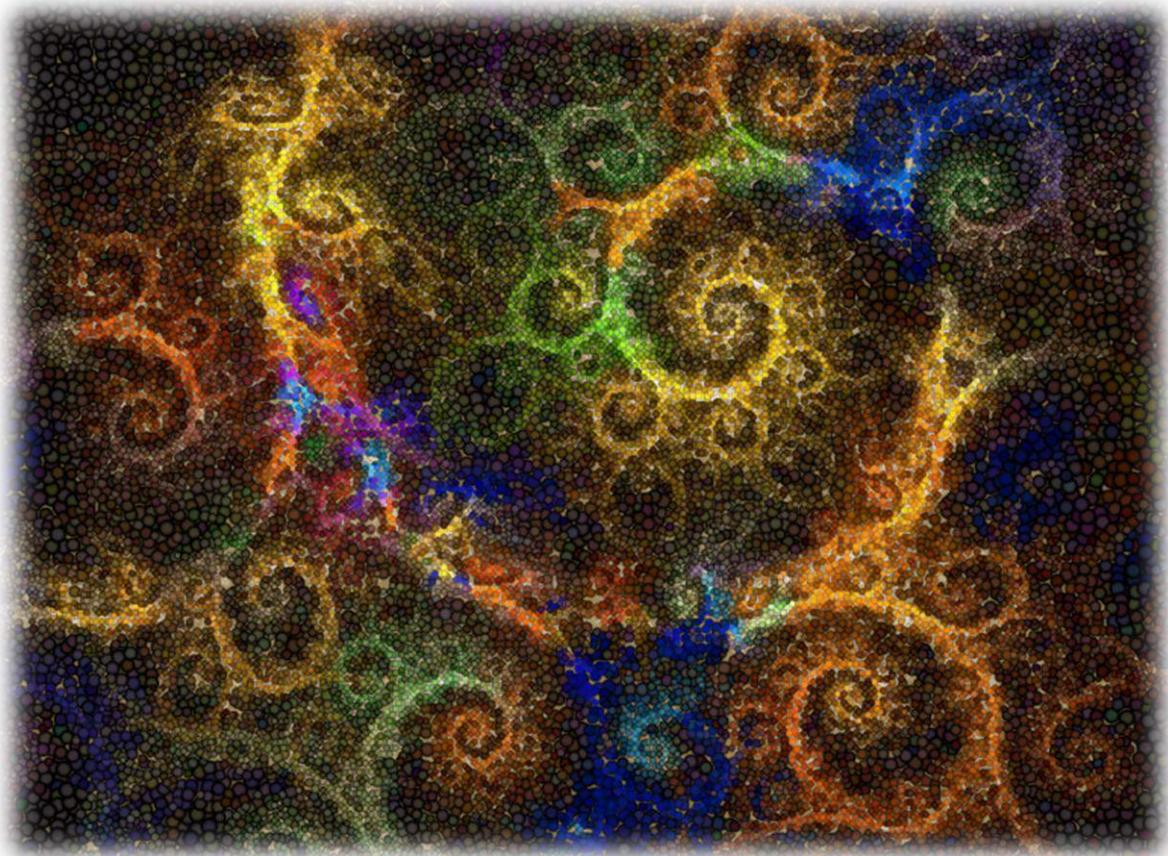


Psychomed

Periodico quadrimestrale
Rivista telematica di psicoterapia, medicina psicosociale,
psicologia della salute e preventiva
Numero 3 Anno IX maggio 2015

ISSN: 1828-1516

AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI ROMA N.243 DEL 12.6.2008



Direttore responsabile: Stefania Borgo

Condirettore: Lucio Sibia

www.crpitalia.eu/psychomed.html

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

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

Comitato Scientifico:

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

Comitato Redazionale:

Dimitra Kakaraki, Francesca Di Lauro, Cristian Pagliariccio

psychomed@crpitalia.eu

CONTENTS

EDITORIAL	4
<i>L. Sibilis</i>	
DISTURBI ALIMENTARI E DISTURBI DI PERSONALITA'	5
<i>A. Aresta, O. Yakymets & G. Sacco</i>	
VALUTAZIONE PSICOFISIOLOGICA DELL'HYPERAROUSAL MEDIANTE MONITORAGGIO DELLA CONDUTTANZA ELETTRODERMICA QUALE FATTORE DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE	16
<i>T. Scrimali, D. Tomasello, G. M. Francese, C. Giuffrida</i>	
L'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTALE IN PAZIENTI CON DIPENDENZA DA ALCOOL: UNO STUDIO RCT	21
<i>G. Coriale, F. De Rosa, G. Battagliese, R. Porrari & M. Ceccanti</i>	
SEXUAL DISGUST: HISTORY, THEORY, AND CLINICAL SIGNIFICANCE	27
<i>G. Simos</i>	
CARTA DEI SERVIZI DELLA SEZIONE CLINICA DEL CENTRO PER LA RICERCA IN PSICOTERAPIA (CRP)	35
<i>D. Kakaraki, N. Perotto</i>	
NEXT CONFERENCES	43
NEWS	49
CONTRIBUTING TO PSYCHOMED	52

EDITORIAL

Dear readers,

the current issue of Psychomed, the last of 2014, has finally arrived, after some delay, for which we apologise, albeit the remarkable efforts of the editorial team. But it was worthwhile. Now, we have some very interesting papers to read: three experimental studies and a comprehensive review. The studies are focused – speaking at large – both on psychopathology and on different areas of behavioural and psychosocial medicine.

The first, by Aresta & coll., is an experimental study of the relationships among personality variables and different aspects of eating disorders in young and middle-aged women; this study underlines how a dimensional approach would fare much better than a categorical one in approaching the complex interactions among these variables, and the need of a theoretical model to interpret the empirical results. The second, by Scrimali & coll., is an interesting experimental research showing how deeply the so called “classical” risk factors for cardiovascular (ischemic) disease are entangled with the psychosocial risk factors, namely the stress related factors, such as the emotional hyperarousal. Whether the measured variable is a temperamental trait or a state dependent variable is a question that the study does not address, albeit relevant for any intervention study aiming at preventing the disease or reducing its rate of recurrence. The third study, by Coriale & coll., clearly shows how CBT is superior to a motivational intervention in producing adherence to treatment and lower drop-out rates in alcoholics without comorbid psychiatric disorders; moreover, the study shows how decreased avoidance coping and increased self efficacy - presumably induced by CBT – are associated to higher number of abstinence days, but not surprisingly only in the group where CBT was implemented. The fourth study is a comprehensive review on the construct of disgust, a subject rather neglected (maybe not by chance), but very relevant, as the authors show, for understanding sexual disorders. “...missing link between aversive sexual experiences and consequent distress and psychopathology”, the emotion of disgust is attracting much attention of researchers, so we can predict the clinicians will also do so in the near future.

For the rest of the journal, apart from the usual announcements, we publish an example of the internal organisation of an outpatient private Clinic in Rome, working in the interface among Medicine, Psychology, Psychotherapy and Health Promotion; apart from some of the usual clinical services, it features a range of activities which also comprise information to the public, psycho-education, training and supervision. Worth to mention is a “solidarity psychotherapy”, started there, which has already been a model for other similar initiatives. This publication may inspire other colleagues who wish to follow the path.

Lucio Sibilia
May 2015

DISTURBI ALIMENTARI E DISTURBI DI PERSONALITA'

Ricerca pilota sulla comorbidità

A. Aresta (*), O. Yakymets (*) & G. Sacco ()**

(*) *Libra Associazione Scientifica, Roma www.librapsicologia.it*

(**) *Presidente Libra Associazione Scientifica*

Abstract

The prevalence of personality disorders (PD) among patients suffering from eating disorders (ED) has been the focus of attention and interest of researchers since long; however, available results are still fragmental and often conflicting. This study aims at studying the personality profiles of a sample of 31 Italian young and middle aged women, with DSM-V diagnosis of ED. A battery of psychometric instruments has been used, to gather details of ED, and the occurrence of PD has been assessed with the MCMI III (Millon Clinical Multiaxial Inventory), for a dimensional assessment. The results show a complex pattern of interactions between the variables in the two areas, which are discussed in detail.

Keywords:

Eating disorders, personality disorders, comorbidity.

Riassunto

Il mondo scientifico riflette con attenzione ed interesse da molti anni sulla prevalenza di disturbi di personalità tra i disturbi del comportamento alimentare (DCA) ma le informazioni disponibili in merito sono frammentarie, a volte contrastanti e di dubbia interpretazione. Questo studio si propone di apportare un contributo al chiarimento delle complesse dinamiche di interazione fra le due aree patologiche menzionate, che tenga conto delle caratteristiche di personalità delle ultime generazioni appartenenti alla popolazione italiana, attraverso una valutazione in chiave dimensionale. In questo lavoro sono stati analizzati e discussi i risultati di un campione di soggetti con diagnosi DSM-V di DCA sottoposti a una batteria di strumenti di valutazione dimensionale per verificare la ricorrenza di Disturbi di Personalità (DP).

Parole chiave:

Disturbi alimentari, disturbi di personalità, comorbidità.

Introduzione

Il punto di partenza del presente lavoro è lo studio di un'entità diagnostica che, con la pubblicazione del DSM 5, ha subito una significativa riorganizzazione testimoniata, innanzitutto, dal cambio di etichetta diagnostica: quelli che il DSM IV chiamava "Disturbi del Comportamento Alimentare" (DCA), infatti, sono ora inglobati nella definizione di "Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione". In questo lavoro ci riferiremo al nostro principale oggetto di studio usando l'etichetta "Disturbi del Comportamento Alimentare" e la loro specifica classificazione, in ragione del relativo riferimento statistico diagnostico adoperato nella campionatura dello studio.

Lo studio dei DCA è particolarmente interessante per l'implicazione di fattori come l'elevato tasso di incidenza, la forte connessione con tendenze socio-culturali, le significative compromissioni di ordine medico, la complessità e variabilità sintomatologiche. È per questo che la letteratura scientifica presenta un crescente numero di contributi finalizzati ad una più accurata e, soprattutto, aggiornata comprensione del disturbo.

Tra i vari focus di studio e di ricerca vi è senz'altro la comorbidità tra DCA ed altri disturbi mentali. Sono numerosi, ad esempio, gli studi sperimentali che evidenziano la presenza di sintomatologie ansioso/depressive nei quadri clinici di soggetti con DCA, anche se altrettanto numerosi sono i modelli interpretativi proposti per spiegare questo dato. Ma ciò su cui la popolazione scientifica ha riflettuto con maggiore attenzione ed interesse per lunghi anni è la prevalenza di disturbi di personalità tra i DCA. Le informazioni disponibili in merito sono numerose e soprattutto variegata, forse perché differenti sono gli strumenti di valutazione utilizzati, le metodologie sperimentali applicate o i contesti storico-culturali dei Paesi in cui le ricerche sono state svolte.

L'idea di questo studio nasce dall'esigenza di iniziare un percorso sistematico di raccolta dati per fornire un contributo italiano e aggiornato al tema degli aspetti personologici in soggetti con DCA, utilizzando una valutazione dimensionale, così come suggerito dal DSM 5.

METODO

Partecipanti

Hanno preso parte alla ricerca 31 pazienti di sesso femminile, con diagnosi di disturbo alimentare e ricoverate presso il *Day Hospital* dei Disturbi del Comportamento Alimentare del Dipartimento di Psichiatria del Policlinico di Bari. L'età delle partecipanti era compresa tra i 18 e i 50 anni (M 23.96, DS 8.303), il 58,1% delle partecipanti era nubile, il 35,5% sposata/convivente, il 6,4% separata/divorziata. La scolarità media, valutata in termini di anni di istruzione, variava tra gli 8 e i 23 anni (M 14.06, DS 3.99). Secondo le diagnosi formulate dai curanti attraverso il DSM IV TR, il 35,6% delle partecipanti era affetta da Anoressia, il 32,2% da Bulimia e il restante 32,2% da disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati.

Strumenti e procedura

Tutte le partecipanti hanno fornito il consenso informato per il trattamento dei dati ai fini della ricerca prima dell'inizio della compilazione. Successivamente è stato chiesto di compilare una scheda anagrafica e una serie di questionari di autovalutazione, somministrati in modo *random* per evitare l'effetto ordine. La compilazione dei questionari è stata individuale e ha richiesto un tempo di circa 45 minuti a persona.

I questionari somministrati sono:

- EDI 2 (*Eating Disorder Inventory*; Garner, 2001): strumento utilizzato per lo screening dei tratti psicologici e comportamentali tipici dell'anoressia, della bulimia e del *binge eating disorder*. È composto da 91 item che si raggruppano in 11 subscale (impulso alla magrezza, bulimia, insoddisfazione per il corpo, inadeguatezza, perfezionismo, sfiducia interpersonale, consapevolezza enterocettiva, paura della maturità, ascetismo, impulsività, insicurezza sociale);
- EAT-26 (*Eating Attitude Test*; Garner e Garfinkel, 2001): questionario di autovalutazione che esplora le condotte di tipo anoressico mediante 26 item;
- BES (*Binge Eating Scale*; Ricca et al., 2000): scala composta da 18 item, finalizzata a valutare i comportamenti, le sensazioni, gli aspetti cognitivi associati agli episodi bulimici nei soggetti con un disturbo da alimentazione incontrollata;

- BITE (Bulimic Investigation Test Edimmburg; Handerson e Freeman, 1987): questionario di autovalutazione che esplora le condotte bulimiche mediante 33 item e articolato in due scale (scala dei sintomi e scala della gravità);

- MCMI III (Millon Clinical Multiaxial Inventory; Millon, 1994): test che misura le caratteristiche di personalità patologiche nell'adulto mantenendo una prospettiva dimensionale. È composto da 175 item che si riferiscono ad aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali del soggetto esaminato. Contiene 14 scale che indagano configurazioni di personalità (schizoide, evitante, depressiva, dipendente, istrionica, narcisistica, antisociale, sadica, compulsiva, passivo- aggressiva, masochista, schizotipica, borderline e paranoide) e 10 scale che indagano sindromi cliniche (ansia, disturbi somatoformi, mania, distimia, dipendenza da alcol, dipendenza da droghe, disturbo da stress post traumatico, disturbi del pensiero, depressione maggiore, disturbo delirante).

- SVARAD (Scala per la Valutazione Rapida Dimensionale; Pancheri et al., 1999): strumento per la valutazione rapida delle principali dimensioni psicopatologiche. È una scala di valutazione a cinque punti, costituita dai seguenti dieci item, costruiti secondo una terminologia appropriata al concetto di *continuum* fra normalità e patologia: apprensione/timore, tristezza/demoralizzazione, rabbia/aggressività, ossessività, apatia, impulsività, distorsione della realtà, disorganizzazione del pensiero, preoccupazione somatica/somatizzazione, attivazione.

Parallelamente, ai curanti (medici psichiatri) è stato chiesto di compilare una scheda che raccoglieva informazioni cliniche, tra le quali la diagnosi ed il BMI di ogni singola partecipante.

RISULTATI

Sono state effettuate analisi della correlazione di *Pearson* al fine di verificare la presenza di associazioni tra i principali tratti psicologici e comportamentali tipici dei disturbi alimentari, indagati attraverso le sottoscale dell'EDI 2 e i punteggi conseguiti nei questionari che valutano aspetti della personalità e dimensioni psicopatologiche.

Nella tabella 1 sono riportate le correlazioni significative tra i punteggi ottenuti alle sottoscale dell'EDI 2 e quelli conseguiti alle sottoscale del MCMI "configurazioni di personalità". La maggior parte dei tratti psicologici e comportamentali tipici dei disturbi alimentari correla positivamente con la configurazione di personalità di tipi evitante; emergono, inoltre, correlazioni negative tra numerosi tratti psicologici e comportamentali tipici dei disturbi alimentari e le configurazioni di personalità istrionica e narcisistica.

Tabella 1 – Correlazioni significative ($p < 0,05$) tra EDI 2 e MCMI – “configurazioni di personalità”.

	Schizoide	Evitante	Depressiva	Dipendente	Istrionica	Narcisistica	Antisociale	Sadico aggressiva	Ossessivo compulsiva	Passivo aggressiva	Autofrustrante	Schizotipica	Borderline	Paranoide
Impulso alla magrezza	n.s.	0,52	n.s.	n.s.	-0,46	-0,50	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,39	n.s.	n.s.	n.s.
Bulimia	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Insoddisfazione del corpo	n.s.	0,45	0,47	n.s.	-0,44	-0,52	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Inadeguatezza	n.s.	0,53	0,43	n.s.	-0,47	-0,64	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,41	n.s.	n.s.	n.s.
Perfezionismo	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Introversione sociale	0,50	0,43	n.s.	n.s.	-0,37	-0,48	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,42	n.s.
Consapevolezza enterocettiva	0,36	0,33	n.s.	n.s.	-0,37	-0,43	n.s.	n.s.	-0,37	0,40	0,51	n.s.	0,52	n.s.
Paura della maturità	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Ascetismo	n.s.	0,43	n.s.	n.s.	n.s.	-0,49	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Impulsività	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-0,50	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Insicurezza sociale	0,42	0,46	0,53	n.s.	-0,51	-0,55	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,48	n.s.	n.s.	n.s.

*Nota: EDI 2= Eating Disorder Inventory; MCMI = Millon Clinica Multiaxial Inventory.
In grassetto sono riportate le correlazioni superiori a 0,50*

Nella tabella 2 sono riportate le correlazioni significative tra i punteggi ottenuti alle sottoscale dell'EDI 2 e quelli ottenuti alle sottoscale del MCMI “sindromi cliniche”. Un modesto numero di tratti psicologici e comportamentali tipici dei disturbi alimentari correla significativamente e positivamente con le sindromi cliniche della “distimia”, della “depressione maggiore” e dei “disturbi somatoformi”. Alcuni dei suddetti tratti correla significativamente e negativamente con la sindrome clinica della “dipendenza da droga”.

Tabella 2 – Correlazioni significative ($p < 0,05$) tra EDI 2 e MCMI - “sindromi cliniche”.

	Disturbi d'ansia	Disturbi somatoformi	Mania	Distimia	Dipendenza da alcol	Dipendenza da droga	Disturbo da stress post traumatico	Disturbi del pensiero	Depressione maggiore	Disturbo delirante
Impulso alla magrezza	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Bulimia	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Insoddisfazione del corpo	n.s.	0,46	n.s.	0,46	n.s.	-0,48	0,42	n.s.	0,45	n.s.
Inadeguatezza	0,43	0,41	n.s.	0,38	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,48	n.s.
Perfezionismo	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Introversione sociale	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Consapevolezza enterocettiva	n.s.	n.s.	n.s.	0,42	n.s.	n.s.	n.s.	0,44	0,37	n.s.
Paura della maturità	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Ascetismo	n.s.	0,41	n.s.	0,37	n.s.	-0,37	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Impulsività	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Insicurezza sociale	n.s.	0,43	n.s.	0,39	n.s.	n.s.	n.s.	0,38	0,41	n.s.

Nota: EDI 2 = Eating Disorder Inventory; MCMI = Millon Clinica Multiaxial Inventory.

Nella tabella 3 sono riportate le correlazioni significative tra i punteggi ottenuti alle sottoscale dell'EDI 2 e quelli ottenuti alla SVARAD. La maggior parte dei tratti psicologici e comportamenti tipici dei disturbi alimentari correla significativamente e positivamente con la dimensione psicopatologica dell'apatia.

Tabella 3 – Correlazioni significative ($p < 0,05$) tra EDI 2 e SVARAD.

	Apprensione/ timore	Tristezza/ demoralizzazione	Rabbia/ aggressività	Ossessività	Apatia	Impulsività	Disturbi della realtà	Disorganizzazione del pensiero	Somatizzazione	Attivazione
Impulso alla magrezza	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,37	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Bulimia	n.s.	0,37	n.s.	n.s.	0,38	0,52	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Insoddisfazione del corpo	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Inadeguatezza	n.s.	n.s.	n.s.	0,38	0,38	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Perfezionismo	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Introversione sociale	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,40	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Consapevolezza enterocettiva	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Paura della maturità	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Ascetismo	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,42	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Impulsività	n.s.	0,46	0,43	n.s.	0,65	0,45	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Introversione sociale	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,54	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Nota: EDI 2= Eating Disorder Inventory; SVARAD = Scala per la Valutazione Rapida Dimensionale.
In grassetto sono riportate le correlazioni superiori a 0,50

Al fine di verificare la presenza di differenze legate alla categoria diagnostica nei punteggi ottenuti a tutti i questionari somministrati, il campione è stato suddiviso in tre gruppi distinti per diagnosi ed è stata successivamente condotta l'analisi della varianza (ANOVA) univariata. Il primo gruppo (anoressia) rappresenta tutti i soggetti affetti da anoressia, il secondo (bulimia) tutti i soggetti affetti da bulimia, il terzo (altro) tutti i soggetti con disturbi alimentari atipici. I tre gruppi si distinguono innanzitutto per il BMI [Anoressia: 17,36 (1,9); Bulimia: 22,05 (2,7); Altro: 33,14 (8,17); $F_{(2,30)} = 26,82$; $p = < 0,001$]. Anche alcuni punteggi ottenuti ai questionari che valutano aspetti di problematiche alimentari risultano differenti a seconda della categoria diagnostica e confermano le diagnosi formulate dai curanti (tabella 4).

Tabella 4 – Medie, DS e differenze tra diverse categorie di disturbo alimentare nei punteggi all'EDI 2, EAT 26, BES, BITE.

	ANORESSIA (a) (N= 11)	BULIMIA (b) (N= 10)	ALTRO (c) (N= 10)	F (2,30)	P
EDI 2 – Impulso alla magrezza	13,90 (± 7,40)	13,30 (± 5,31)	13,40 (± 6,22)	0,03	0,97
EDI 2- Bulimia	2,09 (± 3,85) _{b,c}	12,70 (± 7,55) _a	9,10 (± 4,58) _a	10,12	<0,001 **
DI 2-Insoddisfazione del corpo	12,36 (± 6,87) _c	12,00 (± 4,39) _c	18,10 (± 6,06) _{a,b}	3,40	0,04 *
EDI 2-Inadeguatezza	15,18 (± 8,17) _{b,c}	9,10 (± 5,21) _a	12,10 (± 8,25) _a	1,78	0,18
EDI 2-Perfezionismo	8,09 (± 4,39)	9,70 (± 5,53)	5,90 (± 3,72)	1,72	0,19
EDI 2-Introversione sociale	9,90 (± 6,30)	9,20 (± 3,08)	7,30 (± 5,92)	0,66	0,52
EDI 2-Consapevolezza enterocettiva	10,36 (± 8,32)	8,60 (± 3,37)	11,50 (± 9,26)	0,38	0,68
EDI 2-Paura della maturità	8,81 (± 5,54)	9,80 (± 6,33)	7,20 (± 6,57)	0,46	0,63
EDI 2-Ascetismo	6,72 (± 3,84)	6,80 (± 3,96)	8,50 (± 4,42)	0,62	0,54
EDI 2-Impulsività	6,81 (± 5,79)	8,00 (± 6,37)	7,20 (± 6,73)	0,10	0,90
EDI 2-Introversione sociale	11,45 (± 4,88)	9,00 (± 4,52)	8,30 (± 5,27)	1,21	0,31
EAT 26	29,90 (± 14,45)	28,80 (±18,58)	26,40 (±11,34)	0,15	0,86
BES	15,54 (± 6,74) _{b,c}	26,20 (± 7,46) _a	29,00 (± 9,55) _a	8,43	<0,001 **
BITE – Symptom Scale	13,00 (± 5,63) _{b,c}	22,90 (± 3,63) _a	19,70 (± 4,52) _c	12,18	<0,001 **
BITE – Severity Scale	3,00 (± 4,19) _b	12,90 (±6,02) _{a,c}	6,40 (± 3,59) _b	11,87	<0,001 **

Nota: EDI 2= Eating Disorder Examination; EAT = Eating Attitude Test; BES = Binge Eating Scale; BITE - Symptom Scale = Bulimic Investigation Test Edimmburg – scala della sintomatologia; BITE – Severitu Scale Bulimic Investigation Test Edimmburg – scala della gravità.

^{a,b,c} Le singole lettere indicate in pedice indicano che le medie dei punteggi ottenuti dai gruppi a cui corrispondono sono tra loro significativamente differenti ($p < 0,05$ o $p < 0,001$).

** = $p < 0,05$; ** = $p < 0,001$*

La maggior parte dei punteggi ottenuti ai questionari che valutano aspetti di personalità e dimensioni psicopatologiche, invece, non risulta differire a seconda della diagnosi. I tre gruppi diversi per categorie diagnostiche hanno ottenuto punteggi differenti soltanto alla sottoscala del MCMI che valuta la sindrome clinica dei disturbi d'ansia ($F_{(2,30)} = 3,25$; $p = 0,05$) e alle sottoscale della SVARAD che valutano le dimensioni psicopatologiche dell'apatia ($F_{(2,30)} = 3,41$; $p = 0,04$) e dell'attivazione ($F_{(2,30)} = 3,42$; $p = 0,04$). In particolare, nella sottoscala "disturbi d'ansia" del MCMI, i soggetti con anoressia hanno ottenuto punteggi significativamente maggiori ($F_{(1,19)} = 5,39$; $p = 0,03$) rispetto a quelli ottenuti dai soggetti con bulimia, i quali sono risultati, a loro volta, significativamente inferiori ($F_{(1,18)} = 4,40$; $p = 0,05$) rispetto a quelli ottenuti dai soggetti appartenenti al gruppo "altro". Nella sottoscala "apatia" della SVARAD, i soggetti con bulimia hanno ottenuto punteggi significativamente maggiori ($F_{(1,18)} = 5,92$; $p = 0,02$) rispetto a quelli ottenuti dai soggetti

appartenenti al gruppo “altro”. Nella sottoscala “attivazione” della SVARAD, i soggetti appartenenti al gruppo “altro” hanno ottenuto punteggi significativamente inferiori rispetto a quelli ottenuti dai soggetti con anoressia ($F_{(1,19)} = 4,78; p = 0,04$) e bulimia ($F_{(1,18)} = 5,52; p = 0,03$).

Tabella 5 – Medie, DS e differenze tra diverse categorie di disturbo alimentare nei punteggi al MCMI e alla SVARAD.

	ANORESSIA (a) (N= 11)	BULIMIA (b) (N= 10)	ALTRO (c) (N= 10)	F	P
MCMI – Schizoide	72,00 (± 14,36)	69,80 (± 10,57)	71,60 (± 18,42)	0,06	0,93
MCMI – Evitante	72,72 (± 21,64)	67,20 (± 16,89)	69,60 (± 26,43)	0,17	0,84
MCMI – Depressiva	78,36 (± 18,23)	67,90 (± 19,31)	80,10 (± 19,57)	1,21	0,31
MCMI – Dipendente	71,81 (± 20,05)	63,50 (± 20,49)	77,30 (± 9,37)	1,57	0,22
MCMI – Istrionica	34,00 (± 30,22)	46,60 (± 22,40)	35,70 (± 25,21)	0,69	0,50
MCMI – Narcisistica	51,90 (± 27,64)	63,40 (± 17,16)	47,80 (± 13,91)	1,53	0,23
MCMI – Antisociale	53,54 (± 16,91)	58,30 (± 12,40)	50,00 (± 19,17)	0,64	0,53
MCMI – Sadica Aggressiva	65,72 (± 9,03)	69,70 (± 15,11)	63,70 (± 5,69)	0,83	0,44
MCMI – Ossessivo Compulsiva	52,90 (± 21,43)	51,10 (± 17,37)	52,80 (± 13,83)	0,03	0,96
MCMI – Passivo Aggressiva	72,90 (± 9,06)	70,10 (± 12,23)	71,70 (± 16,54)	0,13	0,88
MCMI –Autofrustrante	70,90 (± 16,46)	71,60 (± 14,77)	65,60 (± 25,28)	0,29	0,74
MCMI – Schizotipica	62,45 (± 15,12)	64,80 (±12,99)	61,00 (±6,37)	0,25	0,78
MCMI – Borderline	65,90 (± 18,65)	71,90 (± 10,99)	63,50 (± 17,78)	0,71	0,50
MCMI – Paranoide	66,90 (± 9,71)	65,50 (± 5,48)	54,50 (± 25,21)	1,90	0,16
MCMI – Dist. d’ansia	81,72 (± 6,81) _b	68,00 (±20,76) _{a,c}	80,70 (± 9,33) _b	3,25	0,05 *
MCMI – Dist. somatoformi	52,00 (± 19,06)	53,10 (± 18,04)	55,10 (± 25,99)	0,06	0,94
MCMI –Mania	62,72 (± 18,46)	64,10 (± 5,62)	50,80 (± 15,11)	2,63	0,08
MCMI – Distimia	71,36 (± 24,84)	69,00 (± 19,06)	71,10 (± 18,27)	0,04	0,96
MCMI – Dipendenza da alcol	52,54 (± 15,18)	65,40 (± 13,02)	56,50 (± 11,55)	2,50	0,10
MCMI – Dipendenza da droga	53,81 (± 12,27)	58,70 (± 6,73)	48,20 (± 18,64)	1,53	0,23
MCMI –Dist. da stress post traumatico	61,81 (± 9,42)	47,90 (± 18,47)	61,30 (± 14,52)	3,03	0,06
MCMI – Disturbi del pensiero	67,63 (± 15,88)	61,60 (± 13,64)	67,30 (± 8,07)	0,69	0,51
MCMI – Depressione maggiore	63,09 (± 25,84)	59,10 (± 24,53)	68,60 (± 30,58)	0,31	0,73
MCMI – Dist. delirante	56,45 (± 18,71)	57,30 (± 19,90)	40,40 (± 29,97)	1,70	0,20

	ANORESSIA (a) (N= 11)	BULIMIA (b) (N= 10)	ALTRO (c) (N= 10)	F	P
SVARAD – Apprensione/timore	1,72 (± 0,90)	1,70 (± 0,94)	2,00 (± 0,94)	0,32	0,72
SVARAD – Tristezza/demoralizzazione	1,09 (± 0,70)	1,50 (± 0,52)	1,70 (± 1,05)	1,63	0,21
SVARAD – Rabbia/aggressività	0,81 (± 0,60)	1,00 (± 0,81)	1,30 (± 0,94)	0,97	0,39
SVARAD – Ossessività	1,45 (± 0,93)	0,60 (± 1,07)	0,50 (± 0,97)	2,97	0,06
SVARAD – Apatia	0,63 (± 0,67) _b	1,30 (± 0,82) _{a,c}	0,50 (± 0,70) _b	3,41	0,04 *
SVARAD – Impulsività	0,72 (± 0,64)	1,30 (± 1,05)	0,70 (± 1,05)	1,34	0,27
SVARAD – Dist. della realtà	0,36 (± 0,50)	0,30 (± 0,48)	0,00	2,33	0,11
SVARAD – Disorganizzazione del pensiero	0,00	0,00	0,00	/	/
SVARAD - Somatizzazione	0,72 (± 0,90)	0,30 (± 0,67)	0,90 (± 0,99)	1,27	0,29
SVARAD – Attivazione	0,54 (± 0,82) _c	0,60 (± 0,51) _c	0,00 _{a,b}	3,42	0,04 *

Nota Tabella 5: MCMI = Millon Clinical Multiaxial Inventory; SVARAD = Scala per la Valutazione Rapida Dimensionale.

^{a, b, c} Le singole lettere indicate in pedice indicano che le medie dei punteggi ottenuti dai gruppi a cui corrispondono sono tra loro significativamente differenti ($p < 0,05$ o $p < 0,001$)

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,001$

DISCUSSIONE

Il lavoro presentato, che per l'esiguità del campione definiamo "ricerca pilota", mostra dati interessanti soprattutto perché in linea con alcune delle concezioni ufficialmente introdotte dalla recente pubblicazione del DSM 5. La mancanza di differenze statisticamente significative individuate tra le variabili psicologiche (sia quelle del MMCI che quelle della SVARAD) delle diverse tipologie di disturbo alimentare lascia intendere che un approccio dimensionale allo studio dei disturbi dell'alimentazione sia probabilmente la strada giusta da percorrere. Sarebbe, infatti, che essi possano essere considerati come malattie distribuite lungo un continuum di variabili cliniche e non come entità distinte e separate le une dalle altre. Tale dato, tra l'altro, richiama alla memoria la teoria transdiagnostica di Fairburn (2003), che quindi si rivela ancora estremamente rispondente alla realtà clinica italiana e dei giorni nostri.

In merito alle correlazioni tra i tratti psicologici e comportamentali tipici dei disturbi alimentari e gli stili di personalità sono emersi dati approssimativamente sovrapponibili a quelli di studi passati e condotti in altri Paesi (Godt, 2008; Norman et al., 2003; Rowe et al. 2010; Sansone et al., 2005; Zeeck et al., 2007).

In particolare, riguardo alle correlazioni evidenziate tra le dimensioni del MCMI III e le variabili psico-comportamentali stimate dall'EDI 2, è possibile notare come queste ultime correlino positivamente e prevalentemente con lo stile di personalità evitante. All'osservazione clinica, del resto, i soggetti affetti da disturbi alimentari si mostrano spesso eccessivamente preoccupati per l'approvazione e l'accettazione da parte degli altri e ipersensibili alle critiche e al rifiuto (Narduzzi e Jackson, 2000). Tutto sembra ruotare intorno alla bassa autostima, al timore di essere criticati, rifiutati, valutati negativamente, con conseguente evitamento delle situazioni sociali, delle relazioni intime e delle attività lavorative. Questi pazienti sembrano anche esprimere una gamma di emozioni limitata e ristretta, con la conseguente difficoltà a riconoscere e

manifestare le emozioni forti e negative. Non stupisce quindi che, oltre allo stile di personalità evitante, siano emerse correlazioni positive anche con gli stili di personalità di tipo borderline, schizoide e depressivo.

Le configurazioni di personalità istrionica e narcisistica presentano una costante correlazione negativa con la maggioranza delle sottoscale dell'EDI 2. Tale dato porterebbe ad escludere la presenza di tratti narcisistici e istrionici di personalità nei soggetti con DCA.

Non è stata trovata, inoltre, alcuna correlazione significativa con le configurazioni di personalità dipendente, antisociale, schizotipica, paranoica e sadico aggressiva.

In merito alle correlazioni tra l'EDI 2 e la SVARAD è emerso che la dimensione psicopatologica dell'apatia correla positivamente con la maggior parte dei tratti psicologici e comportamentali dei DCA. Nella dimensione di apatia bisogna tener presente anche il sentimento di noia e di vuoto, lamentati da queste pazienti e che, spesso, sono causa di comportamenti di ricerca di situazioni di sfida e di prova, di scelte di impulso, fino a comportamenti estremi. L'apatia, inoltre, è verosimilmente spiegabile come effetto della malnutrizione.

Non è stato possibile confermare i dati rilevati da altri ricercatori rispetto alla maggiore presenza di alcuni disturbi di personalità in specifiche tipologie di disturbi alimentari. I dati della presente ricerca non mostrano infatti correlazione significativa tra disturbi di personalità e singoli DCA, forse anche in ragione del ridotto numero dei soggetti presi in esame.

Riteniamo utile sottolineare, inoltre, i seguenti risultati relativi ad alcune delle variabili anagrafiche prese in considerazione nel progetto di ricerca:

- **età** dei partecipanti: si sono evidenziate differenze significative sui sintomi "preoccupazione del peso del proprio corpo", "body checking", "food checking", che sono più evidenti nella fascia di età 18-28 anni. Questo dato potrebbe essere spiegato sulla base della maggiore diffusione tra i giovani dell'importanza del proprio aspetto fisico;
- **anni di scuola**: il sottogruppo con minore frequenza scolastica (8-14 anni) mostra maggiore "insoddisfazione del proprio corpo", "agorafobia" e "abuso di alcol" rispetto al sottogruppo con gli anni di scolarità 15-23;
- **assunzione/astensione dei farmaci**: i dati mostrano che le persone che assumono i farmaci presentano maggiormente una sintomatologia depressiva e somatoforme, disturbi e disorganizzazione del pensiero, maggiore predisposizione alle abbuffate;
- **celibe/sposato**: le persone sposate presentano i punteggi maggiori sul perfezionismo, antisocialità, dipendenza da droga. Essi attribuiscono una maggiore importanza al peso corporeo, alla preoccupazione per il peso, fanno uso maggiore di comportamenti compensativi come attività fisica e vomito. I risultati possono rilevare un'ulteriore ipotesi sulla qualità delle relazioni interpersonali nelle famiglie dei pazienti con DCA e sull'influenza di tali relazioni sull'insorgenza e sul mantenimento del disturbo, come anche le possibili conseguenze sul percorso terapeutico.

In sintesi, i risultati della ricerca confermano l'ipotesi iniziale della correlazione tra disturbi del comportamento alimentare e disturbi di personalità, creando spunti per la definizione del quadro personologico dei soggetti italiani che, al giorno d'oggi, sono affetti da un disturbo alimentare. I risultati, inoltre, offrono un modesto contributo al dibattuto tema della malattia mentale intesa in senso dimensionale. Come già accennato, in ultimo, al fine di poter trarre conclusioni più fondate statisticamente, è necessario un ulteriore approfondimento su un campione più ampio e diversificato.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition (DSM-IV), APA: Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM 5). APA: Washington, DC.
- Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Garner D.M. (2001). *EDI 2 Eating Disorder Inventory 2*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Garner D.M. e Garfinkel P.E. (2001). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Godt K., (2008). Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16: 94-99.
- Gormally S. & coll. (1983). The assessment of binge eating severity. *Addict Behav*, 7: 47, 59.
- Handerson W.H. &Freeman J.R. (1987). A self-rating scale for bulimia: the BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150:18-24.
- Millon T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual*. Minneapolis, Minn., National Computer Systems.
- Narduzzi K.J. e Jackson T. (2000). Personality differences between eating-disordered women and a nonclinical comparison sample: A discriminant classification analysis. *J CLIN PSYC*, 56(6), pp. 699-710.
- Norman D., Herzog B. (1983). Bulimia, Anorexia Nervosa and Anorexia Nervosa with Bulimia. A comparative analysis of MMPI profiles. *International Journal of eating disorder*, 2: 43-52.
- Pancheri P. & coll. (1999). Costruzione della SVARAD, una scala per la valutazione rapida dimensionale. *Rivista di psichiatria*, 34, 2.
- Ricca, V., et al. (2000). Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2), 111-115.
- Rowe S., et al. (2010). Does avoidant personality disorder impact on the outcome of treatment for bulimia nervosa. *International Journal of eating disorder*, 43: 420-427.
- Sansone R., Levitt J., Sansone L. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13: 7-21
- Zeeck A., et al. (2007). Symptom severity and treatment course of bulimic patients with and without a borderline personality disorders. *European Eating Disorders Review*, 15: 430-438

VALUTAZIONE PSICOFISIOLOGICA DELL'HYPERAROUSAL MEDIANTE MONITORAGGIO DELLA CONDUTTANZA ELETTRODERMICA QUALE FATTORE DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Tullio Scrimali,* Damiana Tomasello, Giuseppina Maura Francese,*** Clea Giuffrida****

*Università di Catania - **Centro Clinico ALETEIA di Acicastello (Catania)

***Azienda Ospedaliera Garibaldi – Unità Operativa Complessa di Cardiologia

Summary

An experimental research study has been carried out focused on the relationship of classical risk factors for cardiovascular disease (CVD) with a specific psychosocial stress-related risk factor such as the hyper-arousal. On a group of 60 adult subjects who participated in a screening for primary prevention of CVD, classical bio-clinical and behavioral risk factors were assessed, such as family history of CVD, cigarette smoking, overweight, blood hypertension, sedentarity, dyslipidemias. In addition, arousal was assessed by recording the electrodermal activity, using a new method named MindLAB Set. According to a score based on the classical risk factors for CVD, the sample was divided into a group with a low risk and a group with a high risk. Average skin conductance levels (SCL) were compared between the two groups. Results highlighted that subjects with higher risk scores for CVD also showed a significantly higher SCL, whereas subjects with a low CVD risk score showed SCL within the average range. The role of hyper-arousal as a contributing factor to CVD is therefore confirmed, which confirms the hypothesis that learning self-regulation methods is a viable preventive intervention in these subjects.

Key words:

Cardiovascular Risk factors, Cardiology, Psychosocial Stress, Arousal, Electrodermal activity.

Riassunto

L'articolo descrive una ricerca sperimentale, condotta dagli Autori, su un gruppo di soggetti adulti che partecipavano ad un programma di prevenzione primaria in ambito cardiologico. La ricerca si è proposta di studiare il parametro *hyperarousal* come fattore di rischio aggiuntivo per le malattie cardiocircolatorie, valutato mediante la registrazione della conduttanza elettrodermica. La ricerca ha permesso di evidenziare che, mentre i soggetti con un livello basso di rischio per le cardiopatie dimostravano anche un arousal contenuto, esso si è rivelato, invece, significativamente più elevato nei soggetti con rischio cardiovascolare maggiore.

Parole chiave:

Fattori di Rischio Cardiovascolare, Cardiologia, *Stress* Psicosociale, *Arousal*, Attività Elettrodermica.

Introduzione

Le malattie cardiovascolari riconoscono una eziologia multifattoriale, a cui concorrono più fattori di rischio quali età, sesso, pressione arteriosa, abitudine al fumo di tabacco, diabete, colesterolemia, trigliceridemia e sedentarietà, in grado di aumentare la probabilità di insorgenza di una malattia cardiologica (Rosengren,

Dotevall, Eriksson, 2001). È stata altresì dimostrata la reversibilità della condizione di rischio, qualora uno o più fattori vengano attenuati o eliminati (Stampfer, Hu, Manson, 2000).

È possibile, dunque, evitare di ammalarsi di infarto e di ictus o, quanto meno, rinviare il più a lungo possibile l'appuntamento con l'evento clinico acuto, adottando strategie di controllo e di riduzione di alcuni dei fattori menzionati (Grundy, Balady, Criqui, 1997).

Tra questi, un ruolo importante gioca una condizione di stress cronico che può essere individuata tramite una valutazione psicofisiologica dell'*hyperarousal* e rimediata con l'attuazione di tecniche cognitive, comportamentali e di autoregolazione quali *mindfulness* e *biofeedback* (Scrimali, 2012).

Un parametro, molto attendibile, e anche non troppo indaginoso, da monitorare, per la valutazione dell'*arousal*, connesso allo stress emotivo, è costituito dalla attività elettrodermica exosomatica (Scrimali, 2010).

Scopo della ricerca, descritta in questo articolo, è stato di valutare se l'impiego del monitoraggio della conduttanza elettrodermica possa essere utile per individuare una condizione di elevato *arousal* in soggetti in cui sono presenti altri fattori di rischio cardiovascolare. Ci si è prefissi dunque di analizzare la presenza di valori elevati di *Skin Conductance Level* (SCL), misurati ambulatorialmente mediante una nuova metodologia computerizzata, denominata MindLAB Set, (www.psychotech.it) in un campione di soggetti, afferenti ad un servizio ambulatoriale di Cardiologia, per un controllo di *routine*.

Soggetti, Materiali e Metodo

Campione

Hanno partecipato alla ricerca n. 60 soggetti afferenti ad un ambulatorio specialistico di Cardiologia presso l'Unità Operativa Complessa dell'Ospedale Garibaldi Nesima di Catania, di cui 28 di sesso maschile e 32 di sesso femminile.

I soggetti non esibivano malattie cardiovascolari in atto, ma partecipavano ad una valutazione cardiologica di screening nell'ambito di programma di prevenzione primaria delle cardiopatie. L'età media dei componenti il gruppo sperimentale è risultata di anni 46.36 e d.s. +/- 16.12.

Strumento

Per ogni soggetto è stata effettuata la misurazione del parametro SCL con l'ausilio di un MindLAB Set, prodotto da Psychotech (www.psychotech.it). Questo strumento è costituito da un'unità *hardware* di acquisizione dati, una coppia di elettrodi, un cavo USB per il collegamento al computer e da due *software* integrati, denominati *MindSCAN* e *Psychofeedback* (Scrimali, 2010).

Metodo

Il suo utilizzo è risultato molto semplice e per niente invasivo; infatti, è bastato collegare gli elettrodi allo strumento ed il cavo USB allo stesso, ed al computer e, dopo aver avviato il programma specifico *MindSCAN & Cardiofeedback*, si è dato inizio alla misurazione. Gli elettrodi sono stati posizionati sulla mano dominante del paziente, sul polpastrello del dito indice e del dito medio. Al paziente è stato richiesto di restare seduto per cinque minuti, tranquillo, ad occhi aperti e senza parlare. A tutti i soggetti del campione è stato spiegato l'obiettivo della misurazione, ovvero la valutazione del parametro della conduttanza elettrodermica al fine di valutarne la correlazione con i più noti fattori di rischio cardiovascolare descritti in letteratura.

Poi si è passati alla misurazione dello SCL. Ad ogni soggetto è stato chiesto di assumere una posizione comoda sulla poltrona, per poter avviare la registrazione del valore dello SCL, in fase di tranquillità per due minuti (*baseline*). Allo scadere dei due minuti è stato chiesto, ad ogni partecipante, di svolgere un compito aritmetico, per ottenere un valore dello SCL in condizione di attivazione cognitiva (attivazione cognitiva tramite sottrazioni seriate del sette dal numero 175). Terminato il compito cognitivo, il soggetto è stato invitato a rilassarsi nuovamente (*recovery*). La procedura così impostata, ha permesso di ottenere un valore medio di SCL per ogni soggetto in cinque minuti. Successivamente è stato fatta compilare, a tutti i soggetti, la seguente *check list*:

Tabella I - Fattori di rischio cardiovascolari

Nessuno fattore di rischio		Si	No
Familiarità per cardiopatia ischemica		Si	No
Familiarità per ipertensione arteriosa		Si	No
Fumo		Si	No
Sovrappeso		Si	No
Sedentarietà		Si	No
Esercizio fisico		Si	No
Ipertensione arteriosa		Si	No
Dislipidemia		Si	No
Diabete mellito		Si	No
Iperuricemia		Si	No
Uso di alcol		Si	No
Assunzione di contraccettivi orali		Si	No
Stato di salute	Scadente	Si	No
	Buona	Si	No
	Eccellente	Si	No
Alimentazione	Assunzione quotidiana di frutta fresca	Si	No
	Assunzione quotidiana di verdure fresche	Si	No

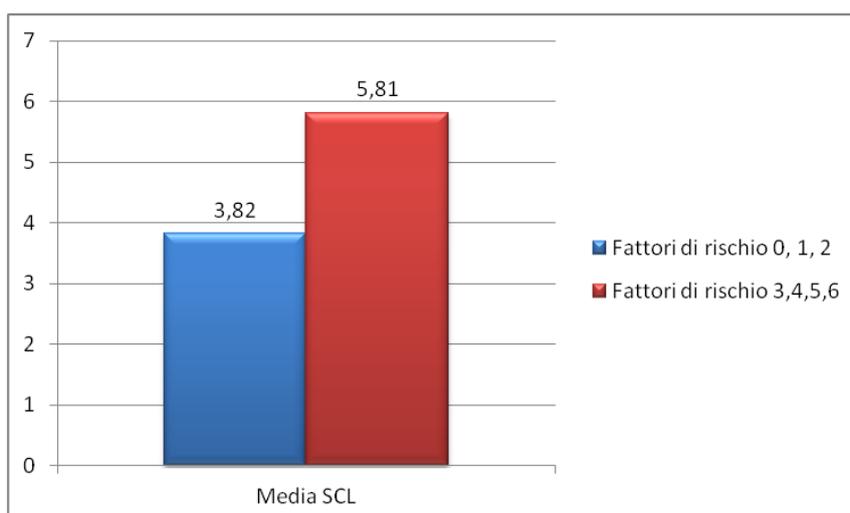
Risultati

È stata valutata la relazione tra valori elevati di SCL e i fattori di rischio cardiovascolari indagati. A tal fine i pazienti sono stati suddivisi in due sottogruppi, a seconda dei fattori di rischio individuati mediante la *check-list* somministrata. Un sottogruppo era caratterizzato da fattori di rischio bassi (punti: 0-2) e l'altro da fattori di rischio elevati (punteggi: 3-6). A questo punto si è calcolata la media dello SCL nei due sottogruppi di pazienti con rischio cardiovascolare differente. I dati ottenuti sono riportati nella Tabella II e illustrati nel grafico contenuto nella figura n. 2. La differenza è risultata statisticamente significativa, valutata mediante il test del "t" di Student ($p=0.022$).

Tabella II – Differenza di SCL tra i due sottogruppi a diverso livello di rischio cardiovascolare

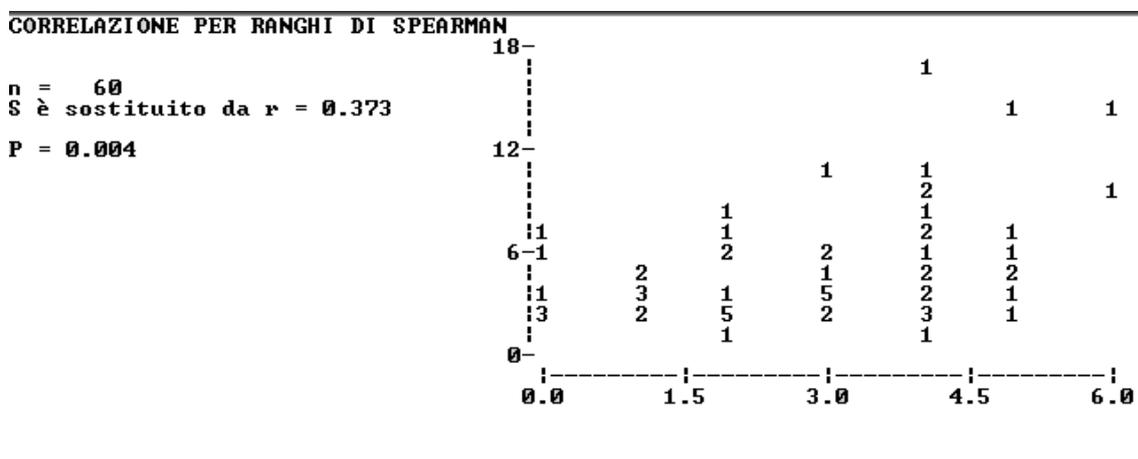
	Skin Conductance Level	
	Media	D.S.
Fattori di rischio cardiovascolare 0,1,2	3.82	2.04
Fattori di rischio cardiovascolare 3,4,5,6	5.81	3.79
P(T) = 0.022		

Fig. 1 - Media della SCL e D.S. nei due sottogruppi di soggetti



Dopo aver dimostrato che il valore della conduttanza edettermica elevato è significativamente più presente in soggetti che esibiscono complessivamente maggiori fattori di rischio, si è voluto accertare se esistesse una correlazione statisticamente significativa tra le due variabili e cioè rischio cardiologico, valutato con la metodologia precedentemente illustrata e SCL. A tal fine è stato calcolato l'indice di correlazione per ranghi di Spearman, che risulta $r = 0.373$, con una "p" di 0.004, indicativa di una significatività molto elevata della correlazione (Figura n.2).

Figura 2 – Correlazione tra punteggi dei fattori di rischio e valori dello SCL



Discussione e Conclusioni

Lo *Skin Conductance Level* è stato dimostrato correlare con altri fattori di rischio cardiovascolare (Raaijmakers, Steel, De Goede, Van Wouwe, Van Erp, Brouwer, 2013), di natura biologica e relativi allo stile di vita. Poiché valori più elevati di *Skin Conductance Level* sono da mettersi in riferimento ad un cronico dell'*hyperarousal*, i nostri dati dimostrano che tale arousal è maggiore nei soggetti che sono esposti anche ad altri fattori di rischio cardiologico. Alla luce dei risultati ottenuti, può apparire ipotizzabile ridurre almeno il rischio cardiologico, relativo all'*hyperarousal*, coinvolgendo i pazienti, che hanno fatto segnalare elevati SCL, nell'apprendimento di tecniche di autoregolazione cognitiva ed emozionale. A tale scopo promettenti

risultati si sono ottenuti, presso il Centro Clinico ALETEIA, utilizzando tecniche di *biofeedback*, sia della conduttanza elettrodermica, che della frequenza cardiaca.

Bibliografia

- Grundy, S.M., Balady, G.J., Criqui, M.H., (1997). Guide to primary prevention of cardiovascular diseases: a statement for healthcare professionals from the Task Force on Risk Reduction. American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee. *Circulation*. 1997;95: 2329–2331.
- Raaijmakers, S.F., Steel, F.W., De Goede, M., Van Wouwe, N.C., Van Erp, J.B.F., Brouwer, A.M. (2013). Heart rate variability and skin conductance biofeedback. A Triple-blind randomized controlled study. *Humaine Association Conference on Affective Computing and Intelligent Interaction*.
- Rosengren, A., Dotevall, A., Eriksson, H. (2001). Optimal risk factors in the population: prognosis, prevalence, and secular trends; data from Goteborg population studies. *Eur Heart J*;22:136–144.
- Scrimali, T. (2010). *Neuroscienze e Psicologia Clinica*. Milano: Franco Angeli
- Scrimali, T. (2012). *Neuro science-Based Cognitive Therapy*. Chichetser: Wiley
- Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, (2000). Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *N Engl J Med.*; 343:16–22.

L'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTALE IN PAZIENTI CON DIPENDENZA DA ALCOOL: UNO STUDIO RCT

**Giovanna Coriale*, Francesca De Rosa*, Gemma Battagliese*, Raffaella Porrari*
e Mauro Ceccanti***

*Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio (CRARL),
Dipartimento di Medicina Clinica -Sapienza Università di Roma

Summary

The aim of the present study was to assess the effectiveness of a Cognitive-Behavioural treatment (CBT) compared with Motivational Interview (MI) in alcoholics without severe psychiatric and/or cognitive impairments. In this controlled and randomized study we assessed 325 pure alcoholics. The 59.4% (n=193) were excluded according to exclusion/inclusion criteria. The higher portion of exclusions (47.15%; n=91) regarded patients with comorbid psychiatric disorders. Eligible patients were 132 (40.6%). We found a significantly higher adherence to the treatment in the CBT group compared to the MI group. At the end of treatment, the CBT group had a drop-out rate of 34.9% whereas the drop-out rate of the MI group was 91.5%. Abstinence in CBT group but not in the MI group predicted decreased avoidance coping and increased self-efficacy. In conclusion, CBT may contribute to maintain abstinence from alcohol by restoring coping strategies and by potentiating the self-efficacy in managing risk situations in drinking people.

Key words:

Cognitive-behavioral treatment, alcohol dependence, treatment efficacy, coping strategy, mechanism of change, self-efficacy.

Riassunto

Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare l'efficacia del trattamento Cognitivo-Comportamentale (TCC) confrontato con il Colloquio Motivazionale (CM) in alcolisti senza patologie psichiatriche e/o gravi deficit cognitivi. In questo studio (TCC) abbiamo valutato 325 alcolisti. Il 59,4% (n = 193) sono stati esclusi in base ai criteri di esclusione / inclusione. La percentuale maggiore di esclusione (47.15%; n = 91) considerava pazienti con disturbi psichiatrici concomitanti. Agli altri pazienti è stato proposto il trattamento. I risultati hanno evidenziato una significativa aderenza al trattamento nel gruppo TCC rispetto al gruppo CM. Alla fine del trattamento, il gruppo TCC ha avuto un tasso di *drop-out* del 34,9%, mentre il tasso di abbandono del gruppo CM è stato del 91,5%. Inoltre, solo nel gruppo dei pazienti assegnati al trattamento CBT, la riduzione dei consumi alcolici predice una diminuzione delle strategie di evitamento e una maggiore auto-efficacia. In conclusione, il trattamento Cognitivo-Comportamentale contribuisce a: mantenere i pazienti in trattamento, a garantirne l'astinenza o la riduzione dei consumi la quale predice un miglioramento delle strategie di *coping* e un potenziamento dell'auto-efficacia nella gestione di situazioni a rischio di ricaduta.

Parole chiave

Trattamento Cognitivo-Comportamentale, dipendenza da alcol, efficacia del trattamento, strategie di *coping*, meccanismo di cambiamento, auto-efficacia.

Introduzione

La dipendenza da alcol è un disturbo eterogeneo e multifattoriale, nel quale entrano in gioco aspetti fisiologici, comportamentali, cognitivi-psicologici e sociali (Kendler & Myers, 2012). Inoltre, può coesistere con, contribuire, o essere il risultato di diverse sindromi psichiatriche (Pettinati, O'Brien, & Dundon, 2013) o essere associato a più o meno gravi deficit cognitivi (Bates, Buckman, & Nguyen, 2013). Gli studi dimostrano che queste condizioni possono influenzare l'espressione clinica della dipendenza, ma anche gli esiti del trattamento (Hesselbrock & Hesselbrock, 2006), quindi trattamenti *ad hoc* (psicoterapeutici e farmacologici) sono necessari per garantire esiti positivi. L'osservazione clinica suggerisce, però, l'esistenza di una categoria di pazienti senza comorbidità con disturbi psichiatrici o gravi deficit cognitivi, chiamati "alcolisti puri" da Strong (1940), sui quali esistono pochi studi che indagano caratteristiche di questa popolazione clinica e/o l'efficacia dei trattamenti.

La letteratura sul trattamento della dipendenza da alcol sottolinea anche l'importanza di eleggere un trattamento che si adatti alle caratteristiche del paziente, al fine di ridurre i *drop-out*, aumentare la compliance e garantire l'efficacia. Negli ultimi decenni sono stati compiuti enormi progressi nello sviluppo e validazione di approcci *evidence based* per il trattamento psicologico della dipendenza da alcol. Attualmente, gli approcci che si sono dimostrati maggiormente efficaci sono la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) e il colloquio motivazionale (CM) (Carroll & Onken, 2005). Infine, nonostante molti studi descrivono l'efficacia del trattamento in pazienti alcol-dipendenti con comorbidità, solo pochi studi descrivono la prevalenza e il trattamento degli alcolisti senza patologie psichiatriche associate e senza deficit cognitivi (Sánchez-Peña, Alvarez-Cotoli & Rodríguez-Solano, 2012). In questo studio, sono stati considerati tre obiettivi principali: 1) valutare la prevalenza di dipendenza da alcool, in pazienti senza altri disturbi psichiatrici e cognitivi, in un campione italiano; 2) testare l'efficacia dei due trattamenti (TCC vs CM) in pazienti alcol-dipendenti senza disturbi psichiatrici o deficit cognitivi associati; 3) individuare i meccanismi responsabili dell'efficacia di uno dei due trattamenti.

Soggetti, Materiali e Metodo

Campione

Sono stati reclutati 325 pazienti alcol-dipendenti afferenti al Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio presso il Policlinico di Roma Umberto I. I pazienti inclusi rispondevano ai criteri per la diagnosi di alcool-dipendenza secondo il DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), stavano seguendo un percorso di disintossicazione ed erano astinenti da almeno 7 giorni.

Dei pazienti reclutati inizialmente, sono stati esclusi dallo studio coloro che nella valutazione di *screening*: riferivano sintomatologia psichiatrica (47.15%; n=91), confermavano i criteri per danni alle funzioni cognitive (20.73%; n=40) o entrambi (20.21%; n=39). Sono stati esclusi, inoltre, pazienti con danni organici, poliassuntori, pazienti non astinenti da almeno 7 giorni (11.91%; n=23). I pazienti eleggibili erano 132 (40,6%). I pazienti alcol-dipendenti eleggibili sono stati randomizzati in due condizioni. Un gruppo è stato sottoposto a un trattamento Cognitivo-Comportamentale (TCC; N=66) e un gruppo al Colloquio Motivazionale (CM; N=66). Alcuni pazienti per impossibilità a partecipare alle sessioni sono usciti dallo studio. Il campione finale è composto da 43 pazienti nel gruppo CBT (65,1% maschi con età media di 48.07±10.07) e 47 nel gruppo MI (74.5% maschi con età media di 46.23±9.59).

Strumenti

Ogni paziente è stato sottoposto a una valutazione di screening per escludere: concomitanti disturbi psichiatrici, attraverso visita psichiatrica e somministrazione della Symptoms CheckList-90 (SCL-90; Derogatis, 1996) e gravi deficit cognitive attraverso il Mini Mental State Examination (MMSE; (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) e il subtest Vocabolario della Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (WAIS-R; Wechsler, 1981).

Gli strumenti usati per le valutazioni di outcome sono stati somministrati prima del trattamento (*Baseline*) e a tre, sei, dodici mesi dalla fine del trattamento (*Follow up*).

A tal fine sono state rilevate le variabili alcolologiche (Giorni di astinenza, Unità alcoliche assunte) con il colloquio. Sono state, inoltre, valutate le strategie di coping attraverso il Test Coping Orientation to Problems Experienced (COPE-NVI; Sica, Magni, Ghisi, Altoè, & Sighinolfi, 2008) e quanto il paziente si sente efficace nel non ricadere in situazioni particolarmente a rischio attraverso il Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39; Annis, Graham & Davis, 1987).

Metodo

I soggetti sono stati randomizzati e assegnati casualmente a due gruppi. Un gruppo ha ricevuto il Colloquio Motivazionale (CM), 3 sedute di intervento centrato sul cliente, volto a migliorare la motivazione del paziente a cambiare il comportamento di dipendenza. Gli obiettivi delle sessioni, nello specifico, sono stati: 1) migliorare la motivazione interna al cambiamento; 2) rafforzare la motivazione acquisita; 3) sviluppare un piano per realizzare il cambiamento. La durata di ogni sessione è stata di circa 60 minuti. L'altro gruppo ha ricevuto il trattamento Cognitivo-Comportamentale (TCC), 5 sedute in cui ci si è concentrati sul cambiamento del comportamento di dipendenza attraverso interventi cognitivi e comportamentali. Nello specifico, gli obiettivi delle sessioni cliniche sono stati: 1) individuare specifiche situazioni ad alto rischio, passate e presenti; 2) migliorare le competenze per far fronte a tali situazioni e l'aumento del senso di auto-efficacia dei pazienti; 3) eliminare credenze disfunzionali relative agli effetti dell'uso di alcol; 4) gestire le ricadute e ristrutturare la percezione del processo di ricaduta; 5) rafforzare la capacità di riconoscere e affrontare le situazioni ad alto rischio di bere. La durata di ogni sessione è stata di circa 60 minuti.

I terapeuti che hanno condotto gli interventi sono stati supervisionati da un terapeuta senior ed avevano almeno 3 anni di esperienza esperti nel trattamento della dipendenza da alcol.

Lo studio è stato approvato dal comitato etico del Policlinico di Roma Umberto I, e tutti i partecipanti hanno firmato un consenso informato.

Risultati

Caratteristiche del campione e differenze in baseline

I pazienti arruolati nello studio sono stati 325, di questi il 59,4% (n = 193) sono stati esclusi. La percentuale maggiore di esclusione riguarda pazienti con disturbi psichiatrici concomitanti (47.15%; n = 91) deficit cognitivi (20.73%; n = 40) o entrambi (20.21%; n = 39).

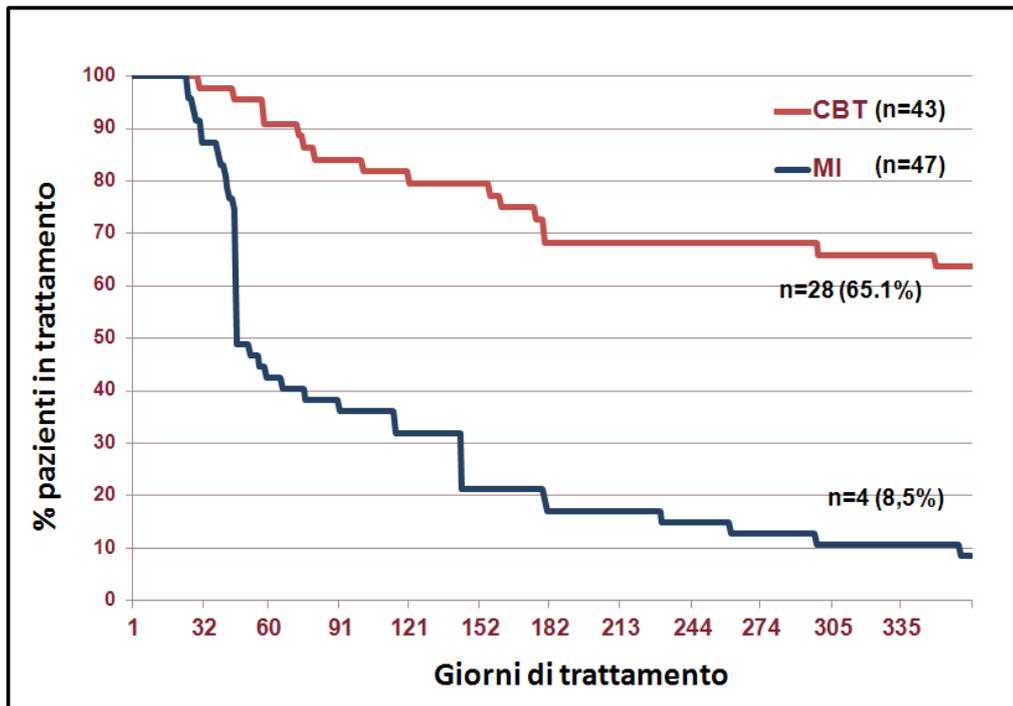
L'età media di insorgenza dei problemi di alcol è di 29,88 ± 11,33 anni; i pazienti riportano mediamente 15,59 ± 10,12 anni di consumo a rischio, e riferiscono una media di 13,67 ± 10,28 drink al giorno nei tre mesi precedenti il ricovero per la disintossicazione.

La randomizzazione è stata effettuata con successo in quanto tra i partecipanti non si sono riscontrate differenze nelle caratteristiche socio-demografiche, le variabili alcolologiche e le misure di *screening* e di *outcome*.

Efficacia del trattamento: Aderenza al trattamento

Le curve di sopravvivenza Kaplan-Meier indicano una differenza significativa relativamente all'aderenza al trattamento (Log-rank: 24.41₍₁₎, p<0.001; Breslow: 15.73₍₁₎, p<.001; Tarone Ware: 19.69₍₁₎, p<0.001), come mostrato in Figura 1. La percentuale di pazienti rimasti in trattamento è maggiore per il gruppo TCC, rispetto al gruppo CM, a tre, sei e dodici mesi. A un anno il 65,1% (n=28) dei pazienti del gruppo TCC erano rimasti in trattamento rispetto all'8,5% (n=4) dei pazienti del gruppo CM. A tre, sei e dodici mesi il tasso di *drop-out* è stato rispettivamente nel gruppo CM di 61,7% (n=29), 80,9% (n=38) e 91,5% (n=43) e nel gruppo TCC di 16,3% (n=7), 30,2% (n=13) e 34,9% (n=15). La più alta percentuale di abbandono si è verificata nei primi tre mesi di trattamento, con una maggiore tendenza nel gruppo CM.

Fig. 1 – Curve Kaplan–Meier, confronto della probabilità di sopravvivenza tra TCC e CM



Efficacia del trattamento: strategie di coping a tre mesi

I risultati hanno evidenziato che per entrambe i gruppi, intorno a tre mesi di trattamento la percentuale dei giorni di astinenza è di circa il 90%.

Al fine di valutare se l'astinenza o la riduzione dei consumi alcolici possa predire la modifica delle strategie di coping, analisi di regressione lineare sono state condotte su entrambe i gruppi utilizzando come predittore i giorni di astinenza dall'alcol e come criterio le dimensioni del COPE-NVI.

Sono stati usati i punteggi del questionario a 3 mesi in quanto a 6 mesi troppi pochi soggetti erano presenti nel gruppo CM.

I risultati indicano che i giorni di astinenza dall'alcol non predicano il Supporto Sociale, l'Attitudine Positiva, l'Orientamento al Problema e l'Orientamento Trascendentale in nessuno dei due gruppi.

I giorni di astinenza predicano invece la diminuzione delle Strategie di Evitamento ma solo nel gruppo TCC. I risultati infatti indicano che il modello è statisticamente significativo nel gruppo TCC ($F(1,33) = 49.852$; $p < 0.001$) e spiega il 78% della varianza ($R = 0.884$; $R^2 = 0.781$). La funzione include i giorni di astinenza ($\beta = -0.726$; $p < 0.001$) e indica che maggiori sono i giorni di astinenza, minore è l'utilizzo di strategie di evitamento. Nel gruppo CM la funzione non è significativa ($F(1,14) = 2.494$; $p = 0.124$).

Efficacia del trattamento: auto-efficacia a tre mesi

Come per le strategie di coping, al fine di valutare se l'astinenza o la riduzione dei consumi alcolici possa predire la modifica della percezione di auto-efficacia a gestire situazioni a rischio di ricaduta, analisi di regressione lineare sono state condotte su entrambe i gruppi utilizzando come predittore i giorni di astinenza e come criterio le dimensioni del SCQ-39.

I risultati indicano che più giorni di astinenza predicano una maggiore percezione di auto-efficacia nelle situazioni positive ($\beta = 0.418$; $p = 0.006$) nel gruppo TCC. Il modello di regressione è significativo ($F(1,33) = 10.015$; $p = 0.006$) e spiega il 38.5 % di varianza ($R = 0.620$; $R^2 = 0.385$). Nel gruppo CM la funzione non è significativa ($F(1,16) = 0.042$; $p = 0.839$).

Relativamente alle situazioni di *Craving* o Tentazioni, i risultati indicano una funzione statisticamente significativa ($F(1,33) = 5.233$; $p=0.036$) che spiega il 24.6% di varianza ($R= 0.496$; $R^2= 0.246$) nel gruppo TCC. La funzione include i giorni di astinenza ($\beta=0.357$; $p=0.036$) e indica che un maggior numero di giorni di astinenza predicono una maggiore autoefficacia in situazioni in cui si presenta *craving* o tentazioni. Nel gruppo CM la funzione non è significativa ($F(1,16) = 0.096$; $p=0.759$).

Discussione e Conclusioni

Il presente studio si è posto l'obiettivo di condurre e successivamente di valutare l'efficacia di due interventi, che in letteratura sono considerati come efficaci per il Disturbo da Uso di Alcool, su una popolazione di pazienti alcolisti ma senza comorbidità psichiatrica e deficit cognitivi gravi.

Un primo obiettivo voleva valutare la prevalenza di pazienti "alcolisti puri". Il 40,6% dei pazienti alcolisti esaminati sono risultati "puri". Il secondo obiettivo voleva valutare l'efficacia dei due interventi. I pazienti di entrambe i gruppi hanno diminuito il consumo di alcol e aumentato i giorni di astinenza, ma i pazienti assegnati al gruppo TCC sono rimasti in trattamento significativamente più tempo rispetto al gruppo MI nel quale, soprattutto, nei primi tre mesi vi è stato un alto tasso di *drop-out*. Infine, nei pazienti che hanno ricevuto l'intervento TCC, l'astinenza è associata ad una maggiore percezione di auto-efficacia nella gestione di situazioni a rischio di bevuta e utilizzano meno strategie di evitamento nei primi tre mesi di *follow-up* diversamente dal gruppo CM. In particolare, riferiscono una migliore capacità di far fronte alla situazione critica, senza l'uso di negazione, distacco mentale e comportamentale, ricorso all'alcol rispetto ai pazienti del gruppo CM.

In conclusione, i risultati del nostro studio dimostrano: 1) un'alta percentuale di alcolisti senza comorbidità psichiatrica e deficit cognitivi gravi; 2) l'efficacia del trattamento Cognitivo-Comportamentale sia nel ridurre notevolmente e significativamente i consumi che potenziare meccanismi e processi che prevengono la ricaduta. Si potrebbe pensare che gli alcolisti puri non avendo complicanze psichiatriche e di funzionamento cognitivo, posseggano sufficienti risorse per affrontare la dipendenza da alcol senza trattamento psicosociale. I risultati del nostro lavoro, invece evidenziano il contrario. E' una tipologia che ha bisogno di un trattamento. Un intervento cognitivo-comportamentale precoce è fortemente consigliato sia per evitare complicazioni di salute fisica e mentale, a causa di un uso continuo di alcol, che per garantire una riduzione dei costi sociali ed economici dell'alcolismo (Rehm et al., 2010).

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (p. 943). American Psychiatric Association.
- Annis, H., Graham, J. M., & Davis, C. S. (1987). *Inventory of Drinking Situations (IDS): User's Guide* (p. 106). Addiction Research Foundation.
- Bates, M. E., Buckman, J. F., & Nguyen, T. T. (2013). A role for cognitive rehabilitation in increasing the effectiveness of treatment for alcohol use disorders. *Neuropsychology Review*, 23(1), 27–47. doi:10.1007/s11065-013-9228-3
- Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452–60. doi:10.1176/appi.ajp.162.8.1452
- Derogatis, L. R. (1996). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R : Administration, Scoring, and Procedures Manual*. NCS Pearson.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–98.
- Hesselbrock, V. M., & Hesselbrock, M. N. (2006). Are there empirically supported and clinically useful subtypes of alcohol dependence? *Addiction (Abingdon, England)*, 101 Suppl , 97–103. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01596.x

- Kendler, K. S., & Myers, J. (2012). Clinical indices of familial alcohol use disorder. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 36(12), 2126–31. doi:10.1111/j.1530-0277.2012.01844.x
- Lai, H. M. X., Sitharthan, T., & Huang, Q. R. (2012). Exploration of the comorbidity of alcohol use disorders and mental health disorders among inpatients presenting to all hospitals in New South Wales, Australia. *Substance Abuse*, 33(2), 138–45. doi:10.1080/08897077.2011.634967
- Pettinati, H. M., O'Brien, C. P., & Dundon, W. D. (2013). Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *The American Journal of Psychiatry*, 170(1), 23–30. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12010112
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L. G., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., ... Taylor, B. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(5), 817–43. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x
- Sánchez-Peña, J. F., Alvarez-Cotoli, P., & Rodríguez-Solano, J. J. (n.d.). Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(3), 129–35.
- Sica, C., Magni, C., Ghisi, M., Altoè, G., & Sighinolfi, C. (2008). Ricerche Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia Cognitiva E Comportamentale*, 14, 27–53.
- Strong, W. A. (1940). Alcoholism, its frequency, etiology and treatment. *The Psychiatric Quarterly*, 14(2), 403–411. doi:10.1007/BF01573198
- Wechsler, D. (1981). *WAIS-R, Wechsler Adult Intelligence Scale- Revised, Manual* (p. 156). Psychological Corporation.

SEXUAL DISGUST: HISTORY, THEORY, AND CLINICAL SIGNIFICANCE

Gregoris Simos, MD, PhD

*Department of Educational and Social Policy -University of Macedonia,
Thessaloniki. Greece*

Abstract

Although disgust, a repulsion response at the prospect of oral incorporation of a potentially contaminating object, has been recognized as a basic emotion, like fear or sadness, research on its qualities and clinical significance has been, in general, rather rare. Sexual disgust is an even more neglected aspect of disgust. This article focuses on the course and definition of the disgust and the sexual disgust concept, briefly presents the main theoretical perspectives, and also focuses on the emerging importance of sexual disgust in specific psychopathological entities, mainly sexual dysfunctions and the morbid consequences of sexual trauma.

Riassunto

Sebbene il disgusto, risposta repulsiva all'aspettativa di incorporazione di oggetti potenzialmente contaminanti, è stata riconosciuta come un'emozione di base, come la paura o la tristezza, le ricerche sulla sua natura e significato clinico finora sono state piuttosto scarse. Il disgusto sessuale è un aspetto ancora più trascurato del disgusto. Questo articolo si focalizza sulla storia e la definizione del concetto di disgusto e di disgusto sessuale in particolare, presenta brevemente le principali prospettive teoriche, e si concentra sull'importanza emergente del disgusto sessuale in specifiche condizioni psicopatologiche, soprattutto le disfunzioni sessuali e le conseguenze morbose dei traumi sessuali.

Defining disgust

Disgust was recognized and described as a basic emotion by Darwin (1872/1965). Darwin defined disgust as referring to 'something revolting, primarily in relation to the sense of taste, as actually perceived or vividly imagined; and secondarily to anything which causes a similar feeling, through the sense of smell, touch, and even of eyesight' (p. 253) and summarises saying that disgust "in its simplest sense, means something offensive to the taste" (p. 256).

Disgust has been categorised as a basic or fundamental emotion on the basis of various theoretical or research perspectives. For example, Plutchik (1980) includes disgust, along acceptance, anger, anticipation, joy, fear, sadness, and surprise, in basic emotions on the basis of its relation to adaptive biological processes, while Ekman, Friesen, & Ellsworth (1982) include disgust, along with anger, fear, joy, sadness and surprise in basic emotions on the basis of universal facial expressions, and Oatley and Johnson-Laird (1987) consider disgust, along with happiness, sadness, anxiety and anger, as basic on the base of its primacy in the communications within the brain and among individuals. Like other basic emotions, disgust has a characteristic facial expression (Ekman & Friesen, 1975; Izard, 1971), an appropriate action (distancing of the self from offensive objects), a distinctive physiological manifestation (nausea), and a characteristic feeling state (revulsion).

Disgust has undergone different definitions. Angyal (1941, p. 395) writes that 'disgust is a specific reaction towards the waste products of the human and animal body' (p. 395), Tomkins (1963) considers disgust to be 'recruited to defend the self against psychic incorporation or any increase in intimacy with a repellent object'

(p. 233), and Plutchik (1980) considers disgust as "getting rid of something harmful that has already been incorporated. It may take two forms, such as expelling feces or vomiting" (p. 144). Rozin and Fallon (1987, p. 23) define disgust as: 'Revulsion at the prospect of (oral) incorporation of an offensive object. The offensive objects are contaminants; that is, if they even briefly contact an acceptable food, they tend to render that food unacceptable.'

Although disgust was originally a response to rotten or repulsive food ('disgust' in English means 'bad taste'), the emotion of disgust seems to be elicited by a wide range of elicitors- primarily of animal and contaminating nature (Rozin and Fallon, 1987) most of which do not relate to food at all, and thus disgust has been extended from a mere food-related emotion to a more general- and culturally defined-emotion (Rozin, 2001). Several attitudes and processes are responsible for this- the meaning that is given to oral incorporation, the belief that people take on the properties of the foods they eat, the nature of the contamination response and its relation to the laws of sympathetic magic, e.g. similarity "The image is equal to the object" and contagion "Once in contact, always in contact." (Rozin & Fallon, 1987; Rozin & Nemeroff, 1990).

The process of pre-adaptation was also used to explain how disgust, an originally food-related emotion, expanded both in biological and in cultural evolution to become a guardian of the body, the social order, and the soul (the body-to-soul pre-adaptation theory). Starting from the point that disgust was at its core a food rejection emotion, Rozin and his colleagues (Rozin & Fallon, 1987; Rozin, Haidt & McCauley, 1993; Rozin, Haidt, McCauley & Imada, 1997) suggested that foods and body products are the core disgust elicitors, the elicitors for which the brain was most directly shaped by natural selection, probably in order to avoid biological pathogens. This powerful core disgust system, which stimulates a sense of repulsion and an active withdrawal from the elicitor, was pre-adapted for easy extension to other threatening entities, including social and moral threats. It was already known that gore and dismemberment of the human body often elicited disgust, as did a range of sexual acts, especially incest. Making something disgusting, would therefore produce a powerful internalized motivation to avoid it (Rozin, Haidt & McCauley, 2009).

The quest for the classification of disgust elicitors and domains

Haidt, McCauley and Rozin (1994) asked participants to describe the three most disgusting experiences of their lives, and also list as many disgusting things as they could think of, and they obtained a total of 221 descriptions of disgusting objects and actions. Foods, body products and sexuality accounted for 57% of all descriptions, while 5 additional domains of disgust were also suggested. Thirteen percent of all descriptions involved gore, surgery, puncture wounds, deformity, and other situations in which the normal exterior envelope of the body is breached or altered (a domain that authors referred to as "envelope violations"), six percent involved repulsive people whose actions were not necessarily linked to the physical body (authors referred to it as the "socio-moral violations" domain), six percent of descriptions related to disgusting animals, mostly insects (named "animals"), four percent involved concerns about dirt and germs ("hygiene"), and one percent involved contact with dead human or animal bodies ("death"), while the remaining thirteen percent of responses were uncodable without additional information.

Preliminary studies based on the above data (Haidt et al., 1994) resulted in 7 domains of disgust elicitors: food, animals, body products, sex, body envelope violations, death and hygiene. Consequently, sexual morality items from the "socio-moral violations" domain were collapsed with the sexual behaviours items into a "sex" domain, so that the socio-moral domain was dropped. Further elaboration of the above data resulted in a 32-item Disgust Scale. "Sex" domain comprised of 4 items (Table 1a).

Application of the Disgust Scale (DS) to two samples showed coefficient Alphas for the Sex domain scale equal to 0.51 and 0.52, while correlation coefficients with the remaining DS domain scales were between 0.10 to 0.41 in the first sample and 0.05 to 0.27 in the second sample. Interestingly the higher correlation coefficients

(0.41 and 0.27 respectively) were those between the Sex domain (“sex involving culturally deviant sexual behavior”) and the Hygiene domain (“violations of culturally expected hygiene practices”).

Several studies that followed [see Olatunji, Williams, Tolin, Abramowitz, Sawchuk, Lohr & Elwood (2007), for a review] showed conflicting results related to the DS factor structure and made a DS revision necessary. Olatunji et al (2007) conducted four consecutive studies in order to evaluate the item adequacy, factor structure, reliability and validity of the Disgust Scale. Their results suggested that 7 items should be considered for removal from the DS, and that after removing these items, the DS was found to tap 3 dimensions of disgust: Core Disgust, Animal Reminder Disgust and Contamination-Based Disgust.

The above results, that were also further replicated (Olatunji, Moretz, McKay, Bjorklund, de Jong et al., 2009; van Overveld, de Jong, Peters & Schouten, 2011; Olatunji, Ebesutani, Haidt & Sawchuk, 2014), actually resulted in the abandonment of DS and in the consequent extended use of its revision, the Disgust Scale-Revised (DS-R). DS-R consists of three subscales that show up consistently in factor analyses: Core disgust (including food, animals and body products), Animal-reminder disgust (death and envelope violations) and Contamination disgust (concerns about interpersonal transmission of essences). Unfortunately, the seven DS items that were omitted in DS-R, contained the four sexual disgust items of the ‘Sex’ domain scale, making thus the DS-R inappropriate for the direct assessment and further inquiry of sexual disgust aspects in the studies that followed.

Tybur, Lieberman and Griskevicius (2009) proposed a theoretically different classification of disgust elicitors than the Rozin & Fallon (1987) classification; according to this evolutionary perspective, disgust functions to solve three qualitatively different adaptive problems related to pathogen avoidance, mate choice, and social interaction. These three problems correspond to three disgust domains related to pathogens, sexuality and morality- Pathogen disgust, Sexual disgust and Moral disgust respectively. In contrast to the animal reminder perspective, which suggests that sexual disgust evolved to protect us from recognizing that we are animals (Haidt et al., 1994; Rozin et al., 2001; Rozin & Haidt, 2013), Tybur and his colleagues (Tybur et al., 2009; Tybur, Lieberman, Kurzban & DeScioli, 2013) suggest that sexual disgust is an evolved solution to the adaptive problem of avoiding biologically costly mates and sexual behaviors. Having the above in their mind, Tybur et al. (2009) developed the Three-Domain Disgust Scale- TDDS (The Sexual disgust part of TDDS is in Table 1b).

Curtis and Biran (2001) in their effort to explore the motivation for hygiene behaviour, generated sets of objects and events that were found to be disgusting from five studies in Africa, India, the Netherlands, the United Kingdom, and in an international airport. By asking people what disgusts them, they produced a very diverse set of objects, events, actions, and sensations. Nevertheless, bodily secretions were the most widely reported elicitors of the disgust emotion. Feces appeared on all participating samples, while vomit, sweat, saliva, blood, pus, and sexual fluids appeared frequently.

Van Overveld, de Jong, Peters, van Lankveld, Melles and ter Kuile (2013) taking into consideration that disgust may be involved in sexual problems by disrupting sexual arousal and motivating avoidance of sexual intercourse, and that heightened disgust for sexual contaminants may be related to sexual dysfunctions, developed the Sexual Disgust Questionnaire (SDQ/ individual items of SDQ are in Table 1c). The SDQ proved a valid and reliable index to establish disgust propensity for sexual stimuli. Sexual disgust and willingness to handle sexually contaminated stimuli were associated with vaginismus in women, while men with erectile disorders demonstrated a lower willingness to handle sexually contaminated stimuli compared to men without sexual problems.

Sexual Disgust and recent research findings

The increasing interest in disgust in general and sexual disgust in particular had as a result an increase in relevant conceptualizations, studies and writings (Curtis, 2011; de Jong & Peters, 2009; de Jong, van Lankveld, Elgersma & Borg, 2010; Borg, de Jong & Schultz, 2010).

As sexual acts, body parts and products are a focus of disgust, we should expect pathologies of the disgust system to affect sexual function (Curtis, 2011). Koukounas and McCabe (1997) found that disgust correlated negatively to levels of subjective sexual arousal, entertainment and positive feelings, at the same time that disgust correlated positively to anxiety, boredom and anger when both men and women viewed a series of erotic film segments. Toledano and Pfaus (2006) conducted two experiments (viewing a 3-minute erotic film or engaging in a 3-minute period of erotic fantasy) with the goal of developing an assessment tool to evaluate the psychological and subjective experience of sexual arousal and desire in men and women. One of the four resulting factors of this tool, namely the Negative/Aversive factor based on the meaning of the descriptors, included feelings of aversion, repulsion and displeasure that are conceptually close to that of disgust. Interestingly, mean scores on the Negative/Aversive factor were higher for women than for men.

De Jong and his colleagues (de Jong, van Overveld, Schultz, Peters & Buwalda, 2009) examined the potential role of disgust propensity and contamination sensitivity in vaginismus and found that patients with vaginistic complaints were characterized by relatively high levels of general disgust propensity, and that high levels of disgust propensity were significantly associated with avoidance of physical contact with sexual stimuli when an unknown person (and not the participant's partner or the participant herself) was the source of potential contamination. De Jong et al. (2010) used appropriate case illustrations to conclude that disgust may be a crucial factor in the development and maintenance of sexual problems and that it might be helpful in the improvement of available interventions, especially if these interventions focus on contamination-related preoccupations and on the application of exposure tasks aiming at reducing the contamination potency of sexual products (e.g. sperm, vaginal fluids).

Since stimuli involved in sexual encounters (saliva, sweat, semen, vaginal secretions and body odours) are in general strong disgust elicitors, one could expect that disgust may interfere in sexual activities and thus may be involved in specific sexual dysfunctions (de Jong et al., 2010). Taking this into consideration, Borg and de Jong (2012) wondered why people still manage to engage in pleasurable sex despite the disgusting nature of many stimuli that are implicated in sexual behaviours, and they set the appropriate research. What they found was that feelings and avoidance of disgust represent (partly) independent phenomena that are differentially influenced by sexual arousal, and that both the impact of heightened sexual arousal on subjective disgust and also on disgust-induced avoidance acts in a way to facilitate the engagement in pleasurable sex and therefore can be problematic if one of the two is not influenced or modified by sexual arousal. They also proposed a vicious cycle in the development and maintenance of particular sexual problems or dysfunctions-lack of or low sexual arousal does not weaken feelings of disgust and disgust-induced avoidance, something that in its turn leads to problems of sexual engagement and so on. De Jong, van Overveld and Borg (2013), further elaborate this model and conclude that disgust-based mechanisms that counteract sexual approach may give rise to a self-perpetuating cycle in which enhanced sexual disgust becomes a chronic feature.

Interestingly Fleischman, Hamilton, Fessler and Meston (n.d.) (findings presented in Fleischman, 2014) found that disgust sensitive women become more disgusted when aroused and less disgust sensitive women become less disgusted when aroused. Contrary to their previous findings (de Jong et al., 2010; Borg and de Jong, 2012; de Jong et al., 2013), recent research found no strong evidence to support the view that high trait disgust or relatively strong automatic sex-disgust associations would be linked with low sexual functioning

and low sexual arousal in young adult men and women without sexual problems (Grauvolg, de Jong, Peters, Evers, van Overveld and van Lankveld, 2014).

Sexual disgust has not only to do with sexual attitudes and behaviours, but also traumatic sexual events. The study of a group of women with a history of traumatic sexual or physical assault showed that the intensity of peritraumatic self-focused disgust (disgust toward themselves) was significantly related to contamination-based obsessive compulsive symptoms while peritraumatic fear and other-focused disgust (disgusted toward perpetrator) were related to posttraumatic stress symptoms (Badour, Bown, Adams, Bunaciu and Feldner, 2012). Findings of a similar study suggested that although individuals are likely to respond to reminders of sexual assault with greater increases in disgust overall, elevated PTS symptoms predict greater traumatic event-related disgust reactivity following both sexual assault and traumatic nonsexual assault (Badour, Feldner, Babson, Blumenthal & Dutton, 2013). The study of a sample of women with a history of sexual trauma showed that subjects perceiving their selves as disgusting- as a result of experiencing a sexual assault- may be more predictive of subsequent concerns with mental contamination as compared to feelings of disgust experienced toward the perpetrator of an assault; such a finding supports the idea that during a sexual trauma the victim's internalization of a self-focused disgust response may specifically lead to the subsequent internal experience of dirtiness or mental contamination (Badour, Ojserkis, McKay & Feldner, 2014). Finally, the study of adult survivors of childhood sexual abuse (CSA) showed that they suffered from significantly higher levels of disgust and lower level of happiness, a finding that underlines the significance of the relationship between the emotion of disgust and psychopathology in CSA survivors (Coyle, Karatzias, Summers & Power, 2014).

Conclusion

To conclude, "disgust has arrived" as an emotion attracting intense study by clinical psychologists (McNally, 2002), and has become "the unlikely academic star of our time" (Strohmingner, 2014), while sexual disgust seems to play in increasing role in our understanding of sexual functions and dysfunctions. At the same time, disgust (quite possibly a sexual disgust) is becoming the missing link between aversive sexual experiences and consequent distress and psychopathology. The increasing number of scientific papers on disgust in general, and on sexual disgust in particular, seem to make a good promise for the future.

References

- Angyal, A. (1941). Disgust and related aversions. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 36(3), 393-412.
- Badour, C. L., Bown, S., Adams, T. G., Bunaciu, L., & Feldner, M. T. (2012). Specificity of fear and disgust experienced during traumatic interpersonal victimization in predicting posttraumatic stress and contamination-based obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Anxiety disorders*, 26(5), 590-598.
- Badour, C. L., Feldner, M. T., Babson, K. A., Blumenthal, H., & Dutton, C. E. (2013). Disgust, mental contamination, and posttraumatic stress: Unique relations following sexual versus non-sexual assault. *Journal of anxiety disorders*, 27(1), 155-162.
- Badour, C. L., Ojserkis, R., McKay, D., & Feldner, M. T. (2014). Disgust as a unique affective predictor of mental contamination following sexual trauma. *Journal of anxiety disorders*, 28(7), 704-711.
- Borg, C., & de Jong, P. J. (2012). Feelings of disgust and disgust-induced avoidance weaken following induced sexual arousal in women. *PloS one*, 7(9), e44111.
- Borg, C., de Jong, P. J., & Schultz, W. W. (2010). Vaginismus and dyspareunia: Automatic vs. deliberate disgust responsiveness. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(6), 2149-2157.

- Coyle, E., Karatzias, T., Summers, A., & Power, M. (2014). Emotions and emotion regulation in survivors of childhood sexual abuse: the importance of "disgust" in traumatic stress and psychopathology. *European Journal of Psychotraumatology*, 5: 23306.
- Curtis, V. (2011). Why disgust matters. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 366(1583), 3478-3490.
- Curtis, V., & Biran, A. (2001). Dirt, disgust, and disease: Is hygiene in our genes?. *Perspectives in biology and medicine*, 44(1), 17-31.
- Darwin, C. (1965). *The expression of the emotions in man and animals*. Chicago: University of Chicago Press. (Original work published 1872)
- de Jong, P. J., van Lankveld, J., Elgersma, H. J., & Borg, C. (2010). Disgust and sexual problems-theoretical conceptualization and case illustrations. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(1), 23-39.
- de Jong, P. J., van Overveld, M., & Borg, C. (2013). Giving in to arousal or staying stuck in disgust? Disgust-based mechanisms in sex and sexual dysfunction. *Journal of sex research*, 50 (3-4), 247-262.
- de Jong, P. J., van Overveld, M., Schultz, W. W., Peters, M. L., & Buwalda, F. M. (2009). Disgust and contamination sensitivity in vaginismus and dyspareunia. *Archives of sexual behavior*, 38(2), 244-252.
- de Jong, P., & Peters, M. (2009). Sex and the sexual dysfunctions: the role of disgust and contamination sensitivity. In Bunmi O. Olatunji and Dean McKay (Eds.) *Disgust and its disorders: theory, assessment, and treatment*, pp. 253–270. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1975). *Unmasking the face*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ekman, P., Friesen, W. V., & Ellsworth, P. (1982). Research foundations. *Emotion in the human face*, 2, 1-143.
- Fleischman, D.S. (2014). Women's disgust adaptation. In Weekes-Shackelford, V.A., & Shackelford, T.K. (Eds.), *Evolutionary perspectives on human sexual psychology and behaviour* (pp. 277-296). New York: Springer.
- Fleischman, D.S., Hamilton, L.D., Fessler, D.M.T., & Meston, C. (n.d.). Disgust versus lust: exploring the reciprocal interaction of disgust and fear on sexual arousal in women. Manuscript submitted for publication.
- Grauvogl, A., de Jong, P., Peters, M., Evers, S., van Overveld, M., & van Lankveld, J. (2014). Disgust and Sexual Arousal in Young Adult Men and Women. *Archives of sexual behavior*, 1-11.
- Haidt, J., McCauley, C., & Rozin, P. (1994). Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences*, 16(5), 701-713.
- Izard, C. E. (1971). *The face of emotion*. New York: Appleton-Century-Crofts
- Koukounas, E., & McCabe, M. (1997). Sexual and emotional variables influencing sexual response to erotica. *Behaviour Research and Therapy*, 35(3), 221-230.
- McNally, R. J. (2002). Disgust has arrived. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(5), 561-566.
- Oatley, K., & Johnson-Laird, P. N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and emotion*, 1(1), 29-50.
- Olatunji, B. O., & Sawchuk, C. N. (2005). Disgust: Characteristic features, social manifestations, and clinical implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(7), 932-962.
- Olatunji, B. O., Moretz, M. W., McKay, D., Bjorklund, F., de Jong, P. J., Haidt, J., Hursti, T.J., Imada, S., Koller, S. Mancini, F., Page, A.C., & Schienle, A. (2009). Confirming the three-factor structure of the Disgust Scale—Revised in eight countries. *Journal of cross-cultural psychology*, 40(2), 234-255.
- Olatunji, B. O., Williams, N. L., Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Sawchuk, C. N., Lohr, J. M., & Elwood, L. S. (2007). The Disgust Scale: item analysis, factor structure, and suggestions for refinement. *Psychological assessment*, 19(3), 281.
- Olatunji, B.O., Ebesutani, C., Haidt, J., Sawchuk C.N. (2014). Specificity of disgust domains in the prediction of contamination anxiety and avoidance: a multimodal examination. *Behavior Therapy*, 45(4):469-81.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper & Row.

- Rozin, P. (2001). Disgust, Psychology of. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Pages 3766-3769
- Rozin, P., & Fallon, A. E. (1987). A perspective on disgust. *Psychological review*, 94(1), 23-41.
- Rozin, P., & Nemeroff, C. J. (1990). The laws of sympathetic magic: A psychological analysis of similarity and contagion. In J. Stigler, G. Herdt, & R. A. Shweder (Eds.), *Cultural psychology: Essays on comparative human development* (pp. 205-232). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, C. (2009). Disgust: The Body and Soul Emotion in the Twenty-first Century. In Bunmi O. Olatunji and Dean McKay (Eds.) *Disgust and Its Disorders: Theory, Assessment, and Treatment Implications*, Washington, DC: American Psychological Association, 24.
- Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, C. R. (1993). Disgust. In M. Lewis & J. Haviland (Eds.). *Handbook of emotions* (pp. 575-594). New York: Guilford.
- Rozin, P., Haidt, J., McCauley, C. R., & Imada, S. (1997). The cultural evolution of disgust. In H. M. Macbeth (ed.). *Food preferences and taste: Continuity and change* (pp. 65-82). Oxford, U.K.: Berghahn.
- Rozin, P., & Haidt, J. (2013). The domains of disgust and their origins: contrasting biological and cultural evolutionary accounts. *Trends in cognitive sciences*, 17(8), 367-368.
- Strohmingner, N. (2014). Disgust talked about. *Philosophy Compass*, 9(7), 478-493
- Toledano, R., & Pfaus, J. (2006). The Sexual Arousal and Desire Inventory (SADI): A Multidimensional Scale to Assess Subjective Sexual Arousal and Desire. *The journal of sexual medicine*, 3(5), 853-877.
- Tomkins, S. (1963). *Affect, imagery, consciousness*. New York: Routledge.
- Tybur, J. M., Lieberman, D., & Griskevicius, V. (2009). Microbes, mating, and morality: individual differences in three functional domains of disgust. *Journal of personality and social psychology*, 97(1), 103-122.
- Tybur, J. M., Lieberman, D., Kurzban, R., & DeScioli, P. (2013). Disgust: Evolved function and structure. *Psychological review*, 120(1), 65-84.
- van Overveld, M., de Jong, P. J., Peters, M. L., & Schouten, E. (2011). The Disgust Scale-R: A valid and reliable index to investigate separate disgust domains? *Personality and Individual Differences*, 51(3), 325-330.
- van Overveld, M., de Jong, P. J., Peters, M. L., van Lankveld, J., Melles, R., & ter Kuile, M. M. (2013). The sexual disgust questionnaire; a psychometric study and a first exploration in patients with sexual dysfunctions. *The journal of sexual medicine*, 10(2), 396-407.

Table 1. Domains and Scales related to Sexual Disgust
Table 1a. The ‘Sex’ domain items of the Disgust Scale (Haidt et al., 1994)
<ul style="list-style-type: none"> • I think homosexual activities are immoral. • I think it is immoral for people to seek sexual pleasure from animals. • You hear about an adult woman who has sex with her father. • You hear about a 30 year-old man who seeks sexual relationships with an 80-year-old woman.
Table 1b. The Sexual disgust domain of the Three-Domain Disgust Scale (Tybur et al., 2009)
<ul style="list-style-type: none"> • Hearing two strangers having sex . • Performing oral sex. • Watching a pornographic video. • Finding out that someone you don’t like has sexual fantasies about you. • Bringing someone you just met back to your room to have sex. • A stranger of the opposite sex intentionally rubbing your thigh in an elevator. • Having anal sex with someone of the opposite sex.

Table 1c. Individual items of the Sexual Disgust Questionnaire (van Overveld et al., 2012)

- Use a towel for your face after it has been used to wipe off sperm/vaginal fluids from yourself after sexual intercourse and smells accordingly.
- Use a towel for your face after it has been used to wipe off sperm from your partner after sexual intercourse and smells accordingly.
- Lie beneath bedclothes in a hotel, that look unwashed and below which previous guests may have had sexual intercourse.
- Lie beneath bedclothes below which you have masturbated the day before and which show obvious smudges.
- Use a towel for your face that has been thoroughly cleaned after it has been used following sexual intercourse to wipe off sperm/vaginal fluids of an unknown person (e.g., a towel in a hotel).
- Touch a soiled, unwashed towel, that is possibly used to wipe off sperm/vaginal fluid of an unknown person after sexual intercourse (e.g., a towel in a hotel).

Correspondence

Gregoris Simos

Associate Professor Department of Educational and Social Policy- University of Macedonia,
156 Egnatia Street, PO Box 1591 - 546 36 Thessaloniki. Greece

Phone # +30-2310 891361 & +30-2310 853009

E-mail: gsimos@uom.edu.gr

CARTA DEI SERVIZI DELLA SEZIONE CLINICA DEL CENTRO PER LA RICERCA IN PSICOTERAPIA (CRP)

Dimitra Kakaraki, Natalia Perotto

Premessa

La tradizione delle Scuole di Specializzazione in psicoterapia vuole che a fianco alla formazione teorica sia fornita ai terapeuti in formazione la possibilità di sperimentare e praticare direttamente i percorsi e le procedure di intervento insegnate. Questo processo può avvenire, come da tempo dimostrato, nella Sezione Clinica o centro clinico di una Scuola di Specializzazione in psicoterapia dove terapeuti in formazione, psicoterapeuti, tutor e didatti sono impegnati a mettere in atto buone pratiche al servizio dei pazienti.

Tale possibilità sarebbe opportuno fosse incoraggiata per due ulteriori motivi:

1. favorire una ricerca in psicoterapia basata sulla pratica clinica, insegnando ai terapeuti in formazione a utilizzare e condurre ricerca sul processo e sull'esito del proprio lavoro;
2. la necessità di confrontarsi circa l'esito dei trattamenti è sentita anche dagli psicoterapeuti che lavorano in ambiti non accademici, come testimoniato dalla formazione delle "cooperative di ricerca" come ad esempio le "*practice research networks*" (Elliot, Zucconi, 2013; Borkovec T., Echemendia R.J., Ragusea S.A. & Ruiz M. 2001).

La Sezione Clinica del CRP, istituita nel 2009, intende rispondere a tre bisogni fondamentali, coerenti alle finalità dell'associazione come previsto dal suo statuto:

1. concentrare l'area della ricerca nell'applicazione di interventi psicoterapici favorendo la diffusione di buone pratiche nell'ambito pubblico e privato (favorire la ricerca sui metodi psicoterapici e diffonderne i risultati);
2. consentire ai terapeuti in formazione della Scuola del CRP di fare le loro prime esperienze da terapeuti e operatori di un servizio di psicoterapia ed intervento psicosociale e preventivo, garantendo la verifica degli interventi proposti a garanzia di qualità ai pazienti, destinatari ultimi di questi interventi (formare professionisti nei metodi validati);
3. rispondere adeguatamente ai bisogni relativi alla salute psichica delle persone in questo momento storico particolare di aumento della prevalenza del disagio psichico nella popolazione (v. dati OMS "*Health for All*") (anche attraverso la diffusione, nel pubblico, di corrette informazioni sulle psicoterapie).

Finalità

La Sezione Clinica si occupa di interventi in ambito psicologico e psicoterapico e persegue le seguenti finalità:

1. favorire il benessere psicologico della popolazione mediante interventi psicologici e psicoterapeutici;
2. favorire l'innovazione degli interventi in stretto rapporto con la metodologia sperimentale;
3. realizzare un servizio accessibile a tutte le fasce della popolazione, per promuovere il benessere psicologico a tutti i livelli;
4. favorire lo sviluppo professionale dei terapeuti in formazione della Scuola di Specializzazione in psicoterapia del CRP.

Tali finalità vengono realizzate anche servendosi di protocolli per la valutazione dell'esito degli interventi coerentemente con lo Statuto del CRP.

Ambiti di intervento

I membri dell'*équipe* della Sezione Clinica, garantendo alti livelli di specializzazione e competenza, si occupano principalmente delle seguenti aree di intervento: consulenza psicologica a persone di tutte le età; diagnosi e psicovalutazione; crisi d'ansia, attacchi di panico, agorafobia; disturbi ossessivi; depressione; disturbi psicosomatici; disturbi del sonno; disturbi alimentari; difficoltà sessuali e di coppia; difficoltà relazionali ed esistenziali; abuso di sostanze; dipendenze comportamentali (dipendenza da gioco d'azzardo, ecc.); problemi comportamentali dell'infanzia e dell'adolescenza; disturbi specifici dell'apprendimento; psico-oncologia; mediazione interculturale e sostegno alla transizione culturale; gestione dei conflitti; difficoltà legate al post-partum; valutazione e riabilitazione neuropsicologica; sostegno genitoriale; corsi di addestramento di tecniche di rilassamento individuale e di gruppo; potenziamento delle abilità di vita (*life skills*) e sociali; consulenza psicologica per le attività sportive; consulenza sugli stili di vita e psicologia della salute; consulenze e valutazioni psicologiche a fini legali; supporto psicologico al lavoro del medico di base; supervisione a professionisti che operano in ambito psicologico; interventi psicosociali nella scuola; e tutti gli ambiti relativi al Benessere Psicologico, sia a livello individuale che sociale.

I membri dell'*équipe* sono professionisti iscritti ai relativi albi professionali.

Accesso ai servizi e procedura di accoglienza

La segreteria è aperta tutti i pomeriggi dalle 15:00 alle 18:00. È anche possibile mettersi in contatto con la Sezione Clinica usufruendo della segreteria telefonica e il sito del CRP (www.crpitalia.it/centro-clinico).

Durante il primo contatto, viene compilata la scheda informativa del richiedente e si prenota l'appuntamento per il colloquio di accoglienza della durata di circa due ore. Questo comprende un primo colloquio, la registrazione del profilo psicofisiologico e la somministrazione di una batteria di questionari. Sulla base delle informazioni ottenute dal colloquio d'accoglienza, il richiedente viene inviato al servizio della Sezione Clinica più idoneo o da lui richiesto. Inoltre, lo stesso tipo di iter valutativo è previsto anche a conclusione del percorso psicoterapico (colloquio clinico, registrazione del profilo psicofisiologico e la somministrazione di una batteria di questionari) per garantire il confronto dei dati tra la fase di pre e post trattamento ricevuto. In questo modo, si può ottenere la verifica degli esiti del percorso psicoterapico. Entrambi i colloqui hanno un costo di 50,00€ cadauno, anche per chi usufruisce del Servizio Psicologico Solidale gratuito. I colloqui d'accoglienza sono svolti dai membri dell'*équipe* della Sezione Clinica.

Destinatari

I destinatari sono persone private o appartenenti ad enti o strutture.

Servizi Attivi

I servizi attualmente attivi nella Sezione Clinica sono:

- Sostegno Psicologico Solidale (SPS)
- Consulenza psicologica e psicoterapica (costi di "mercato")
- Gruppi psico-educativi
- Servizio di Neuropsicologia
- Servizio di Psico-oncologia
- Servizio di Sessuologia
- Seminari Informativi Gratuiti
- Seminari formativi

Più dettagliatamente ciascun servizio prevede:

- Sostegno Psicologico Solidale e Consulenza psicologica e psicoterapia (a costi di “mercato”)

Dagli anni '90 la prevalenza dei disturbi mentali è aumentata del 30% (dati OMS HFA). Inoltre, dal 2008 il nostro paese, come tutta l'Europa, sta affrontando una grave crisi economica. Questa crisi sta mettendo a dura prova le famiglie italiane che per poter andare avanti devono fare grandi sacrifici che spesso non bastano andando in contro ad alti livelli di incertezza e di sofferenza. Come emerge dal Rapporto Eurispes del 2015, la situazione è peggiorata per il 76,7% delle famiglie che ormai affrontano la vita giorno per giorno, senza una prospettiva certa per il futuro. Molte famiglie non riescono ad arrivare alla fine del mese, e pesano sui familiari o consumano i propri risparmi senza prospettive di miglioramento. Basti pensare che oltre alle spese per la casa e la vita quotidiana, il 40,9% non sono in grado di affrontare le spese mediche, dove la scelta è quella di aprire un prestito o di non farsi curare, se la problematica lo consente.

In linea con le proprie finalità, la Sezione Clinica del CRP supportata dalla Scuola di Specializzazione in psicoterapia, ha deciso di affrontare questo problema creando il servizio di **Sostegno Psicologico Solidale (SPS) o Terapia Solidale**.

Gli obiettivi che si propone il servizio sono:

1. rendere accessibile a tutte le fasce della popolazione il sostegno psicologico;
2. promuovere il benessere psicologico a tutti i livelli;
3. favorire la crescita professionale dei terapeuti in formazione presso la Scuola di Specializzazione in psicoterapia del CRP;
4. promuovere la ricerca in ambito clinico.

Il SPS, in linea con i primi due obiettivi, è un servizio di consulenza psicologica rivolta a coloro che pur sentendo il bisogno di un sostegno psicologico non possono accedervi a causa dei costi. In base alla situazione presentata dall'utente, la terapia potrà essere gratuita o al costo del ticket (35,00 euro). I posti di terapia Solidale gratuita sono limitati e potranno essere assegnati a coloro che per motivi ufficialmente riconosciuti usufruiscono dell'esenzione dal ticket anche nei servizi pubblici.

Il servizio è erogato dai membri dell'*équipe* della Sezione Clinica e dai terapeuti in formazione del 3° e 4° anno della Scuola di Specializzazione in psicoterapia del CRP che hanno aderito al progetto (3° obiettivo). Il SPS è parte del **FATE (Favorire l'Accesso alle psicoTerapie Efficaci)**¹.

I terapeuti in formazione, oltre al supporto dell'*équipe* della Sezione Clinica, sono seguiti anche dai Docenti Supervisor della Scuola, in modo da assicurare gli stessi standard professionali delle terapie a prezzo pieno.

In linea con l'ultimo obiettivo, l'accesso al SPS segue l'iter di accoglienza della Sezione Clinica, inclusi coloro che richiedono un SPS gratuito.

Infine, il servizio risponde anche a coloro che hanno bisogno di una terapia a lungo termine non mettendo un limite di sedute massimo da fare; inoltre, per coloro che ne hanno bisogno c'è la possibilità di fare il percorso terapeutico anche in lingua (spagnolo, inglese, francese e greco).

La Sezione Clinica, inoltre, offre un servizio di consulenza psicologica e psicoterapica a costo “di mercato”. Il servizio è erogato dagli psicoterapeuti, membri dell'*équipe* della Sezione Clinica.

1 Per maggiori informazioni sul FATE, visitare <http://www.crpitalia.it/archives/1216#more-1216>

- Servizio di Neuropsicologia

Dal 2010 è attivo presso la Sezione Clinica il servizio di Neuropsicologia per i pazienti che presentano alterazioni al sistema nervoso centrale dovute a ictus, trauma cranico, tumore, abuso di sostanze, sindromi genetiche, demenze o in caso di problematiche legate all'invecchiamento.

Il servizio prevede le seguenti attività:

1. valutazione diagnostica attraverso la somministrazione di test delle funzioni cognitive (attenzione, memoria, prassie, gnosie, funzioni esecutive ecc.) per la verifica di situazioni patologiche (ritardo mentale, disturbi visuo-percettivi, decadimento cognitivo, ecc.);
2. riabilitazione neuropsicologica per problematiche cognitive e/o di comportamento;
3. supporto familiare per la gestione dei propri cari affetti da malattie invalidanti;
4. psicoterapia per le problematiche psicologiche secondarie ai deficit neurologici;
5. sostegno all'anziano con difficoltà emotive (ansia, depressione, ecc.) legate all'invecchiamento.

- Servizio di Psico-oncologia

Soffrire di una malattia neoplastica comporta una vera e propria condizione di malessere psicologico. Tale disagio non è sempre connesso ad una vulnerabilità o ad una predisposizione psicopatologica, quanto piuttosto ad una condizione di "crisi" che la malattia come evento stressante generalmente imprevisto determina. I tumori nell'età adolescenziale hanno un maggiore impatto sulla vita del ragazzo in quanto lo colpiscono in un'età in cui l'attenzione per il corpo è particolarmente sentita, e questo rende più complessa la gestione della malattia oncologica per il giovane. I due compiti dell'adolescente, attraversare la malattia e attraversare l'adolescenza, vanno di pari passo. È indispensabile che l'adolescente in questo specifico momento possa trovare i supporti psicologici che gli permetteranno di affrontare le difficoltà della sua malattia e i vincoli legati al trattamento, ma anche di preservare la sua identità e l'immagine che egli ha di se stesso.

Il Servizio offre supporto psicologico a pazienti oncologici, familiari e operatori sanitari. Inoltre si occupa di sostegno anche ai pazienti adolescenti.

I principali fattori per cui si richiede, spesso, un supporto psicologico riguardano la comunicazione della diagnosi, la prospettiva dell'intervento chirurgico, l'ospedalizzazione, il percorso terapeutico e la prognosi grave e il compito dello psicologo è comprendere come la persona vive la situazione e quale sia l'impatto della malattia e delle terapie.

Infine, è necessario considerare la personalità del paziente a livello globale individuando eventuali aspetti del carattere che possano ostacolare l'adattamento alla nuova condizione, ma soprattutto identificare i punti di forza della persona su cui puntare e fare leva.

- Gruppi psico-educativi

Sono interventi specifici per l'apprendimento, potenziamento e generalizzazione di specifiche abilità/tematiche psicologiche. Ogni gruppo è composto da 6 a di 12 partecipanti.

Potenziare le abilità sociali

Il primo gruppo attivato presso la Sezione Clinica è stato creato per permettere ai partecipanti di potenziare le loro abilità sociali. I partecipanti sono sia pazienti che seguono una psicoterapia individuale sia le persone che intendono potenziare una delle abilità più in generale definite abilità di vita o *life skills*.

“Dimmi come mangi e ti dirò chi sei: gruppo di condivisione sulle abitudini alimentari e gestione delle emozioni”.

Il secondo gruppo attivato ha voluto dare la possibilità ai partecipanti di condividere le loro abitudini alimentari e individuare le strategie per la miglior gestione delle emozioni annesse a questi comportamenti.

- Seminari informativi

Dal 2013 presso la sede della Sezione Clinica sono stati organizzati due cicli di seminari informativi gratuiti rivolti al pubblico, allo scopo di favorire corrette informazioni sui vari disturbi psichici e il loro trattamento secondo l'approccio cognitivo comportamentale.

Da quest'anno, invece, i seminari informativi si terranno, prevalentemente, nelle giornate mondiali e avranno come argomento il tema al quale la giornata è dedicata. Lo scopo è quello di diffondere informazioni corrette circa le tematiche affrontate partendo dagli studi dell'approccio cognitivo-comportamentale per promuovere il benessere delle persone. Questi seminari sono svolti dai soci del CRP, sono rivolti al pubblico, sono gratuiti ed hanno la durata di 2 ore. Il calendario dei seminari viene periodicamente aggiornato sul sito del CRP ed è possibile prenotarsi telefonicamente o inviando una mail lasciando i propri dati alla segreteria (nome, cognome, numero di telefono, titolo del seminario per il quale si prenota).

- Seminari formativi

I seminari formativi sono approfondimenti delle tematiche affrontate nei seminari informativi. Si prospettano come gruppi esperienziali ed educativi della durata di 3 incontri di 2 ore ciascuno. Ogni gruppo è composto da un minimo di 6 partecipanti e un massimo di 12 partecipanti.

Lo scopo è quello di promuovere lo sviluppo e/o miglioramento di competenze negli specifici ambiti trattati utilizzando modalità e metodi tipici dell'approccio cognitivo-comportamentale. Questi seminari sono svolti dai soci del CRP. Il calendario dei seminari formativi viene periodicamente aggiornato sul sito del CRP ed è possibile prenotarsi lasciando i propri dati alla segreteria (nome, cognome, numero di telefono, titolo del seminario per il quale si prenota).

Attualmente sono attivi due Seminari Formativi: *Life Lab* e Il comportamento sessuale consumistico negli adolescenti.

- *Life Lab*

I seminari hanno la finalità di promuovere il benessere psicologico attraverso il potenziamento delle *life skills* (abilità di vita). I destinatari sono sia pazienti che seguono un percorso psicoterapico sia persone che vogliono potenziare le suddette abilità. Si tratta di un intervento universale, rivolto ad un'utenza ampia indipendentemente dal rischio di sviluppo o cronizzazione di difficoltà legate alla salute mentale.

L'intervento consisterà in cinque moduli esperienziali di gruppo, ciascuno suddiviso in tre incontri della durata di due ore a cadenza settimanale. La totalità degli incontri costituirà un percorso coerente e globale di addestramento alle abilità di vita; tuttavia ciascun modulo (di 3 incontri) è strutturato in modo da essere conclusivo in sé stesso, al fine di rendere possibile la partecipazione anche solo a singoli moduli a seconda dell'interesse ed utilità individuale.

È possibile introdurre nuovi moduli di approfondimento di abilità specifiche in base ad esigenze o interessi specifici che emergano nel corso dei moduli.

L'intervento è rivolto a partecipanti adulti (dai 20 anni in su); tuttavia è estendibile anche a soggetti adolescenti, attraverso un adattamento delle attività, in caso si crei un gruppo di interessati appartenenti alla fascia tra i 14 e i 20 anni.

Le abilità oggetto dei moduli sono quelle definite come abilità di vita (*life skills*) dall'OMS (1993), che le raggruppa in cinque coppie:

- 1) prendere decisioni e risolvere problemi;
- 2) pensiero creativo e pensiero critico;
- 3) comunicazione e rapporti interpersonali;
- 4) auto-consapevolezza ed empatia;
- 5) gestione delle emozioni e gestione dello stress.

I moduli hanno una struttura comune:

Primo incontro: presentazione del tema generale del modulo e dei suoi obiettivi; esercizi di rottura del ghiaccio per la conoscenza reciproca tra i partecipanti; introduzione teorica sull'abilità specifica oggetto dell'incontro; determinazione degli obiettivi per i singoli partecipanti; esercitazioni individuali, in gruppo o in piccoli gruppi; assegnazione dei compiti a casa.

Secondo incontro: valutazione dei compiti a casa e restituzione; introduzione al tema oggetto del secondo incontro; esercitazioni individuali, in gruppo o in piccoli gruppi; assegnazione dei compiti a casa.

Terzo incontro: valutazione dei compiti a casa e restituzione; introduzione al tema oggetto del terzo incontro; esercitazioni individuali, in gruppo o in piccoli gruppi; definizione di obiettivi da perseguire autonomamente per esercitare l'abilità oggetto del modulo.

- Il comportamento sessuale consumistico negli adolescenti: osservazioni cliniche e prospettive d'intervento.

Imparare ad impegnarsi in una relazione intima con un partner di sesso opposto e far fronte allo sviluppo delle attitudini sessuali può essere considerato uno dei più importanti ed universali compiti dello sviluppo di un adolescente. Essere in grado di vivere in modo sereno la propria sessualità è un cambiamento complesso, specialmente per un adolescente che non ha ancora sviluppato le capacità sociali, emotive e cognitive richieste. Nel comportamento sessuale degli adolescenti si osserva la messa in atto di una modalità comportamentale che presenta caratteristiche più vicine ad un atto consumistico del rapporto sessuale. A tal proposito sappiamo che il comportamento consumistico in adolescenza è uno dei fattori di rischio che allontana dalla maturazione di valori idonei all'integrazione socio-culturale. A tal proposito, un'accurata informazione contribuirebbe a prevenire gli effetti negativi dovuti al comportamento descritto.

Il Seminario Formativo è rivolto ad adolescenti, giovani e genitori.

- Servizio ai madrelingue stranieri

Il materiale promozionale della Sezione Clinica è stato tradotto in varie lingue come inglese, spagnolo, francese e greco, in quanto presso la sede vi sono terapeuti madrelingue o bilingue che svolgono la loro attività di psicoterapia nelle lingue sopraelencate.

Garanti della qualità: metodologia di lavoro

Le procedure che i membri dell'équipe della Sezione Clinica utilizzano per garantire un alto livello di lavoro scientifico, di ottima organizzazione e soprattutto un confronto attivo sui pazienti in carico del servizio sono:

a) Le riunioni d'équipe

Durante questi incontri i membri dell'équipe si confrontano sui dati ottenuti dalla prima valutazione del richiedente durante il colloquio d'accoglienza. Sulla base di questi dati si decide in quale servizio interno e a quale psicoterapeuta sia necessario indirizzare il richiedente.

b) Gruppo di Supervisione alla Pari

La supervisione è un'attività formativa applicata al lavoro clinico. Tale attività è spesso svolta da un supervisore psicoterapeuta più esperto e si rivolge ai terapeuti in formazione che intendano apprendere o perfezionare le loro competenze.

Oltre che individuale, la supervisione può essere di gruppo e/o alla pari. In quest'ultimo caso la discussione clinica avviene tra psicoterapeuti di uguale livello (ma con diverse competenze ed esperienze specifiche) permettendo ai partecipanti di poter condividere le difficoltà.

Essa consente di adattare le conoscenze teoriche alla pratica clinica e in particolare alle esigenze specifiche del terapeuta, del paziente e del *setting*.

Le funzioni principali della supervisione sono le seguenti:

1. funzioni didattiche: aumento della competenza teorica e pratica, nonché valutazione della loro adeguatezza per lo svolgimento dell'attività clinica;
2. funzione di sostegno: conoscenza e capacità di gestione delle dinamiche psicoemotive;
3. funzione consultiva: confronto attivo tra il supervisore e l'allievo sulla conduzione del caso.

Un'appropriata supervisione è *sia una garanzia per il migliore decorso del trattamento sia per il migliore equilibrio del terapeuta* (Borgo, Della Giusta, Sibilìa, 2001).

c) Gruppi di studio

I gruppi di studio hanno come finalità di affinare la specializzazione e competenze dei terapeuti che operano presso la Sezione Clinica. L'attività principale di questi gruppi è la ricerca su determinate tematiche di natura psicologica che possa garantire l'erogazione di servizi di alta qualità per il pubblico.

Attraverso il lavoro dei gruppi di studio si vuole ottenere:

1. la formazione di terapeuti altamente specializzati su una determinata tematica;
2. ipotesi di ricerca su una determinata tematica;
3. individuazione dei protocolli di intervento/trattamento più efficaci per determinate problematiche psicologiche;
4. prodotti di divulgazione contenenti informazioni corrette di una determinata tematica;
5. un servizio competente e di alta specializzazione per il pubblico presso la sede della Sezione Clinica.

Nei gruppi di studio, sulla base della loro area di interesse, sono impegnati soprattutto i terapeuti in formazione della Scuola di Specializzazione in psicoterapia.

Bibliografia

Borgo S., Della Giusta G., Sibilìa L. (2001). *Dizionario di psicoterapia cognitivo comportamentale*. Milano: McGraw-Hill.

Borkovec T., Echemendia R.J., Ragusea S.A. & Ruiz M. (2001). The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy effectiveness research. *Clinical Psychology: Research & Practice*, 8, 155-167.

Elliot R., Zucconi A. (2003). Un progetto internazionale di ricerca sull'efficacia della formazione degli psicoterapeuti delle scuole afferenti al CNSP, in *La formazione in psicoterapia. Quale scuola scegliere dopo la laurea?* In Zucconi A. (a cura di). Alpes Italia.

Eurispes (2015) Rapporto Italia 2015 – Italia: Burocrazia, “il grande Fratello”. Retrieved 17/03/2015, 22:45-<http://www.eurispes.eu/content/eurispes-rapporto-italia-2015-italia-burocrazia-il-E2%80%9Cgrande-fardello%E2%80%9D-comunicato-stampa>

CONTATTI

Sezione Clinica del CRP

Via Labicana 92, 00184, Roma

Tel: 06. 77 20 74 54

Email: segreteriasezionecrpicrp@gmail.com

Orari di segreteria: dal lunedì al venerdì dalle ore 15:00 alle ore 18:00

Presidente del CRP: Prof. Lucio Sibia

Direttore Didattico del CRP: Dr.ssa Stefania Borgo

Responsabili della Sezione Clinica: Dr. Stefano Acquistucci e Dr.ssa Dimitra Kakaraki

Referente del servizio “Sostegno Psicologico Solidale (SPS)”: Dr.ssa Natalia Perotto

Siti internet:

www.crpitalia.eu

www.crpitalia.it

NEXT CONFERENCES

BABCP 2015

43rd Annual Conference and Workshops



The 43rd BABCP Conference and Workshops

will be held at University of Warwick

on Tuesday 21st - Friday 24th July 2015

- Registration is now open.



43rd Annual Conference & Workshops

21st-24th July 2015 | University of Warwick

British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies



con il Patrocinio dell'Ordine degli Psicologi - Piemonte
e dell'Ordine dei Medici - Torino

MENTE e CORPO V

UN CONVEGNO BASATO SULL'ESPERIENZA

Le difficoltà del terapeuta
La ricerca della felicità



5 - 7 giugno 2015
Torino
Aula Magna Cavallerizza Reale



Centro di Scienza Cognitiva
Università e Politecnico di Torino

**Il convegno riguarda le interazioni
tra il corpo e la mente,
ed è rivolto a medici, psicologi
e psicoterapeuti.**

**Il convegno si propone di far
sperimentare in prima persona
ai partecipanti tecniche
e procedure terapeutiche,
grazie ad un programma ricco di
workshop esperienziali.**

**I partecipanti sono invitati a presentare
proposte di poster inviando
un abstract del loro contributo
entro il 24 aprile 2015.**

**Quota di iscrizione ridotta per soci SITCC,
ASCO, APC, SIPC e AIAMC, specializzandi,
studenti e per gli iscritti al convegno
entro il 5 maggio 2015.**

Chair del Convegno

Rita B. Ardito e Bruno G. Bara

Richiesto accreditamento ECM

Ulteriori informazioni su:

www.mentecervello.it

www.psych.unito.it/csc

Centro di Scienza Cognitiva
via Po, 14 – 10123 Torino

mente.corpo2015@gmail.com



Associazione
Mente e Cervello

Call for Papers



**CBT: A Road to Hope and
Compassion for People in Conflict**

**45th Annual
EABCT Congress**

Jerusalem, Israel
August 31-September 3, 2015

www.eabct2015.com



ASSOCIAZIONE ITALIANA DI ANALISI E MODIFICAZIONE DEL COMPORTAMENTO E
TERAPIA COMPORTAMENTALE E COGNITIVA

BOLLETTINO NEWSLETTER

Torino 24-26 settembre

XVII Congresso AIAMC "TCC E PSICOTERAPIA SCIENTIFICA. Nuove prospettive"



***"TCC e
psicoterapia
scientifica.
Nuove
prospettive"***

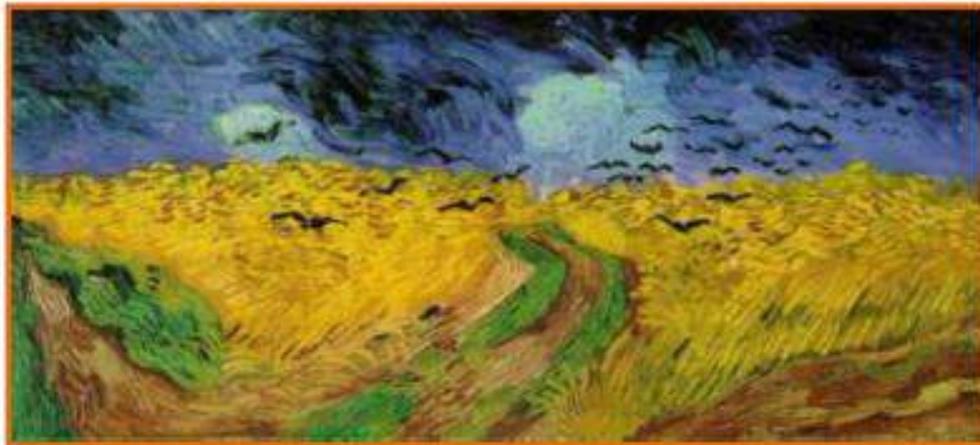
Centro Congressi
Unione Industriale
Torino 24, 25 e 26 settembre 2015



**Società Italiana di
Psicoterapia**
SIPSIC

Terzo Convegno

**La Psicoterapia in Evoluzione
Disagi Emozionali e regolazione
degli Affetti in Tempo di Crisi**



"I pescatori sanno che il mare è pericoloso e la tempesta terribile, ma non hanno mai trovato questi pericoli, una ragione sufficiente per restare a riva."

Vincent van Gogh

**Roma- Hotel Ergife
21-25 Ottobre, 2015**

Sito Web: www.sipsic.it; Tel: 344.2515845



ROOTS
AND PRESENT
BRANCHES
OF CBT

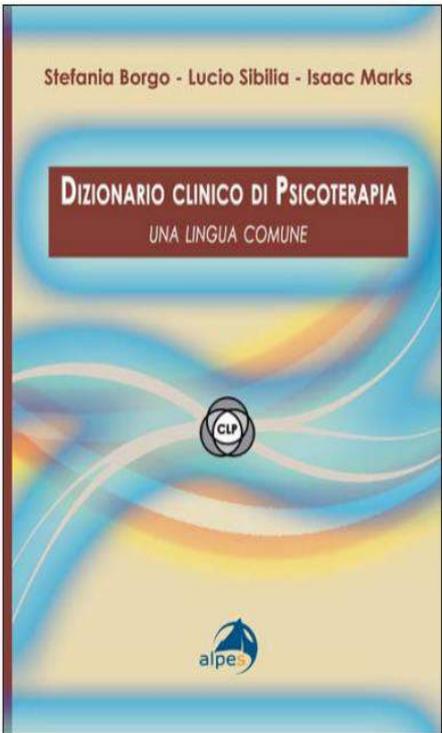
EABCT 2016
STOCKHOLM
SWEDEN

AUGUST 31 – SEPTEMBER 3

NEWS



NOVITÀ SETTEMBRE 2015



Dizionario clinico di Psicoterapia
Una lingua comune

a cura di Stefania Borgo, Lucio Sibilia e Isaac Marks

Volume di 200 pagine circa - Prezzo di copertina: € 18,00
ISBN: 978886531-303-9

Questo dizionario è l'ultimo prodotto del Progetto internazionale CLP, cioè il "*Common Language for Psychotherapy procedures*":
il Progetto mira ad un **lessico universale**, comprensibile agli esperti e agli utenti, per descrivere **metodi, interventi e procedure** delle psicoterapie.

Dizionario clinico di psicoterapia

(v. <http://www.crpitalia.eu/pubblicazioni.html>)



Sono ancora disponibili copie a prezzo ridotto per i soci del CRP
(v. <http://www.crpitalia.eu/pubblicazioni.html>)

Prossima uscita

Meditazione, Spiritualità e Benessere (a cura di M. Becciu, S. Borgo, A.R. Colasanti, L. Sibilia) www.crpitalia.eu

Tratto da:

Convegno
MEDITAZIONE SPIRITUALITÀ E BENESSERE
Università Pontificia Salesiana, Piazza dell'Ateneo Salesiano, 1, Roma
3-5 Ottobre 2014

promosso da:
Istituto di Psicologia dell'Università Pontificia Salesiana
Associazione Italiana di Psicologia Preventiva (AIPRE)
Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP)

con la collaborazione di:
Centro di Psicologia Clinica di Pescara (CPC), Gruppo Aleteia,
Libra Associazione Scientifica, Società Italiana di Medicina Psicosociale (SIMPS)

Coord.: L. Sibilia

La meditazione è una pratica universale nelle culture umane, seppure declinata in varie modalità e finalità. Questo Convegno vuole proporre un confronto tra le diverse forme di meditazione delle principali tradizioni spirituali, per tentare di meglio definirne caratteristiche comuni e distintive, e valorizzare la collocazione della pratica meditativa nella umana ricerca del benessere e in psicoterapia.

PROGRAMMA		
Ven. 3 pm Neurofisiologia della meditazione		
14:00	Iscrizioni.	
14:20	Saluti Autorità accademiche	Antonio Dellagiulia Lucio Sibilia
14:30	Introduzione al Convegno.	
14:30	Fondamenti neuropsicologici della meditazione mindfulness.	Cristiano Crescentini Lucio Sibilia
15:00	La meditazione dal punto di vista bio-psicosociale	Giuseppe Sacco
15:30	Psicofisiologia, meditazione, spiritualità: verso una nuova cultura del benessere.	Tullio Scrimali
16:00	Neuroscienze, spiritualità e meditazione. Lo studio della esperienza spirituale secondo l'ottica "brain based" e "neuroscience-based".	
16:30	Intervallo	
17:00	TAVOLA ROTONDA. Neuroscienze: ampliamento o riduzione?	C. Crescentini, G. Sacco, T. Scrimali, L. Sibilia
18:30	Discussione e conclusioni	
Sab. 4 am Meditazione, spiritualità e psicoterapia		
9:00	La spiritualità e la speranza come mediatori del benessere soggettivo.	Massimo Casacchia
9:30	Meditazione e psicoterapia.	Fabrizio Didonna Stefania Borgo
10:15	Psicoterapia, autoregolazione emotiva e benessere.	
10:45	Intervallo	
11:15	Focussing e mindfulness: similarità e differenze.	Anna Rita Colasanti
11:45	1. Tecniche a confronto: Ipnosi e Meditazione. 2. Training autogeno, la via occidentale alla meditazione.	Raffaele Riccardis Roberto Picozzi
12:30	Discussione e conclusioni	
Sab. 4 pm Applicazioni ed interventi psicoeducativi		
14:30	Riduzione dello stress e benessere consapevole.	Carlo Di Berardino
15:00	Meditazione e sport.	Giorgio Damassa
15:30	Uso della meditazione con i bambini.	Anna Bartocchini
16:00	La mindfulness nella scuola: rassegna della letteratura ed evidenze di ricerca.	Antonio Dellagiulia e Giulia Bianchi
16:30	Intervallo	
17:00	Le applicazioni della Mindfulness nelle dipendenze patologiche. L'esperienza del gruppo MACBT di Toronto.	Marta Pozzi
17:30	L'applicazione della meditazione nelle carceri: l'esperienza di Rebibbia a Roma.	Girolami Dario Doshim
18:00	La meditazione nella prevenzione della sofferenza psichica e nella promozione della salute mentale.	Mario Becciu
18:30	Discussione e conclusioni	
Dom. 5 am Le pratiche meditative		
9:00	La tradizione della meditazione tra contenuti e tecniche.	Mario Becciu
9:30	Meditazione: dalla via della suggestione alla via della conoscenza.	Amadio Bianchi
10:00	La meditazione nella tradizione cristiana secondo il metodo della "Lectio Divina".	Suor Maria Pia Giudici
10:30	Intervallo	
11:00	Ascoltare il corpo, guarire la mente, liberare lo spirito nella meditazione cristiana.	Nello Dell'Agli
11:30	L'anticamera della conoscenza: gli sciamani e il logo Baikal.	Alfredo Ancora
12:00	TAVOLA ROTONDA. Le pratiche meditative a confronto	A. Ancora, Alessandra Caragiuli, N. Dell'Agli, A. Bianchi, S.M.P. Giudici
13:30	Discussione e conclusioni	Relatori e pubblico
Dom. 5 pm Esperienze di meditazione		
14:15	Esperienza meditativa di consapevolezza sulla gentilezza amorevole.	Carlo Di Berardino
16:00	Intervallo	
16:30	Il sé compassionevole.	Claudia Di Manna
18:00	Conclusione del Convegno	

Il Convegno è ad ingresso libero. È necessario prenotarsi in Segreteria: CRP - Centro per la Ricerca in Psicoterapia
Piazza O. Marucchi n.5, 00162 Roma - tel. 06 8652 0838 Email: info@crpitalia.eu

CONTRIBUTING TO PSYCHOMED

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

All issues of Psychomed are available on-line at <http://www.crpitalia.eu/psychomed.html>

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

For information about the editorial norms, please read <http://www.crpitalia.eu/normeautori.html>.

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