospedaliero-Universitaria Bologna
F. Rossi[1], G. Farneti[2], M. Santini[3], B. Valeriani[3], E. Lancianese [3], A. Pognani[3], L. Guerra[3], S. Ferri[3], A. Parmeggiani[1,2], D.M. Cordelli[1,2]

[1] Centro per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione in Età Evolutiva, UO Neuropsichiatria dell'Età Pediatrica IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna - Azienda Ospedaliero-Universitaria Bologna; [2] Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna, [3] Associazione FaNeP (Famiglie Neurologia Pediatrica)

Riassunto

Nelle diagnosi di pazienti con Disturbo Alimentare (DA) si assiste ad una costante presenza di una comorbilità con uno o più disturbi di personalità. In considerazione dell'evoluzione dei profili diagnostici nella popolazione giovanile rispetto all'ultimo decennio, la co-presenza di disturbi alimentari e disturbi di personalità, già ampiamente riscontrata in letteratura, nel tempo risulta spostata maggiormente su diagnosi nel Cluster B dei disturbi di personalità, secondo il modello proposto dal DSM 5. Uno studio retrospettivo ha quindi previsto la raccolta e il confronto dei dati delle interviste diagnostiche condotte nell'ultimo decennio presso il Day Hospital della UO di Neuropsichiatria dell'Età pediatrica IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna - Azienda Ospedaliero-Universitaria Bologna e ha portato ad un'altra evidenza interessante: il disturbo borderline di personalità è il disturbo maggiormente diagnosticato ed è risultato un fattore prognostico negativo sul trattamento dei pazienti con disturbo alimentare. Vengono quindi approfonditi gli aspetti relativi all'incidenza sul trattamento dei disturbi di personalità più rilevanti, con una disamina qualitativa dei meccanismi di difesa emersi durante i colloqui in Day Hospital, approfondendo i limiti metodologici e le prospettive di studio. Confrontandoci con i modelli teorici, siamo giunti alla conclusione che vi sia un'influenza reciproca, patoplastica e peggiorativa, tra disturbo borderline di personalità e disturbi del comportamento alimentare, interpretabile secondo la natura oscillatoria di entrambi. Questo aspetto è risultato confermato osservando quali fossero i meccanismi di difesa messi in atto da un gruppo ristretto di pazienti, che hanno testimoniato l'importanza oltre che di una diagnosi di struttura anche di un'analisi del funzionamento attuale dei pazienti, piuttosto che una valutazione della frequenza sintomatologica in un contesto di diagnosi nosografica. Si tratta di un elemento prezioso per la clinica, specialmente ai fini dell'orientamento della cura.

Parole chiave: disturbi dell'alimentazione, disturbi di personalità, disturbo borderline di personalità, trattamento dei DA, meccanismi di difesa

Summary

In the diagnosis of patients with Eating Disorder (ED) there is a constant presence of a comorbidity with one or more personality disorders. Considering the evolution of diagnostic profiles in the youth population of the last decade, the co-presence of eating disorders and personality disorders, already widely found in literature, over time is shifted more toward diagnoses within the Cluster B of personality disorders, according to the model proposed by DSM 5. A retrospective study then provided the collection and comparison of data from diagnostic interviews conducted in the last decade at the Day Hospital of the O.U. of Child Neuropsychiatry of IRCCS of Bologna and led to another interesting evidence: borderline personality disorder was the most diagnosed disorder and is a negative prognostic factor on treatment of patients with ED. Finally, the aspects related to the incidence on treatment of the most relevant disorders are deepened, with a qualitative examination of the defense mechanisms emerged during the Day Hospital interviews, analysing its methodological limits and the study perspectives. Taking into account some theoretical models, we came to the conclusion that there is a reciprocal influence, pathoplastic and with mutual worsening, between borderline personality disorder and eating disorders, interpretable according to the oscillatory nature of both. This aspect was evident by observing the defense mechanisms implemented by a limited group of patients, which testified the importance

CORRISPONDENZA
Francesca Rossi, via Spartaco 17, 40138 Bologna - Tel. 051 2144579 - Email: francesca_rossi@aosp.bo.it

of a diagnosis of structure and an analysis of the patients' current functioning, rather than a mere evaluation of symptom frequency in a context of a nosographic diagnosis. This is valuable to the clinic, especially for the purpose of treatment guidance.

Key words: eating disorders, personality disorders, borderline personality disorder, treatment of ED, defense mechanisms

INTRODUZIONE

L'ipotesi di partenza è che vi sia una rilevante comorbilità dei disturbi di personalità in soggetti diagnosticati con un disturbo del comportamento in età evolutiva. L'obiettivo generale di questa ricerca, anche in considerazione dell'evoluzione dei profili diagnostici nella popolazione giovanile rispetto all'ultimo decennio, è quindi quello di indagare in un campione di pazienti in regime di Day Hospital la presenza di un gradiente temporale che lasci evidenziare se, ed eventualmente come, si sia evoluta la comorbilità tra disturbi di personalità e Disturbi Alimentari (DA), mostrando la prevalenza della comorbilità di uno specifico Cluster di personalità o, addirittura, di uno specifico disturbo. Se questa ipotesi viene confermata, un ulteriore obiettivo è quello di valutare l'impatto sul trattamento della diagnosi del disturbo di personalità prevalente, diagnosticato tramite interviste strutturate. Quest'ultimo aspetto viene valutato sia quantitativamente, analizzando le variabili connesse agli aspetti psicopatologici del disturbo alimentare da questionari self-report, che qualitativamente, attraverso l'applicazione di un modello dinamico che possa descrivere tale comorbilità in presenza di una diagnosi di "anoressia-bulimia". Uno studio dei meccanismi difensivi che emergono dai dialoghi fra alcuni pazienti del campione con i terapeuti permette, infine, di arricchire la ricerca dal punto di vista qualitativo, con l'obiettivo di evidenziare corrispondenze con le rispettive diagnosi di disturbo di personalità, fornendo indicazioni su quale sia il reale livello di funzionamento del paziente in quel momento. Questo approccio non ha come finalità l'individuazione di nessi causali o

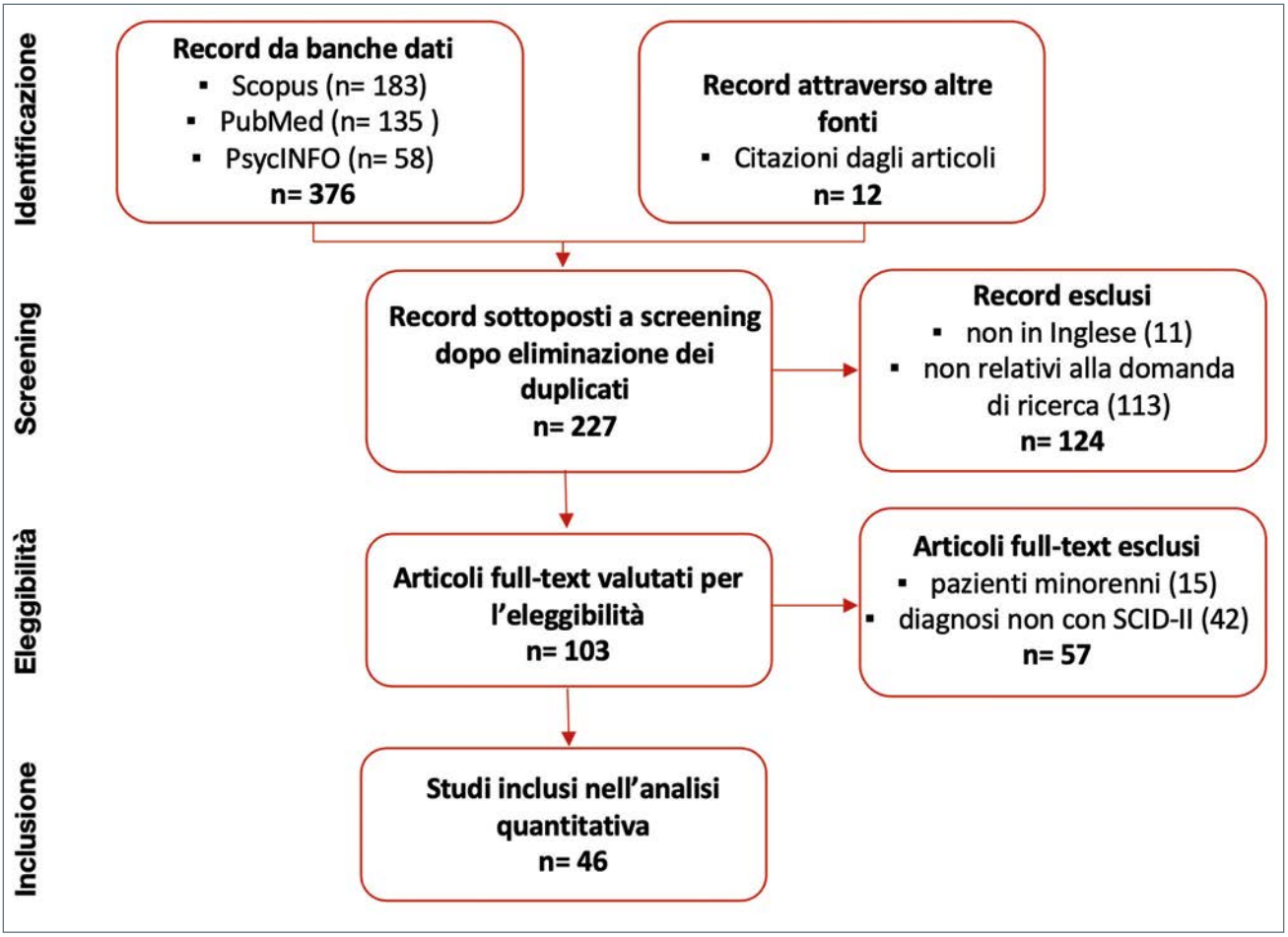


Figura 1. Criteri PRISMA, parole chiave: *comorbidity*, *eating disorders*, *personality disorders*.

specifici fattori predisponenti tra i disturbi, bensì la volontà di evidenziare come la prevalenza di determinati disturbi di personalità in corrispondenza di alcuni pattern alimentari possa, da un lato, rafforzare l'importanza di una diagnosi del funzionamento del soggetto e, dall'altro, efficacemente orientare il trattamento successivo alla diagnosi.

MATERIALE E METODI

La rassegna sistematica dei dati presenti in letteratura è stata condotta discriminando gli articoli dal 1992 al 2019 riguardanti solo i soggetti maggiorenni, con diagnosi di DA secondo il DSM-III, DSM-IV-TR o DSM-5 e con disturbi di personalità diagnosticati tramite intervista clinica strutturata SCID-II o SCID-5-PD. Seguendo i criteri Prisma, ciò ha portato all'analisi di 46 studi su di un campione di N = 2529 soggetti (Fig. 1).

Il contesto dello studio retrospettivo è il Day Hospital (DH) nella UO di Neuropsichiatria dell'Età pediatrica IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna - Azienda Ospedaliero- Universitaria Bologna, attivo da 20 anni e che accoglie pazienti di età compresa tra i 16 e i 24 anni provenienti da tutto il territorio nazionale. Sono stati analizzati i dati di un campione della popolazione ricoverata in Day Hospital in un periodo di 9 anni, dal Marzo 2011 al Marzo 2020, corrispondente a 205 persone, dal quale per questo studio sono stati esclusi:

- 28 pazienti che non hanno completato il percorso terapeutico, per abbandono o dimissione precoce dal trattamento (*drop-out* del 13,7%);
- 13 pazienti con valutazioni mancanti all'ingresso o alla dimissione (6,3% di pazienti con dati incompleti);
- 43 pazienti minorenni che non sono stati sottoposti a valutazione diagnostica dei disturbi di personalità (pari al 21% della popolazione).

Il campione analizzato in questa ricerca ha quindi una numerosità complessiva di N = 121, pari al 59% dell'intera popolazione in Day Hospital (Tab. I). La diagnosi dei disturbi di personalità si è basata sui risultati delle interviste cliniche strutturate SCID-II [1] e SCID-5-PD [2],

Tabella I. Demografica della popolazione (N = 205), anagrafica e diagnosi di DA del campione (N = 121).

	[intervallo]	N	(%)	M	(DS)
Demografica					
Pazienti DH (2011-2020)		205	(100)		
Abbandono o interruzione		28	(13,7)		
Dati parziali o mancanti		13	(6,3)		
Minorenni		43	(21,0)		
Campione della ricerca		121	(59,0)		
Anagrafica del campione					
Femmine		116	(95,9)		
Maschi		5	(4,1)		
Età (anni)	[18-29]			19,93	(2,41)
Durata ricovero in DH (*mesi*)	[1-12]			6,09	(3,23)
BMI Ingresso (*Kg/m²*)	[12,5-36,7]			18,42	(4,61)
BMI Dimissioni (*Kg/m²*)	[12-35,5]			19,40	(4,39)
Diagnosi DA del campione					
AN-R (anoressia di tipo restrittivo)		47	(38,8)		
AN-P (anoressia di tipo purging)		16	(13,2)		
BMI Ingresso AN (*Kg/m²*)	[12,5-17,9]			15,53	(1,53)
BMI Dimissioni AN (*Kg/m²*)	[12-26,8]			16,98	(2,89)
BN (bulimia nervosa)		29	(24,0)		
BMI Ingresso BN (*Kg/m²*)	[16,7-26,1]			20,77	(2,46)
BMI Dimissioni BN (Kg/m²)	[16,7-29]			21,39	(2,60)
BED (dist. da aliment. incontrollata)		13	(10,7)		
BMI Ingresso BED (*Kg/m²*)	[23,9-36,7]			28,21	(3,89)
BMI Dimissioni BED (*Kg/m²*)	[22,9-35,5]			27,16	(3,21)
EDNOS (dist. aliment. aspecifico)		16	(13,2)		
BMI Ingresso EDNOS (*Kg/m²*)	[13,5-22]			17,59	(2,74)
BMI Ingresso EDNOS (*Kg/m²*)	[13,8-26,3]			18,98	(3,79)

N = numerosità del campione; % = percentuale del campione; M = media campionaria; DS = deviazione standard del campione.

mentre per la valutazione delle variabili psicopatologiche connesse alla presenza di un DA si fa riferimento ai dati provenienti dai questionari self-report EAT-40 [3] e EDI-3 [4].

Al fine di indagare l'incidenza sul trattamento di una diagnosi di disturbo borderline di personalità (BPD) in uno studio longitudinale lungo il percorso terapeutico, è stata valutata la significatività statistica e clinica dei parametri riguardanti gli aspetti psicologici e di rischio di DA in due gruppi di pazienti, entrambi con DA, quelli diagnosticati con disturbo borderline di personalità (DA+BPD) e quelli non diagnosticati con BPD (DA). Il gruppo diagnostico DA+BPD ha numerosità di N = 29, pari al 24% del campione, un'età media di 19,3 anni (DS = 1,70; intervallo = 18-23) e una durata media del trattamento di 6,5 mesi (DS = 3,51; intervallo = 1-12). Il gruppo diagnosticato solo con DA ha numerosità di N = 92, pari al 76% del campione, un'età media di 20,1 anni (DS = 2,57; intervallo = 18-29) e una durata media del trattamento di 6 mesi (DS = 3,15; intervallo = 1-12). I due gruppi diagnostici sono stati quindi esaminati all'ingresso e alle dimissioni rispetto alla presenza e alla gravità della sintomatologia alimentare, confrontando sia il valore complessivo nel test EAT-40 sul rischio del disturbo alimentare, che i punteggi nella scala composita EDRC (somma dei punteggi nelle scale DT, B e BD) del test EDI-3, che riflette il livello delle preoccupazioni riguardanti il cibo. Attraverso il confronto fra i punteggi nella scala composita complessiva GPMC (somma dei punteggi in tutte le 9 scale psicologiche) dell'EDI-3 è inoltre stato possibile valutare il disadattamento psicologico generale. Gli effetti statisticamente significativi fra gli stessi campioni in ingresso (t_0) e in dimissione (t_F) sono stati analizzati tramite *t-test* di Student a due code per campioni dipendenti, con un livello di confidenza dell'errore $\alpha = 0,05$. L'analisi statistica per valutare la dimensione dell'effetto si basa su test del *d di Cohen*, dove secondo le linee guida di Cohen 5 $d \geq 0,2$ corrisponde ad un effetto di piccole dimensioni, $d \geq 0,5$ a medie dimensioni e $d \geq 0,8$ è considerato un effetto elevato.

Per l'analisi qualitativa dei meccanismi di difesa sono stati presi in considerazione le trascrizioni di colloqui clinici da Settembre 2019 a Marzo 2020 di N = 14 pazienti, tutte di genere femminile, con età fra 18 e 25 anni, utilizzando in maniera non convenzionale le indicazioni della *Defense Mechanism Rating Scales* (DMRS) di Perry [6].

Il modello teorico dinamico di riferimento per una diagnosi di "anoressia-bulimia" è tratto dai lavori di Recalcati [7,8].

Nell'indagine del motivo della comorbilità tra DA e disturbi di personalità (PD) da un punto di vista eziologico, ci si è riferiti ai 6 modelli concettuali presenti in letteratura (Fig. 2) [9-14].

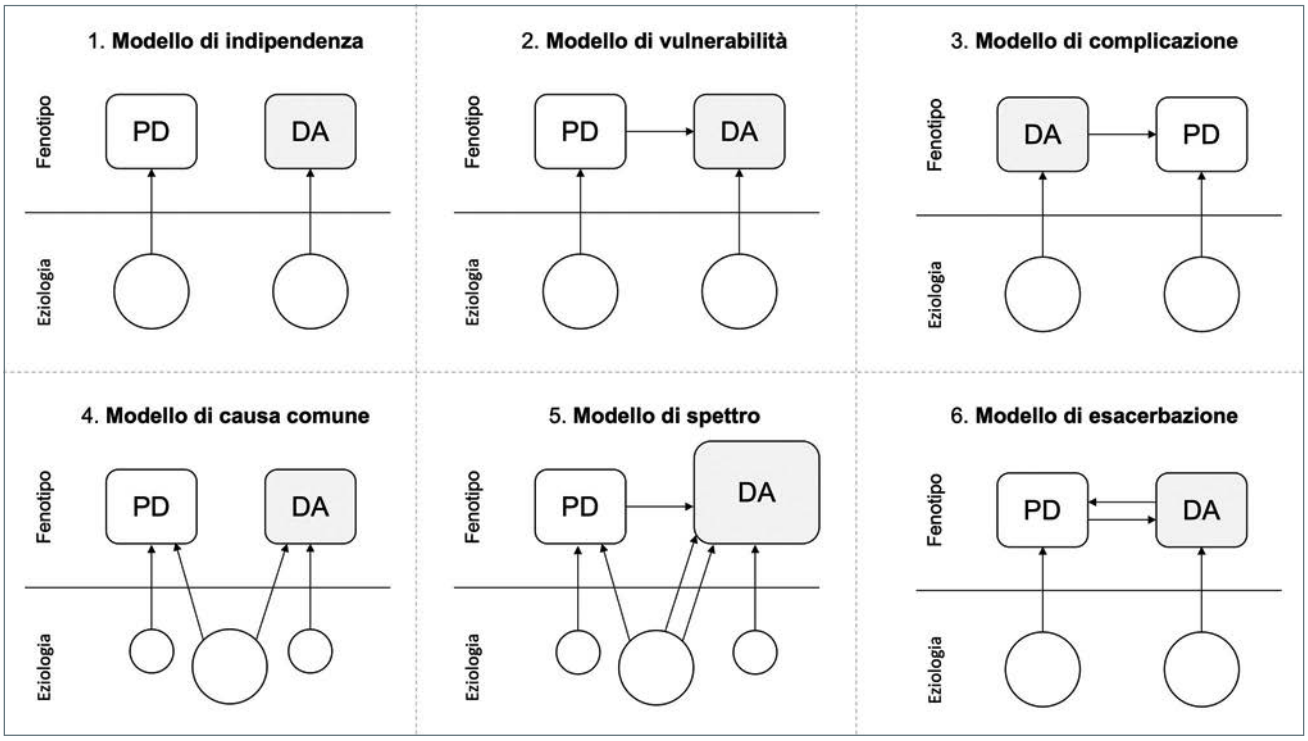


Figura 2. Modelli eziologici di comorbilità fra disturbi di personalità (PD) e disturbi alimentari (DA).

RISULTATI

L'analisi sistematica dei dati in letteratura ha confermato una prevalenza di determinati disturbi di personalità in corrispondenza di specifici DA (Fig. 3). Dall'analisi storica dei dati si evince come vi sia un'evoluzione nell'andamento temporale della comorbilità tra DA e disturbi di personalità, con uno spostamento della prevalenza verso determinati Cluster di personalità, tipicamente nel Cluster B (Fig. 4).

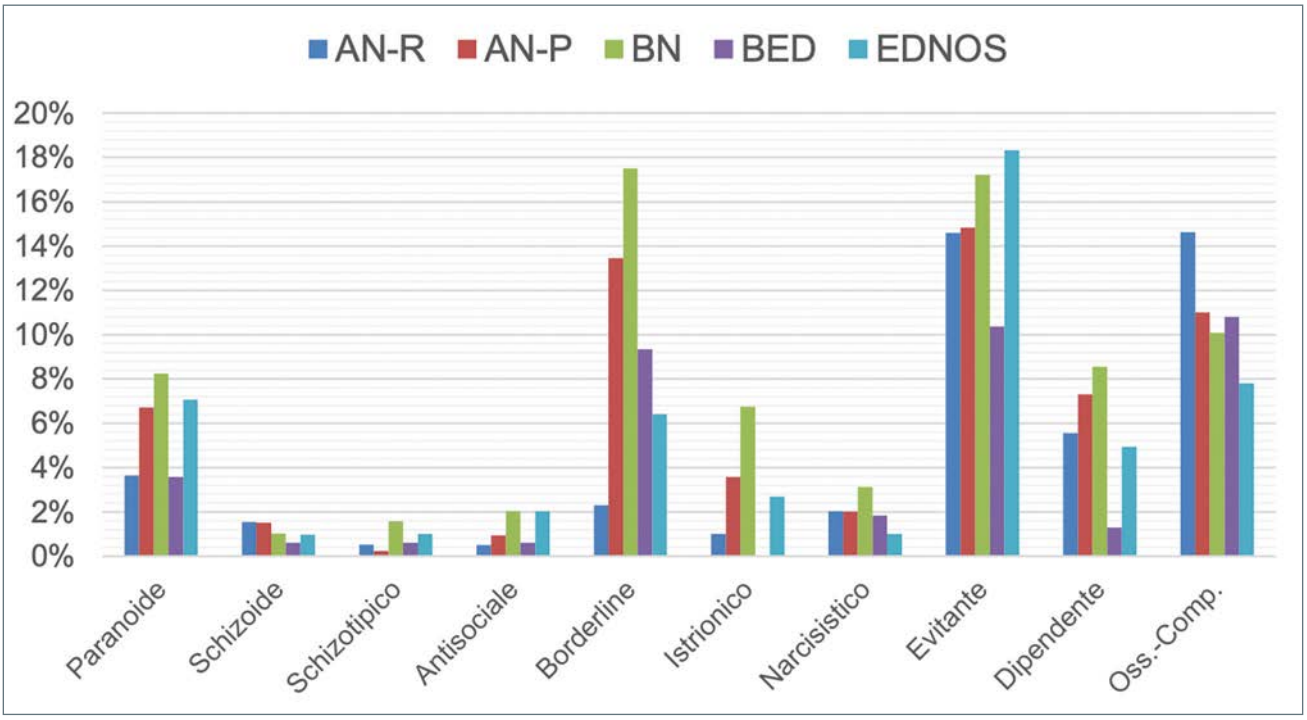


Figura 3. Comorbilità (%) fra DA e disturbi di personalità dai dati in letteratura (N = 2529).

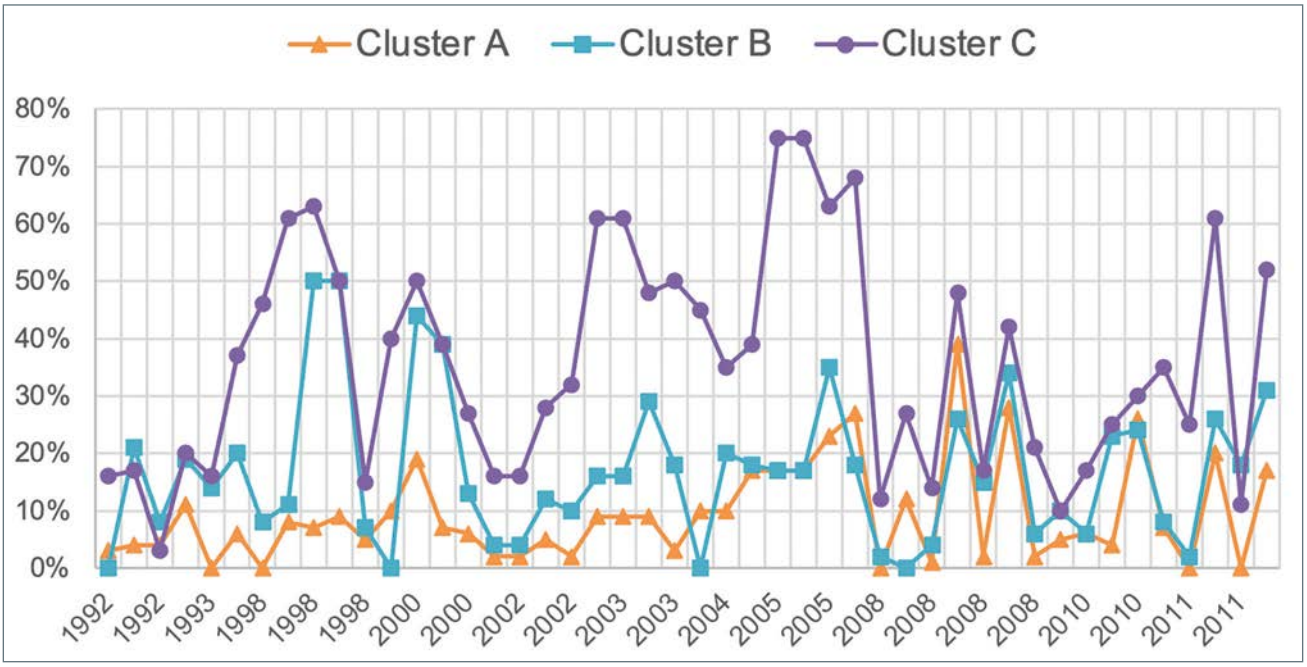


Figura 4. Evoluzione temporale della comorbilità fra DA e disturbi di personalità in 46 studi dal 1992 al 2016.

Nei 121 pazienti ricoverati in Day Hospital il tasso di prevalenza di almeno un disturbo di personalità, valutato con l'intervista strutturata SCID-II e SCID-5-PD, risulta del 43% (Tab. II) Analizzando la comorbilità per ogni cluster di DA emerge un generale protagonismo del disturbo borderline di personalità. Più in dettaglio, esso è maggiormente frequente fra pazienti bulimici (BN) o anoressici di tipo *purging* (AN-P) (Fig. 5), suggerendo una connessione, con tratti di instabilità e impulsività tipici di quei disturbi, caratterizzanti gli episodi di abbuffata o evacuazione [15]. Nell'anoressia di tipo restrittivo (AN-R) la prevalenza di una diagnosi di disturbo borderline è inferiore, con una rilevanza maggiore di una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo, evitante e

Tabella II. Prevalenza (%) dei disturbi e dei Cluster della personalità nei Cluster dei DA nella ricerca (N = 121).

	AN-R (N = 47)		AN-P (N = 16)		BN (N = 29)		BED (N = 13)		EDNOS (N = 16)		Totale (N = 121)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Comorbilità PD (*)	20	(42,6)	8	(50,0)	12	(41,4)	5	(38,5)	7	(43,8)	52	(43,0)
1 PD	17	(36,2)	7	(43,8)	9	(31,0)	3	(23,1)	7	(43,8)	**43**	(35,5)
2 PD	3	(6,4)	1	(6,3)	2	(6,9)	2	(15,4)	0	(0,0)	8	(6,6)
3 PD	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(3,4)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,8)
Cluster A	2	(4,3)	0	(0,0)	1	(3,4)	0	(0,0)	1	(6,3)	4	(3,3)
Paranoide	1	(2,1)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(6,3)	2	(1,7)
Schizoide	1	(2,1)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,8)
Schizotipico	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(3,4)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,8)
Cluster B	11	(23,4)	6	(37,5)	11	(37,9)	4	(30,8)	4	(25,0)	36	(29,8)
Antisociale	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(3,4)	0	(0,0)	1	(6,3)	2	(1,7)
Borderline	9	(19,1)	5	(31,3)	9	(31,0)	3	(23,1)	3	(18,8)	29	(24,0)
Istrionico	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Narcisistico	2	(4,3)	1	(6,3)	1	(3,4)	1	(7,7)	0	(0,0)	5	(4,1)
Cluster C	8	(17,0)	2	(12,5)	3	(10,3)	3	(23,1)	1	(6,3)	17	(14,0)
Evitante	3	(6,4)	1	(6,3)	2	(6,9)	2	(15,4)	0	(0,0)	8	(6,6)
Dipendente	2	(4,3)	0	(0,0)	1	(3,4)	0	(0,0)	0	(0,0)	3	(2,5)
Oss.-Compulsivo	3	(6,4)	1	(6,3)	0	(0,0)	1	(7,7)	1	(6,3)	6	(5,0)
Altri disturbi (**)	*2*	*(4,3)*	*1*	*(6,3)*	*1*	*(3,4)*	*0*	*(0,0)*	*1*	*(6,3)*	*5*	*(4,1)*
Depressivo	*2*	*(4,3)*	*1*	*(6,3)*	*1*	*(3,4)*	*0*	*(0,0)*	*1*	*(6,3)*	*5*	*(4,1)*
Pass.-Aggressivo	*0*	*(0,0)*	*0*	*(0,0)*	*0*	*(0,0)*	*0*	*(0,0)*	*0*	*(0,0)*	*0*	*(0,0)*

(*): presenza di almeno 1 disturbo di personalità (PD); (**): disturbi di personalità presenti nel DSM-IV e analizzati con la SCID-II, ma abbandonati nel DSM-5.

Tabella III. Significatività in pazienti con DA (N = 92) e pazienti con DA+BPD (N = 29) all'ingresso e alle dimissioni nei punteggi totali del test EAT-40 e nelle scale EDRC e GPMC del test EDI-3.

	Ingresso (t_0)		Dimissioni (t_F)		Ingresso - Dimissioni					
	M	(DS)	M	(DS)	M	(DS)	t	(gdl)	p	d Cohen
EAT-40										
DA	59,30	(22,85)	46,54	(25,98)	12,76	(20,30)	4,01	(91)	**< .001**	**0,52**
DA+BPD	70,28	(17,66)	54,66	(23,05)	15,62	(20,98)	6,03	(28)	**< .001**	**0,76**
EDI-3 (EDRC)										
DA	84,00	(13,73)	76,91	(19,11)	7,09	(16,53)	3,26	(91)	**.001**	0,43
DA+BPD	87,33	(14,14)	84,00	(16,53)	3,33	(9,62)	1,59	(28)	.12	0,22
EDI-3 (GPMC)										
DA	85,45	(12,39)	78,10	(16,43)	7,34	(16,90)	3,31	(91)	**.001**	**0,50**
DA+BPD	92,33	(8,36)	85,05	(15,22)	7,29	(14,45)	2,31	(28)	**.03**	**0,59**

EAT-40 = Eating Attitude Test v.40; EDI-3 = Eating Disorder Inventory v.3; EDRC = rischio DA; GPMC = disadattamento psicologico generale; M = media campionaria; DS = deviazione standard del campione; t = *t* test a due code con $\alpha = 0,05$; gdl = grado di libertà; p = valore di significatività a due code, con valori significativi di p evidenziati in grassetto; d = d di Cohen, con valori di dimensioni dell'effetto superiori al medio evidenziati in grassetto.

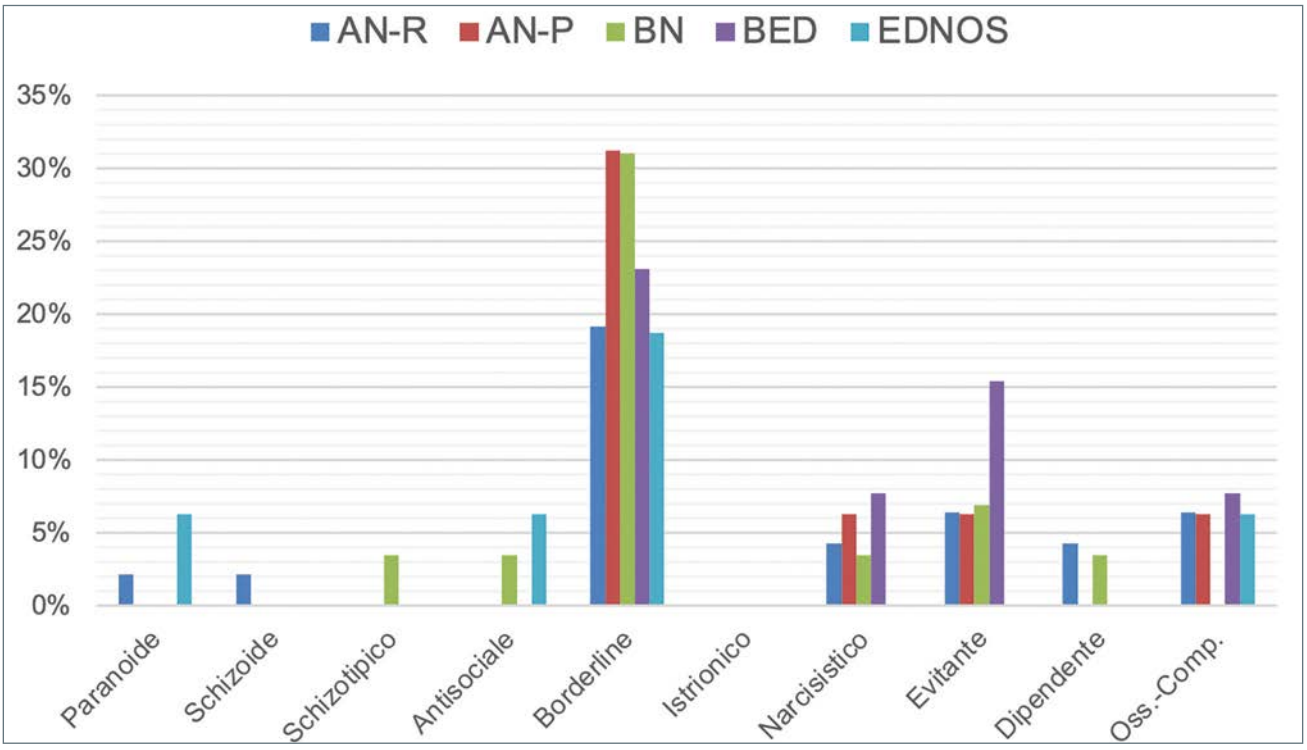


Figura 5. Comorbilità (%) fra DA e disturbi di personalità dai dati di questa ricerca (N = 121).

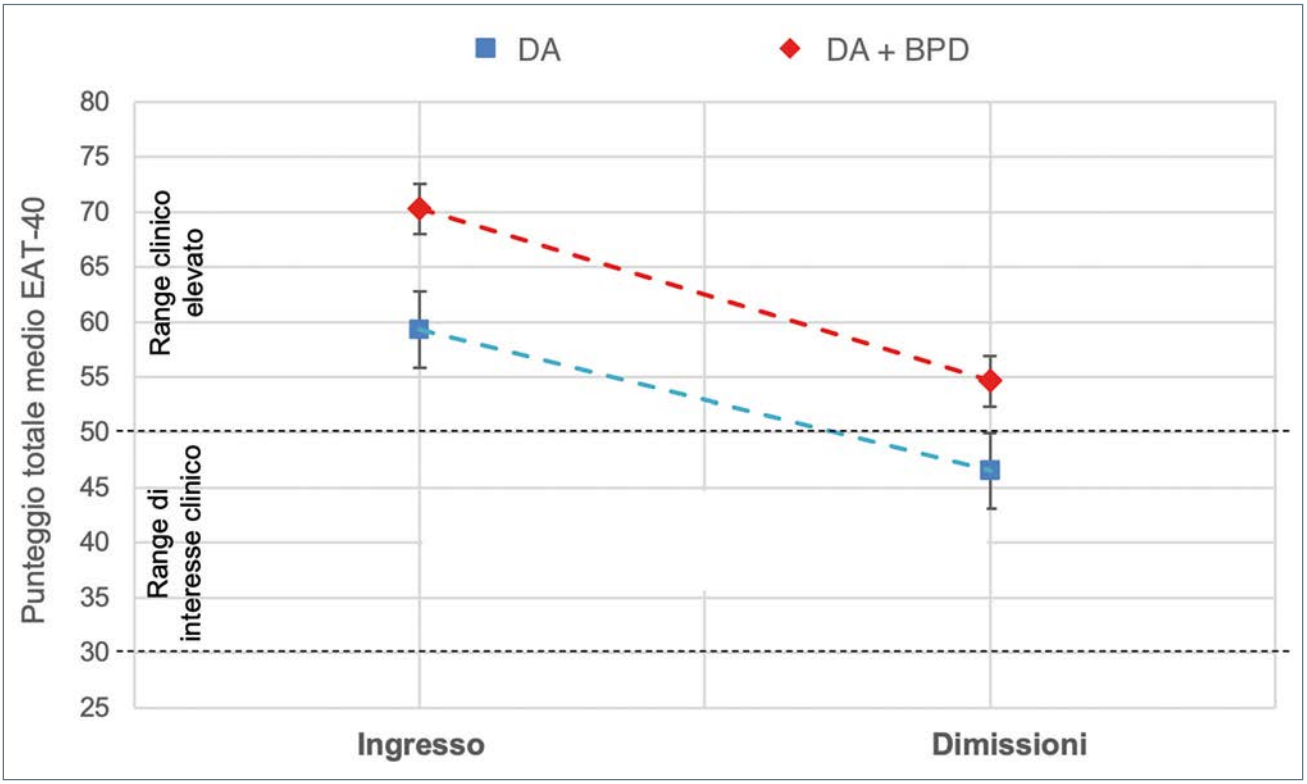


Figura 6. Effetto della diagnosi e del trattamento sui punteggi totali del test EAT-40 per pazienti con DA e per pazienti con DA+BPD (IC = 95%).

narcisistico, in probabile sintonia con i sintomi ossessivi, di perfezionismo e grandiosità tipici di quel Cluster di DA [16]. Il disturbo di personalità evitante, la cui rilevante comorbilità è confermata in letteratura, è diagnosticato in maggioranza nei pazienti con *Binge Eating Disorder* (BED), insieme al disturbo narcisistico e ossessivo compulsivo. Questa occorrenza del disturbo evitante è in sintonia con i criteri dimensionali illustrati nel DSM-5 nella diagnosi di quel disturbo, che nei soggetti con BED sono caratteristici, come il senso di inadeguatezza relazionale, l'instabilità dei rapporti interpersonali e la vulnerabilità alla critica [17].

I risultati dell'incidenza di una diagnosi di disturbo borderline di personalità, confrontando i valori in ingresso e in uscita dei due gruppi con quella diagnosi (BPD+DA) o meno (DA) sono illustrati in Tabella III e rappresentati in Figura 6 (scala EAT-40) e in Figura 7 (scale EDI-3). La diagnosi di BPD risulta essere un fattore prognostico negativo sia in ingresso che in uscita. Se entrambi i gruppi hanno, infatti, un punteggio medio relativo al rischio di disturbo alimentare oltre il valore clinico elevato (maggiore di 50), il gruppo non diagnosticato con BPD in dimissione raggiunge un valore medio di interesse clinico (fra 30 e 50), mentre quello BPD+DA resta sempre al di sopra del valore clinico elevato. L'effetto del trattamento è quindi maggiore per il gruppo

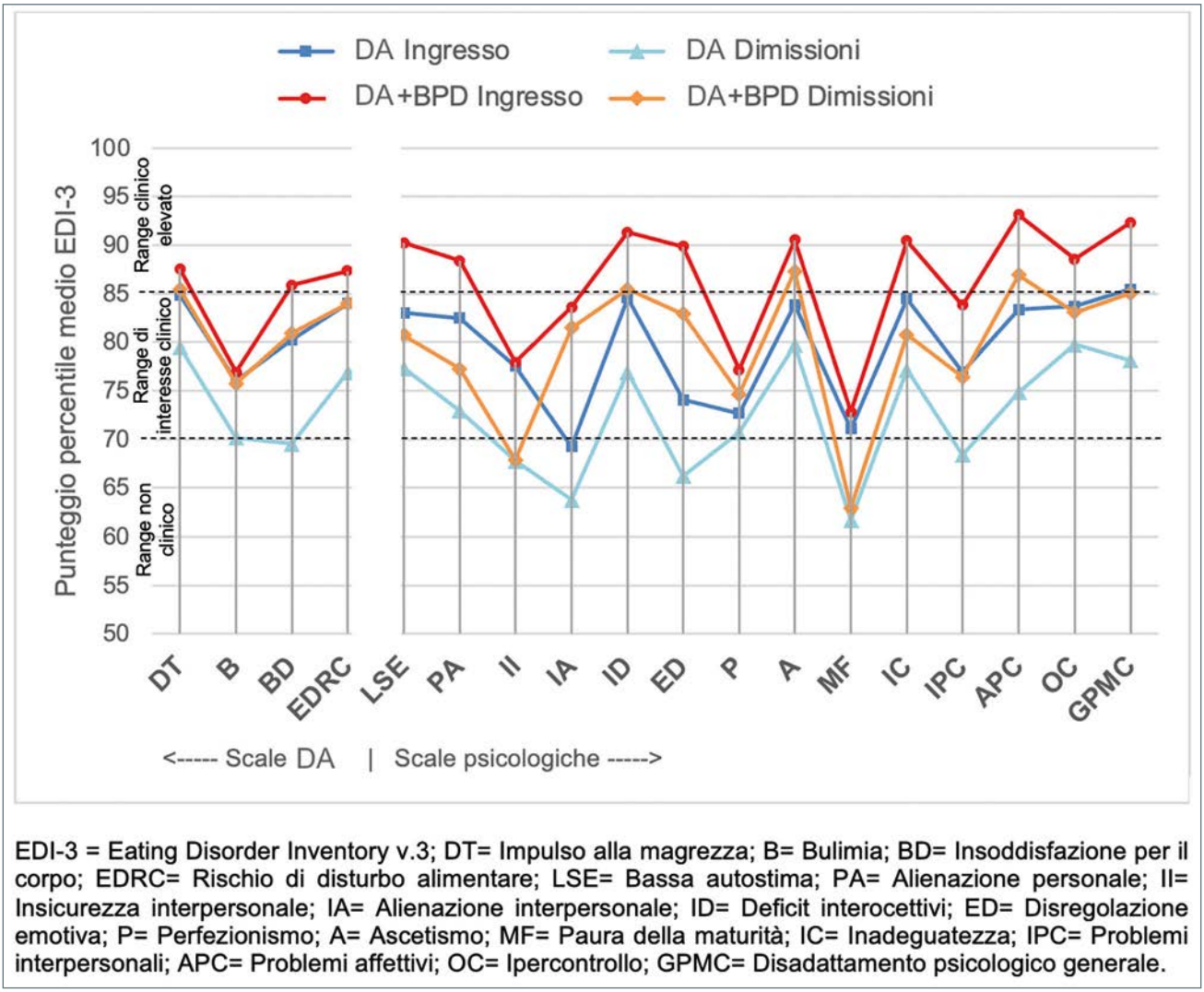


Figura 7. Effetto della diagnosi e del trattamento sui punteggi medi delle singole scale del test EDI-3 per pazienti con DA e per pazienti con DA+BPD. EDI-3 = Eating Disorder Inventory v.3; DT = Impulso alla magrezza; B = Bulimia; BD = Insoddisfazione per il corpo; EDRC = Rischio di disturbo alimentare; LSE = Bassa autostima; PA = Alienazione personale; II = Insicurezza interpersonale; IA = Alienazione interpersonale; ID = Deficit interocettivi; ED = Disregolazione emotiva; P = Perfezionismo; A = Ascetismo; MF = Paura della maturità; IC = Inadeguatezza; IPC = Problemi interpersonali; APC = Problemi affettivi; OC = Ipercontrollo; GPMC = Disadattamento psicologico generale.

Tabella IV. Meccanismi di difesa utilizzati da 14 pazienti con DA e diagnosi di PD.

Nome	Età	DA	PD (*)	Meccanismi di difesa utilizzati
A.	18	AN-R	PPD	*acting out*, aggressione passiva, scissione (sé), spostamento
M.	18	BN	BPD, NPD, ASPD	scissione (ogg.), diniego, identificazione proiettiva, svalutazione
B.	21	EDNOS	BPD	scissione (ogg.), identificazione proiettiva, idealizzazione, svalutazione, annullamento retroattivo
V.	18	AN-P	OCPD	diniego, razionalizzazione, annullamento retroattivo, isolamento
C.	19	BN	BPD	*acting out*, scissione (ogg.), diniego, spostamento, onnipotenza
D.	25	EDNOS	ASPD	scissione (sé), diniego, razionalizzazione, isolamento, annullamento retroattivo
E.	18	AN-P	BPD	*acting out*, scissione (sé), svalutazione
G.	19	AN-R	OCPD	svalutazione, proiezione, rimozione
I.	18	AN-R	DPD	diniego, svalutazione, idealizzazione
N.	18	EDNOS	Tratti BPD	onnipotenza, identificazione proiettiva, razionalizzazione
S.	19	BN	BPD	scissione (sé), identificazione proiettiva, idealizzazione, spostamento
F.	20	BED	AVPD, OCPD	onnipotenza, idealizzazione, proiezione, razionalizzazione
L.	19	BN	BPD	*acting out*, scissione (sé), razionalizzazione, annullamento retroattivo
R.	18	AN-R	BPD, NPD	scissione (sé), diniego, onnipotenza, idealizzazione, svalutazione

PPD = disturbo paranoide di personalità; BPD = disturbo borderline di personalità; NPD = disturbo narcisistico di personalità; ASPD = disturbo antisociale di personalità; OCPD = disturbo ossessivo-compulsivo di personalità; DPD = disturbo dipendente di personalità; AVPD = disturbo evitante di personalità. AN-R = anoressia di tipo restrittivo; AN-P = anoressia di tipo purging; BN = bulimia nervosa; BED = disturbo da alimentazione incontrollata; EDNOS = disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato. (*) diagnosi di disturbi di personalità con SCID-II (4 pazienti) e SCID-5-PD (10 pazienti).

diagnosticato con BPD, ma non sufficiente ad ottenere un beneficio rilevante nei confronti del rischio di DA a livello clinico, che si mantiene abbondantemente al di sopra di quello non diagnosticato con BPD. Ancora più significativa risulta essere l'analisi dei valori del test EDI-3. Come è possibile vedere in Tabella III, a parte la casualità riscontrata nella variazione dell'EDRC del gruppo BPD+DA ($p = .012$), nei parametri delle scale relative sia al disturbo alimentare (EDRC) del gruppo DA che al Disadattamento psicologico generale (GPMC) di entrambi i gruppi vi è una riduzione statisticamente rilevante della gravità. Questo miglioramento sintomatologico avviene in modo omogeneo nei campioni, al di là della specifica diagnosi di disturbo alimentare, oltre a essere più evidente per quanto riguarda il disagio psicologico del gruppo diagnosticato con BPD. Osservando la Figura 7, dove vengono rappresentati i risultati in tutte le scale dell'EDI-3 si può apprezzare maggiormente come la diagnosi di disturbo borderline di personalità sia un predittore prognostico negativo del trattamento: i valori in ingresso sono in maggioranza ampiamente sopra al range clinico elevato (> 85° percentile), mentre i valori in dimissione restano pressoché tutti di interesse clinico (> 70° percentile). Di converso, nel campione non diagnosticato con BPD i valori in ingresso sono tutti inferiori al range clinico elevato (fra il 70° e l'85° percentile) e al termine del trattamento si hanno molti valori inferiori alla rilevanza clinica (< 70° percentile).

Abbiamo riassunto in Tabella IV i meccanismi di difesa emersi nei dialoghi di 14 pazienti a cui era stato diagnosticato un DA e uno o più disturbi di personalità, tramite l'intervista strutturata SCID-5-PD, mentre i meccanismi di difesa previsti dalla DMRS sono illustrati in Tabella V, con le rispettive frequenze nel campione (N = 14). Si evince una prevalenza di un utilizzo di difese primitive, di diniego (23,2% del campione), borderline (23,2%) e di *acting* (8,9%), ma anche una maggioranza assoluta di meccanismi di difesa appartenenti al livello narcisistico (26,8%).

DISCUSSIONE

Riassumiamo di seguito i risultati più rilevanti di questa ricerca, discussi ai paragrafi successivi:

1. alta comorbilità dei disturbi di personalità in pazienti con DA, con prevalenza di disturbi di personalità del Cluster B e, in particolare nella ricerca, predominanza di una comorbilità con il disturbo borderline di personalità;
2. valore prognostico negativo di una diagnosi di disturbo borderline di personalità sul trattamento dei pazienti con DA nel campione della ricerca;
3. interpretazione qualitativa, tramite l'individuazione di possibili modelli di comorbilità, della co-occorrenza dei disturbi di personalità in diagnosi di anoressia e bulimia;
4. prevalenza di meccanismi di difesa primitivi dall'analisi qualitativa di un sottogruppo del campione della ricerca.

Prevalenza della comorbilità di disturbi di personalità in pazienti con DA

Pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione sembrano avere una significativa maggior probabilità di presentare

Tabella V. Progressione gerarchica dei 27 meccanismi difensivi lungo i 7 livelli difensivi secondo Perry e loro frequenza nel campione (N = 14).

Livello difensivo	Meccanismi di difesa	Frequenza nel campione		
		N	(%)	
7. Difese mature				**0%**
	affiliazione			
	altruismo			
	anticipazione			
	umorismo			
	auto affermazione			
	auto osservazione			
	sublimazione			
	repressione			
6. Difese ossessive				**10,7%**
	isolamento	2	(3,6)	
	intellettualizzazione			
	annullamento retroattivo	4	(7,1)	
5. Altre difese nevrotiche				**7,1%**
	rimozione	1	(1,8)	
	dissociazione			
	formazione reattiva			
	spostamento	3	(5,4)	
4. Difese narcisistiche				**26,8%**
	onnipotenza	4	(7,1)	
	idealizzazione	5	(8,9)	
	svalutazione	6	(10,7)	
3. Difese di diniego				**23,2%**
	negazione/diniego	6	(10,7)	
	proiezione	2	(3,6)	
	razionalizzazione	5	(8,9)	
2. Difese borderline				**23,2%**
	scissione (imm. ogg.)	3	(5,4)	
	scissione (imm. sé)	6	(10,7)	
	identificazione proiettiva	4	(7,1)	
1. Difese di acting				**8,9%**
	acting out	4	(7,1)	
	aggressione passiva	1	(1,8)	
	ipocondriasi			
Totale		*56*	*(100)*	*100%*

un concomitante disturbo di personalità, rispetto alla popolazione non affetta da disturbi dell'alimentazione. Tale comorbilità è maggiormente rilevante per diagnosi di disturbi del Cluster B, con una predominanza di diagnosi di disturbo borderline di personalità (BPD). Abbiamo visto come questa prevalenza spazi fra il 32,8% e il 46,4% in soggetti diagnosticato rispettivamente con BED e bulimia nervosa, con una media del 42% su di una numerosità complessiva di N = 2529 soggetti. La ricerca ha confermato lo stesso risultato su di un campione di N = 121 soggetti, riscontrando una media di comorbilità del 43%. La dimensione di personalità sembra quindi avere un peso fondamentale su tutte quelle problematiche comportamentali e relazionali alla base delle patologie alimentari e sembra evidente che una valutazione diagnostica adeguata ed un trattamento efficace non possano prescindere dall'analisi e dalla considerazione dei tratti di personalità sottostanti al disturbo alimentare.

Valore prognostico negativo sul trattamento

Questa ricerca ha dimostrato il valore prognostico negativo sul trattamento di una diagnosi di disturbo borderline di personalità per i pazienti con DA del campione. L'impatto negativo di un disturbo di personalità sulla cura è un aspetto sempre più comprovato dalla letteratura clinica ed empirica [18], mentre altri disturbi psichiatrici in comorbilità (ex Asse I del DSM-IV-TR) non sembrano influenzare in modo significativo l'esito del trattamento [19,20]. L'importanza della presente ricerca risiede nell'aver applicato questa analisi ad una situazione di cura dei DA in regime di Day Hospital, evidenziando l'importanza di una diagnosi di personalità in ingresso, che può quindi aiutare a prevedere l'esito della cura, oltre a suggerire di porre attenzione nella gestione di aspetti controtransferali tipici di quel disturbo. Osservando l'evoluzione nella cura in presenza di una comorbilità fra una diagnosi di DA e uno specifico disturbo di personalità, si potrebbe evincere che, essendo che una grandissima parte dei pazienti affetti da DA soffre anche di un disturbo di personalità, questo concetto dovrebbe essere riconsiderato e forse trasformato in una definizione dei DA come qualcosa di strettamente connesso alla patologia della personalità. Ma questa proposta, oltre a essere limitativa, sarebbe anche non necessaria. Ciò che serve è, invece, comprendere come i disturbi di personalità siano fondanti in una diagnosi di disturbo del comportamento alimentare, nella misura in cui una loro diagnosi si rivela indispensabile per "orientare la cura" secondo la struttura psicologica sottostante del paziente, unica e particolare, andando oltre la descrizione sintomatologica della sindrome alimentare. Se spostiamo l'attenzione sul percorso terapeutico che segue quello diagnostico, ci accorgiamo che anche l'esperienza soggettiva del terapeuta appare strettamente legata al livello di funzionamento della personalità del paziente e alla presenza di eventuali disturbi di personalità in comorbilità [21]. Ad esempio, considerando soggetti borderline, le reazioni controtrasferali evocate da questi pazienti possono essere assai intense e negative, con sentimenti di rabbia, disperazione, dolore o distacco, ma anche caratterizzate da un forte desiderio di cura e protezione [22]. Mentre, secondo le ricerche, le reazioni di tipo genitoriale e protettivo, con eccessivo coinvolgimento o sentimenti di tipo positivo, sembrano più frequenti con pazienti con diagnosi di bulimia nervosa, piuttosto che con quelli con diagnosi di anoressia [23]. Pertanto, sarebbe soprattutto il disturbo di personalità di questi pazienti a costituire il fattore predittivo più significativo delle risposte emotive nei clinici [22].

Possibili modelli di comorbilità

Sul versante della patologia alimentare, seguendo il modello proposto da Recalcati [7,8] siamo di fronte ad un'oscillazione che tiene legata anoressia e bulimia, secondo due algoritmi ricorrenti, che possono alternarsi nella vita del soggetto, senza escludere il ritorno dell'uno nell'altro, e che suggeriscono l'opportunità di una diagnosi di "anoressia-bulimia". L'oscillazione all'interno dell'anoressia, della bulimia e nel continuum anoressia-bulimia avviene su due piani distinti, caratterizzati rispettivamente da una predominanza dell'Ideale (es. del corpo magro) sulla Pulsione (I/P) e viceversa (P/I), come illustrato nell'inedita Figura 8. Sul primo piano, dove spesso avviene l'esordio del disturbo alimentare, abbiamo il discorso anoressico, dove l'Ideale domina sul reale della Pulsione, dove l'identificazione al corpo magro rivela il rifiuto tenace della castrazione che anima l'anoressica. In questo piano vi è un "rigonfiamento" dell'ideale narcisistico di Sé, accompagnato da un'esigenza di controllo, di padronanza assoluta del corpo. «Non a caso il tempo evolutivo della pubertà e dell'adolescenza resta il tempo più fertile per l'innesco di questa patologia: nell'adolescenza, infatti, l'elemento della pulsione è avvertito dal soggetto – a causa delle trasformazioni puberali del proprio corpo – come una minaccia, un eccesso ingovernabile che necessita di essere imbavagliato, controllato, contenuto» [7,8]. A questo primo tempo, dove il soggetto vive se stesso come indiviso, compatto, non bisognoso di cura, può alternarsi una fase "depressiva", dove l'irruzione del reale pulsionale sulla scena scompagina la tenuta falsamente identitaria dell'Ideale anoressico-restrittivo: da un funzionamento sul piano I/P si passa ad uno su quello bulimico P/I. La bulimia non è quindi altro che «uno sgretolamento dell'identificazione idealizzata dell'anoressica. Cedimento che infrange lo schermo narcisistico dell'Ideale e rivela l'estraneità interna della pulsione. Cedimento che evidenzia il passaggio dalla domanda d'amore

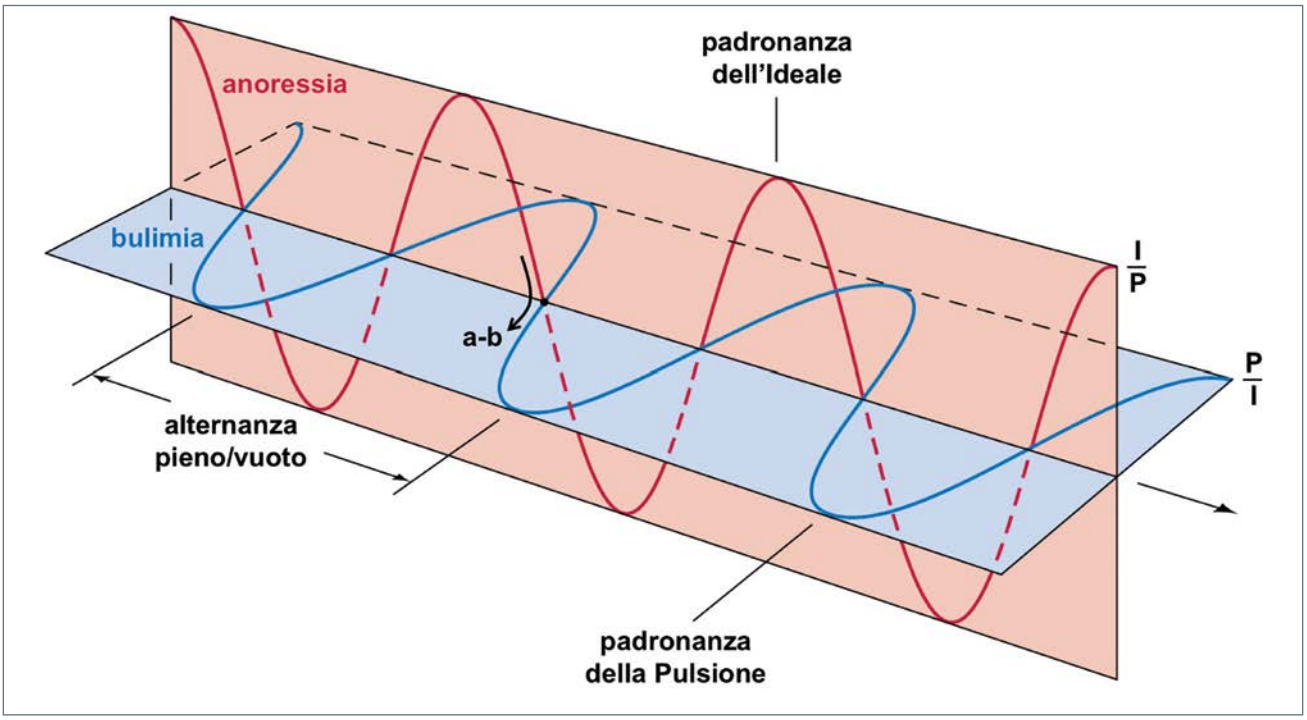


Figura 8. Modello dinamico oscillatorio: prevalenza dell'Ideale e della Pulsione nei due tempi dell'anoressia-bulimia.

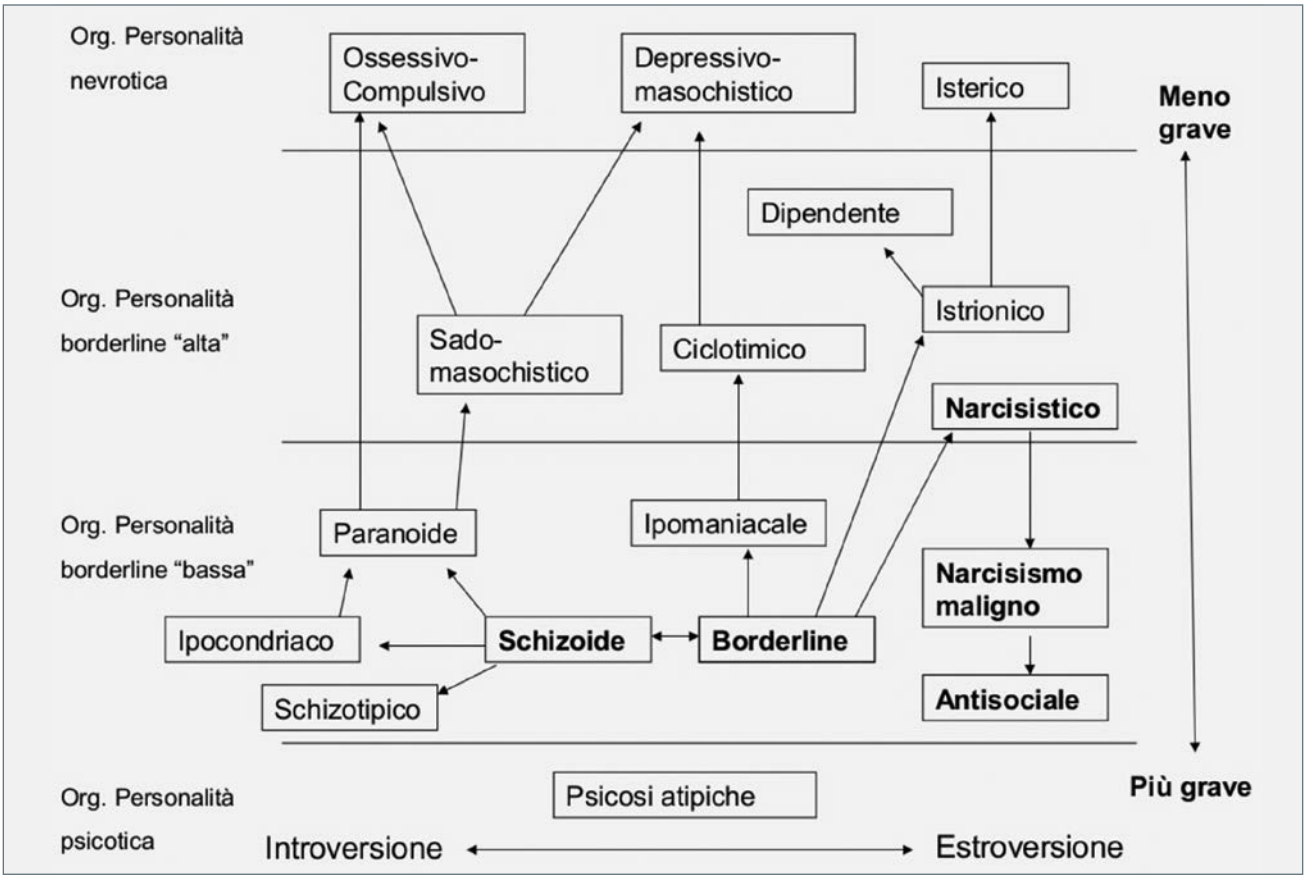


Figura 9. Integrazione di aspetti descrittivi e strutturali nella nosografia dei disturbi di personalità secondo il modello di Kernberg.

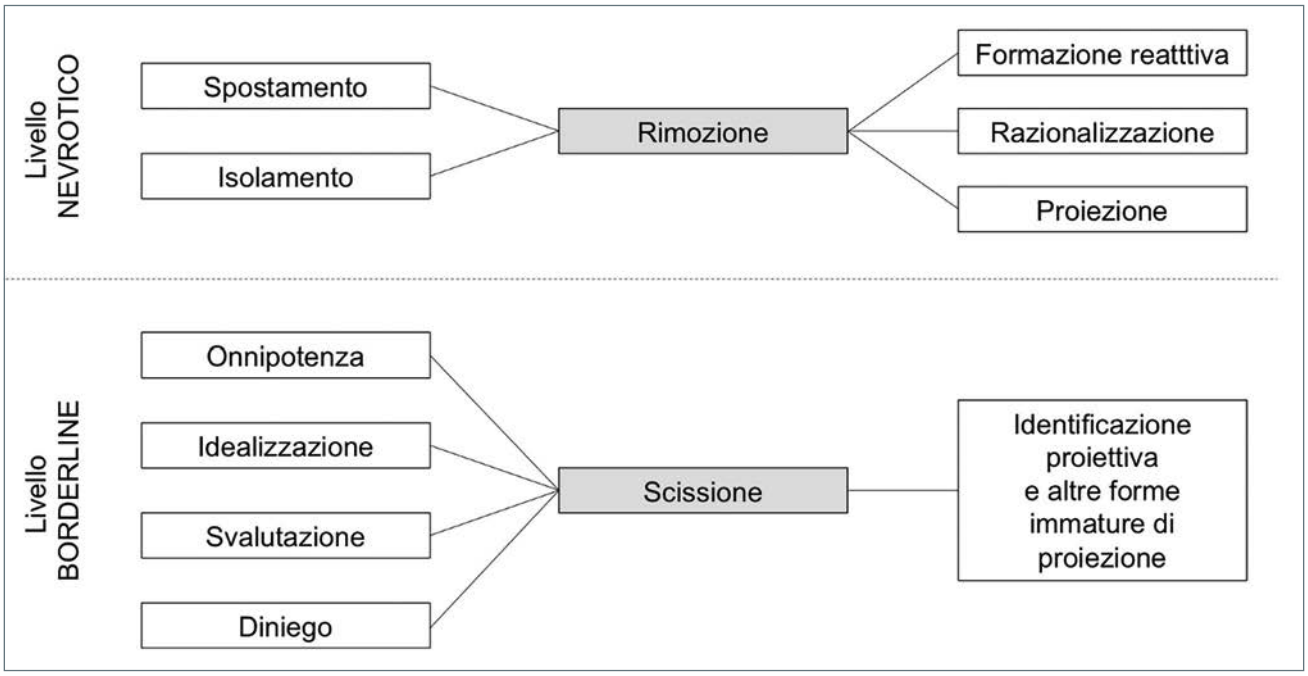


Figura 10. Meccanismi difensivi incentrati rispettivamente sulla Rimozione e sulla Scissione.

dell'anoressica ad un godimento privato del desiderio. Irruzione della pulsione che disarciona la falsa padronanza dell'Ideale» [7,8]. In questa alternanza, la bulimia può essere vista come la scompensazione borderline del soggetto anoressico e, di converso, l'anoressia come una sorta di barricamento, di irrigidimento delle difese borderline perlopiù primitive, di controinvestimento estremo di fronte alla minaccia del carattere sregolato della pulsione e della domanda dell'Altro come possibilità di sopravvivenza del soggetto. La nostra tesi è, quindi, che il disturbo borderline di personalità incida sul perpetuarsi del disturbo alimentare, nel suo movimento oscillatorio, sia nel breve che nel lungo periodo, garantito dai meccanismi di scissione e identificazione e dalla dispersione di identità comune a entrambi i disturbi, così come il sintomo alimentare garantisce, in maniera "patoplastica" in riferimento ai modelli eziologici presenti in letteratura (Fig. 2), il perpetuarsi della caratteristica oscillatoria del disturbo borderline. Nella bulimia, ad esempio, possiamo ritrovarci esattamente in un funzionamento borderline, con una spinta all'agito e una confusione identitaria di fondo, dove il soggetto bulimico, citando il pensiero di Otto Kernberg [24,25], appare assoggettato al caos del surriscaldamento pulsionale e a un senso di vuoto, incapace di contenere i propri impulsi, di vivere relazioni affettive stabili, di avere un senso sufficientemente strutturato della sua identità. In sintesi, le oscillazioni, nell'identità così come negli agiti, del funzionamento borderline sono la cifra del manifestarsi del fenomeno anoressico-bulimico.

Importanza di una diagnosi che coniughi organizzazione e funzionamento

Seguendo il modello di Kernberg [26,27], i meccanismi di difesa rappresentano fenomeni intrapsichici che possono caratterizzare il funzionamento corrispondente a diversi livelli di organizzazione della personalità (Fig. 9). Difese primitive caratterizzano un'organizzazione psicotica o borderline, mentre difese di più alto livello sono una peculiarità di un'organizzazione nevrotica (Fig. 10). In un'organizzazione borderline (BPO) di basso livello assisteremo quindi alla presenza di un maggior numero di meccanismi di difesa primitivi, peculiari anche del livello psicotico, quali scissione, identificazione proiettiva, diniego o *acting out*. Un funzionamento borderline di alto livello, invece, sarà contraddistinto dalla messa in atto di difese di più alto livello, che nella DMRS di Perry vengono annoverate principalmente fra le difese narcisistiche, quali idealizzazione, onnipotenza o svalutazione. I risultati di un'analisi qualitativa dei meccanismi di difesa in un piccolo sottogruppo del campione (N = 14), hanno evidenziato la prevalenza di un utilizzo di difese primitive, di diniego, borderline e di acting, ma anche una prevalenza nell'utilizzo di meccanismi di difesa appartenenti al livello narcisistico. Questo risultato da un lato può confermare la correttezza di una preponderanza nel campione della diagnosi di disturbo borderline di personalità (BPD) e, dall'altro, farci riflettere sul funzionamento delle pazienti, che in generale è tendente ad un livello basso di funzionamento, sempre

all'interno dell'organizzazione borderline di personalità. Nella clinica dei disturbi alimentari, questo studio è un esempio di quanto sia importante non solo individuare le ricorrenze sintomatologiche soddisfacenti i criteri dei manuali diagnostici, con l'intento di descrivere il fenomeno psicopatologico così come ci si presenta, ma anche, e soprattutto, riconoscere quale sia l'organizzazione di personalità che condiziona il funzionamento del soggetto in quel momento. Il problema non è quello di differenziare i comportamenti del soggetto (ad es. anoressia con o senza vomito, bulimia nervosa con pochi o molti episodi compensatori, agiti di carattere borderline o psicotico), bensì quello di ricondurre tali comportamenti a organizzazioni di personalità, a strutture che caratterizzano, anche se non in maniera rigida, il funzionamento del soggetto durante la propria vita. L'analisi dei meccanismi di difesa rappresenta uno strumento formidabile per questo scopo: si può assimilare ad una "radiografia" di come il soggetto funzioni nell'*hic et nunc* e di quali possano essere le strutture sottostanti al suo comportamento. In quest'ottica, una possibile evoluzione di questa ricerca, collegata all'analisi dei meccanismi difensivi, può riguardare uno studio di fattibilità dell'utilizzo del PDM-2 [28] per effettuare le diagnosi dimensionali dei disturbi di personalità lungo l'Asse P.

Bibliografia

1 First MB, Gibbon M, Spitzer RL, et al. Structured clinical interview for DSM IV axis II (SCID-II). Washington: American Psychiatric Press 1997.

2 First MB, Williams JBW, Benjamin LS, et al. Structured Clinical Interview for DSM- 5 Personality Disorders (SCID-5-PD). Washington, DC: American Psychiatric Publishing 2016.

3 Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitude Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa (EAT-40). Psychol Med 1979;9:273-279.

4 Garner DM, Lutz FL. Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3). Professional Manual. Psychological Assessment Resources 2004.

5 Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates 1988.

6 Perry JC. Defense Mechanism Rating Scale. 5th ed. 1990. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina Editore 1994.

7 Recalcati M. Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi. Milano: Franco Angeli 2002.

8 Recalcati M, Zuccardi Merli U. Anoressia, bulimia e obesità. Torino: Bollati Boringhieri 2006.

9 Dolan-Sewell RT, Krueger RF, Shea MT. Co-occurrence with syndrome disorders. In: Livesley WJ, ed. Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment. New York: Guilford Press 2001.

10 Wonderlich SA, Mitchell JE. The role of personality in the onset of eating disorders and treatment implications. Psychiatr Clin North Am 2001;24:249-258.

11 Fessler DM. Pseudoparadoxical impulsivity in restrictive anorexia nervosa: a consequence of the logic of scarcity. Int J Eat Disord 2002;31:376-388.

12 Cassin SE, e von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. Clin Psychol Rev 2005;25:895-916.

13 Lilenfeld, L. R, Wonderlich, S, Riso, et al. Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. Clin Psychol Rev 2006;26:299-320.

14 Sansone RA, Sansone LA. Personality pathology and its influence on eating disorders. Innov Clin Neurosci 2011;8:14-18.

15 Miller AE, Racine SE, Klonsky ED. Symptoms of anorexia nervosa and bulimia nervosa have differential relationships to borderline personality disorder symptoms. Eat Disord 2019;1-14.

16 Wonderlich SA, Crosby D, Engel SG, et al. Personality based Clusters in bulimia nervosa: Differences in clinical variables and ecological momentary assessment. J Pers Disord 2007;21:340-357.

17 Friborg O, Martinussen M, Kaiser S. et al. Personality disorders in eating disorder not otherwise specified and binge eating disorder: a meta-analysis of comorbidity studies. J Nerv Ment Dis 2014;202:119-125.

18 Vall E, Wade TD. Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. Int J Eat Disord 2015;48:946-971.

19 Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR, et al. Predictors of 1-year treatment outcome in bulimia nervosa. Compr Psychiatry 1998;39:206-214.

20 Reas DL, Williamson DA, Martin CK, et al. Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: a long-term follow-up study. Int J Eat Disord 2000;27:428-434.

21 Lingiardi V, Colli A, Muzi L. A clinically useful assessment of patients' (and therapists') mental functioning: M-Axis implications for the therapeutic alliance. Psychoanalytic Psychology 2018;35:306-314.

22 Colli A, Speranza A, Lingiardi V. et al. Eating disorders and therapist emotional responses. J Nerv Ment Dis 2015;203:843-849.

23 Franko DL, Rolfe S. Countertransference in the Treatment of Patients with Eating Disorders. Psychiatry 1996;59:108-116.

24 Kernberg OF. Sindromi marginali e narcisismo patologico. Torino: Boringhieri 1978.

25 Kernberg OF. Teoria delle relazioni oggettuali e clinica psicoanalitica. Torino: Boringhieri 1980.

26 Kernberg OF. Disturbi gravi della personalità. Torino: Bollati Boringhieri 1987.

27 Kernberg OF. "Proiezione e identificazione proiettiva: aspetti evolutivi e clinici". In Proiezione, identificazione, identificazione proiettiva. Torino: Bollati Boringhieri 1988, pp. 119-143.

28 Lingiardi V, McWilliams, N. PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico, 2° ed. Milano: Raffaello Cortina Editore 2018.

Caso clinico

Assistenza medica, psicologica e nutrizionale online rivolta a pazienti con disturbi alimentari e ai loro genitori durante il lockdown causato dal COVID-19 dal 9 marzo al 4 maggio 2020

Online medical, psychological and nutritional assistance for patients with eating disorders and their parents during the lockdown caused by COVID-19 from March 9th to May 4th, 2020

A cura del a cura del Centro per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione in Età Evolutiva, UO Neuropsichiatria dell'Età Pediatrica IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna - Azienda Ospedaliero-Universitaria Bologna
F. Rossi[1], M. Santini[2], B. Valeriani[2], E. Lancianese[2], A. Pognani[2], L. Guerra[2], S.Ferri[2], G .Pizzo3[2], G. Trio[2], A. Dalena[3], G. Farneti[3], J. Benassi[3], G. Giannini[4], K. Marzaduri[3], F. Morchio[3], E. Franzoni[2-3], A. Parmeggiani[1,3], D.M. Cordelli[1,3]

[1] Unità Operativa di Bologna IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche - Policlinico S. Orsola, Università degli Studi di Bologna; [2] Associazione FaNeP (Famiglie Neurologia Pediatrica); [3] Dipartimento Ospedale della Donna e del Bambino e Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Università di Bologna; [4] Associazione Volo oltre ODV

Riassunto

La pandemia COVID-19 ha gravemente colpito l'Italia nei primi mesi del 2020, costringendo il governo a predisporre un lockdown generale in tutto il paese. La condizione di quarantena forzata, già sperimentata in Cina, ha portato un peggioramento dei sintomi in soggetti già affetti da psicopatologia, compresi i Disturbi del Comportamento Alimentare. Per evitare questo, dopo la chiusura del Servizio, il Day Hospital del Centro Regionale sui Disturbi Alimentari dell'UO di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna ha attivato un programma di trattamento online rivolto a cinque pazienti adolescenti e ai loro genitori. Gli incontri sono stati condotti dalla Psicoterapeuta, dalla Neuropsichiatra Infantile, dalla Dietista e dalla Psicoterapeuta della famiglia. Durante il lockdown sono stati somministrati dei test alle pazienti, confrontati con quelli in entrata, per osservare se i sintomi relativi al disturbo alimentare e alla psicopatologia generale si fossero modificati. Inoltre sono stati somministrati altri test sia alle pazienti sia ai genitori con l'obiettivo di indagare le dinamiche instaurate durante la quarantena, che misuravano il benessere psicologico e il funzionamento generale. L'osservazione ha permesso di individuare cinque fasi psicologiche che hanno affrontato le pazienti, legate alla sintomatologia alimentare, alle dinamiche familiari e all'adattamento alla pandemia. I test non hanno riportato cambiamenti significativi nella psicopatologia delle pazienti, mentre confrontando i risultati dei test somministrati anche ai genitori si evince un'influenza fra madre e figlia, con andamenti spesso sovrapponibili relativamente ai quadri sintomatici. Il trattamento online è stato efficacie e soddisfacente sia per le pazienti sia per i genitori e all'interno delle famiglie si sonosviluppati maggiori momenti di comunicazione, ascolto, coinvolgimento reciproco nella vita dei familiari pur mantenendo gli spazi personali.

Parole chiave: disturbi dell'alimentazione, Covid-19, trattamento online, quarantena, genitori

Summary

The COVID-19 pandemic severely hit Italy in early 2020, forcing the government to arrange a general lockdown across the country. The condition of forced quarantine, already experienced in China, has led to a worsening of symptoms in subjects already suffering from psychopathology, including Eating Disorders. To avoid this, after the closure of the Service, the Day Hospital of the Regional Center on Eating Disorders of the UO of Child Neuropsychiatry of the Azienda Policlinico S. Orsola-Malpighi of Bologna has activated an online treatment program aimed at five adolescent patients and their parents. The meetings were conducted by the Psychotherapist, the Child Neuropsychiatrist, the Dietitian and the Family Psychotherapist. During the lockdown, tests were administered to the patients, compared with test administered in the entry, to see if the

CORRISPONDENZA
Francesca Rossi, via Spartaco 17, 40138 Bologna - Tel. 051 2144579 - Email: francesca_rossi@aosp.bo.it

symptoms related to the eating disorder and general psychopathology had changed. In addition, other tests were administered to both patients and parents with the aim of investigating the dynamics established during quarantine, which measured psychological well-being and general functioning. The observation made it possible to identify five psychological phases that the patients faced, related to eating symptoms, family dynamics and adaptation to the pandemic. The tests did not show significant changes in the psychopathology of the patients, while comparing the results of the tests also administered to the parents, an influence between mother and daughter can be seen, with often overlapping trends in relation to symptoms. The online treatment was effective and satisfactory for both patients and parents, and within the families greater moments of communication, listening and mutual involvement in the life of family members developed while maintaining personal spaces.

Key words: eating disorders, Covid-19, online treatment, lockdown, parents

INTRODUZIONE

Nella prima parte dell'anno 2020, l'Italia è stata duramente colpita dal virus Covid-19, al punto che, per evitare un propagarsi dei contagi e impedire il collasso del Sistema Sanitario Nazionale, il governo ha predisposto un lockdown generale dal 9 marzo al 4 maggio. Dagli studi effettuati in Cina, colpita dalla pandemia mesi prima, è emerso che il clima generale di paura, unito alle conseguenze economiche e all'isolamento provocato dalla quarantena hanno avuto degli effetti negativi sulla salute mentale delle persone, favorendo lo sviluppo di ansia e depressione [1]. Inoltre, le persone già affette da disturbi mentali hanno riscontrato un peggioramento della sintomatologia [2].

Quest'articolo intende riportare un'esperienza di assistenza psicologica e clinica online, rivolta a pazienti del Servizio di Day Hospital del Centro Regionale sui Disturbi Alimentari dell'UO di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna. L'assistenza è stata svolta durante il lockdown, a causa della chiusura del Centro. Il trattamento online [3] si è reso necessario per evitare l'aggravamento dei sintomi connessi al disturbo alimentare [4], come l'aumento dell'esercizio fisico compulsivo, della restrizione, delle abbuffate o dei comportamenti di compenso, a causa dello stress, dell'isolamento sociale, alla sovraesposizione dei social media o al riavvicinamento alla famiglia, oppure al peggioramento dei sintomi degli eventuali disturbi in comorbilità [5].

METODI

L'équipe del Day Hospital ha strutturato un Piano di Emergenza rivolto alle cinque pazienti, di età compresa fra i 17 e i 21 anni residenti in Emilia-Romagna, che stavano effettuando un trattamento da circa due mesi presso il servizio, e ai loro genitori. Due di loro erano affette da Bulimia Nervosa, una da *Binge Eating Disorder* e due da Anoressia Nervosa. I colloqui, prestabiliti, sono stati effettuati attraverso piattaforme di video-comunicazione. Tre volte alla settimana era previsto il colloquio con la psicoterapeuta, dando disponibilità anche in altri momenti in base alla necessità; una volta alla settimana rispettivamentecon la Neuropsichiatra, la Dietista e la Psicoterapeuta delle famiglie, con i genitori. Al termine della settimanaeranoinviati i report al resto dell'équipe.

Sono stati raccolti dei dati qualitativi sui vissuti psicologici, che hanno permesso di individuare cinque fasi psicologiche nei diversi momenti della quarantena. Sono stati inoltre somministrati dei test all'ingresso del trattamento e durante il lockdown, per osservare eventuali cambiamenti: *Eating Attitude Test-40* (EAT-40) [6] ed *Eating Disorder Inventory 3* (EDI-3) [7] per valutare la sintomatologia alimentare; *Body Uneasiness Test* (BUT) [8] per valutare l'immagine corporea; *Symptom Checklist-90 R* (SCL-90R) [9] per valutare la sintomatologia psicologica generale e il *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) [10] per valutare i sintomi depressivi. Per valutare invece altri sintomi emersi durante la quarantena sono stati somministrati lo *State-Train Anxiety Inventory form Y* (STAI-Y) [11] per misurare l'ansia, il *Maudsley Obsessive Compulsive Inventory* (MOCI) [12] per misurare i sintomi ossessivo-compulsivi, il *Psychological Well-Being Scales* (PWB) [13] per valutare il benessere psicologico e l'*Outcome Questionnaire* (OQ-45) [14] per valutare gli aspetti psicologici generali. Gli ultimi due test sono stati somministrati anche ai genitori, per fare un confronto sulle dinamiche familiari emerse durante la convivenza forzata. La somministrazione non è stata effettuata ai genitori di una paziente, perché era ospitata presso una comunità per minori. È stato fatto un confronto dei risultati fra i risultati dei test in entrata e quelli somministrati durante il lockdown tramite il T-test per campioni appaiati ($p < 0,050$).

LE CINQUE FASI PSICOLOGICHE DURANTE LA QUARANTENA

1ª Fase: stato di allarme, angoscia e restrizione alimentare (mese di marzo)

La prima fase è stata caratterizzata da uno stato diallarme, in cui si era riattivato il sintomo alimentare restrittivo. Le pazienti seguite, infatti, manifestavano vissuti di angoscia legati alla paura di "prendere peso" poiché costrette

a rimanere in casa, senza il sopporto del servizio. Di conseguenza, alcune di esse avevano attivatoun comportamento alimentare restrittivo per paura di lasciarsi andare alle abbuffate per poi vomitare. Gli interventi messi in atto hanno avuto l'obiettivo di rassicurare le pazienti, stimolandole a completare i pasti e mettendole a conoscenza del corretto bilanciamento calorico della dieta.
Le pazienti hanno sviluppato un buon tono dell'umore dovuto all'esser riuscite a crearsi un proprio spazio in casa.Sono state invitate dalla psicoterapeuta a realizzare un video tramite il quale raccontare la propria esperienza sui DCA; questo sembra aver avuto un impatto positivo su di loro. Hanno continuato a seguire le lezioni didattiche online e a fare esercizi fisici in casa.Una paziente è stata ricoverata presso il reparto della NPIA, a causa dell'aggravamento della psicopatologia alimentare e depressiva.

2ª Fase: presa di coscienza della situazione, scoperta dei legami familiari e l'attivazione degli interessi (prime due settimane di aprile)

Questo periodo è stato caratterizzato da un riavvicinamento tra le ragazze e i loro familiari, nonché da un adattamento nella quarantena: ovviamente le pazienti più introverse hanno avuto meno difficoltà. Gradualmente hanno iniziato a trascorrere più tempo con la famiglia, tentando di creare nuovi spazi sia fisici sia mentali e/o mantenendo equilibri coi membri.
Le pazienti hanno manifestato il desiderio di svolgere e condividere con i genitori i loro interessi: alcune coppie genitoriali, difatti, si sono riavvicinate alla figlia, ma non tra di loro, creando comunque un buon clima familiare e rendendosi conto dell'effetto positivo della quarantena sulla patologia della figlia. L'intervento della psicoterapeuta familiare sulle coppie genitoriali è stato fondamentale, perché ha permesso ai membri della famiglia di costruire un maggior dialogo, complicità e serenità. Dal punto di vista alimentare, le pazientihanno cercato di seguire le indicazioni della dietista, sbloccando alcune situazioni.

3ª Fase: tristezza, stanchezza, apatia, disturbi del sonno, mancanza di equilibrio sul cibo, perdita degli interessi (ultime due settimane di aprile)

Subito dopo Pasqua le pazienti hanno iniziato a manifestare una certa stanchezza e abbattimento. Si aspettavanoun cambiamentoriguardo alle possibili riattivazioni di servizi e attività produttive: non essendo stato così hanno esperito un maggior grado di frustrazione e tristezza, come i genitori.
Alcune hanno sentito il bisogno di restringere l'alimentazione a causa dell'angoscia depressiva. Sono emersi: impulso ad abbuffarsi, stato di ansia, apatia, stanchezza, tristezza, principalmente a causa della mancanza degli affetti amicali e sentimentali,angosce legate allo studio e al futuro.

4ª Fase: nervosismo, stress, alternanza tra abbuffate e restrizione (fine aprile)

Le pazienti hanno iniziato a mostrare sempre più irrequietezza, nervosismo, esprimendo il desiderio di uscire e frequentare gli amici. In questa fase particolarmente critica, la psicologa ha consigliato di intensificare le videochiamate e di scrivere le proprie sensazioni: questo ha migliorato la sintomatologiain alcune ragazze, mentre altre hanno avuto qualche ricadutaalimentare e/o messo in atto l'esercizio fisico compulsivo. Alla fine di quest'ultimo periodo, si è evidenziato un generale miglioramento del tono dell'umore, le pazienti sono state soddisfatte di come abbiano affrontato le difficoltà legate all'isolamento avendo un miglior senso di autoefficacia, alla distanza dagli affetti e, soprattutto, alla paura che terminata la quarantena, tutto potesse tornare come prima.

5ª Fase: la ripresa del servizio e fine della quarantena (inizio maggio)

L'ultima fase si è conclusa il 4 maggio con la riapertura parziale del servizio: le pazienti si sono ripresentate manifestando un grande bisogno di ritornare alla normalità e alla presa in carico completa. Alcuni genitori hanno mantenuto i miglioramenti relazionali sviluppati con le figlie. Altri, invece, hanno ripreso distanza emotiva, facendo esplodere di nuovo tensioni e conflitti. Le pazienti hanno riportato di essersi sentite aiutate, sostenute e mai sole grazie all'assistenza online e hanno trascritto le seguenti osservazioni sull'epidemia Covid-19 e sul significato che ha avuto per loro.
"*Penso a mio padre che alzava le mani su di me e sulla mia famiglia perché da bambino è rimasto solo; si è dato all'alcool. Mia madreè una donna che ha sempre voluto la famiglia e che ha fatto sì che rimanessimo in una situazione negativa. Covid è stato uno stop. Ora che abbiamo ripreso non provo nulla*". S.
"*All'inizio l'ho vissuto come una cosa a cui aggrapparmi, per isolarmi. Ero finalmente legittimata alla solitudine. L'angoscia che ho provato è stata di perdere il controllo sul cibo. Posso dire di essere stata bene, in casa le relazioni sono migliorate e il rapporto col cibo non è stato disastroso. La cosa che mi pesa ora, è non poter stare con i miei amici*". V.
"*Ho trovato i miei spazi, la mia routine ed ero maggiormente in contatto con me stessa. I miei genitori si sono avvicinati a me, ma non tra di loro:ora ho paura che accada qualcosa; penso che tra i miei le cose non vadano bene per nulla*". C.
"*Adesso ho voglia di divertirmi, di tornare alla vita e alla normalità. È stato un periodo difficile ma sono orgogliosa di essere riuscita a superarlo: l'ultima crisi con il cibo mi è servita per dare un giro di volta*". M.

OSSERVAZIONI SULL'ASSISTENZA PSICOLOGICARIVOLTA ALLE FAMIGLIE

La psicoterapeuta delle famiglie ha riscontrato una grande partecipazione e motivazione durante i colloqui telefonici, anche per quanto riguarda i genitori che in passato presentavano resistenze o difficoltà a presentarsi ai colloqui di sostegno. L'essere inseriti nell'ambiente famigliare ha favorito l'apertura, rendendoli più disinvolti nell'esprimere emozioni e contenuti, mantenendo empatia e soddisfazione. I limiti che si sono presentati, invece, sono stati legati alla mancanza di osservazione dei piani non verbali della comunicazione, soprattutto nell'interazione tra i coniugi.
Il supporto familiare svolto online può diventare utile, soprattutto per chi abita lontano o per chiavrebbe difficoltà a presentarsi con regolarità alle sedute.

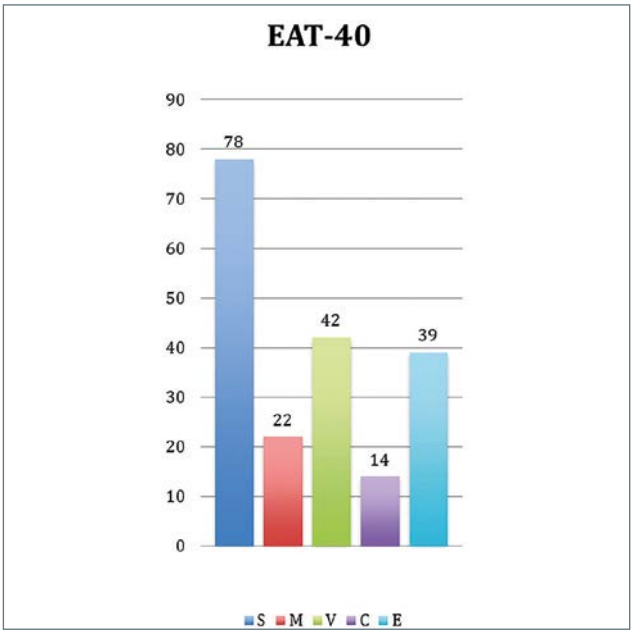


Figura 1. Punteggi EAT-40 somministrato durante il lockdown.

RISULTATI DEI TEST

Risultati dei test delle pazienti

Il T-test non ha mostrato differenze significative fra i risultati dei test somministrati in entrata e quelli somministrati durante il lockdown, probabilmente a causa dell'esiguo numero del campione. I risultati mostrano un profilo sintomatologico circa uguale, con delle piccole variazioni di miglioramento o peggioramento di singole aree sintomatologiche nelle pazienti diverse.
Nello specifico, sono riportati i risultati dei test somministrati durante il lockdown con un'analisi di ogni paziente (Figg. 1-7). Nella valutazione di S. emergono dei valori sopra al cut-off relativi ai sintomi alimentari, sia una compromissione dell'immagine corporea. Dal punto di vista della psicopatologia generale, presenta livelli elevati di ansia fobica.S. presenta alti punteggi relativi agli aspetti

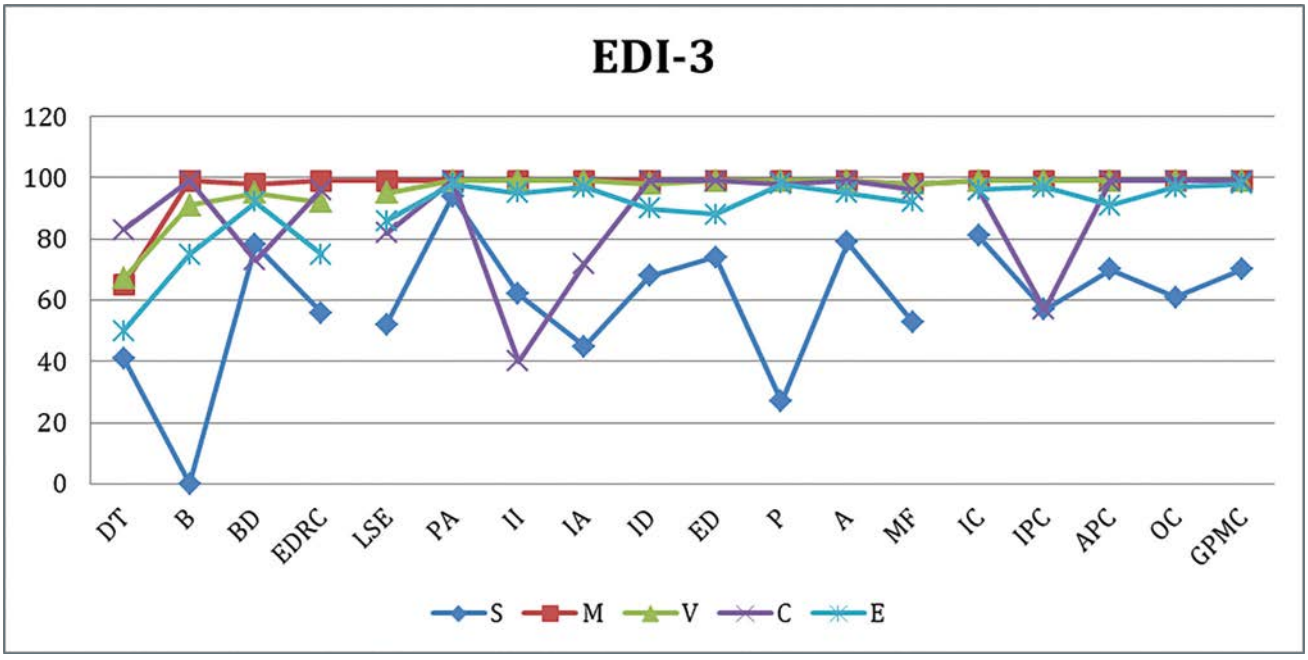


Figura 2. Punteggi EDI-3 somministrato durante il lockdown.

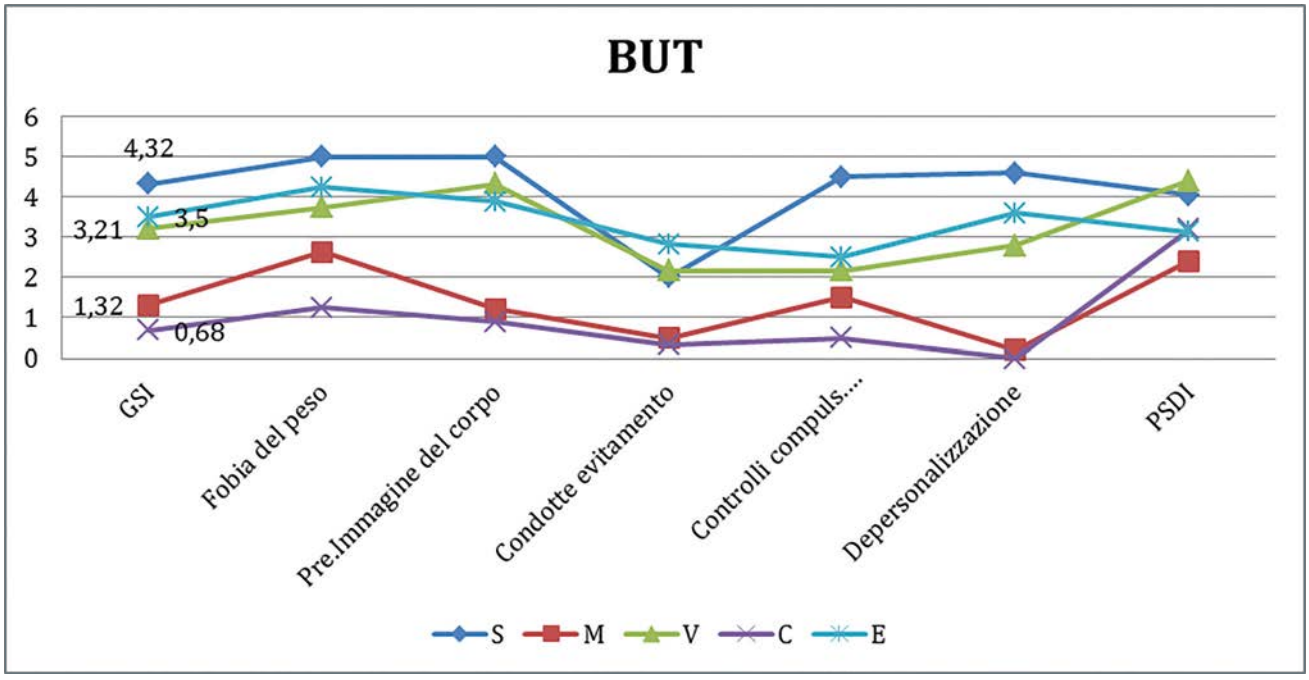


Figura 3. Punteggi BUT somministrato durante il lockdown.

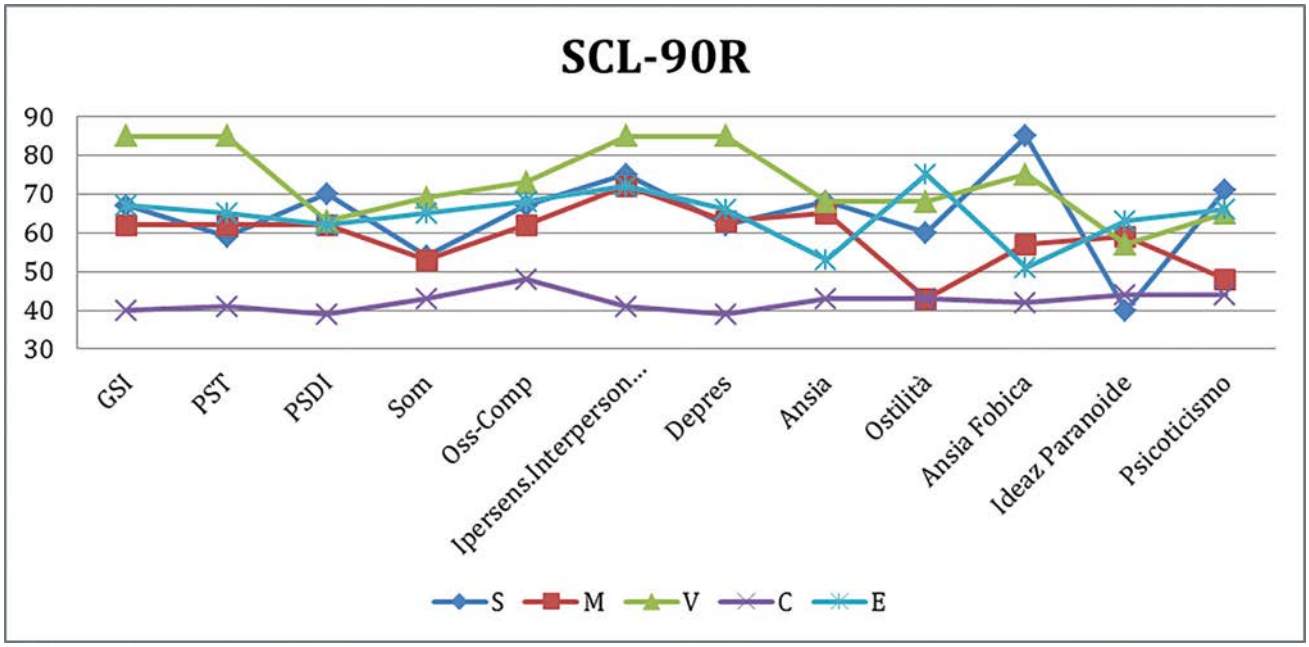


Figura 4. Punteggi SCL-90R somministrato durante il lockdown.

ossessivo-compulsivi, soprattutto nelle scale riguardanti la Lentezza e il Dubbio. I sintomi depressivi sono lievi.
M. presenta una lieve compromissione dell'immagine corporea e di altri aspetti alimentari come le abbuffate. Non presenta sintomi depressivi e ossessivo-compulsivi. ma l'ansia è elevata. È presente una compromissione dell'Ipersensibilità interpersonale.
V.mostra una severa compromissione nei sintomi correlati al disturbo alimentare e all'immagine corporea. Emergono sintomi depressivi gravi, in linea con la scala Depressione e Ipersensibilità Interpersonale. Riguardo agli aspetti ossessivo-compulsivi, V. ha valori elevati nella scala di Lentezza.
La maggior parte dei risultati dei test di C. ènella norma,

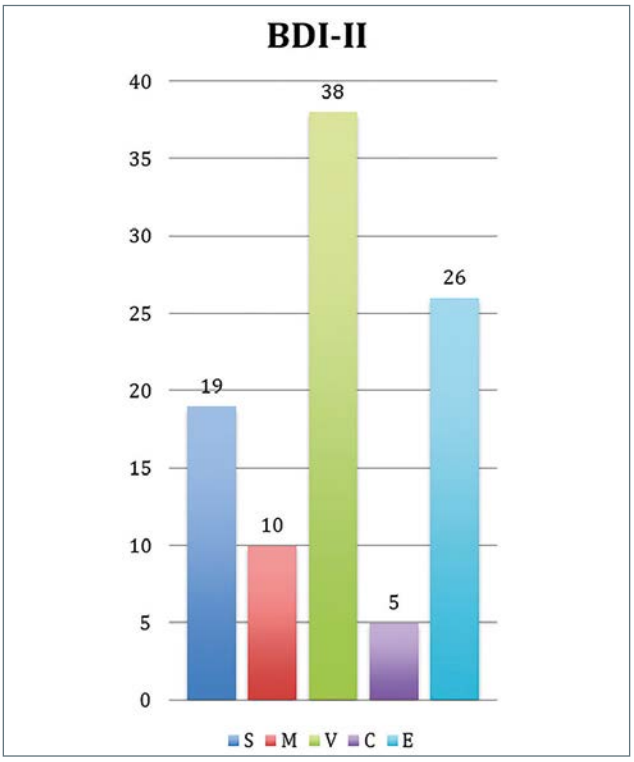


Figura 5. Punteggi BID-II somministrato durante il lockdown.

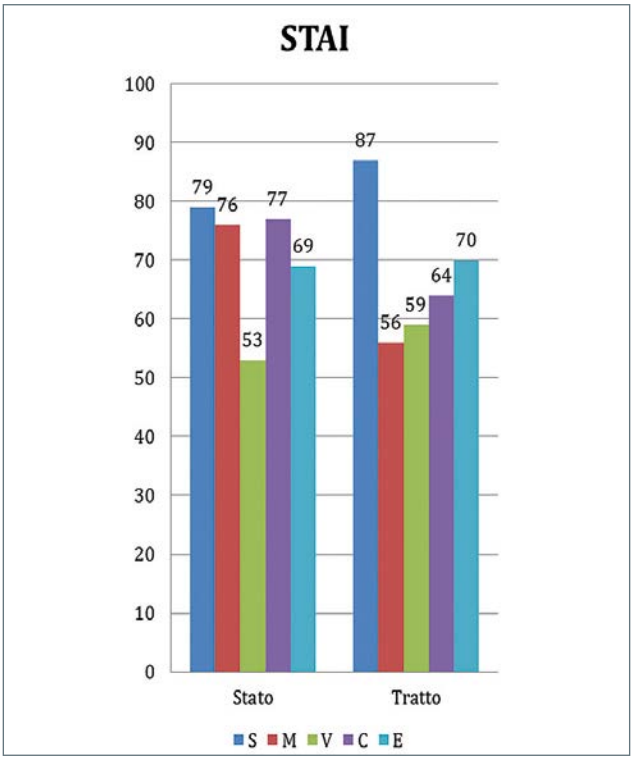


Figura 6. Punteggi STAI somministrato durante il lockdown.

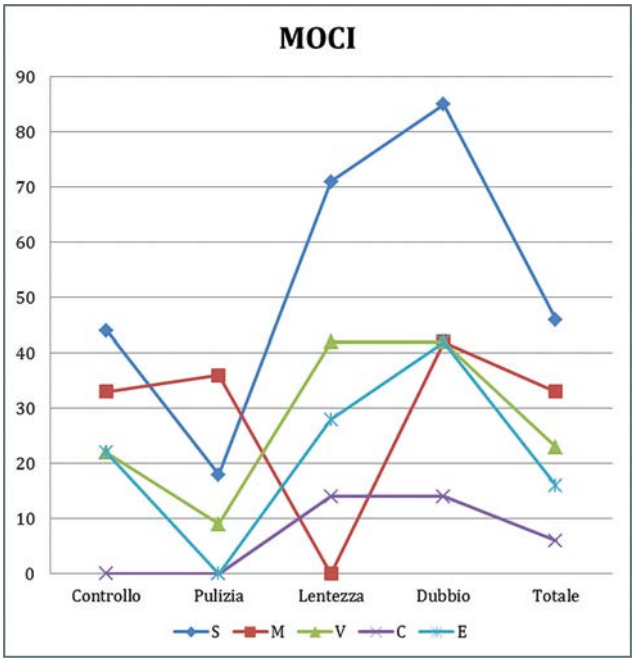


Figura 7. Punteggi MOCI somministrato durante il lockdown.

ad eccezione delle scale Perfezionismo, Alienazione personale, Disregolazione emotiva, Deficit introcettivi e Alienazione interpersonale del test EDI-3 e Ansia.
Infine i risultati dei test diE.mostrano valori elevati in tutte le scale riguardanti gli aspetti alimentari e la percezione della propria immagine corporea. E. presenta, inoltre, valori molto elevati sul versante depressivo e ansioso. I punteggi della sintomatologia generalerilevano valori moderati o elevati specialmente nell'Ipersensibilità interpersonale e Ostilità.

Risultati dei test dei genitori

I risultati dell'OQ-45 dei genitori mostrano per la maggior parte dei soggetti punteggi sotto-soglia, ad eccezione di quelli delle madri di due pazienti (M. e V.). Entrambe evidenziano elevati valori patologici in tutte le scale dell'OQ-45. Il PWB denota un generale basso grado di benessere di tutti i genitori, con valori spiccatamente negativi in relazione alle scale di Padronanza dell'ambiente, Crescita personale e Scopo nella vita.

Risultati comparati per nucleo familiare

Confrontando i risultati dei test PWB e OQ-45 di genitori e figli si possono notare interessanti correlazioni fra i quadri sintomatici e i livelli di benessere individuale presenti in ciascun nucleo familiare.
M. mostra un maggior livello di benessere generale rispetto a entrambi i genitori, sebbene il suo quadro sintomatico sia più critico in tutte le scale dell'OQ-45. Il quadro è sovrapponibile nelle scale delle relazioni interpersonali,

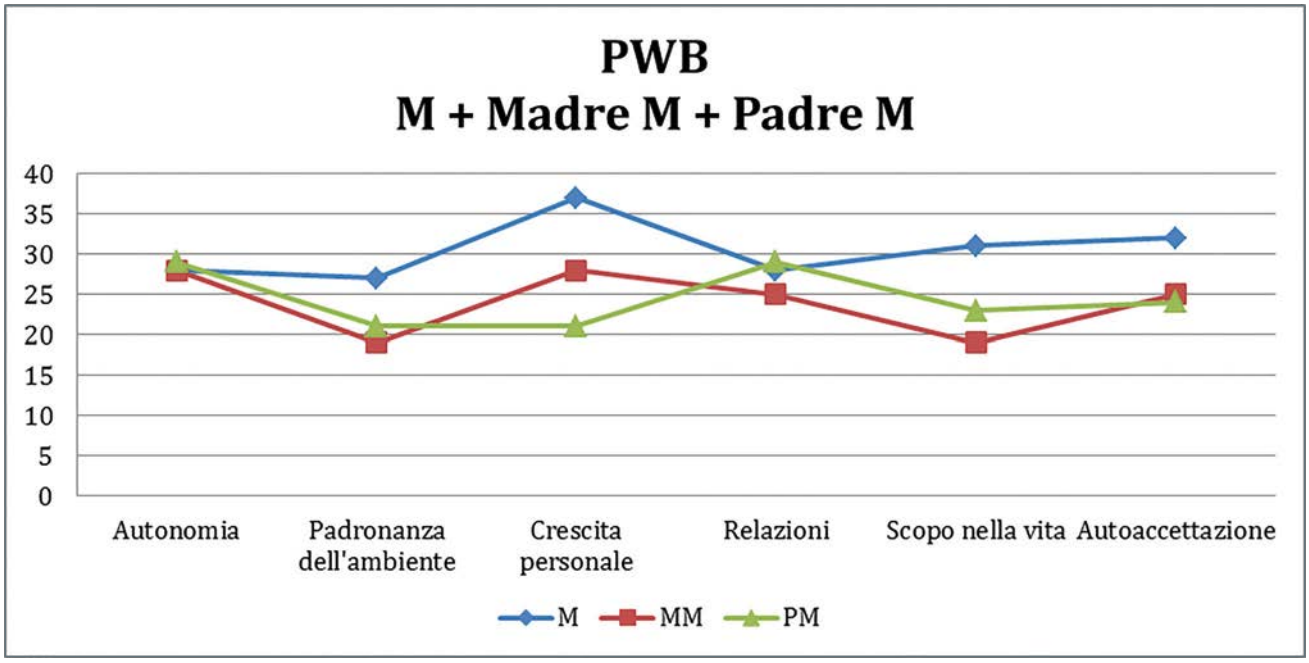


Figura 8. Risultati PWB M. e genitori, somministrato durante il lockdown.

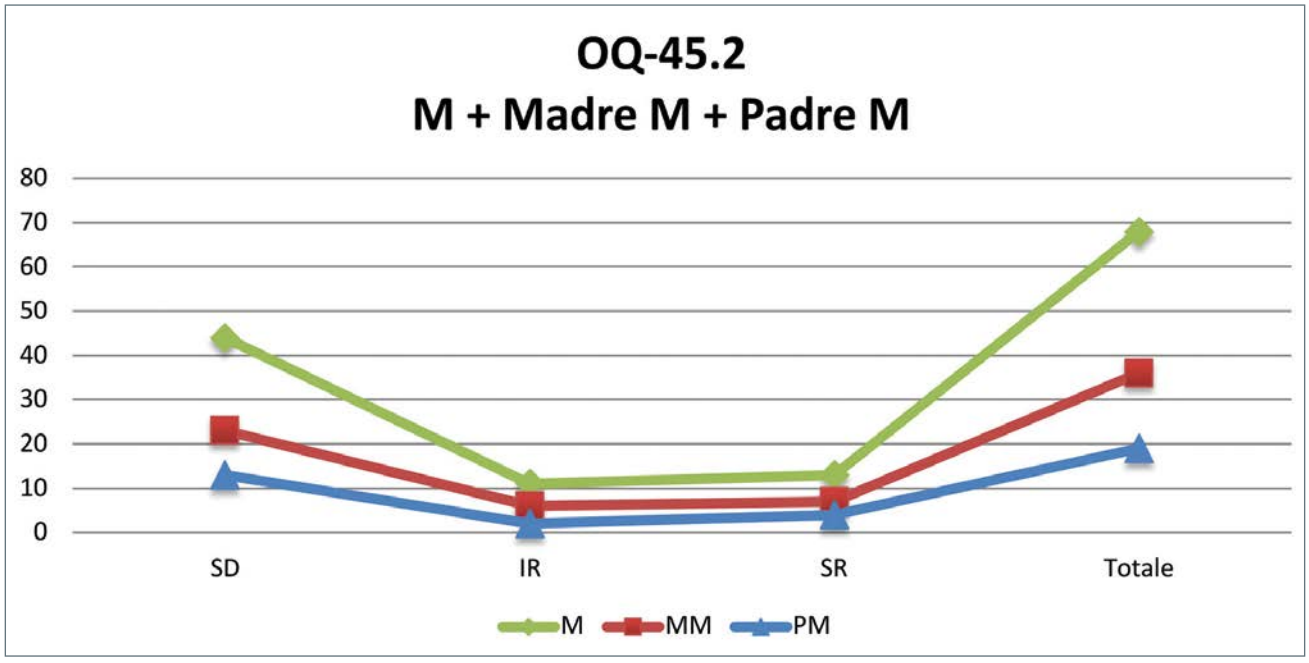


Figura 9. Risultati OQ-45 M. e genitori, somministrato durante il lockdown.

ruolo sociale e il benessere generale i genitori (Figg. 8, 9). V. mostra un benessere individuale più basso di entrambi i genitori, ad eccezione della scala Autoaccettazione. I punteggi del benessere del padre sono nella maggioranza più alte rispetto a quelle degli altri membri del nucleo familiare, soprattutto la scala Autonomia. È interessante notare la sovrapposizione fra i quadri sintomatici in tutte le scale dell'OQ-45 fra V. e la madre (Figg. 10, 11).

Nel nucleo familiare di C. si nota un benessere individuale maggiore della madre su tutte le scale, mentre

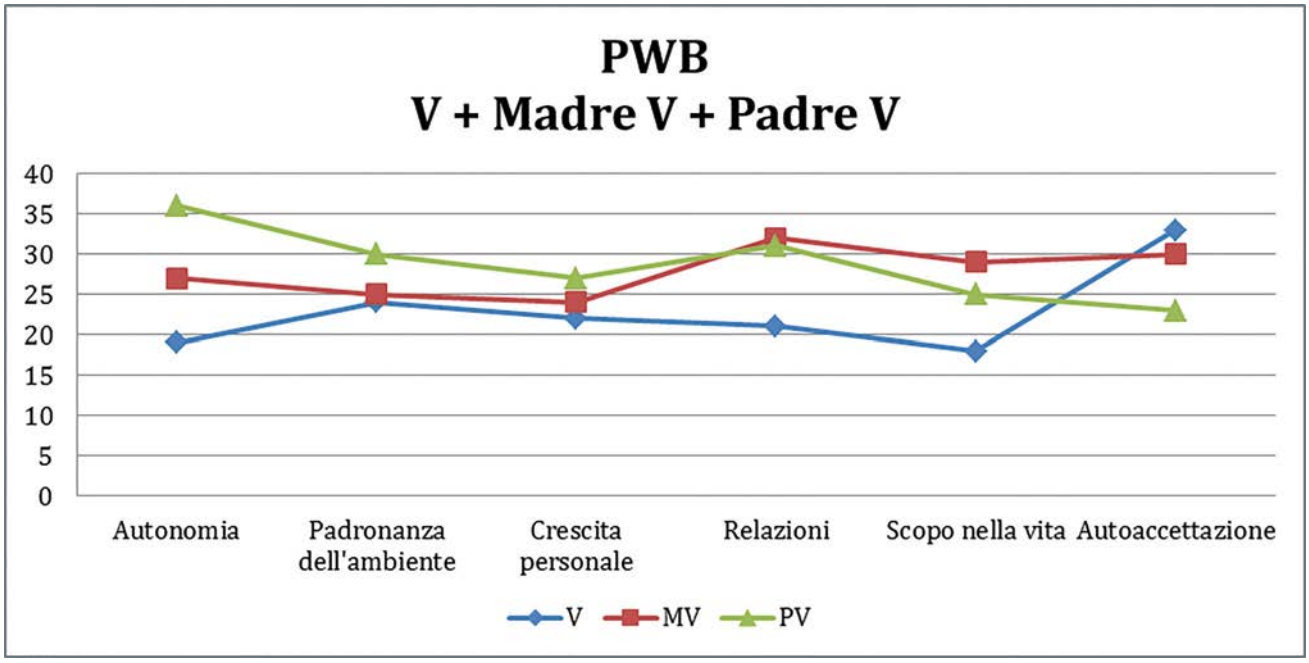


Figura 10. Risultati PWB V. e genitori, somministrato durante il lockdown.

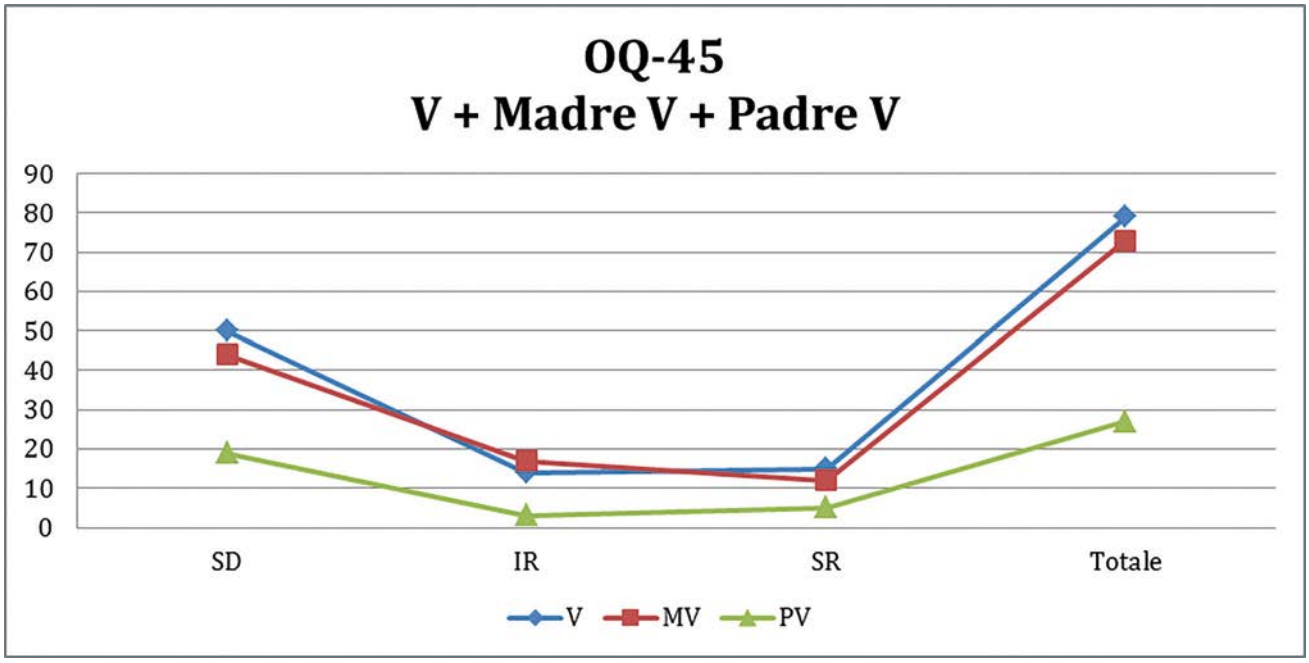


Figura 11. Risultati OQ-45 V. e genitori, somministrato durante il lockdown.

si osserva come il livello di benessere del padre e della figlia seguono la stessa tendenza negativa. La figlia ha un quadro sintomatologico e di relazioni interpersonali migliore rispetto a entrambi i genitori, che invece presentano punteggi del tutto sovrapponibili solo nel valore relativo al Ruolo sociale (Figg. 12, 13).

E. mostra risultati più bassi di entrambi i genitori riguardo il livello di benessere individuale e più alti a livello sintomatologico e relazionale. I risultati di E. nelle scale Stress sintomatologico, Relazioni interpersonali e Ruolo Sociale sono molto simili a quelli della madre (Figg. 14, 15).

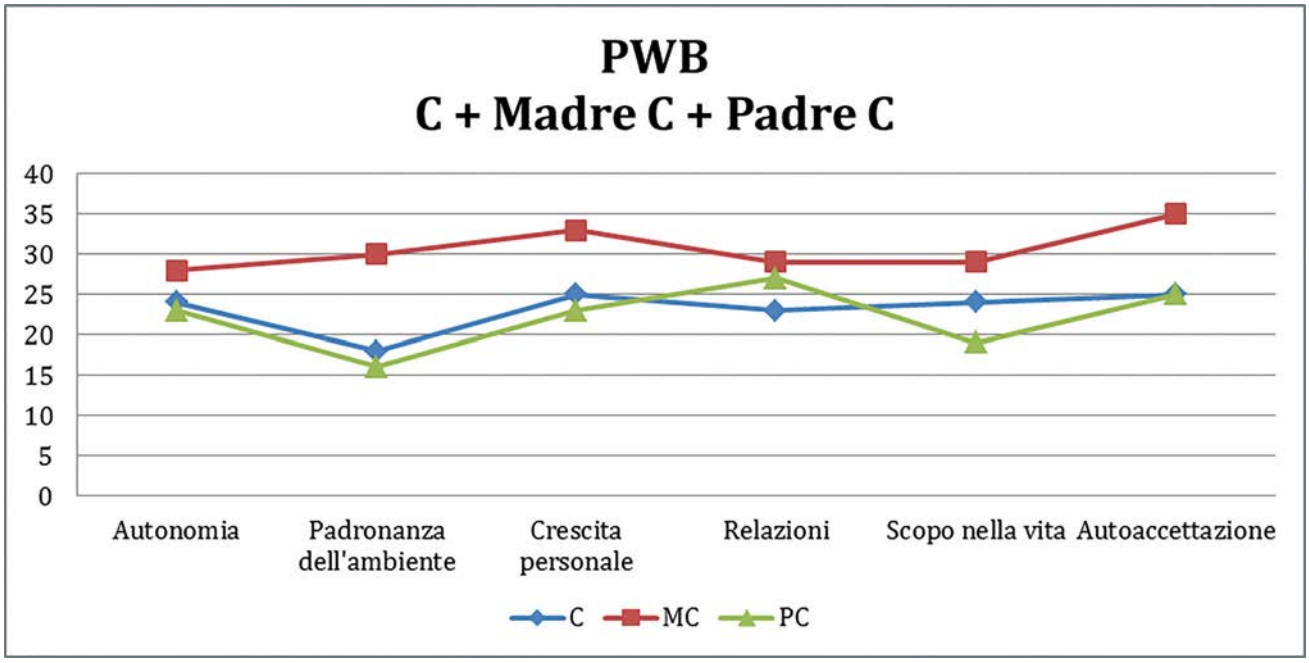


Figura 12. Risultati PWB C. e genitori, somministrato durante il lockdown.

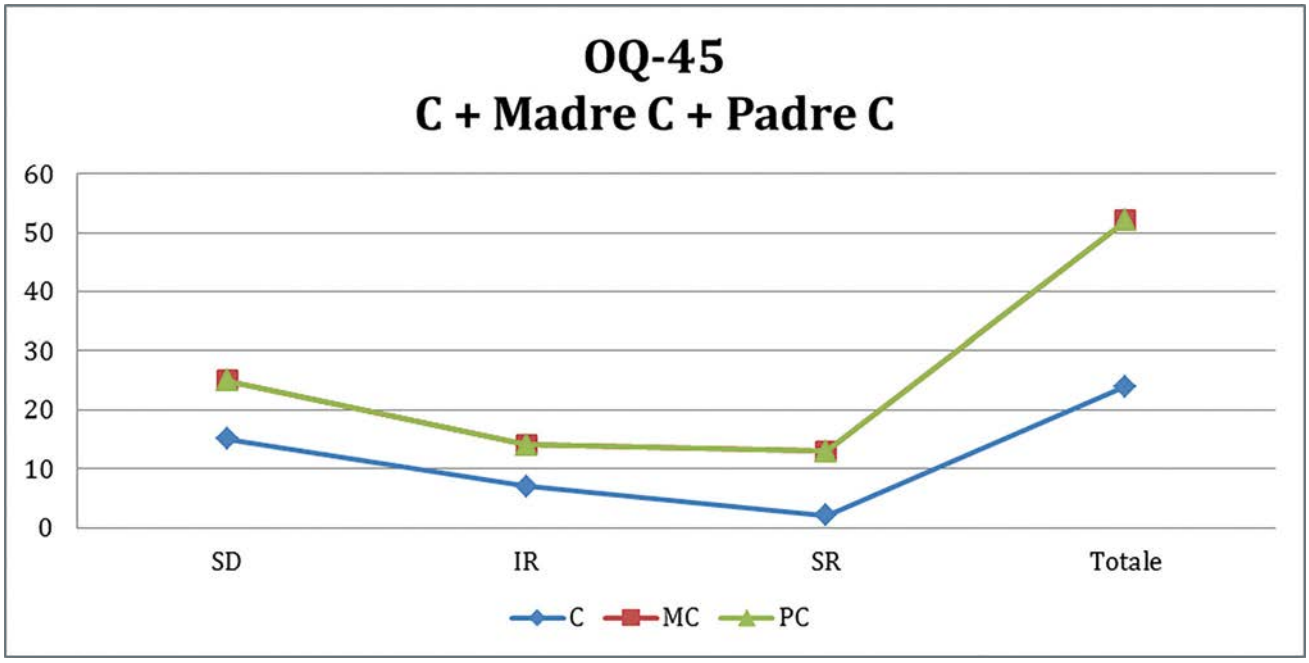


Figura 13. Risultati OQ-45 C. e genitori, somministrato durante il lockdown.

Dal confronto complessivo dei risultati delle pazienti con i propri genitori nel test OQ-45, si evince un'influenza fra madre e figlia, con andamenti spesso sovrapponibili relativamente ai quadri sintomatici e alle relazioni interpersonali. Infine, secondo i risultati del test PWB, il benessere generale della maggior parte delle pazienti è inferiore a quello dei genitori.

CONCLUSIONI

Alla luce di quest'esperienza, possiamo dire che il trattamento online può essere utile per gestire momenti di emergenzao per alcune tipologie di pazienti, ad esempio quelli che vivono distanti dal servizio.
Le pazienti seguite durante il lockdown, hanno risposto in

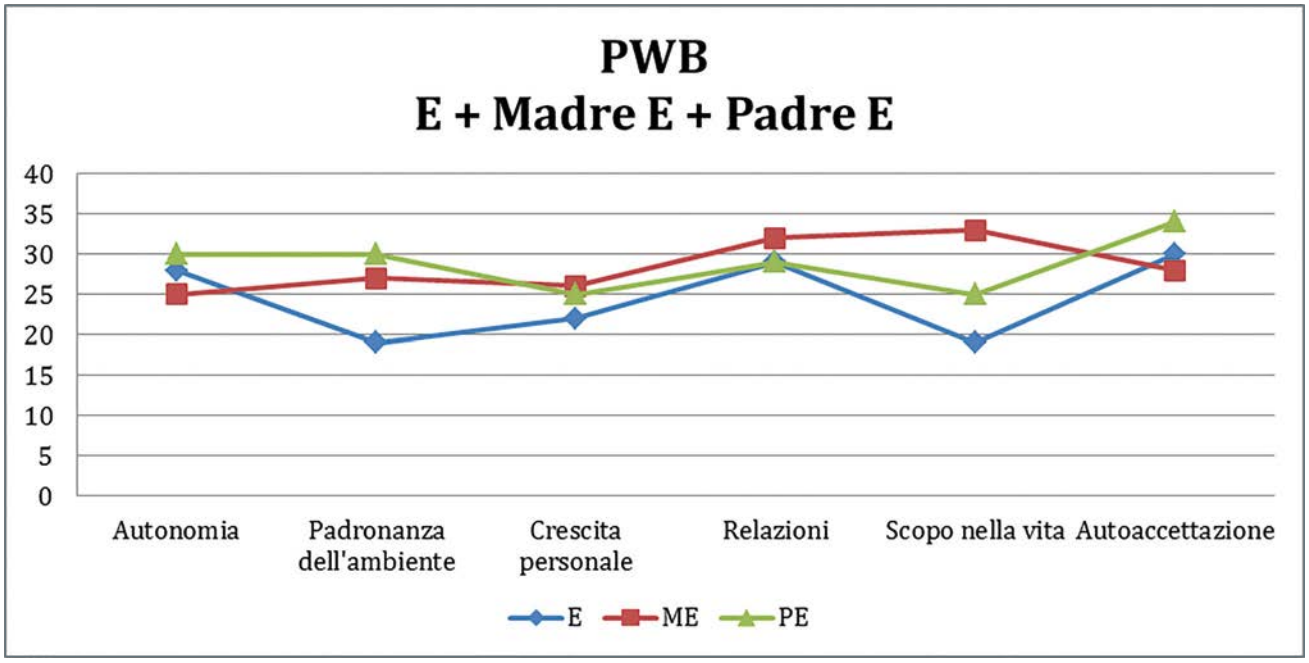


Figura 14. Risultati PWB E. e genitori, somministrato durante il lockdown.

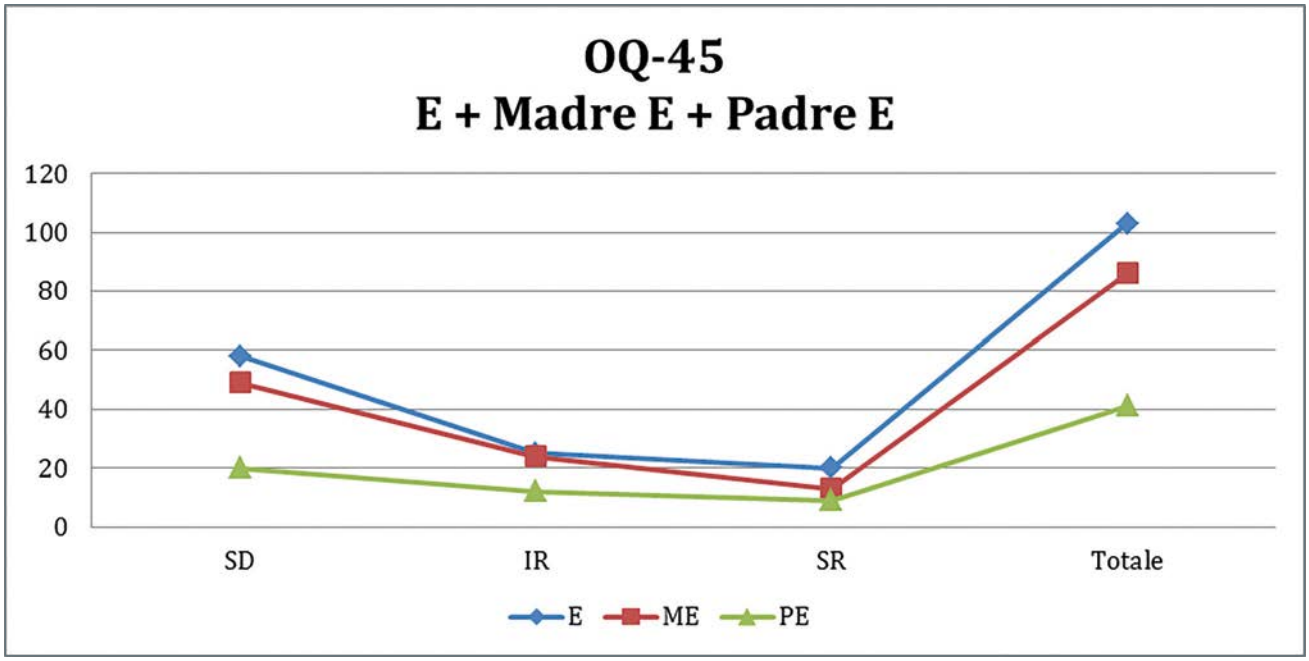


Figura 15. Risultati OQ-45 E. e genitori, somministrato durante il lockdown.

modo favorevole all'assistenza offerta, sono state sempre molto attente alle chiamate e videochiamate, nonché molto presenti emotivamente ai colloqui. Le pazienti più introversehanno tratto benefici, sono riuscite a esprimersi meglio attraverso la chiamata telefonica e adattandosi meglioalla quarantena, in linea con l'evitamento delle relazioni sociali, rispetto alle pazienti più estroverse.

Altri elementi interessanti emersi, riguardano come il sintomo sia stato utilizzato per ripristinare un controllo sulla situazione esterna imprevista, soprattutto all'inizio. Gli spostamenti del malessere sulle passioni e sugli interessi, sono avvenuti solo se indicati e stimolati.

Le relazioni familiari invece, sono state la grande scoperta di quest'osservazione: all'interno delle famiglie si

sono infatti riscopertivalori importanti, sviluppati maggiori momenti di comunicazione eascolto tra i membri, vi è statoun maggiore coinvolgimento reciproco nella vita dei familiari pur mantenendo gli spazi personali, si sono generate autonomie e riavvicinamenti [15].

Bibliografia

1 Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. Int J Environ Res Public Health 2020;17:1729.

2 Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, et al. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. Int J Soc Psychiatry 2020;20764020915212.

3 Weissman RS, Bauer S, & Thomas JJ. Access to evidence-based care for eating disorders during the COVID-19 crisis. Int J Eat Disord 2020;53:639-646.

4 Fernández-Aranda F, Casas M, Claes L, et al. COVID-19 and implications for eating disorders. Eur Eat Disord Rev 2020;28:239.

5 Dalle Grave R. Coronavirus disease 2019 and eating disorders. Eating Disorders: The Facts. Retrieved from https://www.psychologytoday.com/us/blog/eating-disorders-the-facts/202003/coronavirus-disease-2019-and-eating-disorders 2020.

6 Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychol Med 1979;9:273-9.

7 Garner DM. Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources 2004.

8 Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, et al. The Body Uneasiness Test (BUT): development and validation of a new body image assessment scale. Eat Weight Disord 2006;11:1-13.

9 Derogatis RL. Symptom Checklist-90-R. Adattamento italiano. Firenze: Giunti OS 2011.

10 Beck AT, Steer RA, & Brown GK. Beck depression inventory-II. San Antonio1996;78:490-498.

11 Pedrabissi L, Santinello M. Verifica della validità dello STAI forma Y di Spielberger. Firenze: Giunti OS 1989.

12 Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. Behav Res Ther 1977;15:389-395.

13 Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. Psychother Psychoso 1996;65:14-23.

14 Lambert MJ, Gregersen AT, Burlingame GM. The Outcome Questionnaire-45. In: Maruish ME, ed. The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers 2004, pp. 191-234.

15 Matheson BE, Bohon C, Lock J. Family-based treatment via videoconference: clinical recommendations for treatment providers during COVID-19 and beyond. Int J Eat Disord 2020;53:1142-1154.