

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione - DPSS

Corso di Laurea Triennale in Scienze Psicologiche della Personalità
e delle Relazioni Interpersonali

Tesi di Laurea

**Parent training per genitori con figli con
disturbo ossessivo-compulsivo**

Relatore: Prof.ssa LUCANGELI DANIELA

Laureanda: ANNIBALE ANTONELLA

N° di matricola: 561702

Anno accademico 2023/2024

A voi, Samuele e Virginia, adorati figli, siete il mio orgoglio più grande e la mia più dolce motivazione. Ogni vostro sorriso, ogni vostro abbraccio, mi hanno ispirato a continuare e mi hanno dato la forza di raggiungere questo meraviglioso traguardo.

A te, mamma Anna Maria, che con il tuo esempio di coraggio e saggezza mi hai insegnato a credere in me stessa e a non arrendermi mai.

A te, papà Vittorio, che sicuramente mi guardi dall'alto con amore e con un sorriso stupito.

A te, caro fratello Gianluca, mio compagno di vita e di avventure, che con la tua presenza costante e il tuo affetto mi hai sempre fatto sentire protetta e compresa.

A tutte voi, carissime amiche, che avete sempre creduto in me, più di quanto ci credessi io e che mi avete spinto a concludere questo bellissimo viaggio nella mente umana.

A Valeria e Mario, colleghi di una vita, che mi avete accompagnato con presenza, stima e impegno in questo studio "matto e disperatissimo."

Questo risultato è frutto del legame speciale che ci unisce!

A me stessa, che con tanta curiosità ho voluto conciliare i miei studi legati al corpo e alla mente e provo un'immensa felicità per aver avuto la capacità e la determinazione di riuscire a soddisfare questo dolce sogno.

Grazie a tutti voi per essere il mio faro nelle tempeste della vita e la mia gioia nei momenti di quiete.

Antonella

Sommario

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1- IL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO	8
1.1 Descrizione Clinica	8
1.2 Criteri Diagnostici Del Dsm-5	15
CAPITOLO 2-IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO NEI BAMBINI	19
2.1 Descrizione	19
2.2 Profilo Di Comorbidità	25
CAPITOLO 3-EVOLUZIONE STORICA DEL PARENT TRAINING (FORMAZIONE GENITORI)	27
3.1 Descrizione	27
3.2 Origini E Sviluppo Iniziale (Anni 60 E 70)	28
3.2.1 Gerald Patterson E Il Ciclo Della Coercizione	28
3.3 Espansione E Diversificazione (Anni 80 E 90)	32
3.3.1 Mattew Sanders E Il Triple P	32
3.3.2 Carolyn Webster-Stratton E Incredible Years	35
3.4 Nuove Tendenze E Innovazioni (Anni 2000 E Oltre)	39
CAPITOLO 4- DALLA TEORIA ALLA PRATICA: I GENITORI COME RISORSA NEL DOC	40
4.1 Trattamento Del Doc In Età Evolutiva: Un Approccio Cognitivo-Comportamentale Semplificato	40
4.2 Il Coinvolgimento Dei Genitori	42
4.3 Perché Il Parent Training?	45
4.4 Un Parent Training Per Genitori Con Doc : Il Programma Space	48
4.5 L'efficacia del Parent Training	52

CONCLUSIONI	58
RINGRAZIAMENTI	61
BIBLIOGRAFIA	62

INTRODUZIONE

Il presente elaborato ha come obiettivo quello di esaminare ed approfondire la letteratura riguardante il tema del *parent-training*, considerato un'importante risorsa utile a supportare i genitori di bambini con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Pertanto, l'obiettivo principale di questo lavoro è di dimostrare come l'intervento sui genitori può non solo migliorare le condizioni di vita dei bambini, ma anche aumentare l'efficacia dei trattamenti terapeutici dedicati al DOC. Un'analisi di questo tipo è fondamentale a fronte di un'esigenza crescente, nella società odierna, di supportare i genitori con bambini che presentano difficoltà comportamentali o cognitive, genitori che sempre più necessitano di tempo fuori casa per lavorare e sostenere la famiglia, anche nei costi che questi bambini comportano.

Quando parliamo di disturbo ossessivo-compulsivo, in letteratura reso con l'acronimo DOC, ci riferiamo a un disturbo caratterizzato dalla presenza di ossessioni e compulsioni che interferiscono significativamente con il normale sviluppo cognitivo, sociale e affettivo del bambino. Le suddette ossessioni possono essere pensieri, o immagini o impulsi ripetitivi e intrusivi che causano notevole disagio all'individuo che li esperisce, ma anche a chi lo circonda. D'altro lato, le compulsioni sono comportamenti ripetitivi o azioni mentali che il soggetto si sente obbligato a eseguire per alleviare l'ansia provocata dalle ossessioni.

Vediamo ora, capitolo per capitolo, come si svilupperà il presente elaborato.

Nel primo capitolo di questa tesi si vuole offrire una descrizione clinica dettagliata del disturbo ossessivo-compulsivo, delineando le differenze tra le preoccupazioni e i rituali normali dello sviluppo e quelli patologici del DOC. Vengono poi analizzati i criteri diagnostici del DSM-5, mettendo in evidenza le manifestazioni specifiche del disturbo e il loro impatto sulla vita quotidiana del bambino e della sua famiglia.

Il secondo capitolo si dedica specificatamente al DOC nei bambini, analizzandone le specificità rispetto al medesimo disturbo presente negli adulti. La diagnosi di DOC in età pediatrica è spesso complicata dalla scarsa consapevolezza delle manifestazioni del disturbo da parte dei soggetti che lo presentano, un fenomeno noto come *insight* ridotto.

Infatti, circa il 30% dei bambini con DOC non ha piena consapevolezza circa l'irrazionalità delle proprie idee e azioni, rendendo il disturbo ancora più difficile da gestire. Questo capitolo esplora la necessità di una diagnosi precoce e di interventi tempestivi, evidenziando come il DOC nei bambini possa essere un precursore di altri disturbi psichiatrici come la schizofrenia e i disturbi dell'umore. Viene infatti discussa la comorbidità del DOC con altri disturbi, sottolineando l'importanza di un approccio terapeutico integrato.

Nel terzo capitolo si vuole tracciare l'evoluzione storica del parent training, un modello di intervento nato più di cinquant'anni fa nell'ambito della clinica applicata ai disturbi del comportamento infantile. Questo capitolo esamina le origini e lo sviluppo del parent training, focalizzandosi sui contributi di figure chiave come Gerald Patterson, che ha introdotto il concetto di "ciclo della coercizione", e Matthew Sanders, ideatore del programma Triple P (Positive Parenting Program). Viene così illustrata l'espansione e la diversificazione del parent training negli anni '80 e '90, con l'integrazione di elementi delle terapie cognitivo-comportamentali e della psicoterapia familiare, nonché le nuove tendenze e innovazioni degli anni 2000.

Il quarto capitolo si concentra sull'applicazione pratica del parent training nel contesto del DOC, evidenziando come i genitori possano essere considerati una risorsa fondamentale nel trattamento del disturbo. Viene descritto l'approccio cognitivo-comportamentale semplificato, con particolare enfasi sulla tecnica dell'Esposizione con Prevenzione della Risposta (E/RP), che si è dimostrata particolarmente efficace nel ridurre i sintomi ossessivo-compulsivi nei bambini. Questo capitolo discute l'importanza del coinvolgimento dei genitori nel trattamento, evidenziando come essi possano fungere da co-terapeuti, supportando il bambino durante il percorso terapeutico e contribuendo a migliorare l'efficacia del trattamento. Inoltre, viene analizzato il concetto di family accommodation, ovvero il coinvolgimento dei familiari nei rituali compulsivi del bambino, e le sue implicazioni sul trattamento e sulla prognosi del DOC.

Il parent training rappresenta una strategia fondamentale per affrontare il DOC nei bambini, non solo migliorando la gestione del disturbo, ma anche potenziando le competenze genitoriali e promuovendo un ambiente familiare più sano e supportivo.

Attraverso un'analisi dettagliata delle tecniche e delle metodologie di parent training, questa tesi mira a dimostrare come un intervento mirato sui genitori possa avere un impatto significativo e positivo sul trattamento del DOC nei bambini.

In conclusione, la tesi si propone di analizzare la letteratura sul tema del ruolo dei genitori nel trattamento del DOC, fornendo evidenze scientifiche sull'efficacia del parent training.

CAPITOLO 1

IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

1.1 Descrizione clinica

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è caratterizzato da ossessioni e compulsioni che interferiscono con il normale sviluppo cognitivo e sociale e che producono effetti negativi sulle relazioni familiari, nel rapporto con i coetanei e nelle performance scolastiche (Buonanno et al., 2009).

Tuttavia, il disturbo ossessivo-compulsivo, differisce dalle normali preoccupazioni e ritualità dello sviluppo, poiché le sue manifestazioni sono eccessive o persistono oltre gli appropriati periodi evolutivi (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, DSM-5, 2013), differenziandosi non tanto qualitativamente, quanto per intensità, frequenza e persistenza.

I tratti sopra menzionati provocano molto disagio e interferiscono pesantemente con la vita di tutti i giorni; le compulsioni divengono delle gabbie, degli automatismi inevitabili, legati a pensieri tanto fissi quanto irrazionali, che "compromettono le relazioni sociali, la qualità della vita affettiva, scolastica o lavorativa, costringendo nei casi più gravi a ritirarsi da ogni impegno e attività sia ludica che costruttiva" (Melli, 2018).

Il profilo di un paziente con DOC è dunque caratterizzato dalla presenza di ossessioni e/o compulsioni.

Le ossessioni sono caratterizzate dalla presenza di idee, pensieri, immagini o impulsi ripetitivi e persistenti, che la volontà non riesce ad eliminare dal campo della coscienza e che costituiscono motivo di turbamento e disagio. Per definizione, il soggetto è consapevole del carattere morboso del disturbo, riconoscendo le ossessioni come intrusive, inappropriate e senza senso, ossia ego-distoniche (Militerni, 2020).

Tali fenomeni sono vissuti in maniera ossessiva dal paziente: si presentano in contrasto con le proprie convinzioni e i propri valori; egli non riesce a controllarne il contenuto

mentale, né a neutralizzarlo o a contrastarlo, pur riconoscendolo come inappropriato generando nel soggetto emozioni sgradevoli, come ansia, paura, disagio, dubbio, disgusto o sensazione di non aver fatto le cose in modo adeguato (Mancini, 2016)

Tale senso di oppressione si attenua solo nel momento in cui cedono all'impulso alimentato dall'ossessione, mettendo in atto le compulsioni.

I principali tipi e caratteristiche delle ossessioni sono (Abramowitz, 2006):

CATEGORIA	ESEMPI
Contaminazione	<ul style="list-style-type: none">• Dubbio di poter essere entrato in contatto con sostanze che possono “sporcare” o essere pericolose.• <i>Es. potrei aver calpestato una siringa ed essermi contaminato.</i>
Aggressive	<ul style="list-style-type: none">• Impulso a far del male a persone care o a se stessi.• <i>Es. potrei urlare parolacce durante una lezione.</i>

<p>Ordine – Simmetria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bisogno di simmetria, uniformità ed esattezza. • <i>Es. devo appendere i quadri a distanze equivalenti.</i>
<p>Religiose – Morali</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Immagini mentali a contenuto blasfemo. • <i>Es. potrei aver imbrogliato l'esame senza essermene accorto.</i>
<p>Somatiche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eccessiva preoccupazione per parti del corpo o per il proprio aspetto. • <i>Es. Eccessiva preoccupazione per la perdita di capelli.</i>
<p>Accumulo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà di gettare via o separarsi dai propri beni. • <i>Es. Se getto nell'immondizia un santino faccio peccato.</i>

Sessuali	<ul style="list-style-type: none"> • Fantasie sessuali nei confronti di persone sconvenienti. • <i>Es. involontarie immagini dei genitali di un genitore.</i>
Miste	<ul style="list-style-type: none"> • Pensieri, parole o numeri che procurano disagio e difficili da abbandonare. • <i>Es. Se dico la parola morte qualcuno di famiglia morirà.</i>

Nel contesto del DOC è dunque possibile individuare comunque delle tematiche ricorrenti. Sono state identificate quattro dimensioni principali dei sintomi (Abramowitz et al., 2010)

a) Ossessioni legate alla contaminazione e rituali di pulizia: sono le ossessioni più frequenti, fanno riferimento alla sensazione di essersi “contaminati” entrando in contatto più o meno direttamente con persone, luoghi, oggetti ritenuti “sporchi”; talvolta il disagio può essere provocato dalla semplice sensazione disgustante di essersi sporcato, mentre altre volte è determinato dalla paura che la contaminazione possa portare a conseguenze negative per la salute propria.

b) Dubbi ossessivi sull’essere responsabili di danni/errori e rituali di controllo: queste ossessioni riguardano la paura di essere responsabili di danni, lesioni, incidenti o disgrazie, spesso accompagnata da un forte senso di colpa. Il paziente teme che una mancanza di controllo su determinate azioni o eventi possa causare danni a sé stesso o ad altri

c) Ossessioni riguardanti l’”incompletezza” e il bisogno di simmetria o esattezza e di ordine: sono ossessioni relative alla necessità di ordine e simmetria (ad esempio il

bisogno di verificare che gli oggetti siano posti in un dato ordine), spesso accompagnate da pensiero magico

d) Pensieri inaccettabili: queste ossessioni includono pensieri di natura violenta, immorale o sessuale, che generano preoccupazioni di poter fare o desiderare qualcosa di imbarazzante, ripugnante, sconveniente o terribile.

Le compulsioni sono definite nel DSM-5 come comportamenti ripetitivi (ad esempio lavarsi le mani, ordinare, controllare) o azioni mentali (pregare, contare, ripetere parole in silenzio) che il soggetto si sente obbligato ad eseguire in risposta a un'ossessione, al fine di alleviare l'ansia e il disagio provocati dall'ossessione, secondo regole rigidamente applicate. Le compulsioni, inoltre, sono motivate ed intenzionali e, per tale ragione, diverse dai comportamenti ripetitivi, meccanici e "robotici" che si osservano in alcune malattie neurologiche (Rachman, 2006)

L'individuo si sente come costretto, nonostante le proprie resistenze interiori, a ripetere con frequenza esagerata certi rituali, per attenuare l'ansia, prevenire un danno o rispettare determinate regole autoimposte.

Le principali compulsioni riportate da pazienti con DOC (Abramovitz, 2006) sono riportate nella tabella:

CATEGORIA	ESEMPI
<i>Checking/Controllo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Controllare serrature, finestre, luci, apparecchi. ● Controllare il bambino mentre dorme per vedere sta ancora respirando. ● Ricontrollare gli incarichi di lavoro. ● Cercare di escludere con medici o infermieri la possibilità di avere una malattia. ● Controllare attentamente tutte le buste vuote prima di buttarle.
<i>Washing/Lavaggio</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Rituali per fare la doccia o altre operazioni di routine. ● Usare guanti di gomma per maneggiare il bucato. ● Pulire il box doccia prima di entrare a fare la doccia. ● Risciacquare le mani più di 40 volte al giorno.
Ordine – Simmetria	<ul style="list-style-type: none"> ● Sistemare i libri seguendo un certo ordine e simmetria

Rituali mentali	<ul style="list-style-type: none"> • Ripetere a se stesso la frase “niente, nessuno, da nessuna parte” • Ripetere tra sé e sé tre volte la frase “amo Gesù Cristo con tutto me stesso” • Neutralizzare i pensieri inaccettabili con pensieri “buoni” • Ripercorrere mentalmente le conversazioni per essere sicuro di non aver usato imprecazioni
Ripetizione di azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Riscrivere gli assegni bancari. • Accendere e spegnere ripetutamente la luce fino a che non ci si sente a posto
Conteggi	<ul style="list-style-type: none"> • Contare i respiri per evitare i numeri pari
Accumulo	<ul style="list-style-type: none"> • Raccogliere e accumulare buste e sacchetti vuoti della spesa • Raccogliere oggetti che potrebbero essere utilizzati per lavori artistici.

Miste	<ul style="list-style-type: none"> • Confessare tutti i pensieri “cattivi” alla madre. • Fare le stesse domande più volte per avere rassicurazioni. • Confessare più volte gli stessi peccati al sacerdote.
-------	--

1.2 Criteri diagnostici del dsm-5

La quinta edizione del Manuale diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM-5) specifica, che per fare una diagnosi di DOC è necessario che compaiano dei disturbi ben precisi.

Di seguito vengono riportati i criteri diagnostici per il DOC secondo il DSM-5.

Criteri diagnostici

Presenza di ossessioni, compulsioni o entrambi.

Le ossessioni sono definite da 1) e 2):

1. Pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi e indesiderati e che nella maggior parte degli individui causano ansia e disagio marcati.
2. Il soggetto tenta di ignorare o di sopprimere tali pensieri, impulsi, immagini o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni mettendo in atto una compulsione.

Le compulsioni sono definite da 1) e 2):

1. Comportamenti ripetitivi (per esempio lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (per esempio pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che il

soggetto si sente obbligato a mettere in atto in risposta ad un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente.

2. I comportamenti o le azioni mentali sono volti a prevenire o ridurre l'ansia o il disagio o prevenire alcuni eventi o situazioni temuti, tuttavia, questi comportamenti o azioni mentali non sono collegati in modo realistico con ciò che sono designati a neutralizzare o a prevenire, oppure sono chiamati eccessivi.

Nota: i bambini piccoli possono non essere in grado di articolare le ragioni di questi comportamenti o azioni mentali.

3. Le ossessioni o compulsioni fanno consumare tempo (più di un'ora al giorno) o causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
4. I sintomi ossessivo-compulsivi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (droga o farmaco) o ad un'altra condizione medica.
5. Il disturbo non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale (ad esempio eccessive preoccupazioni come nel disturbo di ansia generalizzata; preoccupazioni legate all'aspetto come nel disturbo da dimorfismo corporeo; difficoltà nel gettare via o separarsi dai propri averi, come nel disturbo da accumulo; strappamento di peli, come nella tricotillomania; stuzzicamento della pelle, come nel disturbo da escoriazione; stereotipie, come nel disturbo da movimento stereotipato; comportamento alimentare ritualizzato, come nei disturbi alimentari; preoccupazione per sostanze o per il gioco d'azzardo, come nei disturbi correlati a sostanze e nei disturbi da addiction; preoccupazioni legate all'avere una malattia, come nel disturbo da ansia di malattia; impulsi o fantasie sessuali, come nei disturbi di parafilia; impulsi, come nei disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta; ruminazioni relative al senso di colpa, come nel disturbo depressivo maggiore; pensieri intrusivi o preoccupazioni deliranti, come nei disturbi dello spettro della schizofrenia e

altri disturbi psicotici, oppure pattern di comportamenti ripetitivi, come nel disturbo dello spettro dell'autismo).

Specificare se:

- **Con insight buono o sufficiente:** l'individuo riconosce che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo sono decisamente o probabilmente non vere, o che esse possono essere o possono non essere vere.

- **Con insight scarso:** l'individuo pensa che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo siano probabilmente vere.

- **Con insight assente/convinzioni deliranti:** l'individuo è assolutamente sicuro che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo siano vere.

Il disturbo può comparire nell'infanzia, nell'adolescenza e nell'età adulta: in età evolutiva è osservabile un rapporto maschi-femmine di 2:1 (Kaplan et al., 2000).

Per quanto riguarda l'età di esordio, è più comune nella prima età adulta: di solito i primi sintomi compaiono prima dei 25 anni e l'esordio è in genere precoce negli uomini (6-15 anni) e più tardivo nelle donne (20-29 anni); sono rari i casi in cui i primi sintomi si manifestano dopo i 40 anni (DSM-5; APA, 2013).

La gravità della sintomatologia DOC è determinata da alcune caratteristiche importanti (Cassano, 2006):

- **La resistenza**, ossia la capacità di lottare contro l'idea intrusiva e di resistere alle compulsioni. Essa può variare nello stesso paziente nel tempo e a seconda dell'ambiente in cui si trova.

- **L'interferenza**, ossia la capacità di adattarsi e convivere con i propri sintomi.

- **Il grado di consapevolezza del proprio disturbo** e dell'irragionevolezza dei propri sintomi. Tra i pazienti DOC vi è variabilità da individuo a individuo e all'interno della stessa persona, in diversi momenti o situazioni. Ad esempio, un individuo può riconoscere l'irragionevolezza delle proprie ossessioni in una situazione "sicura", come

lo studio del terapeuta, ma non quando si trova in contatto con gli stimoli che attivano le ossessioni stesse.

Le ossessioni e compulsioni, come già detto, devono causare disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento personale, sociale e lavorativo. È proprio questo criterio che consente di distinguere il disturbo da occasionali pensieri intrusivi o rituali ripetitivi comuni nella popolazione generale.

La maggior parte dei pazienti presenta sia ossessioni sia compulsioni. In circa l'80% dei casi si riscontrano entrambe le manifestazioni, mentre in meno del 20% se ne riscontra solamente una (Melli, 2006).

CAPITOLO 2

IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO NEI BAMBINI

2.1 Descrizione

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) nei bambini rappresenta una condizione cronica che spesso si protrae fino all'età adulta, evidenziando la necessità di un'attenzione continua e di trattamenti adeguati per tutta la durata della vita (Nazeer et al., 2020). Questa patologia non solo influisce profondamente sul benessere del bambino, ma è anche associata a significativi problemi nel funzionamento familiare, nelle relazioni con i coetanei e nel rendimento scolastico (Brezinka et al., 2020). I bambini con DOC manifestano comportamenti simili a quelli riscontrati negli adulti con la stessa diagnosi e, di conseguenza, entrambi i gruppi beneficiano generalmente delle medesime terapie comportamentali e/o farmacologiche (Catone et al., 2012).

Sebbene i criteri diagnostici per il DOC nei bambini non differiscano da quelli utilizzati per gli adulti, valutare il grado di consapevolezza e di disagio legato ai sintomi ossessivo-compulsivi risulta spesso più complesso nell'età pediatrica. Un aspetto critico è che circa il 30% dei bambini con DOC dimostra una scarsa o assente consapevolezza del disturbo, un fenomeno noto come insight ridotto (Geller et al., 1996). Questa mancanza di consapevolezza significa che molti bambini non riconoscono l'estraneità e l'irrazionalità delle loro idee e azioni, rendendo il disturbo ancora più difficile da gestire (Storch et al., 2008).

La scarsa consapevolezza del disturbo ha importanti implicazioni per il trattamento e la prognosi. Studi hanno dimostrato che i bambini con DOC e scarso insight tendono ad avere una prognosi peggiore rispetto a quelli con una buona consapevolezza del disturbo. Questi bambini sono infatti più inclini a sviluppare, negli anni successivi, gravi disturbi psichiatrici come la schizofrenia (Storch et al., 2008; Meyer et al., 2005). Questa progressione patologica evidenzia l'importanza di una diagnosi precoce e di un intervento tempestivo, che possono migliorare significativamente la qualità della vita del

bambino e ridurre il rischio di complicazioni future. Un altro aspetto rilevante è che il DOC manifestato in giovane età può essere un precursore dello sviluppo di altri disturbi psichiatrici. La letteratura scientifica riporta che bambini e adolescenti con DOC hanno un rischio aumentato di sviluppare condizioni come la schizofrenia, i disturbi dell'umore di tipo bipolare e i disturbi della personalità (Janowitz et al., 2009). Questo collegamento sottolinea ulteriormente l'importanza di monitorare attentamente i bambini con DOC e di fornire un supporto continuo e multidisciplinare per affrontare le diverse sfide che possono emergere durante il loro sviluppo.

La complessità del DOC nei bambini richiede un approccio terapeutico che consideri non solo i sintomi specifici del disturbo, ma anche l'intero contesto psicologico e sociale in cui il bambino vive.

È emerso un consistente impatto ambientale, legato soprattutto a dinamiche familiari particolarmente stressanti, con maggiore incidenza di DOC in altri membri della famiglia.

Da uno studio condotto nel 2008, che ha esaminato le manifestazioni cliniche del DOC in età evolutiva resistente alla terapia, sono emerse alcune caratteristiche significative. Nel campione di 60 bambini, con età compresa tra i 7 e i 17 anni, affetti da DOC resistenti al trattamento farmacologico tradizionale (utilizzo di SSRI: inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina), è stata osservata una maggiore compromissione funzionale e gravità del quadro clinico. Inoltre, è stata riscontrata un'alta prevalenza di sintomi di internalizzazione ed esternalizzazione, oltre a una maggiore frequenza di sintomi depressivi nella famiglia.

Difatti il lavoro di Storch e collaboratori suggerisce che tali pazienti potrebbero beneficiare di interventi più intensivi su tutto il nucleo familiare (Storch, Milsom et al., 2008; Storch, Merlo et al., 2008).

Non è tuttora chiaro se il DOC in età evolutiva, spesso caratterizzato da scarsa consapevolezza e resistente alla terapia tradizionale, nonché possibile precursore di altre patologie psichiatriche maggiori, non rappresenti sin dall'esordio una manifestazione

fenotipica di un sottostante disturbo più complesso, che va dai disturbi di personalità a veri e propri disturbi deliranti (Catone et al., 2012).

Bisogna inoltre tenere in considerazione che azioni ritualizzate sono frequenti e fisiologiche durante lo sviluppo infantile: schemi di comportamento rigidi e rituali sono comuni in età prescolare e tendono poi ad attenuarsi fino a scomparire negli anni successivi. Questi comportamenti possono essere funzionali ad aumentare la percezione di sicurezza e di prevedibilità dell'ambiente assumendo anche una valenza comunicativa tra pari. Hanno inoltre un ruolo per lo sviluppo del controllo cognitivo e sono coinvolti nei processi di separazione/individuazione.

Tali manifestazioni di tipo ossessivo riscontrabili fisiologicamente in età evolutiva, possono presentarsi con modalità variabili a seconda della fase di sviluppo. Verso la fine del primo anno di vita il bambino può presentare una serie di comportamenti ripetitivi che riguardano l'uso di oggetti (ad esempio sbattere ripetitivamente un oggetto o farlo cadere, azionare ripetitivamente un giocattolo sonoro, presentare "dondolamenti" in fase di addormentamento). Nel secondo-terzo anno, cominciano spesso a comparire vari comportamenti ritualizzati connessi al controllo sfinterico (ad esempio, pretendere che la funzione si svolga sempre nello stesso posto o con determinate modalità). Anche l'uso del ciucciotto rientra in un comportamento ossessivo-compulsivo.

Nel quarto-quinto anno di vita, si ripropongono una serie di rituali nella fase di addormentamento. In età scolare, compaiono spesso comportamenti compulsivi (ad esempio, assumere posture bizzarre o dedicarsi in maniera ripetitiva ad alcune attività), meticolosità in alcune attività o tendenza alla superstizione (Militerni, 2020).

Con lo sviluppo, tuttavia, il persistere di tali comportamenti può divenire inappropriato ed assumere di conseguenza un significato patologico (Zohar & Felz, 2001). Questo avviene quando le manifestazioni ossessivo-compulsive presentano una serie di caratteristiche che le distinguono dalla normale variabilità comportamentale tipica dello sviluppo.

Innanzitutto, possono essere anacronistiche, ossia inadeguate per caratteristiche e contenuto al livello di sviluppo del soggetto. Ciò significa che tali comportamenti

possono risultare eccessivi o inappropriati rispetto alla fase di crescita e maturazione del bambino o dell'adolescente.

Inoltre, le manifestazioni ossessivo-compulsive possono presentare contenuti insoliti o inusuali, che esulano dai comuni schemi di pensiero o di comportamento osservati nella popolazione di pari età. Questi comportamenti possono diventare insistenti al punto da interferire con il funzionamento generale del soggetto, causando un evidente stato di tensione ed ansia.

Talvolta, queste manifestazioni ossessivo-compulsive emergono con un profilo di sviluppo peculiare, caratterizzato da tratti specifici (Militeri, 2020). Si osserva una spiccata tendenza agli scrupoli ed al dubbio, che può tradursi in un'eccessiva preoccupazione per la correttezza e la precisione delle proprie azioni. Questo perfezionismo può portare a una rigida aderenza a regole e rituali, che possono risultare difficili da modificare o interrompere.

In aggiunta, il soggetto con disturbo ossessivo-compulsivo può mostrare una difficoltà di adattamento alle novità, preferendo routine e abitudini consolidate che offrono un senso di sicurezza e controllo. Questi comportamenti possono essere accompagnati da un eccesso di controllo dell'affettività, che si manifesta attraverso una ridotta espressione emotiva o una marcata tendenza alla riservatezza. Questa tendenza può portare a una significativa inibizione nei contatti sociali o a una marcata timidezza, limitando le interazioni e le relazioni con gli altri.

Questi tratti peculiari del profilo di sviluppo possono contribuire a rendere più evidente e incisivo il quadro clinico del disturbo ossessivo-compulsivo, evidenziando la necessità di un'attenta valutazione e di un intervento terapeutico mirato.

È tuttavia ancora discusso se la presenza di sintomi dello spettro ossessivo-compulsivo possa essere considerata come una modalità subclinica di presentazione del DOC o se possa rappresentare un marker comportamentale predisponente ad un successivo sviluppo di DOC.

Un ulteriore aspetto da non trascurare nell'approccio a pazienti con DOC infantile-adolescenziale è l'indagine della qualità di vita. Essa infatti rappresenta una questione di fondamentale importanza per la pianificazione del trattamento di questo disturbo, poiché il solo "targeting" dei sintomi può influenzare la valutazione e la prognosi nei casi in cui il paziente presenta un miglioramento dei sintomi che tuttavia non corrisponde a un miglioramento nel funzionamento quotidiano (Coluccia et al., 2017).

Secondo alcuni autori, la qualità della vita può essere definita come la percezione dell'impatto della malattia su una varietà di dimensioni, inclusi aspetti fisici, mentali e sociali (Weidle et al., 2015).

Per il medico che esegue la valutazione, la conoscenza delle percezioni del paziente sulla qualità della vita fornisce informazioni importanti come stima soggettiva del suo funzionamento complessivo in relazione alla prognosi (Weidle et al., 2015; Norberg et al., 2008; Tolin et al., 2005).

Inoltre, numerosi studi hanno dimostrato che limitate remissioni dei sintomi erano associate ad un più limitato miglioramento della qualità di vita, o che il mancato miglioramento della qualità di vita alla fine del trattamento era associato a un rischio più elevato di recidiva (Hollander et al., 2010; Weidle et al., 2015; Norberg et al., 2008; Tolin et al., 2005).

Le caratteristiche cliniche del disturbo in età infantile comportano frequentemente il rischio di un ritardo nella diagnosi, con conseguente maggiore durata di malattia non trattata e più significative ripercussioni sullo sviluppo del bambino e sul funzionamento globale (Melin et al., 2018). Questo dato risulta di particolare rilevanza anche in considerazione dell'osservazione che, al contrario, le forme di DOC infantile trattate precocemente mostrano tassi di remissione più elevati (fino al 73% dei casi) rispetto alle forme con esordio in età adulta. In particolare, è emersa una buona risposta ai trattamenti cognitivo-comportamentali, se attuati precocemente, con un miglioramento clinico che si mantiene stabile nel tempo (Melin et al., 2018).

Sembra infatti esserci difficoltà per gli operatori sanitari nel riconoscere e diagnosticare il disturbo ossessivo-compulsivo in età pediatrica in modo appropriato, il che, a sua

volta, può prolungare l'intervallo tra la ricerca di aiuto e il raggiungimento di una diagnosi e un trattamento adeguati (Brezinka et al., 2020). Un recente studio mostra infatti che la diffusione delle conoscenze sulla presentazione clinica, la diagnosi e il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo precoce può ridurre il lungo ritardo tra i primi sintomi del DOC e il trattamento specifico della malattia, che viene segnalato come principale predittore di disturbo ossessivo-compulsivo persistente (Brezinka et al., 2020). A sostegno di ciò anche altri autori ritengono che il riconoscimento precoce e il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo sono cruciali per la prevenzione della cronicità (Freeman et al., 2014; Lewin et al., 2014).

Inoltre poiché i bambini e gli adolescenti con DOC hanno un rischio maggiore di sviluppare problemi psichiatrici e psicosociali clinicamente significativi da adulti, intervenire precocemente offre un'importante opportunità per prevenire tale rischio (Fineberg et al., 2019; Walitza et al., 2019).

Scarsi sono i dati di letteratura disponibili in merito al decorso longitudinale del disturbo, soprattutto delle forme cliniche di interesse neuropsichiatrico, con tassi di remissione variabili dal 17% al 65% (Bloch et al., 2013).

Una recente meta-analisi, condotta da Liu e collaboratori, ha tentato di valutare gli esiti a lungo termine del DOC pediatrico, identificando il tasso di remissione e i potenziali predittori di remissione per tale disturbo (Liu et al., 2021). Gli autori hanno evidenziato che la prognosi a lungo termine del disturbo ossessivo compulsivo pediatrico apparirebbe relativamente buona. Più del 60% dei pazienti, infatti, si stima che potrebbe raggiungere la remissione del disturbo nel lungo termine. Inoltre, il rapido raggiungimento di una remissione del disturbo, sembrerebbe essere correlato ad una minore frequenza di ricadute anche nel lungo termine. Pertanto, una diagnosi precoce del DOC pediatrico e un intervento terapeutico tempestivo giocherebbero un ruolo importante nella prognosi del disturbo (Liu et al., 2021).

2.2 Profilo di comorbidità

Quanto al profilo di comorbidità che si delinea nel DOC infantile-adolescenziale, è evidenziato in letteratura che bambini e/o adolescenti con Sintomi dello Spettro Ossessivo presentano tassi più elevati di disturbi neuropsichiatrici: Disturbi dell'Umore (13-70%), Disturbi d'Ansia (13-70%), Disturbo della condotta (3-57%), Sindrome di Tourette (13-26%), Disturbi del linguaggio (13-27%), Disturbi pervasivi dello sviluppo (3-7%), Disturbi del Comportamento Alimentare e Disturbi Psicotici, soprattutto in età adolescenziale (Rubenstein et al., 1992; Geller et al., 2012; Huang et al., 2014).

L'età di esordio del DOC sembrerebbe essere correlata con differenti profili di comorbidità: le forme ad esordio più precoce sono più frequentemente associate a disturbi esternalizzanti e disturbi d'ansia (Masi et al., 2010), mentre le forme ad esordio più tardivo tendono ad avere un profilo di comorbidità più simile a quello osservato negli adulti (Geller et al., 2001).

La comorbidità con sintomi depressivi e di ansia risulterebbe associata a maggiore gravità della sintomatologia ossessivo-compulsiva, a maggiore compromissione funzionale e a ridotti livelli di insight (Peris et al., 2017).

Anche il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) e il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) si manifestano comunemente in comorbidità nei bambini e negli adolescenti.

L'evidenza suggerisce che la compromissione funzionale sia aumentata nei bambini a cui sono stati diagnosticati entrambi i disturbi e che vi sia una maggior prevalenza di tratti ASD e di diagnosi di autismo tra bambini e adolescenti con DOC (Tiley & Kyriakopoulos, 2021).

Nella fascia di età infantile-adolescenziale, sembra che il tasso di comorbidità con altre patologie neuropsichiatriche sia elevato.

Ne consegue, dunque, la necessità di valutare con attenzione l'eventuale associazione con altri sintomi psicopatologici, in particolare depressivi, risultati fino a sei volte più frequenti rispetto ai coetanei senza diagnosi di DOC (Peris et al., 2017).

La presenza di almeno un altro disturbo in comorbidità è quindi una condizione molto frequente, rappresentando un fattore prognostico negativo sia in termini di maggiore complessità del trattamento, sia di impatto sul funzionamento globale, con ripercussioni significative a lungo termine.

CAPITOLO 3

EVOLUZIONE STORICA DEL PARENT TRAINING

(FORMAZIONE GENITORI)

3.1 Definizione

Il parent training è un modello di intervento nato più di cinquant'anni fa nell'ambito della clinica applicata ai disturbi del comportamento infantile. La sua caratteristica è quella di coinvolgere i genitori quali agenti di primaria importanza nello sviluppo dei figli, offrendo un aiuto specialistico a coloro che desiderano cambiare il modo di interagire con i propri figli e promuovere lo sviluppo di comportamenti positivi (Benedetto, 2019). Il parent training si attua attraverso una serie di interventi psicologici per genitori che hanno figli con disturbi di natura psicologica e/o comportamentale.

I disordini comportamentali che hanno beneficiato maggiormente da questo tipo di interventi sono il Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) ed il Disturbo oppositivo provocatorio (DOP) (Lifford et al., 2008).

Spesso questi disturbi si verificano in comorbidità, il che significa che un bambino può mostrare sintomi di più di un disturbo contemporaneamente (ad es. sia ADHD che DOP).

È stato dimostrato che anche i bambini autistici, con disordini alimentari o problemi di ansia hanno beneficiato dei cambiamenti introdotti tramite la formazione dei genitori attraverso i programmi di parent training (Zucker et al., 2006).

Le sfide associate alla crescita di qualsiasi bambino, indipendentemente dal fatto che soffra o meno di un disturbo psicologico, sono numerose e a volte schiaccianti. La formazione dei genitori attraverso questo programma li aiuta a gestire i loro livelli di stress e a sviluppare meccanismi di coping migliori, che a loro volta permettono un ambiente domestico più sano e controllato (Minelli, 2018).

3.2 Origini e sviluppo iniziale (anni '60 e '70)

La storia del parent training è lunga e articolata, con radici che risalgono a diversi campi della psicologia e dell'educazione. Ha iniziato a svilupparsi negli anni '60 e '70 e le prime applicazioni pratiche di questo approccio possiamo riscontrarle sul lavoro di alcuni psicologi, che applicarono i principi del condizionamento operante per modificare i comportamenti problematici nei bambini.

3.2.1 Gerald Patterson e il ciclo della coercizione

Uno dei primi studiosi è stato Gerald Patterson, psicologo che ha conseguito il suo dottorato in psicologia all'Università dell'Oregon e si è interessato allo studio del comportamento antisociale nei bambini e negli adolescenti. Patterson è tra i primi a porre l'accento sulle dinamiche interattive tra un bambino “ fuori controllo” e un ambiente familiare sfavorevole. Attraverso osservazioni raccolte nell'ambiente familiare descrive uno schema ricorrente caratterizzato da influenze reciproche e conflittualità che denomina “ciclo della coercizione” (Benedetto, 2019). La teoria della coercizione (Patterson, 1982) descrive un processo di rinforzo reciproco durante il quale i genitori rinforzano inavvertitamente i comportamenti difficili dei bambini, il che a sua volta suscita negatività nel caregiver e così via, fino a quando l'interazione non viene interrotta quando uno dei partecipanti "vince". Questi cicli possono iniziare quando il bambino reagisce con rabbia o resistenza alla direttiva o alla richiesta di un genitore, provocando rabbia e ostilità da parte dello stesso, che spesso si accrescono man mano che il ciclo coercitivo si intensifica (Snyder et al., 1993). Pertanto, i bambini imparano un modello di relazione all'interno della famiglia che poi si trasferisce nelle interazioni con altri al di fuori della famiglia, come coetanei e insegnanti nell'ambiente scolastico.

Quando le interazioni coercitive prevalgono all'interno della famiglia, emergono problemi di condotta infantili che poi si stabilizzano durante lo sviluppo (Granic & Patterson, 2006). Patterson osserva che il rinforzo negativo gioca un ruolo cruciale nel mantenimento delle interazioni coercitive tra genitori e figli. I genitori possono inizialmente urlare e minacciare, ma alla fine cedono all'ostinazione del figlio, rafforzando così il comportamento oppositivo del bambino. In altre situazioni, il genitore può rispondere all'ostilità del figlio con aggressività verbale o punizioni fisiche, che pongono fine al comportamento oppositivo del bambino. Anche in questo caso, si attiva la trappola del rinforzo negativo: il comportamento del bambino cessa a causa dell'azione avversiva del genitore, che viene quindi rafforzata. Un'altra caratteristica della coercizione è l'escalation di intensità dei comportamenti. I bambini nella prima infanzia piagnucolano o si rifiutano in modo debole, mentre successivamente eludono le regole, mentono, aggrediscono l'adulto. Anche i genitori aumentano pertanto l'intensità dei toni nelle risposte e nei comportamenti. Si arriva ad una perdita del controllo e si utilizzano sistemi disciplinari sempre più inefficaci (Patterson G. 1982).

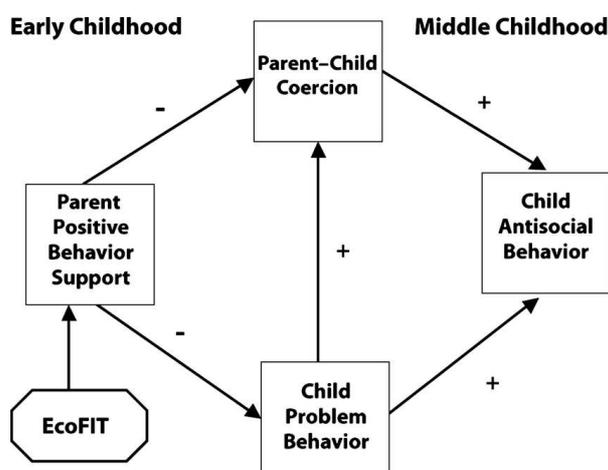


Fig. 1 Quadro teorico per l'intervento precoce (Daniele S. Shaw - Università di Pittsburgh) |

Come mostrato nella Figura 1, si pensa che l'infusione di strategie di supporto comportamentale positive nello sviluppo precoce riduca lo sviluppo di comportamenti problematici e quindi diminuisca la probabilità di strategie genitoriali reattive e di escalation coercitive (Patterson, 1982; Snyder et. al., 1993). Le interazioni coercitive genitore-figlio servono ad aumentare la probabilità di nuove forme di cattiva condotta infantile e forme più gravi di comportamento antisociale (Dumas, et al., 2001; Patterson et. al., 1992). Patterson ha, inoltre, l'intuizione che un coinvolgimento dei genitori nel Parent Training possa essere utile per interrompere questo processo coercitivo. Dal suo lavoro di ricerca e dalla struttura del suo modello hanno preso spunto molti dei programmi successivi. E' nato un Parent training definito PMTO (*Parent Management Training Oregon*) un intervento nato dall'integrazione della teoria, della ricerca e della pratica clinica, che si fonda sul modello *Social Interaction Learning* (SIL): questo modello nasce dalla fusione delle teorie dell'apprendimento sociale, dell'interazione sociale e del comportamentismo (Dishion & Patterson, 2006), che nella sua struttura ha costituito la base di molti programmi successivi.

Il SIL individua due meccanismi principali che consentono la modificazione del comportamento del bambino, entrambi basati sulla contingenza del rinforzo. Il primo si basa sul rinforzo negativo o positivo che il bambino riceve all'interno del nucleo familiare: quando il bambino mette in atto un comportamento disfunzionale spesso lo fa per far cessare un antecedente per lui sgradevole o per ottenere qualcosa (ad esempio l'attenzione del genitore). Il secondo, invece, riguarda i rinforzi positivi ricevuti all'esterno dell'ambiente domestico, primariamente dai pari. Il modello SIL identifica questo secondo meccanismo come un potenziale fattore di mantenimento del disturbo: i bambini con problematiche comportamentali si relazionano principalmente con pari

devianti, che tenderanno a rinforzare e mantenere proprio quei comportamenti-problema oggetto di trattamento (Buonanno & Muratori, 2020).

I terapeuti del PMTO si basano sull'assunto che i genitori siano i principali agenti del cambiamento del comportamento dei figli.

I genitori imparano a sostituire le strategie di parenting rigide, severe e punitive con altre più positive e sensibili, mediante il rinforzo dei comportamenti desiderati, ad esempio prestando loro attenzione e somministrando rinforzi positivi nella contingenza di condotte adeguate; parallelamente ad utilizzare strategie di punizione efficaci per ridurre i comportamenti disfunzionali, come il costo della risposta o il time out (Forehand et al., 2014).

Il costo della risposta è una tecnica di punizione negativa in cui un rinforzo precedentemente guadagnato viene tolto come conseguenza di un comportamento inappropriato. Ad esempio, se un bambino si comporta male, potrebbe perdere un privilegio come il tempo di gioco o un premio. Questo metodo riduce la probabilità che il comportamento indesiderato si ripeta, poiché il bambino impara che tali azioni portano a una perdita di qualcosa di valore.

Il time out, invece, è una tecnica di gestione del comportamento in cui il bambino viene temporaneamente rimosso da un ambiente stimolante o gratificante come conseguenza di un comportamento inappropriato. Durante il time out, il bambino ha l'opportunità di calmarsi e riflettere sul proprio comportamento in un ambiente privo di distrazioni o rinforzi positivi. Questo metodo è efficace per interrompere il comportamento problematico e fornire al bambino il tempo per auto-regolarsi (Benedetto 2019).

Il parent training si svolge in gruppo e affronta in sessione successive cinque fondamentali strategie educative (Benedetto, 2019):

1. Identificazione e osservazione dei comportamenti. I genitori scelgono due comportamenti positivi e due comportamenti problematici e li registrano,

2. Contrattazione e rinforzamento dei comportamenti positivi: i genitori imparano a contrattare con il figlio, scegliendo rinforzatori efficaci per i comportamenti positivi,
3. Gestione dei comportamenti inadeguati secondo la loro gravità utilizzando strategie come ad es il time out,
4. Supervisione controllo del figlio anche a distanza,
5. Problem solving e negoziazione di fronte a un nuovo problema.

Il Parent training di Patterson ha ispirato molti altri programmi come quelli per bambini con caratteristiche di impulsività e disattenzione e quello di Webster-Stratton ideato per la fascia prescolare. Quest'ultimo intervento, inizialmente progettato per bambini con diagnosi di DOP e Disturbo della condotta (DC), è stato esteso nelle scuole ad alto rischio per raggiungere quei genitori che potrebbero non rivolgersi spontaneamente ai servizi e prevenire nei bambini l'insuccesso e il rifiuto da parte dei compagni.

3.3 Espansione e diversificazione (anni '80 e '90)

Negli anni '80 e '90, il parent training si è espanso per includere una varietà di approcci teorici e metodologici, riflettendo l'influenza di nuove ricerche nel campo della psicologia dello sviluppo, della psicologia clinica e della psicoterapia familiare. In questo periodo, i programmi di parent training iniziarono a integrare elementi delle terapie cognitivo-comportamentali (CBT), che non solo si concentravano sui comportamenti dei bambini, ma anche sui pensieri e le emozioni dei genitori.

3.3.1 Mattew Sanders e il Triple P

Mattew Sanders, attualmente è professore fondatore di studi sulla genitorialità e psicologia della famiglia e consulente strategico del direttore del Parenting and Family Support Centre presso l'Università del Queensland. Il professor Sanders è considerato un leader mondiale nello sviluppo, nell'implementazione, nella valutazione e nella diffusione di interventi genitoriali e familiari basati sulle prove. Ha sviluppato il Triple P (*Positive Parenting Program*), programma che svolge il suo campo d'azione in una strategia "a ombrello" in cui più interventi vengono realizzati, grazie alla sinergia dei

servizi sul territorio, in modo da tutelare la salute dei bambini, promuovere le relazioni positive all'interno della famiglia, tra genitori e figli per prevenire e trattare problemi comportamentali ed emotivi nei bambini migliorando le abilità dei genitori. (Benedetto, 2019). In questa ottica, un obiettivo è quello di aumentare il senso di competenza delle proprie capacità genitoriali, migliorando la comunicazione all'interno della coppia sulla genitorialità e riducendo lo stress genitoriale. L'acquisizione di tali competenze specifiche può permettere una migliore comunicazione familiare e una riduzione del conflitto, che a sua volta, può portare a una riduzione del rischio di sviluppo di problemi comportamentali ed emotivi nei figli. È stato inoltre osservato che i principi di apprendimento sociale, come ad esempio il supporto positivo per promuovere comportamenti prosociali e adattivi dei figli e i processi all'interno della famiglia, svolgono un ruolo rilevante per la remissione dei sintomi anche per altri disturbi dell'infanzia come depressione, ansia, difficoltà di alimentazione, abitudini disfunzionali (per es., suzione del pollice) e sindromi dolorose ricorrenti (per es., emicranie, dolori addominali ricorrenti) (Sanders et al., 2002).

Il modello Triple P si basa sul principio fondamentale che ogni coppia genitoriale è diversa dall'altra nella modalità con cui si preoccupa per il comportamento del proprio figlio, e questo è attribuibile alle differenze individuali di ogni persona. In base a esse, può esserci una valutazione della gravità, una motivazione e un accesso al sostegno diverso, altrettanto differente sarà la presenza di stress familiare che può essere precedente, contingente o conseguente all'insorgenza di difficoltà del bambino (Sanders et al., 2002). Sulla base di questo presupposto, il modello Triple P è stato sviluppato su più livelli, che si collocano su un continuum di intensità crescente, permettendo di rispondere alle diverse esigenze con diversi livelli di supporto. Il sistema multilivello, dunque, permette di adattare l'intensità dell'intervento alle esigenze e preferenze valutate per ciascuna famiglia (Sanders et al., 2002). Pertanto per la stessa problematica come la gestione di problematiche comportamentali attraverso un piano genitoriale specifico, possono essere forniti vari tipi di supporto e programmi di formazione delle abilità. Questo può includere una serie di suggerimenti scritti e un video illustrativo della strategia. In alternativa, il supporto può comprendere prove comportamentali più intensive, durante le quali i genitori sono osservati mentre interagiscono con i loro bambini e ricevono feedback dai professionisti per migliorare le loro competenze

genitoriali. Inoltre, possono essere organizzati incontri con un professionista per offrire un sostegno più personalizzato e diretto.

Il triple P teorizza 5 principali livelli di intervento: il livello 1 è un programma universale e permette ai genitori interessati di accedere a informazioni utili riguardo la genitorialità positiva. Vengono utilizzati siti web, programmi televisivi, media, radio, giornali, con lo scopo di aumentare la consapevolezza delle tematiche genitoriali. Il livello 2 fornisce una guida sulle aspettative di sviluppo adeguate all'età dei figli. Il parent training in senso stretto, è previsto dal livello 3, in quanto aggiunge alla consulenza breve attività pratiche per gestire problemi comportamentali comuni (come la disubbidienza). Il livello 4 è un parent training intensivo per genitori con bambini disabili, con disturbi emotivi o del comportamento. Il livello 5 consiste in un intervento familiare comportamentale (*Behavioral Family Intervention*) di intensità maggiore rispetto ai precedenti ed è rivolto alle famiglie in cui le difficoltà dei genitori, nella gestione dei bambini con problematiche comportamentali, sono complicate da altre fonti di disagio familiare (per es., relazioni conflittuali, depressione genitoriale, alti livelli di stress) (Benedetto, 2019).

Il triple P ha un'ampia base empirica a sostegno della sua efficacia ed è diffuso in diverse realtà. In Europa, in particolare, molti paesi, incluso l'Italia, hanno adottato questa strategia di prevenzione all'interno delle politiche sociali e di tutela dell'infanzia (Williams, 2012)

Una recente revisione sistematica e metanalisi (Sanders et al., 2014) si è occupata di verificare l'efficacia del modello Triple P. I risultati mostrano che tale intervento genitoriale è efficace, sia a breve che a lungo termine, e che è funzionale sia come intervento preventivo che come trattamento. È stato osservato un miglioramento degli aspetti sociali, emotivi e comportamentali (*social, emotional, behavioral*; detti "SEB") nei bambini, e sono stati riscontrati anche benefici a livello genitoriale in termini di strategie, fiducia e relazione genitoriale. È importante evidenziare come anche gli interventi brevi e di bassa intensità, come il Livello 1, possono avere un impatto positivo sui risultati di esito sia per i bambini che per i genitori.

3.3.2 Carolyn Webster-Stratton e Incredible Years

Carolyn Webster-Stratton è una psicologa clinica e ricercatrice americana che ha sviluppato, a fine anni 80, una serie di programmi definiti Incredible Years (IY), con l'obiettivo di determinare un cambiamento nei principali fattori di rischio e protezione per genitori, insegnanti e bambini implicati nello sviluppo e nella prevenzione dei problemi di condotta nei bambini (Briesmeister & Schaefer, 2007). I programmi per genitori e insegnanti iniziano con un focus sul miglioramento delle relazioni positive e dell'attaccamento tra genitori, insegnanti e bambini. Questo viene realizzato attraverso l'insegnamento di giochi interattivi diretti ai bambini, coaching sociale ed emotivo, metodi di lettura interattiva e programmi di elogi e incentivi. Insegnanti e genitori discutono anche di strategie genitoriali e didattiche proattive adatte all'età che includono l'introduzione di regole e routine prevedibili, l'emissione di comandi chiari e l'utilizzo di un set specifico di tecniche disciplinari positive (es. il monitoraggio e la definizione di limiti efficaci e uso del time-out per calmarsi). Ai genitori e agli insegnanti di bambini in età prescolare e scolare viene insegnato come insegnare ai bambini la risoluzione dei problemi, l'amicizia e le capacità di regolazione delle emozioni (Briesmeister & Schaefer, 2007). Questi programmi sono inseriti in un contesto di sviluppo in cui genitori e insegnanti discutono su come applicare il materiale del programma per soddisfare il temperamento e il livello di sviluppo unici di ogni bambino. Il programma di formazione per bambini fornisce un insegnamento esplicito per incrementare comportamenti sociali positivi, di regolazione delle emozioni e di risoluzione dei problemi. Questa formazione si concentra su aree in cui i bambini con problemi di condotta e ADHD hanno difficoltà, fornendo struttura aggiuntiva, monitoraggio, coaching e ripetute prove di apprendimento che aiutano i bambini a imparare a inibire comportamenti indesiderati e a gestire le emozioni. Il formato di gruppo del programma per bambini offre l'opportunità di mettere in pratica nuove competenze con i coetanei, concentrandosi sulle particolari esigenze di apprendimento sociale di ogni bambino, come la risoluzione dei problemi, l'assunzione di prospettiva e le capacità di gioco, nonché l'alfabetizzazione emotiva. Si ritiene fondamentale rafforzare i fattori protettivi, contribuendo così a prevenire una traiettoria di sviluppo, che porti a comportamenti sempre più aggressivi e violenti in età avanzata. L'ipotesi del

modello è che il miglioramento di fattori protettivi come le interazioni e le relazioni genitore-insegnante-bambino reattive e positive, nonché il supporto del gruppo, porterà a una migliore preparazione scolastica, alla regolazione delle emozioni e alla competenza sociale nei bambini piccoli. Questi guadagni a breve termine, a loro volta, dovrebbero portare ad un aumento del rendimento accademico e a una riduzione dell'abbandono scolastico, dei disturbi della condotta e dei problemi legati all'abuso di sostanze in età avanzata .

Il programma IY si basa su diversi fondamenti teorici che ne guidano i contenuti e i metodi. La teoria dell'apprendimento sociale cognitivo, in particolare l'ipotesi della coercizione di Patterson, sostiene che il rinforzo negativo sviluppa e mantiene comportamenti devianti. Le teorie di Bandura sulla modellazione e l'autoefficacia sottolineano l'importanza dell'apprendimento attraverso l'osservazione e la costruzione della fiducia in sé stessi. Inoltre, gli stadi di sviluppo cognitivo di Piaget e i metodi di apprendimento interattivo offrono una comprensione delle fasi di sviluppo del bambino e delle strategie cognitive per affrontare il dialogo interiore negativo. Le tecniche di Beck e colleghi (1979) sono utilizzate per sfidare pensieri arrabbiati, negativi e depressivi, aumentando l'autostima e la fiducia in sé stessi dei genitori. Infine, le teorie dell'attaccamento e delle relazioni di Ainsworth e Bowlby (1980) forniscono una base per comprendere l'importanza delle relazioni sicure e affettive nello sviluppo dei bambini. Nella serie IY, la modellazione basata su video prevede di mostrare ai partecipanti vignette di genitori o insegnanti che rappresentano diversi background culturali utilizzando coaching sociale ed emotivo, o strategie di disciplina positiva, o di bambini che gestiscono i conflitti con soluzioni appropriate.

I leader del gruppo utilizzano le vignette per coinvolgere i partecipanti nella discussione di gruppo, nell'apprendimento collaborativo e nel supporto emotivo. Inoltre, i partecipanti identificano i "principi" chiave delle vignette, li applicano ai loro obiettivi personali mettendo in pratica ciò che hanno imparato con la loro situazione problematica personale e quindi ricevono un feedback diretto sulla loro prestazione dal leader del gruppo e dai membri del gruppo (Briesmeister & Schaefer, 2007) Il principale background teorico di base di tutti i programmi per genitori, insegnanti e bambini include quanto segue: tendono a implementare interventi con maggiore

integrità quando vengono formati e ricevono feedback sull'uso delle strategie di intervento (Reinke et al, 2012). Dopo aver appreso e messo in pratica le nuove strategie nel gruppo, i partecipanti prendono decisioni su come applicare le idee per affrontare i loro obiettivi personali nelle loro case o aule.

La forma di gruppo presenta numerosi vantaggi. In primo luogo, è più conveniente rispetto all'intervento individuale e affronta anche un importante fattore di rischio per i bambini con problemi comportamentali, tra cui l'isolamento e la stigmatizzazione della famiglia, il senso di frustrazione e di colpa dell'insegnante e i sentimenti di solitudine o di rifiuto dei pari. Un altro vantaggio della forma di gruppo è che aiuta a ridurre la resistenza all'intervento attraverso il colloquio motivazionale (Miller & Rollnick, 2002) e l'uso della saggezza collettiva del gruppo. Invece di ricevere informazioni esclusivamente da un esperto, ai partecipanti viene data l'opportunità di interagire tra loro. Quando i partecipanti esprimono convinzioni in contrasto con pratiche efficaci, il leader del gruppo si avvale degli altri per esprimere altri punti di vista (Patterson et al., 1992)

Attraverso questo discorso, il leader del gruppo è in grado di suscitare un dialogo di cambiamento da parte dei partecipanti stessi che rende più probabile che portino avanti i cambiamenti desiderati. Quando i leader del gruppo si posizionano nel “modello dell'esperto” sostenendo il cambiamento, è più probabile che cementino gli atteggiamenti dei partecipanti che sono resistenti all'intervento (Miller & Rollnick, 2002). D'altra parte, le vignette video consentono ai leader del gruppo di suscitare principi comportamentali dalle intuizioni dei genitori e servono come stimolo per l'apprendimento collaborativo e gli esercizi pratici.

I leader del gruppo operano sempre all'interno di un contesto collaborativo progettato per garantire che l'intervento sia sensibile alle differenze culturali individuali e ai valori personali. Il programma è "su misura" per le esigenze individuali e gli obiettivi personali di ogni genitore, insegnante o bambino, nonché per la personalità, le capacità di sviluppo e i problemi comportamentali di ogni bambino.

Di seguito L'IY Parenting Pyramid che funge da piano architettonico per la fornitura di contenuti ed è utilizzata per descrivere la struttura dei contenuti del programma :

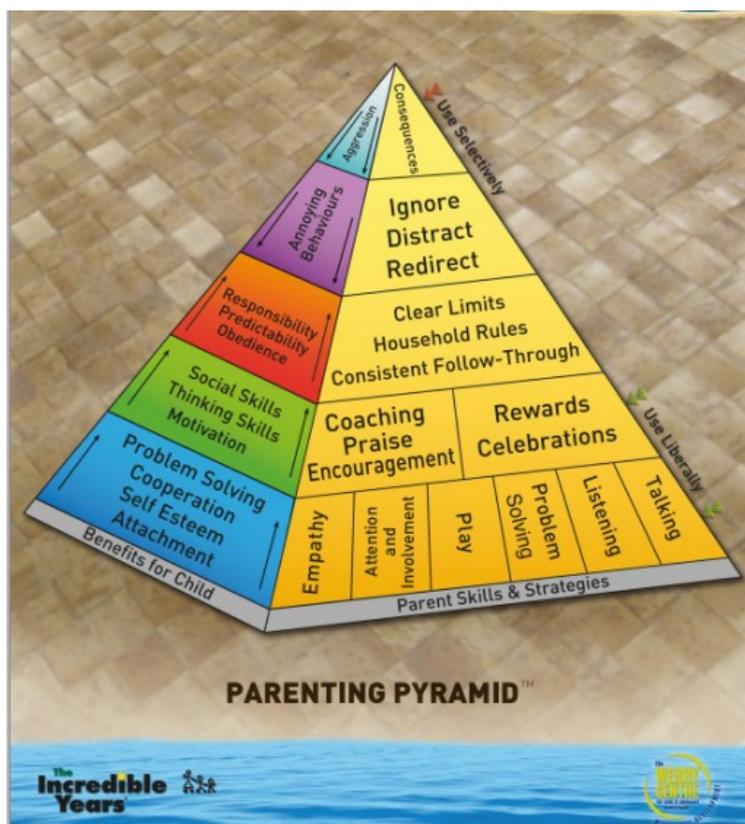


Figura 2: Parenting Pyramid (Webster-Stratton & McCoy, 2015)

Aiuta i genitori a concettualizzare strumenti genitoriali efficaci e come questi strumenti li aiuteranno a raggiungere i loro obiettivi. La parte inferiore della piramide raffigura strumenti genitoriali che vengono utilizzati liberamente, poiché costituiscono la base per l'apprendimento emotivo, sociale e accademico dei bambini. Sono evidenziati strumenti come l'attenzione positiva dei genitori, la comunicazione e la guida diretta al bambino.

I genitori imparano anche come utilizzare specifici strumenti di coaching accademico, di perseveranza, sociale ed emotivo per aiutare i bambini ad autoregolarsi e a gestire i propri sentimenti, a persistere nell'apprendimento nonostante gli ostacoli e a sviluppare amicizie. Discutono dell'uso di routine prevedibili e di regole domestiche che costituiscono l'impalcatura dei comportamenti esplorativi dei bambini e della loro spinta verso l'autonomia. La metà superiore della piramide insegna strumenti genitoriali che vengono utilizzati per ridurre comportamenti specifici. Tra questi sono compresi strumenti disciplinari proattivi come l'identificazione di comportamenti appropriati.

Da uno studio qualitativo dell'impatto del programma Webster-Stratton 'Parents and Children Series' i genitori hanno segnalato una maggiore sicurezza, migliori relazioni con i propri figli, un uso efficace di nuove tecniche di gestione del comportamento e miglioramenti nel comportamento dei propri figli come risultato del programma (Williams et al., 2019)

3.4 Nuove tendenze e innovazioni (anni 2000 e oltre)

Con l'inizio del nuovo millennio, il parent training ha continuato ad evolversi. L'approccio del parent training si è integrato con altri modelli terapeutici, come gli interventi basati sulla mindfulness e accettazione, offrendo un supporto più olistico alle famiglie (Mancini, 2016). La ricerca continua a dimostrare l'efficacia del parent training per una varietà di condizioni infantili, tra cui il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), i disturbi dello spettro autistico (ASD) il disturbo della condotta e, naturalmente, il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC).

CAPITOLO 4

DALLA TEORIA ALLA PRATICA: I GENITORI COME RISORSA NEL DOC

4.1 Trattamento del doc in età evolutiva: un approccio cognitivo-comportamentale semplificato

Il disturbo ossessivo compulsivo pediatrico ha un decorso cronico e invalidante fino all'età adulta se non viene adeguatamente e precocemente trattato (Piacentini et al., 2003). La psicoterapia cognitivo-comportamentale è ad oggi, il tipo di trattamento psicoterapico con evidenze scientifiche di efficacia maggiori, sia per il DOC in età adulta sia in età evolutiva (Buonanno et al., 2009; McGuire et al., 2015). Il trattamento del DOC nei bambini e adolescenti mira a ridurre e, idealmente, eliminare i rituali e gli evitamenti, sia visibili che nascosti. Il metodo principale ha una matrice cognitivo-comportamentale ed è l'Esposizione con Prevenzione della Risposta (E/RP), simile a quello usato con gli adulti e costituisce l'intervento CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) di maggiore efficacia empirica per il disturbo ossessivo compulsivo (Abramovitz et al., 2009).

Ciascun esercizio di ERP consta di due diverse fasi: l'esposizione e la prevenzione della risposta. L'esposizione prevede che si debba entrare in contatto con qualcuno degli stimoli che spesso si cerca di evitare, in modo tale che si cerchi di sostenere il disagio per un certo intervallo di tempo, superando il proprio standard di sopportazione. La prevenzione della risposta prevede che si cerchi di interrompere i vari comportamenti protettivi o rituali che di solito si mettono in atto, anche questa volta per un intervallo superiore alla normale soglia (Dettore & Melli, 2005).

Questo provocherà sicuramente lo scatenarsi delle emozioni, quali ansia, senso di colpa o disgusto, che di solito si tende ad evitare o a contenere cercando di imparare a confrontarsi con le stesse, sostenendole e attraversandole fino a quando non si ridurranno spontaneamente (Luppino, 2021). In questo modo il bambino può affrontare le proprie paure, anziché ricorrere all'evitamento, e ha l'occasione di scoprire che le

conseguenze di ciò che ha vissuto non sono drammatiche come temeva (Tomassetti, 2019). La sperimentazione dell'ansia, o disagio, è negli obiettivi della tecnica.

Ad esempio, nel caso di un bambino con ossessioni di contaminazione e compulsioni di lavaggio, l'esposizione consisterà nell'entrare in contatto con gli oggetti che si sono immaginati come contaminanti e rimandare/modificare/inibire l'impulso di lavarsi le mani (Demaria & Licchelli, 2019). L'esposizione allo stimolo ansiogeno si basa sul fatto che l'ansia tende a diminuire spontaneamente dopo un lungo contatto con oggetti "contenenti germi" (es. prendere in mano dei soldi), finché l'ansia non è scomparsa. La ripetizione dell'esposizione consente la diminuzione dell'ansia fino alla sua completa estinzione (Melli, 2018). Perché la tecnica dell'esposizione sia efficace, tuttavia, è necessario che sia affiancata dalla prevenzione della risposta o dalla sua modificazione, nell'esempio sopra citato la persona con l'ossessione dei germi viene esposta allo stimolo ansiogeno e viene invitata a sforzarsi di non mettere in atto i rituali di lavaggio. In altre parole, si segue il principio "guarda in faccia la paura e cesserà di turbarti" (Melli, 2018).

Dunque l'efficacia della E/RP dipende non tanto dalla realizzazione meccanica delle esposizioni e delle astensioni dai rituali quanto piuttosto dallo stato mentale del paziente, che dovrebbe essere di maggiore accettazione del pericolo paventato. Infatti, se il paziente non accetta i pericoli che per lui derivano dall'esporsi senza prendere misure, ma mantiene l'intenzione di proteggersi, come accade nel caso in cui si espone e procrastina i rituali, allora la procedura sembra essere assai meno efficace (Mancini, 2016). Comunque, un corpus sostanziale di letteratura empirica e sperimentale sostiene l'esposizione più la prevenzione della risposta (E/ RP) come terapia chiave per il disturbo ossessivo compulsivo, con un tasso di risposta particolarmente duraturo e stabile, con un tasso medio di riduzione dei sintomi dal 50 all'85% (Buonanno et al., 2009).

Un'altra fase critica del trattamento è la prevenzione delle ricadute, lavorando per ridurre l'invalidità del DOC e aiutando il paziente a riconoscere e affrontare i segnali precoci di ritorno dei sintomi. Il trattamento include anche tecniche cognitive, come la ristrutturazione cognitiva, per aiutare i bambini a distanziarsi dai sintomi, riconoscere

emozioni e pensieri intrusivi, e valutare realisticamente le probabilità degli eventi temuti. I pazienti con DOC tendono a sentirsi eccessivamente responsabili per le conseguenze negative e a sovrastimare le minacce. Ridurre il senso di responsabilità può aiutare a diminuire queste sovrastime (Franklin & Foa, 2011).

La ERP, l'esposizione con prevenzione della risposta, migliora la sintomatologia almeno del 30% circa nell'80% dei pazienti e diminuisce sostanzialmente il rischio di ricaduta, un dato interessante è che modifica i meccanismi di difesa (Greist, 1994; Spiegel, 2000; Kozak et al., 2000), come dire che non è una terapia superficiale che interviene sul problema presentato, ma incide sulla struttura della persona.

4.2 Il coinvolgimento dei genitori

Il coinvolgimento dei familiari è cruciale nel trattamento del DOC nei bambini. Spesso, i genitori assumono il ruolo di co-terapeuti, supportando il bambino anche senza la sua partecipazione diretta alla terapia. Il trattamento del DOC inizia dapprima, con una valutazione per diagnosticare il disturbo e coinvolgere il bambino nella comprensione del proprio problema, migliorando così l'alleanza terapeutica e riducendo il disagio. Successivamente, si passa alla pianificazione e alla motivazione, preparando genitori e bambini al trattamento e definendo chiaramente gli obiettivi per evitare di aumentare il senso di fallimento. È essenziale la collaborazione dei genitori nell'affiancare i figli durante l'esposizione con prevenzione della risposta, incoraggiandoli e credendo nel successo del percorso senza fare pressione per eseguire gli esercizi (Demaria & Licchelli, 2019).

È inoltre fondamentale che il trattamento coinvolga diversi contesti, come la famiglia e la scuola, richiedendo frequentemente l'impegno di insegnanti e altre figure significative. Un aspetto fondamentale è la motivazione: i genitori percepiscono i sintomi del DOC come un problema più grande rispetto ai bambini, che potrebbero essere più inclini a evitare le loro paure piuttosto che affrontare l'ansia del trattamento. I bambini, infatti, potrebbero non essere disturbati dai loro rituali, ma dalle conseguenze sociali, come le reazioni negative dei familiari (Melli, 2018). In questo quadro è chiaro dunque come il contesto familiare giochi un ruolo importante: i bambini con DOC

spesso coinvolgono i familiari nei loro rituali o cercano rassicurazioni, causando conflitti e aumentando l'ansia.

Nella maggioranza dei casi le ossessioni e le compulsioni compromettono non solo la vita del bambino/adolescente, ma anche il funzionamento della famiglia, in quanto si accompagnano a frequenti richieste di rassicurazioni, imposizioni rigide con limitazioni spazio e temporali per portare a termine i rituali e la richiesta del coinvolgimento diretto dei genitori nei rituali compulsivi. In letteratura il coinvolgimento della famiglia viene definito *family accomodation* (Lebowitz et al, 2012) per cui i genitori aiutano i figli nei rituali compulsivi, fornendo rassicurazioni o modificando le loro abitudini allo scopo di ridurre o di evitare l'ansia del figlio. Gli studi sull'accomodamento riportati in letteratura dimostrano che una grande percentuale di familiari e conviventi, tra l'80% e il 90%, partecipa direttamente alla sintomatologia del paziente (Albert et al., 2010). Tuttavia *la family accomodation* sortisce effetti opposti aggravando la compromissione funzionale del problema e portando a condizioni psicopatologiche più critiche, come veri e propri disturbi internalizzanti ed esternalizzanti (Storch et al., 2007).

La risposta antagonista dei genitori ai figli con doc, si realizza invece, con critiche ed interferenze o addirittura la proibizione del rituale, determinando spesso nel figlio marcate reazioni di ansia. Di fronte ad un atteggiamento ostile del familiare il figlio potrebbe manifestare, inoltre rabbia, senso di inefficacia e di vergogna (Mancini, 2016).

Sia risposte genitoriali accomodanti che antagoniste hanno però la conseguenza di rinforzare il sintomo, aumentandone la frequenza e l'intensità (Lebowitz et al, 2012).

Accomodamento o antagonismo non esauriscono l'ampio ventaglio di reazioni dei familiari ai problemi del proprio caro. Osservando le interazioni tra persona affetta da DOC e i suoi congiunti è possibile notare che le reazioni interpersonali più frequenti sono almeno sette e che ognuna di esse determina una trappola o circolo vizioso che mantiene i sintomi ossessivi compulsivi. Le sette trappole sono parte di un unico grande ciclo del biasimo che inizia dalla sensibilità alla colpa del tuo caro e culmina con un'accusa esplicita aggressiva o implicita che rafforza tale sensibilità morale (Saliani, 2021). Queste strategie di contrasto al DOC sono: *pacca sulla spalla, bugia a fin di*

bene, disputa razionale, suggerimento di soluzioni, compiacenza, biasimo. In definitiva si prova ad arginare la sintomatologia DOC seguendo tre strade principali: quella della *persuasione* quella del *soccorso accomodante* e quella della *colpevolizzazione* e in alcuni casi , per fortuna rari, la strada della forza. Nessuna di esse è efficace per aiutare il paziente a liberarsi dal disturbo e anzi tutte innescano dei veri e propri circoli viziosi, con l'effetto di esacerbare la sintomatologia nel medio e lungo termine (Mancini 2016).

Molto spesso i genitori devono prendersi cura di bambini o giovani con disturbo ossessivo compulsivo, che presentano gravi problemi comportamentali esternalizzanti e interiorizzanti. Tali comportamenti possono essere più difficili da gestire a causa dell'interferenza con le attività familiari e la coesione (Klassen et al. 2004). Potrebbero essere necessari metodi di trattamento aggiuntivi come la formazione comportamentale dei genitori o la gestione farmacologica per affrontare questi problemi in concomitanza con l'affrontare i sintomi del disturbo ossessivo compulsivo (Klassen et al. 2004)

Un programma di intervento non può esimersi quindi dall' includere i genitori per modificare le loro reazioni, ottenere la loro collaborazione nella gestione dei rituali e delle ossessioni e potenziare i comportamenti favorevoli. I trattamenti che coinvolgono anche la famiglia risultano infatti avere una maggiore efficacia a lungo termine (O'Leary et al., 2009).

I genitori per contrastare e riconoscere le reazioni trappola dovranno essere aiutati a cercare di sostituire queste modalità viziose con risposte più funzionali. Tentare di sviluppare un atteggiamento CAROS potrà aiutare a sviluppare alcuni atteggiamenti utili a migliorare la relazione.

L'acronimo *CAROS* rappresenta una serie di atteggiamenti e comportamenti che i genitori possono adottare per supportare efficacemente i figli con Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC). (Saliani et al., 2016) . *C- CALMO* : tranquillo, gentile, rilassato, con toni bassi. *A-ACCOGLIENTE*: empatico e comprensivo. *R – RAGIONEVOLE*: equilibrato nei giudizi, saggio, flessibile, dotato di buon senso. *O- ONESTO*: sincero, autentico, schietto, trasparente. *S- :SICURO*

4.3 Perché il Parent Training?

La motivazione centrale che spinge i genitori ad intraprendere un percorso di parent training è in particolare un bisogno, che risulta preponderante, ed è costituito dal riuscire ad apprendere strategie di regolazione emotiva per riuscire a mantenere la calma nelle interazioni difficili con i propri figli. I genitori che hanno partecipato ad un programma di parent training hanno spesso sperimentato una maggiore capacità di relazionarsi con i propri figli ed un rafforzamento delle strategie genitoriali esistenti, (Butler et al., 2020).

Altro bisogno chiave dei genitori è costituito dal non sentirsi giudicati: è quindi importante che il facilitatore del gruppo dimostri un approccio di supporto e non giudicante (Butler et al., 2020). Anche il setting di gruppo è un aspetto importante per i genitori: condividere la propria esperienza in un gruppo con altri genitori permette ai genitori di sentirsi meno soli, fornendo un senso di appartenenza e di supporto reciproco.

I programmi di parent training sono solitamente incentrati sull'aiutare i genitori a sviluppare alcune competenze sociali ed emotive in modo che essi siano poi a loro volta in grado di educare i propri figli ed aiutarli nello sviluppo di queste competenze (Menghini & Tomassetti, 2022). Tali competenze riguardano aree di funzionamento cognitivo, affettivo-relazionale ed emotivo ed implicano processi quali problem-solving, pensiero creativo, senso critico, comunicazione efficace, empatia e gestione dello stress. Questi interventi si focalizzano quindi sull'incrementare i livelli di competenza ed efficacia del genitore nel gestire il comportamento dei bambini (Buonanno & Muratori, 2020). Attraverso questi interventi il genitore diviene maggiormente capace di utilizzare quella che Muratori e Buonanno (2020) definiscono come "disciplina sensibile". Si tratta cioè da una parte di riconoscere i segnali di distress del bambino e rispondervi ogni volta in modo coerente ed appropriato, e dall'altra parte di saper riconoscere e rispondere in modo funzionale anche ai segnali di non-distress, ossia a tutti gli elementi espressivi e di interazione sociale. La risposta del genitore ai comportamenti del bambino, riconoscendo quegli elementi e rispondendo in modo appropriato con sorrisi o ridendo insieme a lui è definito rinforzo positivo ed è di

importanza fondamentale. Molti interventi di parent training sono incentrati proprio sullo sviluppo di strategie di rinforzo positivo (si veda ad esempio il programma Incredible Years, descritto precedentemente)

I programmi di formazione per i genitori si pongono l'obiettivo di apportare un cambiamento nel comportamento dei genitori, nelle loro percezioni e nella loro comunicazione, allo scopo di andare a modificare il comportamento del bambino e ridurre i comportamenti non desiderabili, migliorando il clima ed il benessere familiare (Lundahl et al., 2006)

L'obiettivo principale degli interventi di parent-training è quello di rinforzare l'autostima e la confidenza dei genitori e guidarli nell'acquisizione di nuove capacità ed abilità genitoriali dalle quali sia i figli (ma anche i genitori stessi che hanno partecipato all'intervento) otterranno benefici in termini di sviluppo mentale, sociale ed emotivo (Sanders et al., 2002). Al termine del percorso i genitori sono solitamente più capaci di analizzare i problemi, riescono a gestire in modo migliore le situazioni di stress e ad utilizzare strategie più flessibili, adattandosi meglio a differenti situazioni (Muratori & Buonanno, 2020).

Gli interventi di parent training possono essere realizzati attraverso diverse modalità; questi possono infatti svolgersi in gruppo, in coppia o individualmente (Muratori & Buonanno, 2020). Il setting di gruppo costituisce la modalità utilizzata più di frequente, secondo Muratori e Buonanno (2020), anche quella preferibile, in quanto il gruppo si configura come contenitore del disagio; esso favorisce infatti la comprensione e la condivisione di differenti esperienze e strategie genitoriali, aprendo i genitori al confronto ed alla presenza di un'ampia variabilità di stili genitoriali (Muratori & Buonanno, 2020). Il gruppo inoltre permette il superamento dell'isolamento sociale e tende ad abbassare i livelli di ansia e rabbia (Muratori & Buonanno, 2020)

Generalmente gli interventi di parent training presentano una prima parte teorica introduttiva, la quale consiste nell'introdurre concetti elementari e rudimenti quali cosa sia il comportamento e come sia possibile osservarlo, secondo l'approccio cognitivo-comportamentale. In ogni caso il trainer, o il clinico, si occuperà di spiegare come il cambiamento nelle modalità d'azione del genitore sia legato ed influenzato

comportamento del figlio (Robiati, 1996). In seguito a questa prima parte teorica vi è generalmente una parte più pratica, che lascia spazio alle esercitazioni ed all'applicazione delle tecniche precedentemente viste a livello teorico (Benedetto, 2006).

A prescindere dall'orientamento teorico adottato, quattro sono i componenti degli interventi di parent training risultati predittori di migliori abilità e comportamenti genitoriali e/o livelli più bassi di problemi esternalizzanti nel bambino (Kaminski et al., 2008). In primo luogo vi sono le strategie che utilizzano la pratica in vivo coinvolgente genitore e figlio, ad esempio il genitore guidava il figlio durante un'attività, mentre i facilitatori li osservavano nell'esecuzione dell'attività stessa. In secondo luogo vi sono le strategie incentrate su abilità di insegnamento relative alla comunicazione emotiva, quali formazione nelle capacità di ascolto attivo, capacità di riflettere ciò che il bambino dice, insegnare ai genitori ad aiutare i bambini a riconoscere ed a definire le emozioni, insegnare ai genitori a ridurre critiche e sarcasmo (comunicazione negativa). La comunicazione emotiva era anche predittiva di maggiori effetti genitoriali (quindi un miglioramento di conoscenze, atteggiamenti, valori, autoefficacia e comportamento genitoriali) (Kaminski et al, 2008). In terzo luogo vi sono le strategie che si occupano di insegnare ai genitori a interagire in modo positivo con i propri figli, tale componente comprende: insegnare ai genitori a dimostrare entusiasmo, per un comportamento appropriato del bambino, interagire con il bambino durante il gioco e lasciare che sia lui a prendere l'iniziativa ed infine fornire attività ricreative adatte al bambino (Kaminski et al., 2008). La quarta ed ultima strategia consiste nella coerenza disciplinare; si tratta di insegnare al genitore a rispondere sempre allo stesso modo ad un comportamento scorretto del bambino ogni volta che esso si verifica. In questo modo tale comportamento si estinguerà più rapidamente (Kaminski et al., 2008). In conclusione, questi quattro predittori hanno rappresentato il maggiore grado di stabilità nella previsione di esiti significativi e positivi per i comportamenti e le abilità genitoriali e la riduzione dei problemi esternalizzanti del bambino (Kaminski et al, 2008).

4.4 Un Parent Training per genitori con Doc : il Programma SPACE

Se volessimo personificare questo disturbo potremmo rappresentarlo come un soggetto tenace, avido di rassicurazioni, spiegazioni, certezze, straordinariamente abile nel sollevare dubbi, dilemmi, riserve, rigettare al mittente le obiezioni. È importante allora ricordare che curare il DOC è possibile, ma richiede molto impegno e perseveranza (Mancini, 2016).

Il Parent Training secondo lo SPACE program presenta un intervento di trattamento basato sui genitori (Lebowitz & Omer, 2013). Il programma SPACE (Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions) si allontana dall'insegnare ai genitori una serie di competenze specifiche e mira a colpire le dinamiche fondamentali alla base dell'interazione tra genitori e bambini ansiosi.

SPACE ha dimostrato di essere promettente nel trattamento basato sui genitori dell'OCD infantile e adolescenziale (Lebowitz, 2013) ed è esclusivamente basato sui genitori, consentendo l'erogazione del trattamento senza la necessità della collaborazione del bambino.

Eli Lebowitz (2008) definisce le risposte dei genitori all'ansia di un bambino come un "innesco" ripetuto del sistema di attaccamento, che porta i genitori ad agire in modo protettivo, a fornire rassicurazioni, ad aiutare nella regolazione dell'eccitazione e degli effetti negativi, e ad aiutare ad evitare gli stimoli che provocano ansia.

Tuttavia, queste risposte sono per lo più contrarie ai principi cognitivi e comportamentali del superamento dell'ansia e possono impedire il progresso della CBT. Laddove la CBT mira a promuovere il coping, minimizzare l'evitamento, incoraggiare l'esposizione deliberata e decatastrofizzare l'esperienza dell'ansia (Lebowitz & Omer, 2013), le risposte protettive dei genitori possono fare il contrario.

I bambini con disturbi d'ansia in genere mostrano anche difficoltà con l'autoregolazione delle emozioni (Suveg & Zeman, 2004), e la protezione può incoraggiare la continua dipendenza dai genitori per regolare o evitare il loro stato affettivo interno. Il programma SPACE mira ad affrontare questi aspetti fondamentali della relazione

genitore-figlio plasmata dall'ansia ricorrente. Un concetto che cattura molti dei modi in cui i genitori sono "attratti" dall'ansia del loro bambino è l'accomodamento familiare.

In uno studio (Storch et al., 2010), il trattamento basato sulla famiglia per il disturbo ossessivo compulsivo infantile, che mirava all'adattamento dei genitori ai sintomi del bambino, è stato efficace nel ridurre l'adattamento e nel migliorare i sintomi del disturbo ossessivo compulsivo anche tra i bambini che erano classificati come non rispondenti ai farmaci. In un altro studio, utilizzando l'approccio SPACE qui descritto, il trattamento basato sui genitori volto a ridurre l'accomodamento ha portato a un miglioramento significativo nei bambini che hanno resistito alla terapia individuale (Lebowitz, 2013).

Un bambino che è molto ansioso o che è arrivato a fare molto affidamento sulla sistemazione familiare può resistere o opporsi attivamente a qualsiasi cambiamento che minaccia di ridurre l'accomodamento. Rapporti su bambini con DOC hanno indicato che i bambini spesso impongono con forza l'accomodamento ai loro genitori. Molti bambini reagiscono anche violentemente, con aggressioni fisiche o verbali, alle "violazioni" dell'accomodamento (Lebowitz & Omer, 2013).

Questi scoppi possono essere concettualizzati come "**scoppi di estinzione**" e rappresentano una seria sfida per i genitori che cercano di limitare l'adattamento ai sintomi del bambino. Altri bambini possono rispondere con manifestazioni drammatiche di angoscia, minacce verso sé stessi, o commenti accusatori verso i genitori (ad esempio, "Tu non mi ami").

La capacità dei genitori di modificare le loro risposte è quindi spesso contingente alla loro capacità di agire senza la collaborazione del bambino, e quindi, anche di fronte a una significativa opposizione. Altrettanto importante è la necessità di evitare l'escalation dell'aggressione, per esempio, diventando invischiati in scontri a fuoco, discussioni, lotte di potere o alterchi fisici (Lebowitz, 2008)

Un quadro teorico e concettuale particolarmente adatto a superare questa difficoltà è quello della NVR (*Resistenza Non Violenta*). Il principio centrale del NVR, adattata al contesto familiare, è che in una situazione di conflitto o disaccordo, la scelta di

concentrarsi sul cambiamento dell'altro, porta a una resistenza ostinata e all'escalation, e fa sì che l'individuo perda le opportunità di agire in modo produttivo modellando il proprio comportamento (Omer, 2004).

In un processo NVR la domanda "Come posso farti fare questo?" viene sostituita con "Come posso sostenere le mie convinzioni, senza attaccare o cedere?" Attenersi risolutamente a questo principio può aiutare i genitori ad evitare di essere trascinati dal forte affetto o dagli atti impulsivi del bambino, permettendo loro di diffondere molte situazioni altrimenti esplosive.

Il programma SPACE applica i principi della NVR per aiutare i genitori a ridurre il proprio comportamento accomodante nel contesto dell'ansia del bambino e a far fronte all'angoscia o alla resistenza del bambino, mantenendo un atteggiamento di sostegno nei suoi confronti. Non si concentra sull'insegnamento ai genitori di abilità specifiche come il rinforzo positivo o il problem solving, né cerca di usare i genitori come terapeuti laici per modificare il comportamento del bambino. Piuttosto, si concentra esplicitamente sul cambiamento delle risposte dei genitori agli stati ansiosi del bambino, ritirando gradualmente i comportamenti accomodanti su cui il bambino è arrivato a contare. Così facendo adotta una visione sistemica piuttosto che puramente individuale dell'ansia infantile.

Il programma adotta principi e strumenti sviluppati in altri contesti, come l'NVR, per fornire ai genitori strumenti pratici per agire in modo unilaterale, senza incoraggiare comportamenti disadattivi e senza acconsentire ad essi. Inoltre, non si basa sulla partecipazione del bambino al trattamento, che può essere più difficile da ottenere con i bambini oltre la prima infanzia. Il primo passo del trattamento è una fase introduttiva durante la quale i genitori vengono introdotti alla concettualizzazione sistemica dell'ansia infantile e alla logica e ai principi del trattamento (Lebowitz & Omer, 2013). Durante questa fase vengono affrontate molte domande dei genitori (ad esempio, perché io sono qui e non mio figlio? Questo significa che è colpa mia?) e si cerca di far capire al genitore che hanno la possibilità di utilizzare uno strumento fondamentale per il cambiamento che è il comportamento. Si cerca di confrontarsi chiedendo ai genitori di descrivere i precedenti tentativi di cambiare direttamente il comportamento, il pensiero o l'emozione del bambino e i risultati che questo ha avuto.

Il passo successivo prevede che i genitori e il terapeuta esaminino meticolosamente il programma e le abitudini quotidiane della famiglia, identificando i comportamenti accomodanti, tracciando e monitorando sistematicamente questi nel corso della settimana, e poi scegliendo particolari problemi target da affrontare. Poi, i genitori vengono consigliati su come informare il bambino che lavoreranno per cambiare il loro comportamento nell'ambito mirato. (Lebowitz & Omer, 2013).

Bisogna trovare un momento in cui entrambi i genitori e il figlio sono calmi e rilassati per presentare il programma e gli obiettivi che si intende raggiungere. Durante tutto il programma i genitori sono incoraggiati ad essere aperti e trasparenti con il bambino riguardo ai loro piani, informando il bambino dei particolari cambiamenti che intenderanno fare. Il trattamento si concentra, quindi, esplicitamente sulla modifica del comportamento dei genitori. Il programma SPACE è un intervento per soli genitori progettato per 10-12 sessioni settimanali ed è inteso per essere sia coerente tra i casi che abbastanza flessibile da permettere un trattamento individuale su misura. Questi obiettivi sono raggiunti attraverso un processo di trattamento manualizzato che comprende otto parti di trattamento, che sono coerenti in tutti i casi, e cinque moduli aggiuntivi di sessione, che sono implementati come necessario in conformità con il giudizio del terapeuta (Lebowitz & Omer, 2013).

I moduli della sessione forniscono strumenti pratici per superare le difficoltà che potrebbero ostacolare questo processo: insegnare e modellare l'autoregolazione; affrontare il comportamento dirompente; affrontare le minacce a sé stessi; accedere al supporto; migliorare la collaborazione tra genitori. Si incoraggia, inoltre i genitori a ricevere il sostegno di altre persone al di fuori della famiglia nucleare immediata che possono sostenere gli sforzi dei genitori, rafforzare i loro messaggi al bambino, agire come mediatori quando un bambino risponde con ostilità, incoraggiare e aiutare il bambino ad affrontare i cambiamenti e sostenere i genitori.

4.5 L'efficacia del Parent Training

Come già visto sono da tempo disponibili nella letteratura internazionale protocolli di Parent Training manualizzati, la cui efficacia è stata validata e documentata (Sanders et al., 2000). Alcune ricerche hanno inoltre evidenziato come, indipendentemente dalla diagnosi che il bambino riceve, il parent training ha un effetto positivo sulla riduzione dello stress genitoriale, sulla percezione delle proprie capacità, sui sentimenti negativi di inefficacia e sul miglioramento della relazione di coppia (Colalillo & Johnston, 2016).

In particolare l'efficacia del parent training è stata ampiamente dimostrata nei bambini adolescenti che manifestano un disturbo del comportamento come disturbo da deficit di attenzione e iperattività, spesso indicato anche con l'acronimo inglese ADHD, il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta (Vio et al., 2013). Nel bambino prescolare con ADHD le ricerche scientifiche propongono il parent training come intervento di prima scelta per supportare i genitori nella gestione dei comportamenti disfunzionali del bambino, con miglioramenti evidenti sia all'interno della famiglia che nel contesto sociale (Atkinson & Hollis, 2010).

In questi ultimi anni sono stati condotti alcuni studi che tentano di dimostrare e verificare l'efficacia del parent training per genitori con figli con Doc. Il coinvolgimento dei genitori nel trattamento dei bambini con disturbo ossessivo compulsivo, in particolare i bambini piccoli, è di particolare importanza per diversi motivi. In primo luogo, nei parenti di bambini con disturbo ossessivo compulsivo sono stati osservati scarso funzionamento e alti livelli di angoscia, conflitto e biasimo (Peris et al., 2008). In secondo luogo, l'adattamento e accomodamento familiare ai sintomi del disturbo ossessivo compulsivo (per es., partecipazione a rituali, rassicurazione o modifica delle routine) è onnipresente (Caporino et al., 2012; Storch et al., 2007) e ha importanti implicazioni nel corso e nel mantenimento del bambino DOC, vale a dire impedire al bambino di sperimentare l'assuefazione all'ansia e apprendere che le conseguenze temute in genere non si verificano (Storch et al., 2007). Inoltre, i genitori desiderano essere coinvolti nell'intervento del proprio figlio e imparare come aiutarlo a far fronte in modo più efficace (Salloum et al., 2014; Storch, 2014).

Recentemente in Spagna è stato condotto uno studio che testava l'efficacia e la fattibilità di un intervento solo per i genitori per il DOC nei bambini. Si è pertanto confrontato, in modo preliminare, l'efficacia relativa della riduzione dei sintomi ossessivo-compulsivi attraverso due condizioni di trattamento: 1) un trattamento cognitivo-comportamentale familiare (CBFT) individuale per il DOC precoce che coinvolge sia i genitori che i bambini e 2) la componente familiare dell'intervento che coinvolge solo il Parent Training (PT). Il protocollo utilizzato si è rivelato efficace nel ridurre i sintomi ossessivo-compulsivi e l'adattamento familiare, migliorando il funzionamento globale. Le due modalità di implementazione, coinvolgendo bambino e genitori (CBFT) o coinvolgendo solo i genitori (PT), hanno prodotto miglioramenti clinici e sono state ben accettate da genitori e bambini. La condizione CBFT è stata solo superiore alla condizione PT nel ridurre i problemi esternalizzanti. Lo studio attuale è uno dei pochi studi esistenti che coinvolgono bambini di età pre-scolare con disturbo ossessivo-compulsivo (Rosa-Alcázar et al., 2017).

Dato che molto spesso i bambini non accettano il trattamento psicoterapeutico, la formazione dei genitori offre una promettente alternativa alla terapia diretta del bambino. Un altro studio ha esaminato la fattibilità di un'implementazione di gruppo di SPACE (Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions), il nuovo approccio di formazione dei genitori, citato precedentemente, volto a ridurre l'adattamento dei genitori ai sintomi di ansia dei bambini. Sulla base delle segnalazioni dei genitori (N = 25), dopo il trattamento si è verificata una significativa diminuzione dell'accomodamento dei genitori, delle lotte di potere in famiglia e del senso di impotenza dei genitori, nonché una significativa riduzione dell'ansia e della gravità dei sintomi del disturbo ossessivo compulsivo. SPACE si concentra sulla modifica dei comportamenti dei genitori correlati ai sintomi di ansia del bambino e include strumenti per aiutare i genitori ad affrontare i comportamenti esternalizzanti o altrimenti difficili dei bambini che si verificano durante il trattamento. I risultati ottenuti in questo studio indicano che è fattibile implementare i principi di SPACE nel contesto di un gruppo di genitori e suggerisce che così facendo si può potenziare l'effetto degli interventi di gruppo per i disturbi d'ansia e DOC. I risultati supportano la promessa del trattamento SPACE di gruppo e sottolineano la necessità di ulteriori ricerche sulla sperimentazione clinica (Dekel et. al., 2021).

La percezione dei genitori riguardo l'efficacia del parent training ha la sua notevole importanza. Si tratta, in verità, di un ambito che i ricercatori hanno spesso trascurato, spinti dall'urgenza di valutare i molteplici aspetti tecnici dell'intervento familiare: come registrare i comportamenti, insegnare correttamente le procedure, monitorare i risultati e altro ancora (Benedetto, 2019).

Anche i fattori contestuali che possono essere associati al successo o al fallimento dell'intervento vengono spesso trascurati. (Wade et al., 2008)

A volte un intervento di Parent training dà risultati negativi e solo parzialmente efficaci per problemi legati al contesto: i genitori possono interrompere i colloqui oppure il programma di gruppo dopo i primi incontri, oppure non si impegnano con puntualità e precisione rifiutandosi di condurre le sessioni pratiche o svolgere in maniera sporadica gli homework. Talvolta dimostrano ostilità e ipercriticità nei confronti del conduttore, manifestando atteggiamenti di resistenza al trattamento che possono essere fortemente legati alle proprie credenze genitoriali (Benedetto, 2019).

E' comunque certo, invece, quali sono le variabili associate ai risultati negativi (Graziano & Diamante, 1992), una prima variabile è lo svantaggio socio economico della famiglia, condizione che include il disagio ambientale, un basso livello di scolarizzazione, la composizione familiare, (il genitore solo), la numerosità della famiglia, la mancanza di lavoro, vivere in zone a rischio.

L'isolamento sociale come numero ridotto di contatti per la famiglia e la rete comunitaria è un altro fattore che rende il parent training scarsamente efficace. Questa condizione che Wahler ha definito "insularità" non è un fattore negativo in sé, ma lo diventa quando il genitore percepisce i rapporti con gli operatori come un giudizio di sé o come ingerenza nella propria vita (Wahler, 1980).

Un parent training risulta efficace, quindi, quando si considerano le interazioni tra genitori e bambini calate in un'ottica contestuale o "eco-comportamentale" (Forehand, 2002).

Un'interessante meta-analisi di 63 studi (Lundhal et al., 2005) condotta sulla revisione degli interventi di formazione genitoriale, ha tentato di dare una valutazione sulla capacità dei programmi di formazione dei genitori di modificare i comportamenti dirompenti dei bambini e il comportamento e le percezioni dei genitori. Questo studio è la prima revisione quantitativa per indagare gli effetti di mantenimento dei programmi di formazione comportamentale dei genitori. I risultati indicano che il comportamento del bambino, il comportamento dei genitori e le percezioni dei genitori erano più adattivi al follow-up rispetto a prima del trattamento. Questa analisi ha esteso i lavori precedenti, confrontando direttamente i programmi comportamentali e non comportamentali per i genitori. I programmi di formazione dei genitori sono guidati dalla teoria per spiegare le cause, le condizioni di supporto e le condizioni migliorative associate ai comportamenti distruttivi del bambino.

Sebbene siano emerse alcune diversità nelle basi teoriche e nelle strategie di intervento dei programmi di formazione genitoriale, lo studio ha analizzato gli effetti di tali programmi.

Per quanto riguarda i programmi non comportamentali, che mirano a modificare i modelli di comunicazione e gli atteggiamenti dei genitori verso l'educazione dei figli (Cedar e Levante, 1990), questo campione di studi si è basato sul Parent Effectiveness Training (Gordon, 1970) e sulla Formazione sistematica per una genitorialità efficace (Dinkmeyer & McKay, 1976).

In relazione ai programmi comportamentali lo studio si è basato sull'eccellente panoramica fornita da Serketich e Dumas (1996). Essi affermano che un PT per essere codificato come programma di formazione comportamentale dei genitori, deve soddisfare un importante presupposto legato alla terapia, in quanto questa deve cercare di stabilire un cambiamento nelle contingenze sociali, in modo tale che i comportamenti prosociali dei bambini ottengano un rinforzo genitoriale positivo e i loro comportamenti avversivi siano costantemente puniti o ignorati.

I programmi non comportamentali sottolineano, invece, l'importanza di una sana comunicazione genitore-figlio (ad esempio, ascolto empatico, non interruzione), rispetto

per gli altri, genitorialità democratica, cognizioni centrate sul bambino e risoluzione dei problemi tra genitore e figlio.

I risultati di questa importante meta-analisi suggerisce che, in generale, la formazione dei genitori progettata per modificare il comportamento dirompente del bambino è un intervento robusto che produce dimensioni di effetto moderato, immediatamente dopo il trattamento e che fino ad un anno dopo il completamento della formazione dei genitori gli effetti sono rimasti significativi, anche se di piccola entità.

I risultati supportano, comunque, l'uso di programmi di formazione comportamentale dei genitori nel trattamento dei bambini con problemi comportamentali clinicamente significativi.

Tuttavia, il mantenimento del cambiamento comportamentale potrebbe essere migliorato se questi programmi ponessero maggiore enfasi sull'interiorizzazione dei valori. La compliance impegnata è ottimizzata quando le relazioni genitore-figlio sono sane e i genitori forniscono spiegazioni su regole e aspettative (Grusec & Goodnow, 1994; Kochanska e Aksan, 1995). Alcuni programmi di formazione comportamentale dei genitori che includono una componente relazionale (ad es. Brinkmeyer e Eyberg, 2003) e una maggiore enfasi sulla qualità della relazione, così come l'inclusione di strategie di ragionamento, possono promuovere effetti più duraturi. I programmi comportamentali potrebbero anche guardare a modelli di formazione non comportamentale dei genitori, che si concentrano sugli stili di comunicazione, sul rispetto e sulla risoluzione dei problemi per trovare indizi su come migliorare il mantenimento degli effetti.

Anche in questa metanalisi di Lundhal si ritiene, inoltre, che l'efficacia della formazione dei genitori vari in base alle caratteristiche dei partecipanti oltre che alle caratteristiche dei programmi di formazione dei genitori. Si ritiene, ad esempio, che le avversità familiari minino l'efficacia degli interventi di formazione dei genitori interrompendo i processi di formazione dei genitori e l'attuazione delle raccomandazioni. Il basso status socioeconomico (SES), lo status di genitore single, l'età dei genitori giovani, l'alloggio instabile influenzino l'esito del trattamento con risultati peggiori.

Anche l'età del bambino è una variabile importante , poiché i bambini più piccoli dipendono fortemente dai genitori per il soddisfacimento dei bisogni di base, ci si aspetta quindi che siano più reattivi alle abilità di gestione del bambino insegnate nei programmi di formazione comportamentale dei genitori (Dodge, 1993). Al contrario, ci si aspetta che i bambini più grandi, con le loro capacità di ragionamento più avanzate e una minore dipendenza dai genitori, traggano maggiori benefici dai programmi non comportamentali che si concentrano sul miglioramento dei modelli di comunicazione genitore-figlio. I risultati supportano l'uso di programmi di formazione comportamentale dei genitori nel trattamento dei bambini con problemi comportamentali clinicamente significativi e il loro utilizzo nel trattamento di problemi comportamentali clinicamente significativi non è da definirsi intercambiabile con i programmi non comportamentali, dato che questi sono stati testati meno rigorosamente con popolazioni cliniche (Brad Lundahl et. al., 2006).

CONCLUSIONI

Nel corso di questa tesi, ho esplorato in profondità il ruolo cruciale del parent training come supporto per i genitori di bambini affetti da disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Abbiamo esaminato come il DOC, caratterizzato da ossessioni e compulsioni, possa interferire pesantemente con lo sviluppo normale del bambino, compromettendo il suo benessere emotivo, sociale e scolastico.

Il primo capitolo ha fornito una descrizione clinica dettagliata del disturbo, distinguendo tra preoccupazioni e rituali normali e quelli patologici. Questo ha permesso di comprendere meglio l'impatto che il DOC può avere sulla vita quotidiana del bambino e della sua famiglia.

Il secondo capitolo ha focalizzato l'attenzione sul DOC nei bambini, evidenziando come la scarsa consapevolezza del disturbo renda ancora più complessa la gestione e il trattamento. Questo ha messo in luce l'importanza di una diagnosi precoce e di un approccio terapeutico integrato che consideri anche la frequente comorbidità con altri disturbi psichiatrici.

Nel terzo capitolo, abbiamo tracciato l'evoluzione storica del parent training, esplorando le sue origini e il suo sviluppo. Abbiamo visto come pionieri come Gerald Patterson e Matthew Sanders abbiano contribuito a creare e perfezionare programmi che oggi offrono un supporto fondamentale ai genitori. L'integrazione di tecniche cognitivo-comportamentali e l'uso delle nuove tecnologie hanno ulteriormente ampliato l'efficacia di questi interventi.

Il quarto capitolo ha approfondito l'applicazione pratica del parent training nel contesto del DOC, mettendo in evidenza l'importanza del coinvolgimento attivo dei genitori nel trattamento. La tecnica dell'Esposizione con Prevenzione della Risposta (E/RP) si è dimostrata particolarmente efficace, e abbiamo discusso come il coinvolgimento dei familiari nei rituali compulsivi possa influenzare il percorso terapeutico.

Personalmente, ho scelto questo tema perché, come insegnante di sostegno, vedo ogni giorno le difficoltà che i genitori affrontano nel gestire i problemi dei loro figli. Molti di

loro si sentono soli e sopraffatti, senza sapere a chi rivolgersi. Inoltre, le barriere economiche spesso limitano l'accesso a programmi di parent training, che potrebbero fare una grande differenza nella gestione del DOC. Infatti, uno dei principali limiti del parent training riguarda i costi associati a questi programmi. Molte famiglie non hanno le risorse finanziarie necessarie per sostenere tali spese e questo limite, sicuramente significativo, richiede a mio parere attenzione e soluzioni concrete, come politiche che rendano questi servizi più accessibili a tutte le famiglie. In linea con ciò, studi futuri dovrebbero tenere in considerazione le differenze socio-economiche (SES) delle famiglie partecipanti. Non tutte le famiglie hanno lo stesso background e le stesse risorse, e queste differenze possono influenzare l'efficacia del parent training. Ad esempio, le barriere linguistiche possono rappresentare un ostacolo significativo per le famiglie di immigrati, rendendo difficile l'accesso e la fruizione dei programmi di training. È essenziale che le diverse lingue, culture e sensibilità vengano prese in considerazione dai programmi e che questi siano adattati per essere culturalmente accessibili a tutte le famiglie.

Un altro limite significativo è la mancanza di studi a lungo termine sull'efficacia del parent training. Molte ricerche si concentrano sugli effetti immediati e a breve termine, ma sono necessari ulteriori studi per comprendere l'impatto di questi interventi nel lungo periodo. È infatti importante valutare se i benefici del parent training siano duraturi e in che misura contribuiscano a migliorare le prospettive di vita dei bambini affetti da DOC.

Inoltre, grazie al mio personale background, posso sostenere quanto sia fondamentale che anche la scuola e il sistema educativo siano consapevoli dell'importanza del parent training e possano suggerirlo ai genitori. Gli insegnanti e il personale scolastico devono essere formati per riconoscere i segni del DOC e per indirizzare le famiglie verso le risorse appropriate. La collaborazione tra famiglie, scuole e professionisti della salute mentale è cruciale per creare un ambiente di supporto integrato che possa realmente fare la differenza nella vita dei bambini affetti da DOC.

La mia esperienza diretta mi ha mostrato quanto possa essere trasformativo il supporto adeguato. Ho visto genitori acquisire fiducia e competenze che non solo li aiutano a

gestire meglio il comportamento dei loro figli, ma migliorano anche il clima familiare complessivo. Questo rinforza l'importanza di rendere il parent training una risorsa disponibile e accessibile.

Spero che questa tesi possa contribuire a sensibilizzare sull'importanza del parent training e sulla necessità di renderlo accessibile a tutte le famiglie. Il mio auspicio è che sempre più genitori possano beneficiare di interventi di questo tipo, migliorando così il benessere dei bambini affetti da DOC e delle loro famiglie.

RINGRAZIAMENTI

Desidero esprimere la mia più sincera gratitudine alle mie Relatrici Prof.ssa Daniela Lucangeli e Dott.ssa Anna Maria Porru per il loro prezioso supporto e per la guida che mi hanno offerto durante il percorso di questa tesi.

Grazie per la vostra disponibilità, pazienza e competenza, che mi hanno permesso di approfondire tematiche complesse e di crescere sia a livello accademico che personale.

Un ringraziamento particolare alla Dott.ssa Greta Mazzaggio, che con professionalità e impegno si è rivelata guida preziosa e presenza affettuosa che mi ha saputo orientare, anche nei momenti di difficoltà, nella fase conclusiva di questo meraviglioso viaggio nel mondo del sapere.

Ringrazio, inoltre, il mio caro collega Prof. Mario Donadello per aver trascorso tanto del suo prezioso tempo con me, in letture e approfondimenti sul tema, permettendomi di provare la gioia di condividere questo sogno con una persona unica e speciale.

Senza il vostro contributo, questo lavoro non sarebbe stato possibile.

Grazie per aver creduto in me e per avermi offerto la possibilità di apprendere e di migliorarmi.

BIBLIOGRAFIA

- Abramowitz, J. S., Khandker, M., Nelson, C. A., Deacon, B. J., & Rygwall, R. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1361-1374.
- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, *374*(9688), 491-499.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., Timpano, K. R., McGrath, P. B., Riemann, B. C., Adams, T., Björgvinsson, T., Storch, E. A., & Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, *22*(1), 180-198.
- Albert, U., Bogetto, F., Maina, G., Saracco, P., Brunatto, C., & Mataix-Cols, D. (2010). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research*, *179*(2), 204-211.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Atkinson, M., & Hollis, C. (2010). NICE guideline: Attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Disease in Childhood: Education and Practice*, *95*(1), 24-27.
- Benedetto, L. (2019). *Il parent training*. Carocci Editore.
- Briesmeister, J. M., & Schaefer, C. E. (Eds.). (2007). *Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behaviors*. John Wiley & Sons.
- Buonanno, C., Perdighe, C., & Mancini, F. (2009). La psicoterapia del disturbo ossessivo compulsivo in età evolutiva. *Giornale Neuropsichiatria Età Evolutiva*, *29*, 290-308.
- Brezinka, V., Mailänder, V., & Walitza, S. (2020). Obsessive compulsive disorder in very young children—a case series from a specialized outpatient clinic. *BMC Psychiatry*, *20*, 1-8.

- Bloch, M. H., Green, C., Kichuk, S. A., Dombrowski, P. A., Wasyluk, S., Billingslea, E., ... & Pittenger, C. (2013). Long-term outcome in adults with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety, 30*(8), 716-722.
- Butler, J., Gregg, L., Calam, R., & Wittkowski, A. (2020). Parents' perceptions and experiences of parenting programmes: A systematic review and metasynthesis of the qualitative literature. *Clinical Child and Family Psychology Review, 23*(2), 176-204.
- Colalillo, S., & Johnston, C. (2016). Parenting cognition and affective outcomes following parent management training: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 19*(3), 216-235.
- Caporino, N. E., Morgan, J., Beckstead, J., Phares, V., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2012). A structural equation analysis of family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 133-143.
- Cassano, G. B., & Tundo, A. (2006). *Psicopatologia e clinica psichiatrica*. UTET Scienze Mediche.
- Catone, G., Bernardo, P., Pisano, S., Pascotto, A., & Gritti, A. (2012). Psychopathology of unusual obsessive-compulsive disorder in childhood: review of four clinical cases. *Journal of Psychopathology, 18*, 376-382.
- Coluccia, A., Ferretti, F., Fagiolini, A., & Pozza, A. (2017). Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 597-608*.
- Dèttore, D., & Melli, G. (2005). Strategie motivazionali per l'esposizione e prevenzione della risposta nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo. *Cognitivismo Clinico, 2*(1), 27-37.
- Demaria, F., & Licchelli, S. (2019). Le ossessioni, le compulsioni e i tic. In D. Menghini & S. Tomassetti (Eds.), *Il parent training oltre la diagnosi* (pp. 165-184). Erickson.
- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (2006). The development and ecology of antisocial behavior. In D. Cicchetti, & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation* (Vol. 3, pp. 503-541). New York, NY: Wiley & Sons, Inc.
- Dumas, J. E., Lemay, P., & Dauwalder, J. P. (2001). Dynamic analyses of mother-child interactions in functional and dysfunctional dyads: A synergetic approach. *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*, 317-329.

- Freeman, J., Sapyta, J., Garcia, A., Compton, S., Khanna, M., Flessner, C., ... & Franklin, M. (2014). Family-based treatment of early childhood obsessive-compulsive disorder: The Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study for Young Children (POTS Jr)—A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *71*(6), 689-698.
- Fineberg, N. A., Dell'Osso, B., Albert, U., Maina, G., Geller, D., Carmi, L., ... & Zohar, J. (2019). Early intervention for obsessive-compulsive disorder: An expert consensus statement. *European Neuropsychopharmacology*, *29*(4), 549-565.
- Forehand, R., Lafko, N., Parent, J., & Burt, K. (2014). Is parenting the mediator of change in behavioral parent training for externalizing problems of youth? *Clinical Psychology Review*, *34*(8), 608-619.
- Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2011). Treatment of obsessive compulsive disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, *7*(1), 229-243.
- Geller, D. A., Biederman, J., Griffin, S., Jones, J., & Lefkowitz, T. R. (1996). Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(12), 1637-1646.
- Geller, D. A., & March, J. (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(1), 98-113.
- Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S. V., Bellordre, C. A., Kim, G. S., Hagermoser, L., & Coffey, B. J. (2001). Disentangling chronological age from age of onset in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *4*(2), 169-178.
- Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: a dynamic systems approach. *Psychological Review*, *113*(1), 101.
- Hollander, E., Stein, D. J., Fineberg, N. A., Marteau, F., & Legault, M. (2010). Quality of life outcomes in patients with obsessive-compulsive disorder: relationship to treatment response and symptom relapse. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(6), 16465.
- Huang, L. C., Tsai, K. J., Wang, H. K., Sung, P. S., Wu, M. H., Hung, K. W., & Lin, S. H. (2014). Prevalence, incidence, and comorbidity of clinically diagnosed obsessive-compulsive disorder in Taiwan: A national population-based study. *Psychiatry Research*, *220*(1-2), 335-341.

- Janowitz, D., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Buhtz, F., Hochrein, A., ... & Wagner, M. (2009). Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depression and Anxiety*, 26(11), 1012-1017.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.
- Kaplan, H., Benjamin, J., & Grebb, J. (2000). *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica* (7th ed.). Milano: Centro Scientifico Internazionale.
- Lewin, A. B., Park, J. M., Jones, A. M., Crawford, E. A., De Nadai, A. S., Menzel, J., ... & Storch, E. A. (2014). Family-based exposure and response prevention therapy for preschool-aged children with obsessive-compulsive disorder: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 30-38.
- Lebowitz, E., & Omer, H. (2020). *Parent training per i disturbi d'ansia di bambini e adolescenti. Il programma SPACE: Guida per il clinico e materiale per il genitore*. Erickson.
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., & Bloch, J. M. (2012). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(2), 229-238.
- Lifford, K. J., et al. (2008). Parent-child relationships and ADHD symptoms: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(2), 285-296.
- Liu, J., Cui, Y., Yu, L., Wen, F., Wang, F., Yan, J., ... & Li, Y. (2021). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 31(2), 95-101.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 86-104.
- Luppino, O. I. (2016). L'E/RP come pratica dell'accettazione. In F. Mancini (Ed.), *La mente ossessiva* (pp. 319-346). Raffaello Cortina Editore.
- Mancini, F. (2016). *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*. Raffaello Cortina Editore.
- Masi, G., Millepiedi, S., Perugi, G., Pfanner, C., Berloffia, S., Pari, C., ... & Akiskal, H. S. (2010). A naturalistic exploratory study of the impact of demographic, phenotypic, and comorbid features in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 43(2), 69-78.

- McGuire, J. F., Piacentini, J., Lewin, A. B., Brennan, E. A., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2015). A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: Moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depression and Anxiety, 32*(8), 580-593.
- Melin, K., Skarphedinsson, G., Skärsäter, I., Haugland, B. S. M., & Ivarsson, T. (2018). A solid majority remit following evidence-based OCD treatments: A 3-year naturalistic outcome study in pediatric OCD. *European Child & Adolescent Psychiatry, 27*(10), 1373-1381.
- Melli, G. (2018). *Vincere le ossessioni. Capire e affrontare il disturbo ossessivo compulsivo*. Erickson.
- Menghini, D., & Tomassetti, S. (2022). *Il parent training oltre la diagnosi. Il metodo Re Te per aiutare i genitori di bambini in difficoltà*. Erickson.
- Militerni, R. (2020). *Il disturbo ossessivo-compulsivo. Neuropsichiatria Infantile* (6th ed.). Napoli: Idelson-Gnocchi.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Minelli, F. (2018). Il parent training: Modelli di progettazione e realizzazione. *State of Mind*.
- Nazeer, A., Latif, F., Mondal, A., Azeem, M. W., & Greydanus, D. E. (2020). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *Translational Pediatrics, 9*(Suppl 1), S76.
- Norberg, M. M., Calamari, J. E., Cohen, R. J., & Riemann, B. C. (2008). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: An evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. *Depression and Anxiety, 25*(3), 248-259.
- O’Leary, E. M. M., Barrett, P., & Fjermestad, K. W. (2009). Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: a 7-year follow-up study. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(7), 973-978.
- Omer, H. (2004). *Nonviolent Resistance: A New Approach to Violent and Self-Destructive Children* (S. London-Sapir, Trans.). Cambridge University Press.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive Family Process*. Castalia, Eugene, OR.

- Peris, T. S., Bergman, R. L., Langley, A., Chang, S., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2008). Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: Parent, child, and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(10), 1173-1181.
- Peris, T. S., Rozenman, M., Bergman, R. L., Chang, S., O'Neill, J., & Piacentini, J. (2017). Developmental and clinical predictors of comorbidity for youth with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 93, 72-78.
- Rachman, S. (2006). *The Fear of Contamination: Assessment and Treatment*. Oxford University Press.
- Rubenstein, C. S., Pigott, T. A., L'Heureux, F., Hill, J. L., & Murphy, D. L. (1992). A preliminary investigation of the lifetime prevalence of anorexia and bulimia nervosa in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 53(9), 309-314.
- Reinke, W. M., Herman, K. C., & Stormont, M. (2013). Classroom-level positive behavior supports in schools implementing SW-PBIS: Identifying areas for enhancement. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 15(1), 39-50.
- Robiati, S. (1996). *Il parent-training: Metodologie e tecniche per la formazione dei genitori*. Cittadella.
- Saliani, A. M., Cosentino, T., Barcaccia, B., & Mancini, F. (2016). Il ruolo dei familiari nel mantenimento del DOC: Psicoeducazione e psicoterapia. In F. Mancini (Ed.), *La mente ossessiva* (pp. 407-436). Raffaello Cortina Editore.
- Saliani, A. M. (2021). Intervento sul terzo processo ricorsivo. In P. Spera & F. Mancini (Eds.), *Affrontare il disturbo ossessivo compulsivo: Quaderno di lavoro*. Franco Angeli.
- Sanders, M. R., Turner, K. M. T., & Markie-Dadds, C. (2002). The development and dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science*, 3(3), 173-189.
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 337-357.
- Smith, J. D., Dishion, T. J., Shaw, D. S., Wilson, M. N., Winter, C. C., & Patterson, G. R. (2014). Coercive family process and early-onset conduct problems from age 2 to school entry. *Development and Psychopathology*, 26(4pt1), 917-932.

- Snyder J, Edwards P, McGraw K, Kilgore K, Holten A. 1993. *Escalation and reinforcement in family conflict: Developmental origins of physical aggression*. Wichita, KS: Kansas State University.
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., Larson, M. J., Fernandez, M., & Grabill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(2), 207-216.
- Storch, E. A., Milsom, V. A., Merlo, L. J., Larson, M., Geffken, G. R., Jacob, M. L., & Goodman, W. K. (2008). Insight in pediatric obsessive-compulsive disorder: Associations with clinical presentation. *Psychiatry Research, 160*(2), 212-220.
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(4), 750-759.
- Tiley, C., & Kyriakopoulos, M. (2021). The prevalence of autism spectrum traits and autism spectrum disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *BJPsych Open, 7*(S1), S56-S56.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., & Diefenbach, G. J. (2005). Defining response in clinical trials for obsessive-compulsive disorder: a signal detection analysis of the Yale-Brown obsessive compulsive scale. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*(12), 1549-1557.
- Tomassetti, S. (2019). L'ansia. In D. Menghini & S. Tomassetti (Eds.), *Il parent training oltre la diagnosi* (pp. 165-184). Erickson.
- Vio, C., Marzocchi, G. M., & Offreddi, F. (2013). *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività: Diagnosi psicologica e formazione dei genitori*. Erickson.
- Walitza, S., Van Ameringen, M., & Geller, D. (2019). Early detection and intervention for obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health, 4*(2), 99-101.
- Weidle, B., Ivarsson, T., Thomsen, P. H., Lydersen, S., & Jozefiak, T. (2015). Quality of life in children with OCD before and after treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*(9), 1061-1074.
- Williams, A. (2012). *Early intervention and prevention in family and parenting support: Compendium of inspiring practices*. Eurochild, European Community Programme for Employment and Social Solidarity.
- Zohar, A. H., & Felz, L. (2001). Ritualistic behavior in young children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*(2), 121-128.

Zucker, N. L., Marcus, M., & Bulik, C. (2006). A group parent-training program: A novel approach for eating disorder management. *Eating and Weight Disorders, 11*, 78-82.