

# PSICOTERAPIA COGNITIVA E COMPORTAMENTALE

Italian Journal of Cognitive  
and Behavioural Psychotherapy

Volume 22 – n. 1 • 2016

*Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* is covered by  
the following abstracting and indexing services: EBSCO,  
EMBASE, Psychological abstracts, PsycSCAN: Behavior  
Analysis & Therapy, PsycINFO, PsycLIT, ClinPSYC.

[www.psicc.net](http://www.psicc.net)  
[www.erickson.it](http://www.erickson.it)

The logo for Erickson, featuring the name "Erickson" in a white serif font centered within a dark gray square.

Erickson

# Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale

Italian Journal of Cognitive  
and Behavioural Psychotherapy

La rivista esce tre volte l'anno.

L'abbonamento si effettua versando € 35,00 (per abbonamento individuale), € 50,00 (per Enti, Scuole e Istituzioni), € 69,00 (estero) sul conto corrente postale n. 10182384 intestato a: Edizioni Centro Studi Erickson – Via del Pioppeto 24 – 38121 TRENTO (tel. 0461 950690), specificando il titolo della rivista e l'annata.

Numeri singoli € 18,00.

L'abbonamento dà diritto alle seguenti agevolazioni:

- sconti speciali su tutti i libri Erickson;
- sconto per l'iscrizione a convegni, corsi e seminari organizzati dal Centro Studi Erickson.

L'impegno di abbonamento è continuativo, salvo regolare disdetta da effettuarsi entro il 31 ottobre compilando online il modulo disponibile all'indirizzo [www.erickson.it/Riviste/Pagine/Disdetta-abbonamento.aspx](http://www.erickson.it/Riviste/Pagine/Disdetta-abbonamento.aspx). La repulsa dei numeri non equivale a disdetta.

## Ufficio abbonamenti

Tel. 0461 950690

Fax 0461 950698

[ufficioabbonamenti@erickson.it](mailto:ufficioabbonamenti@erickson.it)

Registrazione presso il Tribunale di Trento n. 1262 del 29/11/2005.

ISSN: 1126-1072

Dir. Resp. Ezio Sanavio

© 2016 Edizioni

Centro Studi Erickson S.p.A.

Via del Pioppeto 24

38121 TRENTO

## Direzione scientifica

**Ezio Sanavio**

Dipartimento di Psicologia

Generale – Università di Padova

Proposte di articoli, libri per recensione e riviste in cambio e richiesta informazioni devono essere inviati all'indirizzo [direzionepcc@erickson.it](mailto:direzionepcc@erickson.it) (dettagli nelle Norme per gli autori).

## Comitato di direzione

**Giorgio Bertolotti**

**Davide Dèttore**

**Gabriele Melli**

**Paolo Moderato**

**Sandra Sassaroli**

## Comitato scientifico

**Massimo Biondi** (Roma)

**Stefania Borgo** (Roma)

**Giovanni de Girolamo** (Bologna)

**Giorgio De Isabella** (Milano)

**Davide Dèttore** (Genova)

**Giovanni Fava** (Bologna)

**Aldo Galeazzi** (Genova)

**Francesco Mancini** (Roma)

**Spiridione Masaraki** (Milano)

**Anna Meneghelli** (Milano)

**Paolo Moderato** (Milano)

**Antonella Montano** (Roma)

**Roberto Mosticoni** (Roma)

**Daniela Sacchi** (Milano)

**Sandra Sassaroli** (Milano)

**Lucio Sibilìa** (Roma)

**Claudio Sica** (Firenze)

**Saulo Sirigatti** (Firenze)

**Salvatore Soresi** (Padova)

**Giulio Vidotto** (Padova)

**Cristiano Violani** (Roma)

**Anna Maria Zotti** (Veruno, NO)

## Comitato di consulenza

**Roberto Anchisi** (Torino)

**Francesco Aquilar** (Napoli)

**Bruno Bara** (Torino)

**Niels Birbaumer** (Tübingen-Germany)

**Lucio Bizzini** (Ginevra)

**Silvia Canetto** (Fort Collins – USA)

**Antonino Carcione** (Roma)

**Marcello Cesa Bianchi** (Milano)

**Gabriele Chiari** (Roma)

**Lorenzo Cionini** (Firenze)

**Santo Di Nuovo** (Catania)

**Mario Di Pietro** (Padova)

**Andrea Fossati** (Milano)

**Gian Franco Goldwurm** (Milano)

**Gianfranco Graus** (Milano)

**Pierluigi Graziani** (Aix en Provence – Marseille)

**Furio Lambruschi** (Forlì)

**Gianni Liotti** (Roma)

**Giusy Majani** (Pavia)

**Paolo Meazzini** (Roma)

**Paolo Michielin** (Treviso)

**Caterina Novara** (Padova)

**Daniela Palomba** (Padova)

**Luigi Pedrabissi** (Padova)

**Silvia Perini** (Parma)

**Daniele Piacentini** (Bergamo)

**Carlo Pruneti** (Parma)

**Chiara Rafanelli** (Bologna)

**Mario Reda** (Siena)

**Giorgio Rezzonico** (Milano)

**Carlo Ricci** (Roma)

**Francesco Rovetto** (Pavia)

**Aristide Saggino** (Chieti)

**Alessandro Salvini** (Padova)

**Massimo Santinello** (Padova)

**Tullio Scrimali** (Catania)

**Antonio Semerari** (Roma)

**Antonino Tamburello** (Roma)

**Lorena Zanús** (Venezia)

## Comitato di redazione

**Giorgio Bertolotti** (Tradate, VA)

**Ornella Bettinardi** (Piacenza)

**Pinuccia Canevisio** (Milano)

**Silvana Cilia** (Padova)

**Davide Coradeschi** (Arezzo)

**Isabella Corsani** (Roma)

**Andrea Gragnani** (Roma)

**Elisabetta Leone** (Padova)

**Stefano Marchi** (Milano)

**Valentina Massignani** (Padova)

**Gabriele Melli** (Firenze)

**Giovanni Miselli** (Reggio Emilia)

**Susanna Pizzo** (Padova)

**Giovanni M. Ruggiero** (Milano)

## Redazione

**Emanuela Schiavello**

## Impaginazione

**Mirko Pau**

## Stampa

**Esperia srl** – Lavis (TN)

# Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale

**P**sicoterapia Cognitiva e Comportamentale, rivista quadrimestrale, pubblica articoli originali che contribuiscono allo sviluppo delle conoscenze teoriche e al progresso della prassi clinica in psicoterapia cognitiva comportamentale.

Ricadono nell'ambito d'interesse della rivista le applicazioni delle metodologie cognitive e comportamentali all'individuo, alla famiglia, al gruppo e alle organizzazioni. Nell'ambito d'interesse sono parimenti incluse la valutazione clinica (assessment), la medicina comportamentale, la riabilitazione, la metodologia, la ricerca «analogica», la ricerca di base e la ricerca interdisciplinare rilevante per la psicoterapia.

Scopo della rivista è diffondere i molteplici aspetti e le diverse ramificazioni della psicoterapia cognitiva e comportamentale italiana. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale accoglie occasionalmente rappresentativi contributi internazionali; vuole inoltre promuovere l'attenzione per le radici anche remote dell'approccio cognitivo e comportamentale e ripropone, in un'apposita sezione, la ristampa di lavori di rilievo storico.

Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale è articolata nelle seguenti sezioni e rubriche: Ricerca, Teoria, Casi Clinici, Brevi Comunicazioni, Protocolli di Ricerca, Archivio Storico, Recensioni e segnalazioni librerie, Notiziario, Lettere al Direttore.

Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale è pubblicata con il sostegno dell'Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e Terapia Comportamentale e Cognitiva (AIAMC) per la diffusione della rivista presso i propri soci e sotto gli auspici di: Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale (SITCC).

*Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale (Italian Journal of Behavioural and Cognitive Psychotherapy) publishes original articles which contribute towards theoretical knowledge and the progress of clinical practice in cognitive and behavioral psychotherapy. Some of its spheres of interest regard applications of cognitive and behavioral methods to individuals, the family, groups and organizations. Also of interest are clinical assessment, behavioral medicine, rehabilitation, methodology, analogical and basic research, and interdisciplinary fields of study which are of importance for psychotherapy.*

*The aim of the journal is to supply information on the multiple aspects and diverse ramifications of Italian cognitive and behavioral psychotherapy. It occasionally welcomes other contributions in English, and also aims at focusing attention on the sometimes remote roots of the cognitive and behavioral approach. A special section is devoted to photographic reproduction of historically important papers.*

*Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale is subdivided into the following sections: Research, Theory, Clinical Cases, Short Communications, Research Protocols, Historical Archive, Criticism and Reports on New Publications, Forthcoming Events, and Letters to the Editor.*

*Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale is published with the support of the Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e Terapia Comportamentale e Cognitiva (AIAMC) to divulge the journal between its associates, and under the auspices of Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, and Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale (SITCC).*

# Index

2016 – Volume 22 • n. 1

Editorial 9

## Researches

*Michela Balsamo, Leonardo Carlucci, Maria Rita Sergi and Aristide Saggino* 13

Validation of the Italian version of the *Co-Rumination Questionnaire*: Preliminary results

*Andrea Pozza, Gian Paolo Mazzoni, Irene Patassini, Davide Berardi, Fabiana Molinaro, Gaia Parenti and Davide Dèttore* 35

Psychometric properties of the Italian version of the *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS)* in clinical and non-clinical samples

*Simone Cheli, Antonella Agostini, Andrea Herd-Smith, Lucia Caligiani, Francesca Martella and Luisa Fioretto* 65

The Italian version of *Body Image Scale* Reliability and Sensitivity in a sample of breast cancer patients

## Theory

*Gabriele Caselli, Chiara Manfredi, Giovanni M. Ruggiero and Sandra Sassaroli* 81

Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders: A review of efficacy studies

*Luca Calzolari and Giulia Fioravanti* 103

A comparison between Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioural Therapy: A review of literature

Meetings 119

Reviews 120

# Indice

2016 – Volume 22 • n. 1

Editoriale 9

## Ricerche

*Michela Balsamo, Leonardo Carlucci, Maria Rita Sergi e Aristide Saggino* 13

Validazione della versione italiana del *Co-Rumination Questionnaire*: risultati preliminari

*Andrea Pozza, Gian Paolo Mazzoni, Irene Patassini, Davide Berardi, Fabiana Molinaro, Gaia Parenti e Davide Dèttore* 35

Studio sulle proprietà psicometriche della versione italiana del *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS)* in campioni clinici e non clinici

*Simone Cheli, Antonella Agostini, Andrea Herd-Smith, Lucia Caligiani, Francesca Martella e Luisa Fioretto* 65

La versione italiana della *Body Image Scale*: attendibilità e sensibilità in un campione di donne affette da carcinoma mammario

## Teoria

*Gabriele Caselli, Chiara Manfredi, Giovanni M. Ruggiero e Sandra Sassaroli* 81

La Terapia Cognitivo-Comportamentale dei Disturbi d'Ansia: una revisione degli studi di efficacia

*Luca Calzolari e Giulia Fioravanti* 103

Acceptance and Commitment Therapy e Terapia Cognitivo-Comportamentale a confronto: una revisione della letteratura

Congressi 119

Recensioni 120

# INSTRUCTIONS TO CONTRIBUTORS

Manuscripts submitted for publication should be sent as Word documents to [direzioneppcc@erickson.it](mailto:direzioneppcc@erickson.it), according to the following criteria.

Authors must include their phone number in the mail in order to be contacted.

Editing performed by editors on the articles will not be submitted to the authors for a final check.

Authors may be asked to modify or review articles which do not meet the described criteria.

Manuscripts should be accompanied by a letter requesting publication in which the author(s) declare that the article has not been already published or contemporaneously submitted to other journals for publication. Authors are responsible for obtaining written permission to reproduce material which has appeared in other publications or which does not belong to them. Published manuscripts will become the literary property of the journal, and their even partial reproduction is forbidden.

## PREPARING MANUSCRIPTS

Articles may be in Italian or in English.

The first page should contain title, author(s) and address(es); the second page should contain an abstract in Italian and English; the text begins on the third page.

All manuscripts will be assessed anonymously by two referees.

In order to maintain anonymity in reviewing articles references to the authors and their affiliations should be restricted to the first page. References to the authors should also be limited to the minimum in the text and bibliography.

Clinical cases and short communications should not exceed 10 pages in total; research projects (protocols) 5 pages; reviews and theoretical contributions 25 pages. Research articles may, if strictly necessary, cover 30 pages.

Articles must be set out in the following order:

1. Title in Italian, author(s) and affiliation(s) (not more than 30 characters).
2. Abstract in Italian, about 200 words, with 5 key-words in Italian.
3. Title and abstract in English, about 200 words, with 5 key-words in English. When choosing key-words, refer to the Thesaurus of Psychological Index Terms.
4. The text must follow the style of the specific sections of the journal. Only units of measurement should be abbreviated, and the use of initials and other forms

of abbreviation (e.g., Rational Emotive therapy, not R.E.T.) should be avoided. References quoted in the articles should refer to the recommendations of the Publication Manual of the American Psychological Association, Fourth Edition. Examples: Beck and Freeman (1990), or Beck, Freeman and Wright (1990). In the case of five or more authors, the second and successive authors should be abbreviated et al.

5. References should be listed according to the recommendations of the Publication Manual of the American Psychological Association, Fourth Edition, in alphabetical order. Some examples are given below:

Steketee, G.S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: the Guilford Press.

Croyle, R.T., & Ditto, P.H. (1990). Illness cognition and behavior: An experimental approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 31-52.

Palinkas, L.A., Reed, H.L., Reedy, K.R., Do, N.V., Case, H.S., & Finney, N.S. (2001). Circannual pattern of hypothalamic-pituitary-tyroid (HTP) function and mood during extended Antarctic residence. *Psychoneuroendocrinology*, 26, 421-431.

Beck, A.T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press. Trad. it. *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*. Milano: Mediserve, 1993.

Freeman, A. (1992). Developing treatment conceptualizations in cognitive therapy. In A. Freeman, & F.M. Dattilio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 13-23). New York: Plenum.

Stangalino, C. (1992). Neuropsicologia della visual imagery. In S. Della Sala, & M. Laiacina (a cura di), *Laboratorio di neuropsicologia* (pp. 173-183). Verona: Fondazione Clinica del Lavoro.

Magyar, G.M. (2001, November). *Violating the sacred: An initial study of desecration in romantic relationships among college students and its implication for physical and mental health*. Paper presented at the annual meeting of the Society for the Scientific Study of Religious, Columbus, OH (USA).

6. Tables and figures, with their captions, should be as few as possible. They should be stored in separate files, with short but complete titles, and numbered progressively in Arabic numerals (figures and tables separately). The point in the text where they are to be inserted should be indicated approximately. Figures must be of good typographic quality and large enough to be clearly legible even after reduction in size for printing.

Printing is free of charge. Authors will receive the articles published on the journal as PDF document.

## NORME PER GLI AUTORI

Gli articoli inviati per la pubblicazione dovranno pervenire in formato word all'indirizzo email [direzioneppc@erickson.it](mailto:direzioneppc@erickson.it).

Gli autori avranno cura di fornire nella mail un recapito telefonico per eventuali comunicazioni.

Per abbreviare i tempi di pubblicazione non è prevista la spedizione delle bozze di stampa agli autori.

La redazione si riserva di richiedere agli autori modifiche e revisioni qualora i lavori non rispondessero alle caratteristiche descritte.

I lavori inviati devono essere accompagnati da una lettera di richiesta per la pubblicazione ove l'autore dichiara che i manoscritti non sono stati già pubblicati né contemporaneamente sottoposti ad altre riviste per la pubblicazione. È responsabilità degli autori ottenere i permessi scritti di riproduzione di materiale comparso in altre pubblicazioni o non di loro proprietà.

La proprietà letteraria degli articoli è riservata alla Rivista ed è vietata la riproduzione, anche parziale.

### PREPARAZIONE DEL MANOSCRITTO

Gli articoli potranno essere in lingua italiana o in lingua inglese (ulteriori dettagli per la stesura dell'articolo sono reperibili all'indirizzo [www.erickson.it](http://www.erickson.it) > Riviste > Psicologia > Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale).

In prima pagina: titolo, autore, indirizzo; in seconda pagina: sommario in italiano e in inglese; in terza pagina: inizio articolo.

Ciascun articolo sarà sottoposto anonimamente al vaglio di due referee.

Per consentire l'anonimato nella revisione degli articoli, i riferimenti agli autori e alle strutture dove essi operano vanno limitati alla prima pagina. Nel testo e nella bibliografia vanno pure limitati al minimo necessario i riferimenti agli autori.

Per i casi clinici e tutte le forme di breve comunicazione si raccomanda di non superare le 10 cartelle complessive; per i progetti di ricerca (protocolli) le 5 cartelle; per le rassegne e i contributi teorici le 25 cartelle; gli articoli di ricerca potranno, se necessario, estendersi fino alle 30 cartelle.

Gli articoli devono comprendere nell'ordine:

1. Titolo, autore/i e relative affiliazioni (non più di 30 caratteri).
2. Riassunto in italiano di circa 200 parole con 5 parole chiave in italiano.
3. Riassunto in inglese di circa 200 parole con 5 parole chiave in inglese, per la scelta delle parole chiave dell'articolo si consiglia di fare riferimento al «Thesaurus of Psychological Index Terms».

4. L'articolo deve conformarsi alle modalità delle specifiche sezioni della rivista. Le abbreviazioni sono accettate solo per le unità di misura, va evitato l'uso di sigle e abbreviazioni (ad esempio, Rational Emotive Therapy e non RET). I riferimenti bibliografici nel testo dell'articolo dovranno essere indicati secondo norme APA, ad esempio Beck e Freeman (1990); Beck, Freeman e Wright (1990). Se gli autori sono cinque o più, si dovrà abbreviare dal primo autore in poi con et al. (ad esempio Beck et al., 1990).

5. La Bibliografia va stesa in ordine alfabetico, tassativamente secondo le norme dell'American Psychological Association (APA). Ecco alcuni esempi:

Steketee, G.S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: the Guilford Press.

Croyle, R.T., & Ditto, P.H. (1990). Illness cognition and behavior: An experimental approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 31-52.

Palinkas, L.A., Reed, H.L., Reedy, K.R., Do, N.V., Case, H.S., & Finney, N.S. (2001). Circannual pattern of hypothalamic-pituitary-tyroid (HTP) function and mood during extended Antarctic residence. *Psychoneuroendocrinology*, 26, 421-431.

Beck, A.T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press. Trad. it. *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*. Milano: Mediserve, 1993.

Freeman, A. (1992). Developing treatment conceptualizations in cognitive therapy. In A. Freeman, & F.M. Dattilio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 13-23). New York: Plenum.

Stangalino, C. (1992). Neuropsicologia della visual imagery. In S. Della Sala, & M. Laiacona (a cura di), *Laboratorio di neuropsicologia* (pp. 173-183). Verona: Fondazione Clinica del Lavoro.

Magyar, G.M. (2001, November). *Violating the sacred: An initial study of desecration in romantic relationships among college students and its implication for physical and mental health*. Paper presented at the annual meeting of the Society for the Scientific Study of Religious, Columbus, OH (USA).

6. Le tabelle e le figure con relative didascalie saranno limitate allo stretto necessario e inviate su file separati, con titolazione breve ma completa, numerate progressivamente con cifre arabe (tenendo distinte tabelle da figure). Nel testo dovrà essere indicato chiaramente il punto approssimativo dove inserirle.

Le immagini devono essere ad alta risoluzione e di dimensioni tali da consentire una buona leggibilità.

La stampa dei lavori è gratuita; non sono previsti estratti. Gli articoli pubblicati verranno inviati agli autori in formato PDF.





# Editoriale

Con la nuova annata il direttore di «Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale» è affiancato da un Comitato di colleghi che spartiranno con lui le varie mansioni. Il cambiamento si è reso necessario con il consolidamento e la crescita della rivista, che oggi è una delle voci principali dell'editoria psicologica italiana. In un approccio che colloca al primo posto il profilo scientifico qual è la CBT, la comunicazione scientifica e la frequentazione delle riviste scientifiche hanno peculiare importanza.

In una visione semplicistica, la direzione di una rivista scientifica si ridurrebbe a coordinare il lavoro di revisori anonimi cui viene demandata la valutazione degli articoli che pervengono. In realtà la nostra, alla pari delle migliori riviste, tende a creare uno stile nella comunicazione scientifica e a definire un lessico. Ciò è tanto più delicato quando non si hanno tradizioni e fonti di riferimento chiare e definite, cosa che avviene, ad esempio, per l'editoria della psicoanalisi. «Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale» ha cercato di non appiattirsi nel travasare neologismi, fraseggi, stilemi e modi della letteratura inglese, ma ha difeso la buona pratica della lingua italiana (ad esempio «gamma» e non «range», «linea di base» e non «baseline»). Neppure ha accettato l'orgia di sigle e di maiuscole dell'americano, né ha recepito acriticamente la maggior parte delle traduzioni adottate dai traduttori o dei neologismi introdotti da autori italiani.

I problemi di lingua e stile sono problemi minori rispetto a più consistenti impegni pedagogici che abbiamo coltivato. Si è trattato, si tratta e si tratterà di avvicinare alla comunicazione scientifica giovani autori e studiosi che non hanno avuto maestri o hanno avuto cattivi maestri. Si è trattato, si tratta e si tratterà di avvicinare allo spirito critico giovani autori troppo innamorati di se stessi o dei propri maestri. Si tratta e si tratterà di mediare tra le civetterie e le prolissità di molti ricercatori di estrazione accademica e gli eccessi di ingenuità e semplicità di altri colleghi impegnati sul campo clinico. «Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale» non è una rivista di bandiera: si tratta e si tratterà di aiutare a costruire una comunità professionale aggiornata, colta e critica.

Un augurio dunque di buon lavoro ai colleghi identificati all'interno della Redazione e del Comitato scientifico per affiancare la direzione: Giorgio Bertolotti, Davide Dèttore, Gabriele Melli, Paolo Moderato, Sandra Sassaroli.

## **In questo numero**

Nell'età adolescenziale e giovanile non è infrequente incontrare coppie di amici indivisibili, che non solo condividono la maggior

parte del tempo libero e delle attività, ma sviluppano anche un elevato livello di confidenza e di intimità, spesso superiore a quello con i familiari e paragonabile a quello delle future relazioni amorose. Le interazioni in queste diadi sono oggetto della prima ricerca, in questo fascicolo, che si focalizza su un fenomeno particolarissimo, denominato *co-rumination*. *Co-rumination* indica una consuetudine di discussioni dello stesso o degli stessi problemi personali frequentemente, dettagliatamente e ripetitivamente tra amici intimi. Il tema è affrontato da un team di psicologi dell'Università di Chieti (Balsamo, Carlucci, Sergi e Saggino) attraverso analisi fattoriali e studi correlazionali relativi a un questionario apposito, denominato *Co-Rumination Questionnaire*.

Molte persone tendono a stuzzicare piccole irregolarità o imperfezioni della pelle, come cicatrici, brufoli, callosità e crosticine. Questa attività può diventare compulsiva e talmente insistente da causare lesioni cutanee. Il caso estremo connota un vero e proprio disturbo mentale, il Disturbo da Escoriazione Compulsiva, che l'ultima revisione del DSM-5 colloca nello spettro dei disturbi ossessivo-compulsivi. Osservazione diretta e automonitoraggio sono ovviamente le modalità principali di assessment. Ad esse viene oggi ad aggiungersi un inventario denominato *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking* (MIDAS). L'inventario aiuta a distinguere tra due modalità di stuzzicamento: una automatica e inconsapevole, l'altra intenzionale, consapevole e utilizzata come metodo improprio di controllo delle emozioni. La versione italiana dell'inventario è opera di un vasto team di ricercatori fiorentini coordinati da Davide Dèttore.

Ogni anno un numero elevato di donne sono operate per carcinoma mammario. Parte di loro accusano problemi connessi alla propria immagine corporea e tali problemi sono oggetto di attenzione, e talvolta di intervento, da parte degli psicologi ospedalieri. Un team di operatori e di ricercatori fiorentini (Cheli, Agostini, Herd-Smith, Caligiani, Martella e Fioretto) ha trovato utile l'utilizzo della traduzione italiana di un test denominato *Body Image Scale*. Nel loro articolo ci illustrano tale test e le sue proprietà.

Per la sezione «Teoria» i colleghi di «Studi cognitivi» (Caselli, Manfredi, Ruggiero e Sassaroli) presentano una rassegna che esamina le meta-analisi che hanno riguardato l'efficacia dei trattamenti cognitivi e comportamentali dei disturbi d'ansia. È sorprendente la numerosità sia delle meta-analisi sia degli studi primari che sono stati condotti nell'arco di tempo recente ed è confortante rilevare quanto incoraggianti siano i risultati. Gli autori

concludono invitando a non adagiarsi sugli allori, ma a procedere le ricerche in varie direzioni che suggeriscono.

La seconda rassegna in questo fascicolo riguarda una delle terapie di terza generazione, l'ACT. Due colleghi fiorentini, Calzolari e Fioravanti, hanno considerato le ricerche che operano confronti di efficacia tra ACT e i consueti trattamenti CBT per disturbi d'ansia e dell'umore. Hanno identificato 15 ricerche pertinenti; l'efficacia dell'ACT e dei trattamenti CBT, secondo i nostri autori, risulta sostanzialmente equivalente.



---

# Validazione della versione italiana del *Co-Rumination Questionnaire*: risultati preliminari

---

Michela Balsamo, Leonardo Carlucci, Maria Rita Sergi e Aristide Saggino – DISPUTer –  
Università «G. d'Annunzio» di Chieti-Pescara

---

## Riassunto

La co-ruminazione è un processo interpersonale consistente in una discussione eccessiva, ripetitiva e passiva dei propri problemi personali con un amico intimo. È associata, da una parte, a una maggiore vicinanza e soddisfazione relazionale e, dall'altra, a una compromissione del funzionamento psicologico. Attualmente il costrutto è oggetto di un rinnovato interesse, dato che sono emerse l'ipotesi dell'esistenza di diverse dimensioni della co-ruminazione e la conseguente possibilità di discriminare componenti adattive e maladattive. Lo studio presente ha indagato la struttura fattoriale e le caratteristiche psicometriche della versione italiana del *Co-Rumination Questionnaire* in un campione di 570 soggetti non clinici. L'analisi fattoriale confermativa mostra come una struttura gerarchica con 3 fattori di primo ordine, definiti *rehashing*, *mulling* ed *encouraging problem talk*, presenti un buon adattamento ai dati. Tali fattori hanno una buona consistenza interna e sono correlati in misura diversa con strumenti *self-report* di depressione, ruminazione, ansia e sintomi esternalizzanti, corroborando l'ipotesi dell'esistenza di componenti specifiche della co-ruminazione.

---

**Parole chiave:** *Co-ruminazione, Depressione, Validità, Ansia, Attendibilità.*

## Abstract

### Validation of the Italian version of the *Co-Rumination Questionnaire*: Preliminary results

Co-rumination is an interpersonal process characterised by excessively, repetitively, and passively discussing personal problems with a close friend. It is associated, on the one hand, with greater closeness and relationship satisfaction, and on the other with an impairment in psychological functioning. The construct is now subject to renewed interest, since the hypothesis of the existing different dimensions of co-rumination, including adaptive and maladaptive components, have emerged. This study investigated the factor structure and psychometric properties of the Italian version of the Co-Rumination Questionnaire on a sample of 570 non-clinical subjects. Confirmatory factor analysis suggested that a hierarchical model with the three first-order factors, defined *rehashing*, *mulling* and *encouraging problem-talk*, provides a good fit to the data. Subscales of the CRQ have good internal consistency and are differentially related to self-report instruments of depression, rumination, anxiety and externalising symptoms, suggesting the importance of discriminating specific components of co-rumination.

---

**Keywords:** *Co-rumination, Depression, Validity, Anxiety, Reliability.*

## INTRODUZIONE

La co-ruminazione è definita come una discussione eccessiva e ripetitiva dei propri problemi personali con un amico intimo. È caratterizzata dal discutere lo stesso o gli stessi problemi personali frequentemente, dettagliatamente e ripetitivamente, all'interno di una relazione diadica, dal mutuo incoraggiamento a speculare sui problemi in termini di cause e potenziali conseguenze e dal focalizzarsi sui sentimenti negativi che ne derivano (Rose, 2002).

Il costrutto è stato sviluppato nel 2002 dalla psicologa scolastica Amanda J. Rose per spiegare lo iato tra due pattern di ricerca che producevano risultati apparentemente conflittuali. Da una parte, la ricerca sull'amicizia indicava nella *self-disclosure*, ovvero la condivisione di pensieri e sentimenti, un processo positivo favorente la formazione di relazioni intime di amicizia, ossia caratterizzate da un attaccamento emotivo forte (si veda, ad esempio, Camarena, Sarigiani e Peterson, 1990; Wei, Russell e Zakalik, 2005), dall'aiuto reciproco e dalla risoluzione positiva dei conflitti (si veda, ad esempio, Asher, Parker e Walker, 1996; Greene, 2009; Parker e Asher, 1993). Dall'altra, la letteratura sul *coping* e sul funzionamento emozionale indicava nella ruminazione, ovvero quel processo cognitivo caratterizzato da uno stile di pensiero astratto, ripetitivo e centrato su sensazioni e pensieri negativi, la causa di problemi emozionali, sia negli adulti (ad esempio, Nolen-Hoeksema, Morrow e Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema, Parker e Larson, 1994; Nolen-Hoeksema, Wisco e Lyubomirsky, 2008), sia negli adolescenti (Hart e Thompson, 1997; Schwartz e Koenig, 1996), sia nei bambini (Broderick, 1998).

Il dato empirico che rispecchiava queste due opposte risultanze scientifiche era rappresentato dalla notevole percentuale di adolescenti femmine (Cole, Martin, Peeke, Seroczynski e Fier, 1999; Nolen-Hoeksema e Girgus, 1994; Reynolds e Richmond, 1978; Peterson, Sarigiani e Kennedy, 1990; Wichstrom, 1999) e di donne (ad esempio, Kessler et al., 1993; Pigott, 1999) che riportava livelli elevatissimi di ansia e umore depresso, pur esibendo, rispetto ai ragazzi (Burda, Vaux e Schill, 1984; Stokes e Wilson, 1984), livelli più alti di supporto sociale, che notoriamente funge da fattore di protezione per lo sviluppo di disturbi psicopatologici (Bukowski, Newcomb e Hartup, 1996; Camarena et al., 1990; Rose e Asher, 1999; Turner, 1994). Sorprendentemente, dunque, le amicizie femminili, generalmente racchiuse in diadi (ad esempio, Benenson, Apostoleris e Parnass, 1997; Thorne, 1986) e caratterizzate da più alti livelli di *self-disclosure* (ad esempio, Buhrmester e Furman, 1987; Camarena et al., 1990; Dindia e Allen, 1992; Parker e Asher, 1993) e di soddisfazione relazionale (Jones, 1991), non funzionavano da fattore di protezione contro il distress emotivo. Al contrario, esse erano associate ai livelli significativamente più alti di ansia e depressione riscontrati nelle femmine rispetto ai maschi, le cui amicizie sono maggiormente orientate ad attività di gruppo (sport o giochi) (ad esempio, Ladd, 1983; Moller, Hymel e Rubin, 1992) e caratterizzate da una scarsa tendenza a discutere i problemi (Buhrmester, 1996).

Il costrutto di co-ruminazione poteva contribuire a spiegare queste differenze di genere negli adolescenti e nei giovani adulti (Rose, 2002). Esso, infatti, contiene in sé elementi sia di *self-disclosure* che di ruminazione. Pertanto, se da una parte conduce a una maggiore

vicinanza e soddisfazione relazionale (Calmes e Roberts, 2008; Jones, 1991; Rose, Carlson e Waller, 2007; Starr e Davila, 2009), dall'altra è associato a una compromissione del funzionamento psicologico, in particolare a sintomi internalizzanti, quali ansia, depressione e disturbi psicosomatici (Balsamo, Carlucci, Sergi, Murdock e Saggino, 2015; Calmes e Roberts, 2008; Hankin, Stone e Wright, 2010; Rose, Carlson e Waller, 2007; Schwartz-Mette e Rose, 2012; Starr e Davila, 2009; Stone, Hankin, Gibb e Abela, 2011; White e Shih, 2012), sintomi esternalizzanti (Tompkins, Hockett, Abraibesh e Witt, 2011) e a un'accresciuta risposta allo stress, con produzione di cortisolo (Byrd-Craven et al., 2008; 2011), nonché a condotte di abuso di alcol nelle studentesse universitarie (Ciesla et al., 2011).

La letteratura corrente sottolinea l'importanza di discriminare tra le diverse caratteristiche della co-ruminazione, suggerendo che potrebbero essere presenti, insite nel processo interpersonale, componenti adattive e maladattive. Sembra, in effetti, che specifiche dimensioni della co-ruminazione, come il focalizzarsi su emozioni negative, e non tanto lo speculare sulle cause dei problemi né il mutuo incoraggiamento a discutere di problemi personali, predicano *markers* fisiologici di stress, quali l'aumento del cortisolo e dell'alfa-amilasi salivare (Byrd-Craven et al., 2008; 2011).

Dunque, sarebbe utile rivolgere maggiore attenzione allo studio delle diverse dimensioni della co-ruminazione, al pari di quanto fatto per la ruminazione (Raes, 2010; Roelofs, Huibers, Peeters e Arntz, 2008), in particolare attraverso l'indagine della struttura fattoriale e delle proprietà psicometriche del questionario approntato per valutarla sia negli adolescenti che negli studenti universitari, il *Co-Rumination Questionnaire* (CRQ; Rose, 2002).

Il questionario comprende 9 aree di contenuto:

1. frequenza di discussione dei problemi;
2. discussione di problemi invece di impegni in altre attività;
3. incoraggiamento a discutere dei problemi dell'amico;
4. incoraggiamento dell'amico a discutere dei propri problemi;
5. discussione ripetitiva dello stesso problema;
6. speculazione sulle cause dei problemi;
7. speculazione sulle conseguenze dei problemi;
8. speculazione su aspetti incompresi del problema;
9. focalizzazione su sentimenti negativi.

In base a un'analisi fattoriale esplorativa condotta dall'autrice del test in un campione di studenti universitari, la scala è rappresentata meglio da un fattore piuttosto che dai diversi fattori che identificano le 9 aree di contenuto (Rose, 2002).

Recentemente Davidson e colleghi (2014) hanno mostrato come, in un ampio campione di studenti universitari americani, risulti adeguata una struttura fattoriale gerarchica, che prevede 3 fattori di primo ordine, definiti *rehashing*, *mulling* ed *encouraging problem talk*, le cui associazioni sono spiegate dal costrutto di secondo ordine della co-ruminazione. Essi presentano correlazioni coerenti con misure osservative di co-ruminazione, supportandone la validità, e associazioni diverse con misure *self-report* di depressione, ruminazione, *worry* e attaccamento. In particolare, solo la *rehashing*, ovvero la discussione dettagliata di aspetti e implicazioni di un problema, risulta correlata significativamente a sintomi

depressivi, mentre l'*encouraging problem talk*, ovvero la tendenza a incoraggiare gli altri a focalizzarsi sul problema a spese di altre attività, risulta correlata all'uso della distrazione per controllare pensieri sgradevoli. Sia *rehashing* che *mulling*, ovvero il desiderio di discutere continuamente di problemi, sono significativamente associati alla ruminazione e alla mancanza di fiducia in se stessi (*self-confidence*). Tutti e tre i fattori sono associati a livelli alti di worry (Davidson et al., 2014).

L'obiettivo del nostro lavoro risiede nel verificare la validità del CRQ in un campione non clinico. L'eventuale replica della struttura fattoriale gerarchica e l'emergenza di distinte dimensioni potrebbero aiutare ad aumentare la comprensione del costrutto di co-ruminazione e facilitare l'interpretazione delle risposte al CRQ. L'esame delle correlazioni tra il punteggio totale al CRQ e i punteggi delle diverse sottoscale con misure di ansia e depressione potrebbe, inoltre, aiutare a indagare se alcune componenti della co-ruminazione possano essere più adattive, o almeno meno disfunzionali, di altre. Sebbene lo studio di costrutti di valenza clinica in campioni non clinici appaia problematico quando viene utilizzato per generalizzare i risultati ottenuti a popolazioni cliniche, esso mostra una certa utilità nell'identificazione di fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi comportamentali ed emotivi (si veda, ad esempio, Abramowitz et al., 2014; Fergusson et al., 2005; Cuijpers e Smit, 2004; Karsten et al., 2011). La ricaduta più concreta è individuabile nella possibilità di costruire programmi di *screening* e di prevenzione più efficaci indirizzati alle popolazioni a rischio di sviluppo di psicopatologia.

## METODO

### *Partecipanti*

Hanno partecipato allo studio 570 soggetti, in larga parte studenti universitari (79,8%), di cui 329 donne (57,7%) e 241 uomini (42,3%), di età compresa tra i 18 e i 60 anni (età media = 23,56; DS = 6,38). L'82,8% dei partecipanti possedeva un diploma di scuola secondaria di secondo grado, il 14% una laurea, il 3% la licenza di scuola secondaria di primo grado e il restante 0,2% la licenza di scuola primaria. Per ciò che concerne l'area geografica di provenienza, il 3,2% del campione risiede al nord, il 10,2% nel centro Italia, il 76,5% nelle regioni del sud, mentre lo 10,1% nelle isole. Dal calcolo della CFA sono stati esclusi i casi (N = 105) che presentavano valori mancanti agli item del CRQ. Pertanto, le analisi sono state condotte su un campione di 465 partecipanti, per il 54,4% composto da femmine, che presentava un'età media di 23,86 (DS = 6,81), con indici di asimmetria e curtosi compresi tra +/- 1. Il presente nuovo campione conserva le stesse caratteristiche del campione generale.

Tutti i soggetti hanno partecipato volontariamente e gratuitamente alla ricerca e hanno compilato una scheda anagrafica e la batteria di inventari, dopo avere fornito il proprio consenso informato scritto alla partecipazione alla ricerca. I partecipanti sono stati reclutati da ricercatori, presso il campus universitario di Chieti e le strutture di aggregazione culturale e sociale situate nelle diverse regioni di appartenenza. Sono stati garantiti l'anonimato dei partecipanti e il rispetto delle norme etiche concernenti la riservatezza.



## Inventari

*Co-Rumination Questionnaire (CRQ; Rose, 2002)*. Il questionario si compone di 27 item che valutano la misura in cui il soggetto co-rumina con l'amico più stretto dello stesso sesso (vedi Appendice). Ognuna delle 9 aree di contenuto (esposte nell'Introduzione) è rappresentata da tre item. Un item esemplificativo è: «Se uno di noi ha un problema, trascorreremo il tempo insieme a parlarne, senza attribuire importanza a quello che potremmo fare in alternativa». Il formato di risposta di ogni item prevede una scala Likert a 5 punti da «Per niente vero» ad «Assolutamente vero». Il punteggio totale deriva dalla media dei punteggi ottenuti nei singoli item (Rose, 2002).

*Teate Depression Inventory (TDI; Balsamo e Saggino, 2013; 2014)*. Il TDI è uno strumento *self-report* formato da 21 item che valutano la presenza di sintomi depressivi in accordo con i criteri diagnostici dell'Episodio Depressivo Maggiore delle ultime edizioni del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-IV-TR e DSM-5; American Psychiatric Association, 2000; 2013). La costruzione del test è stata realizzata utilizzando il modello logistico di Rash (Andrich, 1995; Rasch, 1980), che ha consentito di superare alcuni limiti psicometrici degli strumenti già esistenti (Balsamo e Saggino, 2007). Ogni item prevede una scala di risposta-tipo Likert a 5 punti, da 0 (sempre) a 4 (mai). Recenti studi suggeriscono che il TDI ha buone caratteristiche psicometriche sia in campioni clinici che non clinici (Balsamo, Giampaglia e Saggino, 2014; Balsamo et al., 2013; Innamorati et al., 2013; Balsamo, Macchia et al., 2014; Balsamo, Innamorati, Van Dam, Carlucci e Saggino, 2015).

*State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA; Ree, French, MacLeod e Locke, 2008)*. Lo STICSA è uno strumento formato da 42 item, basato sulla distinzione concettuale ed empirica dell'ansia in ansia di stato e ansia di tratto e sulla classificazione sintomatologica dell'ansia in base alla quale è possibile distinguere i sintomi cognitivi da quelli somatici. Lo strumento è dunque composto da 4 sottoscale: la scala di ansia di stato somatica (SS), la scala di ansia di stato cognitiva (SC), la scala di ansia di tratto somatica (TS), la scala di ansia di tratto cognitiva (TC). Le scale di stato si riferiscono a come il soggetto si sente al momento della compilazione, quelle di tratto a come il soggetto si sente in generale. Ciascun item si basa su una scala a 4 punti tipo Likert, da 1 «per niente» a 4 «molto». La versione italiana dello strumento ha dimostrato buone proprietà psicometriche in un recente studio in un campione di soggetti anziani (Balsamo et al., 2015).

*Rumination Response Scale (RRS; Nolen-Hoeksema e Morrow, 1991)*. La RRS è composta da 22 item che valutano la tendenza del soggetto a ruminare quando affronta sintomi depressivi. Ai soggetti viene chiesto di indicare quanto generalmente pensano o fanno quando sono tristi, malinconici o depressi, usando una scala Likert a 4 passi, da 1 «mai» a 4 «sempre». Gli item si distinguono in item focalizzati sul «significato» della ruminazione (ad esempio, «Scrivi cosa stai pensando o lo analizzi»), sui «sentimenti» legati all'umore depresso (ad esempio, «Pensi a quanto ti senti triste»), sui «sintomi» (ad esempio, «Pensi a quanto sia difficile concentrarti») e sulle cause e conseguenze dell'umore depresso (ad

esempio, «Pensi “non sarò in grado di svolgere il mio lavoro se non mi libero di questo”») (Nolen-Hoeksema et al., 1999, p. 1064). Sia gli autori della versione originale che quelli dell'adattamento italiano (Palmieri, Gasparre e Lanciano, 2007) identificano due componenti distinte della ruminazione: la sottoscala «rimuginazione» (*brooding*), che consiste in un confronto passivo della propria situazione attuale con qualche standard non raggiunto, e dunque connotata da una maggiore passività che si esplicita in una contemplazione improduttiva di ciò che non va nella propria vita; la sottoscala «riflessione» (*reflection*), caratterizzata da un maggiore orientamento al problem solving cognitivo.

Gli studi effettuati suggeriscono che la RRS possa misurare una tendenza stabile a ruminare (Nolen-Hoeksema e Davis, 1999; Nolen-Hoeksema, Larson e Grayson, 1999; Nolen-Hoeksema, Parker e Larson, 1994) e che abbia una buona validità predittiva della depressione (Nolen-Hoeksema e Morrow, 1991).

*SCL-90-R – Symptom Checklist-90-R (Derogatis, 1994)*. La SCL-90-R è uno strumento self-report ampiamente utilizzato per la valutazione della presenza e della gravità di sintomi di disagio psichico in 9 domini psicopatologici in pazienti psichiatrici, di medicina generale e soggetti non clinici. I domini sono: Somatizzazione (SOM), Ossessività-Compulsività (OC), Sensibilità Interpersonale (INT), Ansia (ANX), Depressione (DEP), Ostilità (HOS), Ansia Fobica (PHOB), Ideazione Paranoide (PAR) e Psicoticismo (PSY). Ai soggetti è richiesto di rispondere a 90 item disposti su una scala Likert a 5 passi (da 1 «per niente» a 5 «moltissimo»), in base alla misura in cui hanno esperito un elenco di sintomi nell'ultima settimana. Lo strumento si differenzia da altri questionari autosomministrati per la rilevazione del disagio psichico dal momento che misura tanto i sintomi internalizzanti (quali depressione, somatizzazione, manifestazioni di ansia, ossessività-compulsività) quanto quelli esternalizzanti (quali aggressività, ostilità, impulsività). Punteggi più elevati indicano un più elevato distress psicologico.

## Procedura

Gli item della versione originale del CRQ sono stati tradotti in italiano seguendo le procedure standard di *forward-* e *back-translation* (Van der Vijver e Leung, 1997). La traduzione è stata fatta prima dall'inglese all'italiano e poi dall'italiano all'inglese in maniera indipendente da due madrelingua esperti di psicologia. La versione originale e quella ritradotta sono state confrontate, finché non sono state rilevate differenze di significato sostanziali. L'autrice ne ha autorizzato l'utilizzo.

L'intera batteria ha richiesto circa 30-40 minuti per la sua compilazione. Le somministrazioni sono state condotte in condizioni standardizzate.

## Analisi statistiche

Per testare la struttura fattoriale e l'invarianza per il sesso del CRQ, è stata condotta un'analisi fattoriale confermativa (CFA) usando il metodo della massima verosimiglianza con il programma LISREL 8.70 (Jöreskog e Sörbom, 2006). Dal calcolo della CFA sono stati esclusi i casi (N = 105) che presentavano valori mancanti agli item del CRQ.

Sono stati messi a confronto 3 modelli fattoriali: il modello unidimensionale, ipotizzato dall'autrice del test (Rose, 2002) (Modello 1); il modello gerarchico trifattoriale, emerso nell'analisi fattoriale esplorativa e confermativa condotta da Davidson et al. (2014), in cui la struttura del CRQ è rappresentata da un fattore di secondo ordine («co-ruminazione») e tre fattori di primo ordine (ossia, *rehashing*, *mulling* ed *encouraging problem talk*) (Modello 2); un modello derivante dall'adozione di indici di modificazione (Silvia e MacCallum, 1988) applicati al Modello 2 (Modello 3).

L'adeguatezza di ciascun modello è stata valutata sulla base di diversi indici di fit, particolarmente raccomandati nella letteratura psicometrica (Hu e Bentler, 1998; 1999; MacCallum e Austin, 2000):

1. statistica del chi-quadro ( $\chi^2$ ) e relativi gradi di libertà (gdl);
2. *Comparative Fit Index* (CFI);
3. *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA);
4. *Non Normed Fit Index* (NNFI);
5. *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR).

In accordo con Shermelleh-Engel, Moosbrugger e Müller (2003), il modello si adatta ottimamente ai dati quando: CFI e NNFI  $\geq 0,97$ ; SRMR  $\leq 0,05$  e RMSEA  $\leq 0,05$ , sebbene alcuni autori sostengano che valori di SRMR, RMSA e CFI tra 0,05 e 0,08 siano indicativi di una buona adeguatezza del modello (Browne e Cudek, 1993; Hu e Bentler, 1999). Inoltre, per il confronto di modelli alternativi, è stato usato l'*Expected Cross-Validation Index* (ECVI). È da preferire il modello con l'ECVI più basso (Shermelleh-Engel et al., 2003).

In seguito, si è proceduto con il verificare il modello fattoriale che meglio si adattava ai dati, differenziato per genere, al fine di esplorarne l'invarianza per il sesso.

Per calcolare l'attendibilità in termini di consistenza interna di ciascuna scala del modello fattoriale migliore in termini di adattamento ai dati, è stata stimata l'alpha di Cronbach per ciascun fattore. Per valutare la significatività clinica dei fattori e indagare la validità convergente e divergente di questi e del CRQ, sono stati calcolati i coefficienti di correlazione prodotto-momento di Pearson con misure di depressione, ansia e diverse dimensioni psicopatologiche includenti sintomi internalizzanti ed esternalizzanti.

## RISULTATI

### *Statistiche descrittive*

Nella tabella 1 sono presentate le statistiche descrittive e le proprietà distributive degli item. La media di tutti gli item è risultata compresa nell'intervallo 1-3; i valori di asimmetria e curtosi rientrano nell'intervallo  $\pm 1$ , salvo alcune eccezioni, come raccomandato da Muthen e Kaplan (1985) per l'applicazione di metodi statistici multivariati.

Gli indici di correlazione item-scala totale corretto degli item del CRQ risultano essere significativamente buoni e comunque superiori a 0,50, tranne che per gli item 3 ( $r_{it} = 0,19$ ) e 8 ( $r_{it} = 0,26$ ), che appaiono scarsamente rappresentativi del costrutto di base.

**TABELLA 1** – Statistiche descrittive e correlazioni item-scala totale (N = 570)

| Item  | M    | DS   | Asimmetria | Curtosi | $r_{it}$ |
|-------|------|------|------------|---------|----------|
| CRQ1  | 2,87 | 1,16 | 0,13       | -0,76   | 0,53     |
| CRQ2  | 3,36 | 1,18 | -0,26      | -0,85   | 0,59     |
| CRQ3  | 1,83 | 1,12 | 1,16       | 0,29    | 0,19     |
| CRQ4  | 2,96 | 1,22 | 0,05       | -0,96   | 0,54     |
| CRQ5  | 3,29 | 1,18 | -0,20      | -0,81   | 0,68     |
| CRQ6  | 3,29 | 1,22 | -0,35      | -0,83   | 0,63     |
| CRQ7  | 3,43 | 1,30 | -0,45      | -0,92   | 0,62     |
| CRQ8  | 2,04 | 1,09 | 0,83       | -0,19   | 0,26     |
| CRQ9  | 2,60 | 1,23 | 0,33       | -0,88   | 0,64     |
| CRQ10 | 3,09 | 1,31 | -0,03      | -1,11   | 0,66     |
| CRQ11 | 3,17 | 1,23 | -0,10      | -0,98   | 0,68     |
| CRQ12 | 3,02 | 1,27 | -0,03      | -1,07   | 0,60     |
| CRQ13 | 2,51 | 1,22 | 0,39       | -0,85   | 0,69     |
| CRQ14 | 3,04 | 1,18 | -0,02      | -0,91   | 0,77     |
| CRQ15 | 2,88 | 1,15 | 0,03       | -0,85   | 0,72     |
| CRQ16 | 2,84 | 1,18 | 0,17       | -0,85   | 0,77     |
| CRQ17 | 2,85 | 1,13 | 0,14       | -0,75   | 0,73     |
| CRQ18 | 2,28 | 1,16 | 0,53       | -0,68   | 0,69     |
| CRQ19 | 2,94 | 1,18 | -0,00      | -0,86   | 0,76     |
| CRQ20 | 2,62 | 1,17 | 0,32       | -0,69   | 0,71     |
| CRQ21 | 2,46 | 1,19 | 0,33       | -0,93   | 0,55     |
| CRQ22 | 2,87 | 1,16 | 0,10       | -0,89   | 0,72     |
| CRQ23 | 1,85 | 1,06 | 1,15       | 0,55    | 0,49     |
| CRQ24 | 2,68 | 1,12 | 0,39       | -0,61   | 0,73     |
| CRQ25 | 2,29 | 1,13 | 0,56       | -0,50   | 0,65     |
| CRQ26 | 2,56 | 1,22 | 0,44       | -0,77   | 0,68     |
| CRQ27 | 2,65 | 1,14 | 0,29       | -0,67   | 0,63     |

Nota: CRQ = Co-Rumination Questionnaire;  $r_{it}$  = Correlazione Item-Scala totale corretta.

## Analisi Fattoriale Confermativa

Gli indici di fit dei modelli fattoriali identificati e messi a confronto sono presentati nella tabella 2. In base ad essi, il modello unidimensionale del CRQ, proposto da Rose (2002) (Modello 1), mostra di avere un fit basso e insoddisfacente. Similmente, il modello gerarchico trifattoriale (Modello 2), emerso nello studio di Davidson et al. (2014), presenta indici ugualmente insoddisfacenti, sebbene più elevati. Al fine di migliorare l'adattamento del modello ai dati, rispetto al precedente modello (Modello 2), ci si è avvalsi degli indici di modificazione della CFA,<sup>1</sup> in base ai quali l'item 9 è stato associato alla dimensione *mulling* (e non al fattore *encouraging problem talk*, come proposto da Davidson e colleghi, 2014), mentre gli item 3 e 8 sono stati scartati poiché non raggiungevano saturazioni  $\geq 0,50$ , confermando quanto evidenziato dalle basse correlazioni item-totale (tabella 1). Il modello finale così ipotizzato (Modello 3), in cui tre fattori di primo ordine correlati (*rehashing*, *mulling* ed *encouraging problem talk*) saturano su un fattore di secondo ordine («co-ruminazione», ossia il punteggio totale del CRQ), mostra di avere il migliore adattamento ai dati (tabella 2).

Nella figura 1 si presentano le saturazioni fattoriali standardizzate del modello CFA gerarchico, nonché i coefficienti strutturali tra il fattore generale e i tre fattori latenti. Tutti gli item presentano saturazioni salienti ( $\geq 0,50$ ) sul fattore di secondo ordine. Sei item mostrano saturazioni significative sul fattore *mulling*, quattro saturano in modo saliente sul fattore *encouraging problem talk* e quindici sul fattore *rehashing*.

**TABELLA 2** – Indici della bontà di adattamento dei tre modelli testati (N = 465)

| Model                             | $\chi^2$ | gdl | CFI  | RMSEA | SRMR | NNFI | ECVI |
|-----------------------------------|----------|-----|------|-------|------|------|------|
| Modello 1 (Rose, 2002)            | 3073,23* | 324 | 0,94 | 0,14  | 0,08 | 0,93 | 1,63 |
| Modello 2 (Davidson et al., 2014) | 1484,83* | 296 | 0,96 | 0,09  | 0,06 | 0,96 | 1,51 |
| Modello 3                         | 1268,20* | 272 | 0,97 | 0,08  | 0,05 | 0,97 | 1,40 |
| Femmine                           | 840,79*  | 272 | 0,97 | 0,09  | 0,06 | 0,96 | 3,76 |
| Maschi                            | 788,05*  | 272 | 0,96 | 0,09  | 0,06 | 0,96 | 4,20 |

\*  $p < .001$ .

Nota: Gdl = Gradi di libertà; CFI = Comparative Fit Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; NNFI = Non Normed Fit Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; ECVI = Expected Cross-Validation Index. Il CFI = test of close fit (probability RMSEA  $\leq 0,05$ ) equivale a 0,00 per entrambi i gruppi.

<sup>1</sup> Gli indici di modificazione (IM) sono spesso impiegati per raggiungere un adattamento migliore del modello ai dati. Il loro impiego dovrebbe essere in accordo con la teoria. Negli IM il miglioramento del fit è misurato attraverso una riduzione del chi quadro (Silvia e MacCallum, 1988).

I fattori di primo ordine del Modello 3 presentano tra loro coefficienti strutturali standardizzati elevati: 0,84 tra il fattore *mulling e encouraging problem talk*, 0,75 tra il fattore *mulling e rehashing*, 0,70 tra il fattore *encouraging problem talk e rehashing*, giustificando di fatto la presenza di una dimensione latente sovraordinata. Altresì, i coefficienti strutturali standardizzati osservati tra il fattore di secondo ordine e i tre fattori di primo ordine risultano particolarmente elevati, variando da 0,79 a 0,95 (figura 1).

La CFA condotta separatamente nei due sottogruppi divisi per il sesso, al fine di testare l'invarianza strutturale del Modello 3, mostra come la struttura gerarchica proposta produca gli stessi accettabili indici di adattamento sia nel campione delle femmine (N = 253) che in quello dei maschi (N = 212), attestandone di fatto un'uguaglianza strutturale (tabella 2).

### *Attendibilità, validità convergente e divergente*

La consistenza interna per ciascuna scala del modello migliore in termini di adattamento ai dati è molto buona. Per ciò che riguarda l'indagine della significatività clinica e della validità convergente e divergente del CRQ, i coefficienti di correlazione  $r$  di Pearson mostrano associazioni positive e significative dei tre fattori con il punteggio totale della RRS: a livelli più elevati di co-ruminazione corrispondono livelli più alti di ruminazione (tabella 3). La componente «rimuginazione» (*brooding*) presenta correlazioni significative lievemente superiori alla sottocomponente «riflessione» (*reflection*) della RRS, in particolare con il fattore *rehashing*.

Con il TDI, invece, correla significativamente solo il fattore *rehashing*. I tre fattori correlano significativamente con il punteggio di ansia di tratto, sia somatica che cognitiva, dello STICSA, con il fattore *rehashing* che presenta le correlazioni più intense. Quest'ultimo correla significativamente anche con le misure di ansia di stato, sia somatica che cognitiva, dello STICSA. Anche il fattore *mulling* correla significativamente con le misure di ansia di tratto, in particolare con la componente cognitiva. Analogamente, il fattore *rehashing* correla significativamente con tutte le sottoscale della SCL-90-R, il fattore *mulling*, anche se più debolmente, correla significativamente con tutte queste, tranne che con PHOB e PSY, mentre *encouraging problem talk* correla solo con le sottoscale OC, ANX e PAR.

Il punteggio totale del CRQ è correlato significativamente ai punteggi totali del TDI ( $r = 0,11$ ;  $p < 0,05$ ), a quelli delle scale dello STICSA ( $r_{\text{range}} = 0,14-0,24$ ,  $p < 0,01$ ) e a quelli delle sottoscale della SCL-90-R ( $r_{\text{range}} = 0,13-0,31$ ,  $p < 0,05$ ).

## **DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

La co-ruminazione è un processo interpersonale in cui le diadi passivamente e ripetitivamente discutono sintomi o problemi in un modo contemplativo, ponendosi quesiti irrisolvibili su un problema e sulle sue potenziali implicazioni. Si tratta, in altre parole, di una discussione di problemi non *solution-focused*, che consente di spiegare come una più alta qualità nell'amicizia, soprattutto in adolescenza e nella giovane età adulta, sia associata a un aumento di sintomi psicopatologici.

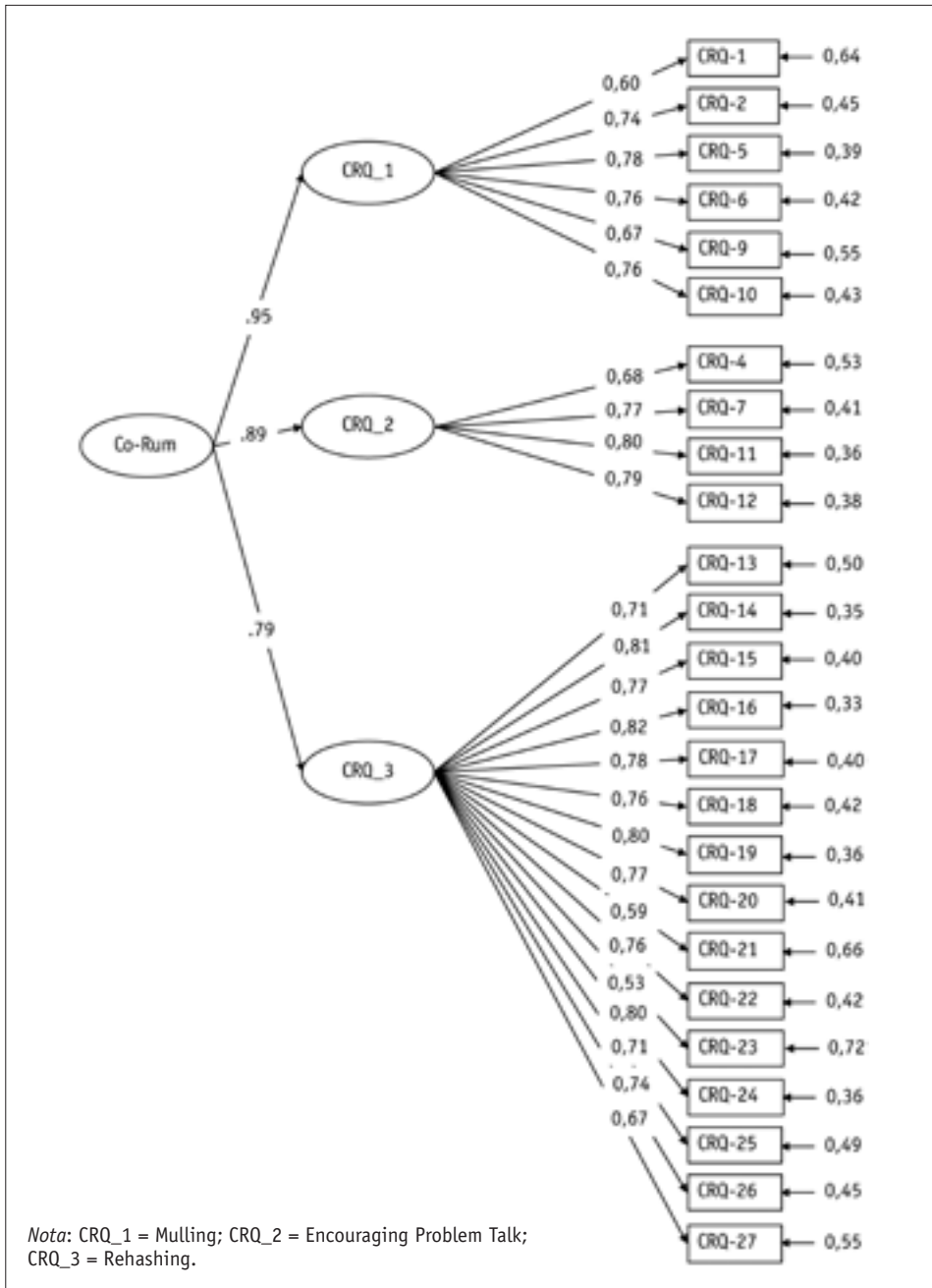


Figura 1 Path Diagram con le soluzioni standardizzate relative al Modello strutturale 3 (N = 465).

**TABELLA 3** – Correlazioni tra le 3 dimensioni del CRQ e le variabili esaminate

|                   | CRQ    |        |        | RRS <sup>2</sup> |        | TDI <sup>1</sup> |        | STICSA |        | STICSA_SOM |        | STICSA_COG |        | SCL90R |        |        |        |        |        |        |        |        |  |
|-------------------|--------|--------|--------|------------------|--------|------------------|--------|--------|--------|------------|--------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|
|                   | CRQ 1  | CRQ 2  | CRQ 3  | Tot              | Rif    |                  |        | Tratto | Stato  | Tratto     | Stato  | Tratto     | Stato  | SOM    | OC     | INT    | DEP    | ANX    | HOS    | PHOB   | PAR    | PSY    |  |
|                   |        |        |        |                  |        |                  |        |        |        |            |        |            |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |  |
| CRQ Totale        | 0,85** | 0,79** | 0,95** | 0,36**           | 0,34** | 0,32**           | 0,11   | 0,22** | 0,18** | 0,16**     | 0,14** | 0,24**     | 0,19** | 0,22** | 0,31** | 0,25** | 0,29** | 0,25** | 0,21** | 0,13   | 0,28** | 0,22** |  |
| CRQ 1 Fattore     |        | 0,72** | 0,69** | 0,28**           | 0,26** | 0,25**           | 0,05   | 0,14** | 0,10   | 0,11       | 0,07   | 0,15**     | 0,17   | 0,15** | 0,21** | 0,12   | 0,17** | 0,15** | 0,15** | 0,02   | 0,19** | 0,10   |  |
| CRQ 2 Fattore     |        |        | 0,62** | 0,22**           | 0,21** | 0,19**           | 0,02   | 0,12   | 0,07   | 0,09       | 0,06   | 0,11       | 0,07   | 0,11   | 0,16** | 0,09   | 0,11   | 0,11   | 0,09   | 0,01   | 0,12   | 0,04   |  |
| CRQ 3 Fattore     |        |        |        | 0,38**           | 0,36** | 0,32**           | 0,14** | 0,24** | 0,21** | 0,17**     | 0,16** | 0,26**     | 0,21** | 0,23** | 0,34** | 0,29** | 0,33** | 0,28** | 0,22** | 0,17** | 0,31** | 0,27** |  |
| Alpha di Cronbach | 0,84   | 0,87   | 0,95   | 0,93             | 0,88   | 0,76             | 0,91   | 0,89   | 0,89   | 0,81       | 0,80   | 0,85       | 0,87   | 0,87   | 0,85   | 0,86   | 0,88   | 0,87   | 0,78   | 0,78   | 0,78   | 0,82   |  |

\*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ .

Nota: CRQ = Co-Rumination Questionnaire; CRQ 1 Fattore = Mulling; CRQ 2 Fattore = Encouraging Problem Talk; CRQ 3 Fattore = Rehashing; RRS = Ruminative Response Scale; Rif = Rimuginazione RRS; Tot = Riflessione RRS; TDI = Teate Depression Inventory; TRATTO = STICSA Trait Cognitive and Somatic Anxiety; STATO = STICSA State Cognitive and Somatic Anxiety; STIC\_SOM = STICSA Somatic Anxiety; STIC\_COG = STICSA Cognitive Anxiety; SOM = Somatizzazione; OC = Ossessivo-Compulsivo; INT = Sensibilità Interpersonale; DEP = Depressione; ANX = Ansia; HOS = Ostilità; PHOB = Ansia Fobica; PAR = Paranoia.



Considerate le notevoli implicazioni che la co-ruminazione ha sul piano clinico e sociale, appare evidente l'importanza di indagare questo fenomeno attraverso l'impiego di strumenti validati. L'obiettivo del nostro lavoro era di esaminare la struttura fattoriale, l'invarianza fattoriale e la validità della versione italiana del CRQ in un campione italiano non clinico. Globalmente, sulla base di quanto emerso, è possibile affermare che la struttura fattoriale del CRQ, così com'è stata proposta nello studio americano di Davidson et al. (2014), sia stata sostanzialmente confermata anche nel campione italiano. Ciò suggerisce la possibilità di impiegare lo strumento anche nella popolazione italiana. Inoltre, i risultati della CFA suggeriscono che è importante esaminare specifiche componenti della co-ruminazione. La scala, infatti, è ben rappresentata da una struttura a tre fattori, identificabili con i fattori di *rehashing*, *encouraging problem talk* e *mulling*, già emersi nello studio di Davidson et al. (2014) e aventi una buona consistenza interna. La CFA gerarchica indica che questo costrutto può consistere in un fattore d'ordine più elevato di co-ruminazione e di specifici fattori di ordine inferiore.

I risultati della validità convergente e divergente hanno fornito interessanti *insight* sulle caratteristiche psicometriche del CRQ, supportandone la validità del costrutto di base e suggerendo l'utilità di indagare aspetti specifici della co-ruminazione. In accordo con la letteratura corrente (Calmes e Roberts, 2008; Hankin, Stone e Wright, 2010; Rose, Carlson e Waller, 2007; Starr e Davila, 2009; Schwartz-Mette e Rose, 2012; Stone et al., 2011; Tompkins et al., 2011; White e Shih, 2012), il punteggio totale del CRQ è correlato significativamente con la depressione e con sintomi internalizzanti ed esternalizzanti. Anche l'ansia di stato e di tratto, nelle loro componenti sia somatiche che cognitive, risultano associate significativamente al punteggio totale del CRQ. Quest'ultimo dato è, invece, nuovo, in base alla nostra conoscenza della letteratura.

La conferma della struttura fattoriale gerarchica, emersa per la prima volta nello studio di Davidson et al. (2014), corrobora l'ipotesi che esistano dimensioni di ordine inferiore dietro la struttura unidimensionale proposta da Rose (2002).

La struttura fattoriale emersa è uguale nei maschi così come nelle femmine. Dal punto di vista teorico, questo risultato si discosta da quanto riscontrato in una parte della letteratura, relativa a campioni di bambini e di tardo-adolescenti (Rose, 2002; Rose et al., 2007; White e Shih, 2012; Starr e Davila, 2009), che indica il costrutto di co-ruminazione come sensibile al genere, con le femmine che presentano punteggi medi più elevati rispetto ai maschi. Dal punto di vista tecnico, invece, questo dato, rinvenuto anche in Davidson e colleghi (2014), consentirebbe l'uso del CRQ sia in campioni maschili e femminili, senza dover ricorrere a norme specifiche per il genere.

L'emergenza di dimensioni specifiche di co-ruminazione nella struttura fattoriale rinvenuta nel presente studio può consentire una comprensione migliore del costrutto di co-ruminazione, al pari di quanto è avvenuto per gli studi sulla ruminazione, e facilitare l'interpretazione delle risposte al CRQ. Come suggerito da Davidson e collaboratori (2014), potrebbero esserci aspetti della co-ruminazione più disfunzionali, o almeno meno adattivi, di altri.

L'esame delle correlazioni (che appaiono elevate e significative anche per effetto dell'elevata numerosità del campione) tra i punteggi delle diverse sottoscale con misure di psico-

patologia mostra come la sottoscala *rehashing* presenti, tra le tre, la maggiore significatività clinica: essa mostra di avere, infatti, l'attendibilità più alta e correlazioni più elevate con sintomi internalizzanti (quali depressione, somatizzazione, diversi tipi di manifestazioni di ansia, ossessività-compulsività, rimuginazione) ed esternalizzanti (quali aggressività, ostilità, impulsività). Questo dato estende quanto trovato anche da Davidson e colleghi (2014) con scale di depressione, *worry* e *self-confidence* ed è in parziale accordo con gli studi sperimentali di Byrd-Craven e collaboratori (2008; 2011), che individuavano nella focalizzazione sulle emozioni negative derivanti da un problema un predittore significativo di *markers* fisiologici dello stress.

La sottoscala *rehashing* include 13 item che coprono 5 delle 9 aree di contenuto contemplate da Rose (2002): discussione ripetitiva dello stesso problema, speculazione sulle cause dei problemi, speculazione sulle conseguenze dei problemi, speculazione su aspetti incompresi del problema, focalizzazione su sentimenti negativi. Si potrebbe, dunque, avanzare l'ipotesi che questa dimensione, che in sintesi riguarda la speculazione dettagliata di aspetti e implicazioni di un problema, con le emozioni negative derivanti, rappresenti il *core* disfunzionale della co-ruminazione in maniera più marcata rispetto all'incoraggiamento reciproco alla discussione dei problemi personali e alla discussione dei problemi frequente e alternativa all'impegno in altre attività. Aspetti questi ultimi, che sono, evidentemente, più adattivi e accostabili alla *self-disclosure* che non alla ruminazione vera e propria.

Il presente studio ricorre a un campione di soggetti non molto eterogeneo dal punto di vista demografico. Dato che questo può rappresentare uno svantaggio quando si esaminano le proprietà psicometriche di un nuovo strumento (Clark e Watson, 1995), è auspicabile ampliare lo studio includendo più soggetti tratti dalla popolazione generale e provenienti dal Nord e dal Centro Italia nel campione. Il campione, inoltre, è formato da soggetti non clinici, pertanto appare senza dubbio utile e importante esaminare il funzionamento metrico e clinico dello strumento anche in un campione clinico e, dunque, verificarne l'invarianza in diversi contesti e popolazioni. Di fatto, come è scorretto generalizzare i risultati ottenuti da popolazioni non cliniche a quelle cliniche, è, altresì, scorretto generalizzare i risultati ottenuti da popolazioni cliniche a quelle non cliniche (Cunningham, Bozzette, Hays, Kanouse e Shapiro, 1995). Tuttavia, la valutazione di costrutti di rilevanza clinica in campioni non clinici riveste una grande importanza per la possibilità di costruire programmi di screening diretti alle popolazioni a rischio di sviluppo di psicopatologia, come sopra sottolineato.

Nel presente studio, sono, inoltre, usati strumenti di tipo clinico per la valutazione della depressione, dell'ansia cognitiva e somatica, della ruminazione e dei sintomi patologici, in soggetti normali. Tuttavia, va sottolineato che questi costrutti sono considerati in continuità fenomenologica tra clinico e non clinico. In questo senso, si deve considerare l'importanza che negli ultimi decenni è stata attribuita alle manifestazioni psicopatologiche subcliniche che sono state associate allo sviluppo successivo di una franca psicopatologia e di un maggiore rischio di disadattamento (Abramowitz et al., 2014; Fergusson et al., 2005; Cuijpers e Smit, 2004; Karsten et al., 2011).

In conclusione, questi risultati supportano la validità del CRQ e suggeriscono che esso è costituito da sottoscale distinte. Diverse sono le direzioni da intraprendere per la ricerca

futura. Innanzitutto, la replica di questa struttura fattoriale in diverse popolazioni (bambini, adolescenti, anziani) potrebbe contribuire ad approfondire la nostra comprensione sullo sviluppo della co-ruminazione e su come interpretare le risposte al CRQ. Inoltre, si dovrebbero indagare gli effetti delle sottoscale della co-ruminazione sulla sintomatologia ansiosa e depressiva e il meccanismo di funzionamento di queste relazioni. Infine, sarebbe importante esaminare come le sottoscale del CRQ siano associate allo sviluppo di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti in termini prognostici.

## BIBLIOGRAFIA

- Abramowitz, J.S., Fabricant, L.E., Taylor, S., Deacon, B.J., McKay, D., & Storch, E.A. (2014). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. *Clinical Psychology Review, 34*, 206-217, doi:10.1016/j.cpr.2014.01.004.
- American Psychiatric Association – APA (2000). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali Text Revision – DSM-IV-TR*. Milano: Masson.
- American Psychiatric Association – APA (2013). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Andrich, D. (1995). Models for measurement, precision, and the non-dichotomization of graded responses. *Psychometrika, 60*, 7-26.
- Asher, S.R., Parker, J.G., & Walker, D.L. (1996). Distinguishing friendship from acceptance: Implications for intervention and assessment. In W.M. Bukowski, A.F. Newcomb, & W.W. Hartup (Eds.), *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence* (pp. 366-405). New York, NY: Cambridge University Press.
- Balsamo, M., & Saggino, A. (2007). Test per l'assessment della depressione nel contesto italiano: un'analisi critica. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 13*, 167-199.
- Balsamo, M., & Saggino, A. (2013). *Il Teate Depression Inventory – Manuale di standardizzazione*. Firenze: Hogrefe.
- Balsamo, M., Carlucci, L., Sergi, M.R., Murdock, K.K., & Saggino, A. (2015). The mediating role of Early Maladaptive Schemas in the relation between co-rumination and depression in young adults. *Plos One, 10*, e 0140177.
- Balsamo, M., Romanelli, R., Innamorati, M., Ciccarese, G., Carlucci, L., & Saggino, A. (2013). The state-trait anxiety inventory: Shadows and lights on its construct validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35*, 475-486, doi: 10.1007/s10862-013-9354-5.
- Balsamo, M., Giampaglia, G., & Saggino, A. (2014). Building a new Rasch-based self-report inventory of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 13*, 153-165, doi: 10.2147/NDT.S53425.
- Balsamo, M., & Saggino, A. (2014). Determining a diagnostic cut-off on the Teate Depression Inventory. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 10*, 987-995, doi: 10.2147/NDT.S55706.
- Balsamo, M., Macchia, M., Carlucci, L., Picconi, L., Tommasi, M., Gilbert, P., & Saggino, A. (2014). Measurement of External Shame: An inside view. *Journal of Personality Assessment*, doi: 10.1080/00223891.2014.947650.

- Balsamo, M., Innamorati, M., Van Dam, N.T., Carlucci, L., & Saggino, A. (2015). Measuring anxiety in the elderly: Psychometric properties of the state trait inventory of cognitive and somatic anxiety (STICSA) in an elderly Italian sample. *International Psychogeriatrics*, doi: 10.1017/S1041610214002634.
- Benenson, J.E., Apostoleris, N.H., & Parnass, J. (1997). Age and sex differences in dyadic and group interaction. *Developmental Psychology*, 33, 538-543, doi: 10.1037/0012-1649.33.3.538.
- Broderick, P.C. (1998). Early adolescent gender differences in the use of ruminative and distracting coping strategies. *Journal of Early Adolescence*, 18, 173-191, doi: 10.1177/0272431698018002003.
- Browne, M.W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K.A. Bollen, & J.S. Long (Eds.), *Testing Structural Equation Models* (pp. 136-162). Beverly Hills, CA: Sage.
- Buhrmester, D., & Furman, F. (1987). The development of companionship and intimacy. *Child Development*, 58, 1101-1113, doi: 10.2307/1130550.
- Buhrmester, D. (1996). Need fulfillment, interpersonal competence, and the developmental contexts of early adolescent friendship. In W.M. Bukowski, A.F. Newcomb, & W.W. Hartup (Eds.), *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence* (pp. 158-185). New York, NY: Cambridge University Press.
- Bukowski, W.M., Newcomb, A.F., & Hartup, W.W. (Eds.) (1996). *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Burda, P., Vaux, A., & Schill, T. (1984). Social Support Resources in College Students: Variations across Sex and Sex-role. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10, 119-126, doi: 10.1177/0146167284101014.
- Byrd-Craven, J., Geary, D.C., Rose, A.J., & Ponzi, D. (2008). Co-ruminating increases stress hormone levels in women. *Hormones and Behavior*, 53, 489-492, doi:10.1016/j.yhbeh.2007.12.002.
- Byrd-Craven, J., Granger, D.A., & Auer, B.J. (2011). Stress reactivity to co-rumination in young women's friendships: Cortisol, alpha-amylase, and negative affect focus. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28, 469-487, doi: 10.1177/0265407510382319.
- Calmes, C.A., & Roberts, J.E. (2008). Rumination in interpersonal relationships: Does co-rumination explain gender differences in emotional distress and relationship satisfaction among college students?. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 577-590, doi: 10.1007/s10608-008-9200-3.
- Camarena, P.M., Sarigiani, P.A., & Peterson, A.C. (1990). Gender-specific pathways to intimacy in early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 19, 19-32, doi: 10.1007/BF01539442.
- Ciesla, J.A., Dickson, K.S., Anderson, N.L., & Neal, D.J. (2011). Negative Repetitive Thought and College Drinking: Angry Rumination, Depressive Rumination, Co-Rumination, and Worry. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 142-150, doi: 10.1007/s10608-011-9355-1.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309-331, doi:10.1037/1040-3590.7.3.309.

- Cole, D.A., Martin, J.M., Peeke, L.A., Seroczynski, A.D., & Fier, J. (1999). Children's over- and underestimation of academic competence: A longitudinal study of gender differences, depression, and anxiety. *Child Development, 70*, 459-473, doi: 10.1111/1467-8624.00033.
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: A systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*, 325-331, doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00301.x.
- Cunningham, W.E., Bozette, S.A., Hays, R.D., Kanouse, D.E., & Shapiro, M.F. (1995). Comparison of health-related quality of life in clinical trial and nonclinical trial human immunodeficiency virus-infected cohorts. *Medical Care, 33*, 15-25, doi: 10.1097/00005650-199504000-00010.
- Davidson, C.L., DeMond, M.G., Byrd-Craven, J., Mills, A.C., Matt R.J., & William, V.L. (2014). Psychometric properties of the Co-Rumination Questionnaire. *Personality and Individual Differences, 70*, 171-175, doi:10.1016/j.paid.2014.07.002.
- Derogatis, L.R. (1994). *Symptom Checklist 90-R: Administration, scoring, and procedures manual (3rd ed.)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Dindia, K., & Allen, M. (1992). Sex differences in self-disclosure: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 112*, 106-124, doi: 10.1037/0033-2909.112.1.106.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Ridder, E.M., & Beautrais, A.L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry, 62*, 66-72, doi:10.1001/archpsyc.62.1.66.
- Greene, K. (2009). An integrated model of health disclosure decision making. In T.D. Afifi, & W. A. Afifi (Eds.), *Uncertainty, information management, and disclosure decisions: Theories and applications* (pp. 226-253). New York, NY: Routledge.
- Hankin, B.L., Stone, L., & Wright, P.A. (2010). Corumination, interpersonal stress generation, and internalizing symptoms: Accumulating effects and transactional influences in a multiwave study of adolescents. *Development and Psychopathology, 22*, 217-235, doi: 10.1017/S0954579409990368.
- Hart, B.I., & Thompson, J.T. (1997). Gender role characteristics and depressive symptomatology among adolescents. *Journal of Early Adolescence, 16*, 407-426, doi: 10.1177/0272431696016004003.
- Hu, L., & Bentler, P.M. (1998). Fit Indices in Covariance Structure Modeling: Sensitivity to Underparameterized Model Misspecification. *Psychological Methods, 3*, 424-453, doi: 10.1037/1082-989X.3.4.424.
- Hu, L., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1-55, doi: 10.1080/10705519909540118.
- Innamorati, M., Tamburello, S., Contardi, A., Imperatori, C., Tamburello, A., Saggino, A., & Balsamo, M. (2013). Psychometric properties of the Attitudes toward Self-Revised in Italian young adults. *Depression Research and Treatment, 2013*, 1-6, doi: 10.1155/2013/209216.
- Jones, D.C. (1991). Friendship satisfaction and gender: An examination of gender differences in contributors to friendship satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships, 8*, 167-185.

- Jöreskog, K.G., & Sörbom, D. (2006). *LISREL 8.8 for Windows [Computer software]*. Skokie, IL: Scientific Software International, Inc.
- Karsten, J., Hartman, C.A., Smit, J.H., Zitman, F.G., Beekman, A.T., Cuijpers, P., ... & Penninx, B.W. (2011). Psychiatric history and subthreshold symptoms as predictors of the occurrence of depressive or anxiety disorder within 2 years. *The British Journal of Psychiatry*, *198*, 206-212, doi: 10.1192/bjp.bp.110.080572.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Swartz, M., Blazer, D.G., & Nelson, C.B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, *29*, 85-96, doi:10.1016/0165-0327(93)90026-G.
- Ladd, G.W. (1983). Social networks of popular, average, and rejected children in school settings. *Merrill-Palmer Quarterly*, *29*, 283-307.
- MacCallum, R.C., & Austin, J.T. (2000). Applications of Structural Equation Modeling in Psychological Research. *Annual Reviews*, *51*, 201-226, doi: 10.1146/annurev.psych.51.1.201.
- Moller, L.C., Hymel, S., & Rubin, K.H. (1992). Sex typing in play and popularity in middle childhood. *Sex Roles*, *26*, 331-353, doi: 10.1007/BF00289916.
- Muthen, B., & Kaplan, D. (1985). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, *38*, 171-189, doi: 10.1111/j.2044-8317.1985.tb00832.x.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and distress following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 105-121, doi: 10.1037/0022-3514.61.1.115.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B.L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, *102*, 20-28, doi: 10.1037/0021-843X.102.1.20.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L.E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 92-104, doi: 10.1037/0021-843X.102.1.20.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, *115*, 424-443, doi: 10.1037/0033-2909.115.3.424.
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C.G. (1999). Thanks for sharing that: Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, *77*, 801-814, doi: 10.1037/0022-3514.77.4.801.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *77*, 1061-1072, doi: 10.1037/0022-3514.77.5.1061.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, *3*, 400-424, doi: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x.
- Palmieri, R., Gasparre, A., & Lanciano, T. (2007). Una misura disposizionale della Ruminazione depressiva: la RRS di Nolen-Hoeksema e Morrow. *Psychofenia: Ricerca ed Analisi Psicologica*, *17*, 15-33, doi: 10.1285/i17201632vXn17p15.



- Parker, J.G., & Asher, S.R. (1993). Friendship and friendship quality in middle childhood: Links with peer group acceptance and feelings of loneliness and social dissatisfaction. *Developmental Psychology, 29*, 611-621, doi: 10.1037/0012-1649.29.4.611.
- Peterson, A.C., Sarigiani, P.A., & Kennedy, R.E. (1990). Adolescent depression: Why more girls?. *Journal of Youth and Adolescence, 20*, 247-271, doi: 10.1007/BF01537611.
- Pigott, T.A. (1999). Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*, 4-15.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences, 48*, 757-761, doi:10.1016/j.paid.2010.01.023.
- Rasch, G. (1980). *Probabilistic models for some intelligence and attainment tests*. Chicago, Illinois: The University of Chicago Press.
- Ree, M.J., French, D., MacLeod, C., & Locke, V. (2008). Distinguishing cognitive and somatic dimensions of state and trait anxiety: Development and Validation of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA). *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 36*, 313-332, doi: 10.1017/S1352465808004232.
- Reynolds, C.R., & Richmond, B.O. (1978). What I Think and What I Feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology, 6*, 271-284, doi: 10.1007/BF00919131.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., & Arntz, A. (2008). Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *Personality and Individual Differences, 44*, 576-586.
- Rose, A.J. (2002). Co-rumination in the friendships of girls and boys. *Child Development, 73*, 1830-1843, doi:10.1016/j.paid.2007.09.019.
- Rose, A.J., & Asher, S.R. (1999). Children's goals and strategies in response to conflicts within a friendship. *Developmental Psychology, 35*, 69-79, doi: 10.1037/0012-1649.35.1.69.
- Rose, A.J., Carlson, W., & Waller, E.M. (2007). Prospective associations of co-rumination with friendship and emotional adjustment: Considering the socio-emotional trade-offs of co-rumination. *Developmental Psychology, 43*, 1019-1031, doi: 10.1037/0012-1649.43.4.1019.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research-Online, 8*, 23-27.
- Schwartz, J.A.J., & Koenig, L.J. (1996). Response styles and negative affect among adolescents. *Cognitive Therapy and Research, 20*, 13-36, doi: 10.1007/BF02229241.
- Schwartz-Mette, R.A., & Rose, A.J. (2012). Co-rumination mediates contagion of internalizing symptoms within youths' friendships. *Developmental Psychology, 48*, 1355-1365, doi:10.1037/a0027484.
- Silvia, E.S.M., & MacCallum, R.C. (1988). Some factors affecting the success of specification searches in covariance structure modeling. *Multivariate Behavioral Research, 23*, 297-326, doi: 10.1207/s15327906mbr2303\_2.

- Starr, L. R., & Davila, J. (2009). Clarifying co-rumination: Associations with internalizing symptoms and romantic involvement among adolescent girls. *Journal of Adolescence*, 32, 19-37, doi: 10.1016/j.adolescence.2007.12.005.
- Stokes, J.P., & Wilson, D.G. (1984). The inventory of socially supportive behaviors: Dimensionality, prediction, and gender differences. *American Journal of Community Psychology*, 12, 53-69, doi: 10.1007/BF00896928.
- Stone, L.B., Hankin, B.L., Gibb, B.E., & Abela, J.R.Z. (2011). Co-rumination predicts the onset of depressive disorders during adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 752-757, doi: 10.1037/a0023384.
- Thorne, B. (1986). Girls and boys together... but mostly apart: Gender arrangements in elementary schools. In W.W. Hartup, & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development* (pp. 167-184). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Tompkins, T.L., Hockett, A.R., Abraibesh, N., & Witt, J.L. (2011). A closer look at co-rumination: Gender, coping, peer functioning and internalizing/externalizing problems. *Journal of Adolescence*, 34, 801-811, doi: 10.1016/j.adolescence.2011.02.005.
- Turner, S. (1994). *The social theory of practices*. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
- Van de Vijver, F.J., & Leung, K. (1997). *Methods and data analysis for cross-cultural research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wei, M., Russell, D.W., & Zakalik, R.A. (2005). Adult Attachment, Social Self-Efficacy, Self-Disclosure, Loneliness, and Subsequent Depression for Freshman College Students: A Longitudinal Study. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 602-614, doi: 10.1037/0022-0167.52.4.602.
- White, M.E., & Shih, J.H. (2012). A daily diary of co-ruminative, stressful life events, and depressed mood in late adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41, 598-610.
- Wichstrom, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 35, 232-245, doi: 10.1037/0012-1649.35.1.232.

---

Presentato il 31 gennaio 2015, accettato per la pubblicazione il 15 settembre 2015

## Corrispondenza

Michela Balsamo  
Laboratorio di Psicometria  
DISPUTer – Università «G. d'Annunzio»  
Via dei Vestini, 30  
66100 Chieti  
e-mail: michela.balsamo@libero.it



## APPENDICE

### CO-RUMINATION QUESTIONNAIRE (CRQ) – Versione italiana

Pensa al modo in cui tu ti rapporti *abitualmente* con il tuo migliore amico o con gli amici più stretti (che sono *femmine* se tu sei femmina o *maschi* se tu sei maschio), e rispondi a ciascuna delle seguenti affermazioni facendo una crocetta sul numero che ti descrive meglio.

*Quando parliamo dei nostri problemi...*

| 1               | 2           | 3             | 4                 | 5                  |
|-----------------|-------------|---------------|-------------------|--------------------|
| PER NIENTE VERO | UN PO' VERO | IN PARTE VERO | QUASI SEMPRE VERO | ASSOLUTAMENTE VERO |

|   |  |
|---|--|
| 1. Impieghiamo la maggior parte del nostro tempo insieme parlando dei problemi che io o il mio amico abbiamo.                                       |  |
| 2. Se uno di noi ha un problema, si parlerà di quel problema anziché parlare di altro o fare altro.   |  |
| 3. Dopo che il mio amico mi racconta un problema, provo sempre a spingerlo a riparlarmene più tardi.  |  |
| 4. Quando ho un problema, il mio amico si impegna sempre a farmi continuare a parlarne.   |  |
| 5. Quando uno di noi ha un problema, ne parliamo per molto tempo.   |  |
| 6. Quando ci vediamo, se uno di noi ha un problema, parleremo del problema anche se avevamo programmato di fare altro.                              |  |
| 7. Quando il mio amico ha un problema, io provo sempre a spingerlo a raccontarmi in ogni dettaglio quello che è successo.                           |  |
| 8. Quando il mio amico ha un problema, io provo sempre a spingerlo a raccontarmi in ogni dettaglio quello che è successo.                           |  |
| 9. Parliamo dei problemi che stiamo attraversando quasi ogni volta che ci vediamo.  |  |
| 10. Se uno di noi ha un problema, trascorreremo il tempo insieme a parlarne, senza attribuire importanza a quello che potremmo fare in alternativa. |  |
| 11. Quando il mio amico ha un problema, io mi impegno sempre affinché lui continui a parlarne.  |  |
| 12. Quando io ho un problema, il mio amico cerca sempre di spingermi a raccontargli dettagliatamente quello che è successo.                         |  |

Quando parliamo di un problema che uno di noi ha...

| 1               | 2           | 3             | 4                 | 5                  |
|-----------------|-------------|---------------|-------------------|--------------------|
| PER NIENTE VERO | UN PO' VERO | IN PARTE VERO | QUASI SEMPRE VERO | ASSOLUTAMENTE VERO |

|   |  |
|---|--|
| 13. ... continueremo a parlarne anche dopo che entrambi conosciamo tutti i dettagli di quello che è successo.     |  |
| 14. ... parleremo a lungo cercando di capire tutte le diverse cause per cui il problema potrebbe essere accaduto. |  |
| 15. ... cercheremo di capire tutte le cose negative che potrebbero succedere a causa di quel problema.            |  |
| 16. ... trascorreremo molto tempo a cercare di capire le parti del problema che non siamo riusciti a capire.      |  |
| 17. ... parliamo molto di quanto male si sente la persona che ha quel problema.                                   |  |
| 18. ... parleremo continuamente di ogni parte del problema.   |  |
| 19. ... parliamo molto del problema per capire perché è successo.   |  |
| 20. ... parliamo molto di tutte le diverse cose negative che potrebbero succedere a causa del problema.           |  |
| 21. ... parliamo molto delle parti del problema che per noi non hanno senso.                                      |  |
| 22. ... parliamo per molto tempo di quanto male uno di noi si sente con quel problema.                            |  |
| 23. ... di solito parliamo di quel problema ogni giorno anche se non è successo niente di nuovo.                  |  |
| 24. ... parliamo di tutte le ragioni per cui il problema potrebbe essere successo.                                |  |
| 25. ... impieghiamo molto tempo a parlare delle cose negative che accadranno a causa di quel problema.            |  |
| 26. ... cerchiamo di capire tutto di quel problema, anche se ci sono parti che potremo non capire mai.            |  |
| 27. ... impieghiamo molto tempo a parlare di quanto triste o arrabbiata si sente la persona con il problema.      |  |

### Composizione delle scale

*Mulling*: item 1, 2, 5, 6, 9, 10.

*Encouraging Problem Talk*: item 4, 7, 11, 12.

*Rehashing*: item da 13 a 27.

L'adattamento italiano del questionario è stato autorizzato dall'autrice, Amanda Rose. Per ulteriori informazioni contattare la Dott.ssa Michela Balsamo (michela.balsamo@libero.it).

---

# Studio sulle proprietà psicometriche della versione italiana del *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking* (MIDAS) in campioni clinici e non clinici

---

**Andrea Pozza** – Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze; Istituto Miller di Psicologia e Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, Genova

**Gian Paolo Mazzoni** – Scuola Cognitiva di Firenze, Firenze; Casa di Cura Poggio Sereno, Firenze

**Irene Patassini** – Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze

**Daide Berardi** – Istituto Miller di Psicologia e Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, Genova

**Fabiana Molinaro** – Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze

**Gaia Parenti** – Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze

**Daide Dèttore** – Istituto Miller di Psicologia e Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, Genova; Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze

---

## Riassunto

Il Disturbo da Escoriazione Compulsiva (DEC), o *skin picking*, è stato inserito nel DSM-5 tra i Disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo. Il *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking* (MIDAS) è un inventario self-report che misura due dimensioni separate del DEC: il sottotipo *focused* e quello *automatic*. In Italia non è stato ancora validato un questionario di valutazione del DEC, che possa essere utilizzato nella ricerca e nella pratica clinica. Il presente studio ha indagato le proprietà psicometriche della versione italiana del MIDAS. Ottocentotrentasei partecipanti appartenenti alla popolazione generale hanno completato il MIDAS. Di questi, un sottogruppo di 528 ha compilato anche misure di ansia, depressione, sintomi ossessivo-compulsivi, impulsività. Per analizzare la validità di criterio sono stati, inoltre, reclutati 25 partecipanti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (DBP). Analisi fattoriali esplorative e confermative hanno evidenziato una soluzione a tre fattori. Il primo fattore, denominato «Automatico», misura un sottotipo di DEC attuato in assenza di consapevolezza. Il secondo fattore, chiamato «Focalizzato», misura un sottotipo che ha come antecedenti emozioni negative. Il terzo, «Misto», comprende caratteristiche sia automatiche che focalizzate. Le tre sottoscale hanno mostrato da buona a moderata consistenza interna e affidabilità test-retest. Il gruppo con DBP ha riportato punteggi totali al MIDAS e alla sottoscala «Focalizzato» significativamente più elevati rispetto ai soggetti non clinici, suggerendo che il comportamento di *skin picking* sia una strategia di regolazione delle emozioni negative. Si discutono i risultati, i limiti e le implicazioni cliniche.

**Parole chiave:** *Disturbo da Escoriazione Compulsiva, MIDAS, Skin Picking, Disturbo Borderline di Personalità, Proprietà Psicometriche.*

## Abstract

### **Psychometric properties of the Italian version of the *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS)* in clinical and non-clinical samples**

Pathological Skin Picking Disorder (SPD) has been included in the Obsessive-Compulsive Disorder and related Disorders chapter of the DSM-5. The *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS)* is a self-report measure of two different dimensions of SPD: *Focused* and *Automatic* skin picking. In the Italian context, there is a lack of validated measures of SPD, and no study has evaluated the psychometric properties of the Italian version of the MIDAS. This study aimed to investigate the psychometric properties of the Italian version of the MIDAS. Eight hundred and thirty-six participants recruited from the general population completed the MIDAS. Of these, 528 also completed measures of anxiety, depression, obsessive-compulsive symptoms, and impulsivity. To assess criterion-related validity, twenty-five patients with Borderline Personality Disorder (BPD) were compared with 30 non-clinical participants on the MIDAS subscales. Analyses evidenced a three-factor solution. The first factor, defined as «Automatic» skin picking, measures a subtype of SPD, which tends to occur without awareness. The second factor, defined as «Focused» skin picking, measures a subtype, which tends to occur in response to negative emotions. The third factor, «Mixed» skin picking, includes features related to both the subtypes. The three subscales showed moderate to good internal consistency and test-retest reliability.

Patients with BPD had significantly higher scores on the MIDAS total and «Focused» subscale but not on the other subscales, suggesting that skin picking behaviours could be a coping strategy for negative emotion regulation. Findings, limitations, and implications for practice are addressed.

---

**Keywords:** *Excoriation Disorder, MIDAS, Skin Picking, Borderline Personality Disorder, Psychometric Properties.*

## INTRODUZIONE

Il Disturbo da Escoriazione Compulsiva (DEC), o *skin picking*, è una condizione caratterizzata da un ricorrente stuzzicamento della pelle che può causare lesioni cutanee e da ripetuti tentativi di ridurre o interrompere tale comportamento (American Psychiatric Association, 2013). Sebbene questo disturbo sia comparso in letteratura con differenti denominazioni già dalla fine dell'Ottocento (Grant et al., 2012a), ha trovato dignità nosologica solo con l'inclusione nel capitolo sui Disturbi dello Spettro Ossessivo-Compulsivo del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Le persone con DEC tendono a stuzzicare piccole irregolarità o imperfezioni della pelle o lesioni cutanee come cicatrici, calli, brufoli o croste derivanti da stuzzicamenti precedenti (Snorrason, Smári e Ólafsson, 2010). Le zone più comuni di stuzzicamento sono le aree più facilmente accessibili, come il viso, le braccia, la parte superiore del corpo, le mani, le gambe e le cuticole (Roberts, O'Connor e Bélanger, 2013).

Studi epidemiologici hanno riportato una prevalenza *life-time* nella popolazione generale pari a 1,4% (e.g., Snorrason et al., 2010), sebbene altre ricerche che si sono focalizzate su particolari campioni (ad esempio, studenti, pazienti dermatologici, comunità) abbiano rilevato una prevalenza che va dall'1,4% al 5,4% (e.g., Roberts et al., 2013). Anche se i sintomi del DEC possono comparire in varie età, l'esordio è spesso riscontrabile in adolescenza (Grant, Stein, Woods e Keuthen, 2012b) e appare più frequente nel sesso femminile (Odlaug et al., 2013; Roberts et al., 2013).

La molteplicità di definizioni e criteri diagnostici utilizzati per categorizzare lo skin picking si è riflessa nella pluralità di strumenti che sono stati sviluppati per valutarlo. Questi strumenti valutano prevalentemente la severità del disturbo e sono, ad esempio, la *Skin Picking Treatment Scale* (SPTS; Simeon et al., 1997), la *Neurotic Escoriation Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (NE-YBOCS; Arnold et al., 1999), la *Skin Picking Symptom Assessment Scale* (SP-SAS; Grant, Odlaug e Kim, 2007), la *Skin Picking Scale* (SPS; Keuten et al., 2001) e la *Skin Picking Scale-Revised* (SPS-R; Snorrason et al., 2012).

Diversamente dai suddetti questionari, il *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking* (MIDAS; Walther, Flessner, Conelea e Woods, 2009) è l'unico strumento ideato per valutare due dimensioni differenti del comportamento di skin picking: quella «focalizzata» (*focused*), che riguarda lo stuzzicamento mirato a determinate zone del corpo, messo in atto in risposta a emozioni negative (ad esempio rabbia e ansia), o a sensazioni corporee, e quella «automatica» (*automatic*), che caratterizza lo skin picking messo in atto in assenza di consapevolezza. Originariamente il MIDAS consisteva di 21 item ed era pensato per misurare due dimensioni dello skin picking: quella *focused* e quella *automatic* (Walther et al., 2009). Gli item sono stati modellati sulla base di quelli usati per il *Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania – Adult Version* (MIST-A; Flessner et al., 2008), utilizzato per valutare la tricotillomania *focused*, guidata da un qualche grado di consapevolezza, e quella *automatic*. Gli item costruiti per valutare il *focused picking* riguardavano lo stuzzicamento della pelle in risposta a emozioni negative, a sensazioni corporee, a determinati eventi o a sollecitazioni, e l'utilizzo di strumenti per mettere in atto questo comportamento. Gli item costruiti per valutare l'*automatic picking*, invece, riguardano la mancanza di consapevolezza nel comportamento e l'essere concentrati su altre attività durante lo stuzzicamento della pelle. Ogni item del MIDAS veniva valutato da 1 («non vero per nessuno dei miei comportamenti di skin picking») a 5 («vero per tutti i miei comportamenti di skin picking»). Gli autori (Walther et al., 2009) hanno scelto un modello a due fattori sulla base di ipotesi a priori secondo le quali gli individui che stuzzicano la pelle lo fanno o in modo mirato, in risposta a qualcosa, o in modo automatico (in modo inconsapevole). L'ipotesi secondo la quale esisterebbero due differenti sottotipi di skin picking, con caratteristiche fenomenologiche e funzionali simili a quelle dei sottotipi di tricotillomania, si basa sull'osservazione clinica e su studi che suggeriscono una stretta associazione tra skin picking e tricotillomania (e.g., Lochner, Simeon, Niehaus e Stein, 2002; Wilhelm et al., 1999).

Lo studio di validazione del MIDAS (Walther et al., 2009) è stato condotto negli Stati Uniti su un campione di 92 soggetti che avevano riportato, nella compilazione di un questionario online, comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo, tra cui anche skin picking e

tricotillomania. I risultati delle analisi fattoriali esplorative hanno evidenziato una struttura basata su due fattori, che ha portato a una riduzione degli item da 21 a 12 finali, 6 per ogni fattore, sulla base dei valori di saturazione ottenuti sui due fattori (Walther et al., 2009). Entrambi i fattori hanno mostrato una buona consistenza interna. La sottoscala skin picking focalizzato, ma non quella skin picking automatico, è risultata correlata moderatamente in modo positivo con misure di ansia e depressione (Walther et al., 2009). La sottoscala skin picking focalizzato è risultata correlata moderatamente anche con una misura di gravità dei sintomi di skin picking, a differenza della sottoscala skin picking automatico. Tuttavia, è opportuno sottolineare il fatto che lo studio ha utilizzato un numero ridotto di partecipanti, non ha condotto analisi fattoriali confermative, oltre al fatto che le proprietà dello strumento non sono state testate su un campione non clinico.

Nel contesto italiano a oggi non esistono strumenti validati per la valutazione del DEC. Questa evidenza, unita all'osservazione dei dati sopra riportati sulla prevalenza del disturbo nella popolazione generale, è stata alla base della scelta di validare lo strumento in lingua italiana. Il MIDAS è uno strumento che può trovare applicazione, oltre che nella ricerca, anche nella pratica clinica in quanto, misurando due distinte dimensioni di DEC, quella focused e quella automatic, può consentire di individuare trattamenti psicoterapeutici ritagliati su misura per lo specifico sottotipo di comportamenti di skin picking riportati dal paziente durante l'assessment. È stato infatti suggerito che il sottotipo automatico possa trarre maggiore beneficio dalla terapia cognitivo-comportamentale con Habit Reversal (Azrin e Nunn, 1973), mentre quello focalizzato possa rispondere maggiormente a moduli basati sulla gestione delle emozioni negative, quali quelli del protocollo Dialettico Comportamentale (Linehan, 1993) o quelli dell'Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl e Wilson, 1999).

Il presente studio ha avuto pertanto l'obiettivo di indagare le proprietà psicometriche della versione italiana del MIDAS e, in particolare, ha perseguito le seguenti finalità:

- verificare validità fattoriale e consistenza interna su un ampio campione non clinico;
- analizzare validità convergente e validità divergente con misure di ansia, depressione, impulsività e sintomatologia ossessivo-compulsiva. Alcune evidenze sembrano suggerire che la gravità del DEC tende a essere associata ad alti livelli di impulsività (Adams, 2012; Hayes, Storch e Berlanga, 2009; Oliveira, Leppink, Derbyshire e Grant, 2015) e a una sintomatologia ossessivo-compulsiva (American Psychiatric Association, 2013; Grant, Mancebo, Eisen e Rasmussen, 2010; Lovato et al., 2012; Wilhem et al., 1999);
- verificare la validità di criterio per gruppi noti del test. Sono stati reclutati 25 pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità, i cui punteggi sono stati confrontati con quelli riportati da un gruppo di controllo casualmente estratto dal campione non clinico totale. Numerosi studi suggeriscono che i comportamenti di skin picking siano spesso una problematica che può presentarsi in comorbidità con il Disturbo Borderline di Personalità, anche se non raggiungono una gravità tale da rendere necessaria una diagnosi conclamata di DEC (Arnold, Auchenbach e McElroy, 2001; Lochner, Simeon, Niehaus e Stein, 2002; Reis, Barbosa, Matildes, Freitas e Rodrigo, 1997; Wilhem et al., 1999), e si ipotizza che questo comportamento venga utilizzato come strategia per regolare emozioni negative intense (Chapman, Gratz e Brown, 2006; Kleindienst et al., 2008).

## METODO

### *Partecipanti*

È stato reclutato un ampio campione non clinico, formato da 836 partecipanti adulti (età  $\geq 18$  anni) tratti dalla popolazione generale. I soggetti avevano un'età media di 26.68 anni (DS = 13,20), erano prevalentemente donne (68,20%) e avevano conseguito il diploma di scuola secondaria di secondo grado (39,70%) o la laurea triennale (33,80%). I partecipanti erano prevalentemente studenti (59,30%) o lavoratori (26,10%), dichiaravano di essere celibi/nubili (80,10%) e di vivere nell'Italia centrale (63,60%). I partecipanti sono stati reclutati presso differenti contesti pubblici, quali scuole superiori, università, biblioteche, associazioni sportive o di volontariato e luoghi del pubblico impiego in varie regioni dell'Italia del nord, centrale e del sud. È stato chiesto di completare una serie di misure self-report. La modalità di compilazione è stata carta e matita, assistita da uno psicologo. Tutti gli individui hanno dato il loro consenso scritto a partecipare dopo avere ricevuto una breve descrizione delle finalità della ricerca.

Tutti i partecipanti hanno compilato una scheda che riguardava informazioni anagrafiche e il *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking* (MIDAS; Walther, Flessner, Conelea e Woods, 2009). Dalla totalità dei partecipanti ( $n = 836$ ), sono stati estratti casualmente due gruppi, ognuno dei quali costituito dal 50% dei soggetti ( $n = 418$ ). Il primo gruppo è stato utilizzato per indagare la validità fattoriale attraverso un'analisi fattoriale esplorativa e l'affidabilità come consistenza interna. Il secondo gruppo è stato utilizzato per valutare la validità fattoriale mediante un'analisi fattoriale confermativa (si veda lo studio 1).

A un sottogruppo ( $n = 528$ ) sono stati somministrati anche il *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck, Epstein, Brown e Steer, 1988), il *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck, Steer e Brown, 1996), la *Barratt Impulsiveness Scale-11* (BIS-11; Patton, Stanford e Barratt, 1995) e l'*Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* (OCI-R; Foa et al., 2002). Questi soggetti hanno partecipato allo studio della validità convergente e divergente (si veda lo studio 2). Per indagare, infine, la validità di criterio è stato estratto casualmente dal campione non clinico totale un sottogruppo formato da 30 partecipanti. Nella Tabella 1 viene presentato un riepilogo delle caratteristiche socio-demografiche del campione non clinico totale e dei sottogruppi estratti.

Inoltre è stato reclutato un gruppo clinico di 25 pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità. I pazienti afferivano presso alcuni servizi sanitari pubblici o istituti privati di psicoterapia. I pazienti potevano presentare anche diagnosi di un disturbo in asse I o un altro disturbo di personalità in comorbidità. Criteri di esclusione sono stati una diagnosi attuale o *life-time* di psicosi, ritardo mentale o una sindrome neurologica, difficoltà nella comprensione della lingua italiana scritta. La presenza di un concomitante trattamento psicoterapeutico o farmacologico non ha costituito un criterio di esclusione. Le diagnosi sono state effettuate mediante SCID-II (Maffei et al., 1997) in modo indipendente da due operatori della salute mentale, uno psicologo o uno psichiatra.

**Tabella 1** – Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti non clinici

|  | Tot.<br>(n = 836)       | Studio 1<br>(n = 836)   | Studio 2<br>(n = 528)   | Studio 3<br>(n = 30)    |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
|  | M (DS; range)           | M (DS; range)           | M (DS; range)           | M (DS; range)           |
| <b>Età (anni)</b>                          | 28,68 (13,20;<br>18-94) | 28,68 (13,20;<br>18-94) | 30,55 (13,20;<br>18-94) | 31,83 (17,79;<br>18-94) |
|  | n (%)                   | n (%)                   | n (%)                   | n (%)                   |
| <b>Sesso</b>                               |                         |                         |                         |                         |
| Femmine                                    | 570 (68,20)             | 570 (68,20)             | 394 (74,60)             | 23 (76,70)              |
| <b>Titolo di studio</b>                    |                         |                         |                         |                         |
| Licenza scuola primaria                    | 21 (2,50)               | 21 (2,50)               | 4 (0,80)                | 0 (0,00)                |
| Licenza scuola secondaria di primo grado   | 184 (22,10)             | 184 (22,10)             | 36 (6,90)               | 3 (10,00)               |
| Diploma scuola secondaria di secondo grado | 330 (39,70)             | 330 (39,70)             | 261 (49,80)             | 13 (43,30)              |
| Laurea triennale                           | 281 (33,80)             | 281 (33,80)             | 213 (40,70)             | 14 (46,70)              |
| Laurea magistrale                          | 15 (1,80)               | 15 (1,80)               | 9 (1,60)                | 0 (0,00)                |
| Ph.D.                                      | 1 (0,10)                | 1 (0,10)                | 1 (0,20)                | 0 (0,00)                |
| <b>Occupazione</b>                         |                         |                         |                         |                         |
| Studente/essa                              | 482 (59,30)             | 482 (59,30)             | 265 (52,30)             | 19 (65,50)              |
| Occupato/a                                 | 212 (26,10)             | 212 (26,10)             | 135 (26,60)             | 6 (20,60)               |
| Disoccupato/a                              | 73 (8,90)               | 73 (8,90)               | 69 (13,70)              | 1 (3,50)                |
| Pensionato/a                               | 26 (3,20)               | 26 (3,20)               | 18 (3,60)               | 2 (3,50)                |
| Casalinga                                  | 20 (2,50)               | 20 (2,50)               | 19 (3,80)               | 1 (3,50)                |
| <b>Stato civile</b>                        |                         |                         |                         |                         |
| Celibe/nubile                              | 667 (80,10)             | 667 (80,10)             | 410 (78,10)             | 25 (83,30)              |
| Coniugato/a                                | 129 (15,50)             | 129 (15,50)             | 89 (17,00)              | 5 (16,70)               |
| Separato/a                                 | 19 (2,30)               | 19 (2,30)               | 13 (2,50)               | 0 (0,00)                |
| Divorziato/a                               | 12 (1,40)               | 12 (1,40)               | 9 (1,70)                | 0 (0,00)                |
| Vedovo/a                                   | 6 (0,70)                | 6 (0,70)                | 4 (0,80)                | 0 (0,00)                |
| <b>Residenza</b>                           |                         |                         |                         |                         |
| Nord                                       | 35 (4,20)               | 35 (4,20)               | 32 (6,10)               | 0 (0,00)                |
| Centro                                     | 529 (63,60)             | 529 (63,60)             | 382 (72,90)             | 23 (79,30)              |
| Sud  | 268 (32,20)             | 268 (32,20)             | 110 (21,00)             | 6 (20,70)               |



## *Analisi statistiche*

Per indagare la validità fattoriale del MIDAS è stata condotta un'Analisi Fattoriale Esplorativa (AFE) con la tecnica di estrazione Fattorizzazione dell'Asse Principale e rotazione obliqua. Successivamente, è stata effettuata un'Analisi Fattoriale Confermativa (AFC) con modelli a equazioni strutturali. Sono stati utilizzati i seguenti indici di adattamento: *Adjusted Goodness-of-Fit Index* (AGFI), *Goodness of Fit Index* (GFI), *Bentler-Bonett Normed Fit Index* (NFI; Bentler e Bonett, 1980), *Bollen's Relative Fit Index* (RFI; Bollen, 1986). Valori su questi indici che si approssimano a 1 suggeriscono un buon adattamento. È stato inoltre utilizzato l'indice *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). Valori su questo indice inferiori a 0,08 suggeriscono un adattamento accettabile, valori inferiori a 0,06 un buon adattamento. Infine, è stato utilizzato l'indice basato sul rapporto tra chi quadrato e gradi di libertà, per il quale si considerano soddisfacenti valori compresi tra 1 e 3 (McIver e Carmines, 1981).

L'affidabilità è stata indagata come consistenza interna mediante l'indice alpha di Cronbach e come stabilità temporale mediante coefficiente  $r$  di Pearson test-retest a tre mesi. I coefficienti di Cronbach sono stati valutati secondo i criteri proposti da Nunnally e Bernstein (1994) ( $\alpha > 0,70$  = accettabile,  $\alpha > 0,80$  = buono,  $\alpha > 0,90$  = ottimo).

La validità convergente e divergente è stata valutata mediante coefficienti di correlazione bivariata di Pearson tra i punteggi ottenuti al MIDAS e quelli riportati a misure di depressione, ansia, impulsività e sintomi ossessivo-compulsivi. In una fase precedente il reclutamento dei partecipanti sono state effettuate analisi di potenza a priori. Per un indice di effetto medio, 80% di Potenza e un livello di significatività pari a 0,001, la numerosità campionaria richiesta è stata 122. Mediante il metodo di Bonferroni, il livello di significatività scelto ( $p < 0,01$ ) è stato corretto per il numero di confronti effettuati ( $n = 16$ ), ottenendo quindi un livello di significatività per le analisi correlazionali fissato a  $0,01/16 = 0,0006$ .

La validità di criterio è stata indagata mediante modelli lineari generalizzati multivariati in cui i punteggi ottenuti a MIDAS totale e sottoscale sono stati inseriti come variabili dipendenti e l'appartenenza al gruppo con Disturbo Borderline di Personalità/gruppo non clinico come variabile indipendente. L'indice di effetto è stato stimato mediante l'indice Eta quadrato parziale (Olejnik e Algina, 2003). Secondo i criteri proposti da Cohen (1988), valori di 0,01, 0,06, 0,14 sono stati interpretati rispettivamente come bassi, moderati e ampi.

Le analisi con AFE, affidabilità, correlazioni di Pearson e differenze tra i gruppi sono state condotte con il software SPSS versione 21.00; le analisi con AFC con il software AMOS. Le analisi di potenza sono state effettuate con GPower 3.1.7.

## **RISULTATI**

### **STUDIO 1: STRUTTURA FATTORIALE E AFFIDABILITÀ**

#### *Partecipanti*

Dalla totalità dei partecipanti ( $n = 836$ ) sono stati estratti casualmente due gruppi, ognuno dei quali costituito dal 50% dei soggetti ( $n = 418$ ). Il primo gruppo estratto è stato

utilizzato per indagare la validità fattoriale attraverso AFE e l'affidabilità come consistenza interna. Il primo gruppo aveva età media pari a 28,25 anni (DS = 13,13, range = 18-94), era prevalentemente composto da donne (67%), risiedeva prevalentemente nell'Italia centrale (65%), era prevalentemente celibe/nubile (80%), possedeva prevalentemente un diploma di scuola secondaria di secondo grado (38%) o una laurea (34%), era prevalentemente formato da studenti (46%) o lavoratori (22%).

Il secondo gruppo estratto è stato utilizzato per valutare la validità fattoriale mediante AFC e aveva età media pari a 29,10 anni (DS = 13,25, range = 18-79), era prevalentemente composto da donne (69%), risiedeva per lo più nell'Italia centrale (61%), era in gran parte celibe/nubile (80%), possedeva nel 41% dei casi un diploma di scuola secondaria di secondo grado e nel 34% una laurea, era formato per il 44% da studenti e per il 27% da lavoratori.

L'affidabilità come stabilità temporale è stata calcolata su un sottogruppo di partecipanti (n = 44) tratti dal campione non clinico totale, che hanno ricompilato il questionario a distanza di tre mesi.

## Strumenti

I partecipanti hanno compilato la traduzione italiana del *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking* (MIDAS; Walther, Flessner, Conelea e Woods, 2009). Nello studio di validazione originale è stata rilevata una buona consistenza interna per la sottoscala *Focused* (alfa di Cronbach = 0,81) e accettabile per la sottoscala *Automatic* (alfa di Cronbach = 0,77).

Prima di procedere con la traduzione, è stato ottenuto il permesso dall'autore che ha sviluppato la scala (Prof. Douglas Woods). Il processo di traduzione del MIDAS in italiano è stato effettuato utilizzando un protocollo conforme agli standard internazionali (Behling e Law, 2000). Questo processo include una traduzione dall'inglese all'italiano e una indipendente dall'italiano all'inglese. La prima traduzione è stata condotta in modo indipendente da due psicologi clinici madrelingua italiani, con un'ottima conoscenza della lingua inglese, e ricontrollata da un traduttore professionista italiano in una riunione di consultazione. Successivamente, questa versione è stata ritradotta in lingua inglese da un traduttore professionista bilingue che non era al corrente degli item originali del MIDAS. Quest'ultima traduzione è stata poi confrontata con la traduzione MIDAS originale, e discussa dai traduttori in una riunione conclusiva, che ha generato la versione finale italiana della scala.

Dopo avere tradotto il questionario, questa versione pilota italiana del MIDAS è stata somministrata a dieci partecipanti adulti italiani appartenenti alla popolazione generale e sono state realizzate delle interviste da uno psicologo al fine di verificare l'equivalenza semantica, la comprensibilità e la validità di contenuto. Dal momento che questa versione risultava essere valida in termini di comprensibilità, è stata utilizzata per lo studio attuale.

## Analisi fattoriale esplorativa

I valori di asimmetria e curtosi per 6 dei 12 item sono risultati cadere al di fuori dell'intervallo stabilito di -1 e +1, suggerendo una sostanziale deviazione dalla distribuzione normale.

L'indice di adeguatezza campionaria di Kaiser-Meyer-Olkin è risultato pari a 0,87, suggerendo che la matrice di correlazione era appropriata per l'AFE (Tabachnick e Fidell, 2001). Il test di sfericità di Bartlett è risultato significativo ( $\chi^2_{(66)} = 1889,23, p = 0,000$ ), evidenziando il fatto che la matrice dei dati non fosse una matrice identità (Bartlett, 1954).

Tre fattori hanno mostrato un autovalore superiore a 1, rispettivamente 4,92, 1,34, 1,08. Il quarto fattore ha riportato un autovalore nettamente distante da 1, ovvero pari a 0,83. Nonostante la presenza di un terzo fattore con autovalore superiore a 1, l'ispezione visiva dello Scree Plot non ha confermato la presenza di un terzo fattore (Figura 1). Al fine di poter escludere con maggiore certezza una possibile ipotesi di *overfactoring*, problema talvolta creato dal criterio decisionale basato su autovalore superiore a 1, è stata eseguita un'analisi parallela, in cui la determinazione del 95° percentile per gli autovalori della matrice di correlazione degli item è stata basata su 100 matrici di correlazioni casuali indipendenti ottenute con la permutazione dei dati reali. I risultati hanno suggerito la presenza di due fattori, dal momento che il primo e il secondo degli autovalori medi ottenuti con dati casuali (rispettivamente 1,28, percentile = 1,36, e 1,20, percentile = 1,24) sono risultati inferiori a quelli ottenuti dai dati reali, mentre il terzo autovalore (1,15, percentile = 1,19) è risultato superiore a quello dei dati reali (1,08).

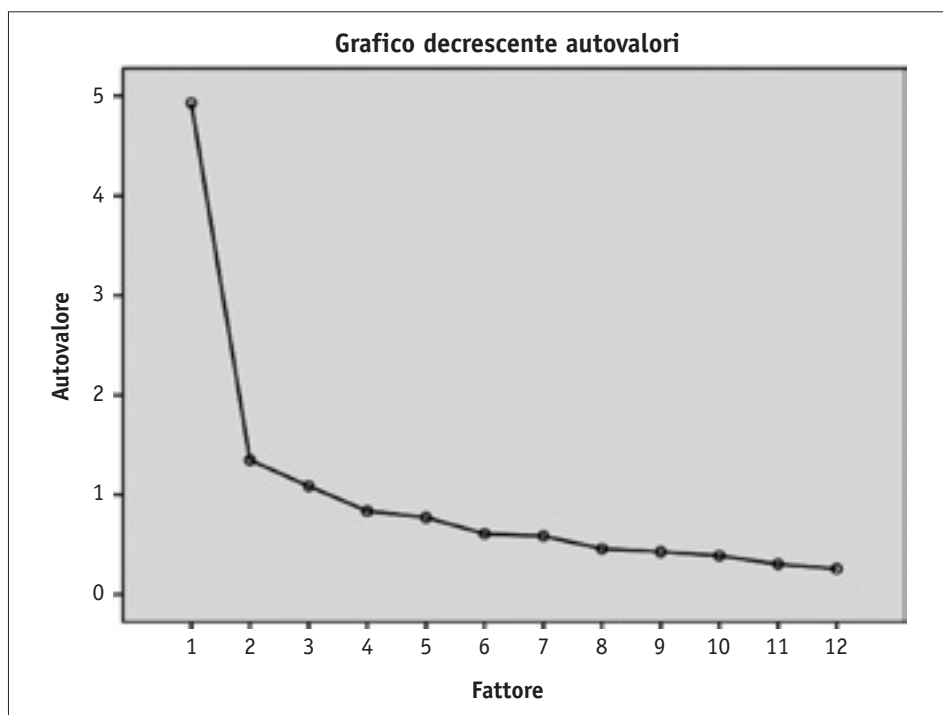


Figura 1 Scree test del MIDAS.

Si è pertanto proceduto all'estrazione di due fattori. Data la distribuzione non normale dei dati, è stata adottata la tecnica di Fattorizzazione dell'Asse Principale (Floyd e Widamann, 1995). Questa soluzione ha mostrato un fattore costituito da 6 item che presentavano saturazioni tutte superiori a 0,35, e un secondo fattore costituito da altri 6 item con saturazioni superiori a 0,30. È stata utilizzata una tecnica di rotazione Promax dal momento che i due fattori risultavano moderatamente correlati tra loro (range degli  $r$  di Pearson = 0,68). Il primo fattore ha spiegato il 36,62% di varianza totale, il secondo il 6,38% (varianza totale 43%). I valori di saturazione degli item del MIDAS nella soluzione a due fattori sono presentati nella Tabella 2. Un elemento critico presentato da questa soluzione è stato il fatto che un item («Mi stuzzico la pelle quando sto provando un'emozione negativa, come stress, rabbia, frustrazione o tristezza») ha presentato un valore di saturazione superiore a 0,30 su entrambi i fattori, rispettivamente 0,36 sul primo e 0,42 sul secondo. Questo dato è stato in contrasto con i risultati dell'AFE della versione americana, dai quali era emersa una saturazione dell'item 1 solo sul fattore MIDAS Focalizzato ( $\lambda_1 = 0,67$ ) e la saturazione sull'altro fattore era molto inferiore alla soglia ( $\lambda_2 = 1.12$ ).

**Tabella 2** – Saturazioni ( $\lambda_n$ ) su due fattori degli item del MIDAS (n = 415)

|  | $\lambda_1$ | $\lambda_2$ |
|--|-------------|-------------|
| 8. Di solito non sono consapevole di stuzzicarmi la pelle mentre lo sto facendo.                                 | 0,88        |             |
| 12. Non mi accorgo di essermi stuzzicato la pelle fino a dopo che è successo.                                    | 0,77        |             |
| 9. Mi stuzzico la pelle quando mi sto concentrando su un'altra attività.   | 0,64        |             |
| 7. Mi stuzzico la pelle quando sono ansioso o agitato.   | 0,57        |             |
| 5. Mi stuzzico la pelle quando sto pensando a qualcosa che non riguarda questo comportamento.                    | 0,48        |             |
| 10. Sono in uno stato quasi simile a quello di «trance» quando mi stuzzico la pelle.                             | 0,40        |             |
| 11. Provo un impulso intenso a stuzzicarmi la pelle prima di farlo.  |             | 0,72        |
| 3. Inizio intenzionalmente a stuzzicarmi la pelle.   |             | 0,71        |
| 6. Mi stuzzico la pelle mentre mi sto guardando allo specchio.   |             | 0,57        |
| 2. Mi stuzzico la pelle a causa di qualcosa che mi è successo durante il giorno.                                 |             | 0,56        |
| 1. Mi stuzzico la pelle quando sto provando un'emozione negativa, come stress, rabbia, frustrazione o tristezza. | 0,36        | 0,42        |
| 4. Ho una «strana» sensazione poco prima di stuzzicarmi la pelle.  |             | 0,41        |

Nota: Vengono presentate solo saturazioni superiori a  $|\cdot 0,30|$ .

Successivamente si è proceduto anche all'estrazione di tre fattori, come indicato dal criterio di autovalore superiore a 1. È stata utilizzata la tecnica di rotazione obliqua Promax, dal momento che i fattori sono risultati moderatamente correlati tra di loro (range degli  $r$  di Pearson = 0,48-0,69). I tre fattori estratti hanno spiegato un totale di 49,25% di varianza nei dati. Tutti gli item hanno mostrato valori di saturazione superiori a 0,35 su un unico fattore (Tabachnik e Fidell, 2001). Tuttavia, come nella precedente, anche per questa soluzione un item («Sono in uno stato quasi simile a quello di trance quando mi stuzzico la pelle») ha avuto un valore di saturazione superiore a 0,30 su più di un fattore, rispettivamente 0,51 sul primo e 0,36 sul terzo. Questo dato non era stato evidenziato dall'AFE della versione americana, in cui l'item 10 possedeva solo una saturazione ( $\lambda_1 = 0,55$ ) sul fattore MIDAS Focalizzato e la saturazione sull'altro fattore era molto inferiore alla soglia ( $\lambda_2 = 0,12$ ). Nella soluzione a tre fattori il primo fattore, che ha spiegato il 37,23% di varianza totale, è risultato formato da 5 item. Il secondo fattore, con 6,69% di varianza spiegata, è risultato composto da 3 item. L'ultimo fattore, con 5,33% di varianza spiegata, è risultato composto da 4 item. In conclusione, mettendo a confronto le varianze totali spiegate dalle due soluzioni fattoriali, si è osservato che la varianza spiegata dalla soluzione con tre fattori è risultata più ampia di quella spiegata dalla soluzione a due fattori (49,25% contro 43%).

Valori di saturazione e comunalità degli item del MIDAS nella soluzione a tre fattori sono presentati nella Tabella 3.

**Tabella 3** – Saturazioni ( $\lambda_n$ ) su tre fattori e comunalità ( $h^2$ ) degli item del MIDAS ( $n = 415$ )

|  | $\lambda_1$ | $\lambda_2$ | $\lambda_3$ | $h^2$ |
|--|-------------|-------------|-------------|-------|
| 12. Non mi accorgo di essermi stuzzicato la pelle fino a dopo che è successo.                                    | 0,77        |             |             | 0,46  |
| 8. Di solito non sono consapevole di stuzzicarmi la pelle mentre lo sto facendo.                                 | 0,76        |             |             | 0,55  |
| 9. Mi stuzzico la pelle quando mi sto concentrando su un'altra attività.   | 0,51        |             |             | 0,51  |
| 10. Sono in uno stato quasi simile a quello di «trance» quando mi stuzzico la pelle.                             | 0,51        |             | 0,36        | 0,42  |
| 5. Mi stuzzico la pelle quando sto pensando a qualcosa che non riguarda questo comportamento.                    |             | 0,39        |             | 0,50  |
| 1. Mi stuzzico la pelle quando sto provando un'emozione negativa, come stress, rabbia, frustrazione o tristezza. |             | 0,92        |             | 0,78  |
| 7. Mi stuzzico la pelle quando sono ansioso o agitato.   |             | 0,65        |             | 0,70  |
| 2. Mi stuzzico la pelle a causa di qualcosa che mi è successo durante il giorno.                                 |             | 0,62        |             | 0,50  |

|   | $\lambda_1$ | $\lambda_2$ | $\lambda_3$ | $h^2$ |
|---|-------------|-------------|-------------|-------|
| 11. Provo un impulso intenso a stuzzicarmi la pelle prima di farlo. |             |             | 0,77        | 0,60  |
| 3. Inizio intenzionalmente a stuzzicarmi la pelle.                  |             |             | 0,61        | 0,40  |
| 4. Ho una «strana» sensazione poco prima di stuzzicarmi la pelle.   |             |             | 0,46        | 0,27  |
| 6. Mi stuzzico la pelle mentre mi sto guardando allo specchio.      |             |             | 0,35        | 0,22  |

Nota: Vengono presentate solo saturazioni superiori a |.30|.

### Analisi fattoriale confermativa

Mediante AFC condotta con il metodo della Massima Verosimiglianza sul secondo gruppo (n = 417), casualmente estratto dal campione non clinico totale, sono stati testati dapprima il modello a due fattori risultato dalla AFE sia nella versione con tutti gli item sia in quella dopo l'eliminazione dell'item 1, che aveva mostrato saturazioni su più di un fattore. Successivamente, sono stati testati il modello a tre fattori risultato dalla AFE anch'esso sia nella versione con tutti gli item sia in quella dopo l'eliminazione dell'item 10, che aveva presentato saturazioni su più di un fattore. Infine, si è proceduto alla verifica del modello a due fattori della versione originale americana del test (Walther et al., 2009) e di un ipotetico modello a singolo fattore.

Dopo queste analisi, a confronto con gli altri modelli, il modello a tre fattori con tutti gli item ha mostrato i valori più vicini a 1 nella maggior parte degli indici di adattamento, in particolare su AGFI, NFI, RFI, TLI, il valore di chi quadrato più basso e il rapporto tra chi quadrato e gradi di libertà più basso. Un'ulteriore conferma è pervenuta dal calcolo dell'indice RMSEA, che per il modello a tre fattori è risultato l'unico inferiore a 0,08, suggerendo un adattamento accettabile e migliore rispetto agli altri modelli. Tuttavia, anche per questo modello alcuni indici non sono risultati soddisfacenti, in particolare il rapporto tra chi quadrato e gradi di libertà, che, pur essendo il più basso tra tutti i modelli, è risultato superiore a 3, seppur di poco, e il CFI, che è risultato comunque inferiore a 0,95. Conseguentemente, si è proceduto all'esame dei *modification indices* per migliorare l'adattamento del modello ai dati. In particolare, nel modello sono state inserite le covarianze tra i residui dell'item 2 («Mi stuzzico la pelle a causa di qualcosa che mi è successo durante il giorno») e del 3 («Inizio intenzionalmente a stuzzicarmi la pelle»), il cui indice di modificazione era 11,00, e tra l'item 7 («Mi stuzzico la pelle quando sono ansioso o agitato») e il 9 («Mi stuzzico la pelle quando mi sto concentrando su un'altra attività»), il cui indice di modificazione era 13,30. Questa modifica al modello ha permesso di migliorarne ulteriormente gli indici di adattamento: l'indice RMSEA è risultato inferiore a 0,06, l'indice CFI è risultato pari a 0,97, mentre il rapporto tra chi quadrato e gradi di libertà è sceso ulteriormente arrivando a 2,10.

Per verificare l'ipotesi secondo la quale l'eliminazione dell'item 10 («Sono in uno stato quasi simile a quello di "trance" quando mi stuzzico la pelle»), che possedeva saturazioni superiori alla soglia su due fattori, potesse migliorare l'adattamento del modello, si è pro-

ceduto al calcolo degli indici anche per un modello a tre fattori senza tale item. I risultati, tuttavia, hanno mostrato un peggior adattamento rispetto al modello a tre fattori con tutti gli item, in quanto l'indice RMSEA è risultato pari a 0,090, il rapporto tra chi quadrato e gradi di libertà superiore a 3 e tutti gli altri indici inferiori a 0,95. Infine, si è proceduto alla verifica del modello a due fattori risultato dall'AFE dopo l'eliminazione dei due item che avevano *cross-loadings*, rispettivamente l'item 1 e il 10. Anche in questo caso gli indici di adattamento non sono risultati soddisfacenti ( $\chi^2/\text{gdl} = 5,60$ , RMSEA = 0,100).

In conclusione, sebbene i risultati dell'AFE avessero suggerito l'estrazione di due fattori, dai risultati dell'analisi confermativa il modello a tre fattori con l'aggiunta delle covarianze tra i residui degli item sopracitati è sembrato quello in grado di adattarsi ai dati in modo più adeguato. L'adattamento di tale modello è risultato comunque migliore anche a confronto con il modello a due fattori ottenuto dopo l'eliminazione dell'item 1. Nella Tabella 4 viene presentata una sintesi di tutti gli indici di adattamento per ciascuno dei modelli testati.

**Tabella 4** – Indici di adattamento dei vari modelli del MIDAS ( $n = 417$ )

| Modelli   | $\chi^2$ | GFI  | AGFI | NFI  | RFI  | TLI  | CFI  | RMSEA | $\chi^2/\text{gdl}$ |
|---|----------|------|------|------|------|------|------|-------|---------------------|
| Singolo fattore                                     | 229,99*  | 0,90 | 0,87 | 0,95 | 0,31 | 0,37 | 0,48 | 0,089 | 4,25                |
| Due fattori struttura originale <sup>a</sup>        | 380,10*  | 0,96 | 0,95 | 0,80 | 0,75 | 0,78 | 0,82 | 0,120 | 7,17                |
| Due fattori da AFE                                  | 194,31*  | 0,85 | 0,78 | 0,60 | 0,75 | 0,78 | 0,82 | 0,122 | 7,17                |
| Due fattori da AFE dopo eliminazione di item 1      | 212,95*  | 0,91 | 0,86 | 0,86 | 0,81 | 0,84 | 0,88 | 0,100 | 4,96                |
| Due fattori dopo eliminazione di item 1 e 10        | 189,87*  | 0,91 | 0,86 | 0,85 | 0,81 | 0,84 | 0,88 | 0,100 | 5,60                |
| Tre fattori da AFE                                  | 150,82*  | 0,94 | 0,90 | 0,92 | 0,90 | 0,93 | 0,91 | 0,070 | 3,01                |
| Tre fattori da AFE dopo <i>modification indices</i> | 127,55*  | 0,96 | 0,94 | 0,95 | 0,93 | 0,96 | 0,97 | 0,051 | 2,10                |
| Tre fattori dopo eliminazione di item 10            | 180,30*  | 0,92 | 0,87 | 0,89 | 0,87 | 0,89 | 0,92 | 0,090 | 4,40                |

Nota: <sup>a</sup> Modello testato nell'articolo di validazione originale (Flessner et al., 2008); AGFI = *Adjusted Goodness-of-Fit Index*; GFI = *Goodness of Fit Index*; NFI = *Bentler-Bonett Normed Fit Index*; RFI = *Bollen's Relative Fit Index*; RMR = *Root Mean Squared Residual*; \*  $p < 0,05$ .

Si è quindi proceduto alla definizione dei tre fattori. In base al contenuto dei rispettivi item, i tre fattori sono stati denominati rispettivamente *skin picking Automatico*, *skin picking Focalizzato* e *skin picking Misto* (si veda poi il paragrafo «Discussione»).

Successivamente, sono state condotte analisi descrittive dei punteggi di MIDAS totale e delle tre sottoscale emerse dalle analisi fattoriali nel gruppo utilizzato per

l'AFC (n = 417). I partecipanti di sesso femminile hanno riportato punteggi significativamente più elevati di quelli di sesso maschile a MIDAS totale ( $F_{(1, 415)} = 9,08, p < 0,01$ ), MIDAS Focalizzato ( $F_{(1, 415)} = 8,72, p < 0,01$ ), MIDAS Misto ( $F_{(1, 415)} = 8,97, p < 0,01$ ), ma non a MIDAS Automatico. Le statistiche descrittive dei punteggi al MIDAS totale e alle tre sottoscale nel sottogruppo utilizzato per l'AFC vengono presentate in Tabella 5.

**Tabella 5** – Statistiche descrittive dei punteggi su MIDAS totale e tre sottoscale (n = 417)

|                   | M     | DS   | Range | Asimmetria | Curtosi |
|-------------------|-------|------|-------|------------|---------|
| MIDAS Totale      | 21,63 | 8,68 | 12-56 | 0,94       | 0,47    |
| MIDAS Automatico  | 8,89  | 4,08 | 5-25  | 1,13       | 0,95    |
| MIDAS Focalizzato | 6,13  | 3,15 | 3-15  | 0,93       | 0,05    |
| MIDAS Misto       | 6,60  | 3,14 | 4-19  | 1,55       | 2,33    |

*Nota:* MIDAS = Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking.

### Affidabilità

L'affidabilità come consistenza interna è stata analizzata sul gruppo di soggetti non clinici utilizzati per l'AFE. L'indice alfa di Cronbach è risultato pari a 0,87 per il MIDAS totale (range delle correlazioni inter-item = 0,32-0,58), suggerendo una buona consistenza interna secondo le linee-guida proposte da Nunnally e Bernstein (1994). Le correlazioni corrette item-totale sono risultate tutte superiori a 0,20 (Nunnally e Bernstein, 1994). L'indice alfa di Cronbach è risultato pari a 0,80 per il MIDAS Automatico, 0,83 per MIDAS Focalizzato e 0,66 per MIDAS Misto, suggerendo rispettivamente buona consistenza interna per i primi due fattori e discreta per il terzo.

L'affidabilità test-retest, calcolata su un sottogruppo di soggetti (n = 44), è risultata buona per MIDAS totale ( $r = 0,48, p < 0,001$ ), moderata per MIDAS Automatico ( $r = 0,31, p < 0,05$ ) e per MIDAS Focalizzato ( $r = 0,34, p < 0,05$ ) e buona per MIDAS Misto ( $r = 0,68, p < 0,05$ ).

## STUDIO 2: VALIDITÀ CONVERGENTE E DIVERGENTE

### Partecipanti

I partecipanti che hanno formato il gruppo su cui è stata indagata la validità convergente e divergente (n = 528) avevano un'età media di 30,55 anni (DS = 13,20), erano prevalentemente donne (74,60%) e avevano conseguito il diploma di scuola secondaria di secondo grado (49,80%) o la laurea triennale (40,70%). I partecipanti erano prevalentemente studenti (52,30%) o lavoratori (26,60%), dichiaravano di essere celibi/nubili (78,10%) e di



vivere nell'Italia centrale (72,90%). Un riepilogo delle caratteristiche socio-demografiche del gruppo viene presentato nella Tabella 1.

## Strumenti

Il *Beck Anxiety Inventory (BAI)* (Beck, Epstein, Brown e Steer, 1988) è un questionario self-report costituito da 21 item e misurato su una scala Likert a 4 punti che va da 0 (per niente) a 3 (grave – riuscito a malapena a sopportarlo). È utilizzato per valutare la gravità dell'ansia, concentrandosi principalmente sugli aspetti psicologici. La validazione della versione italiana ha mostrato una buona consistenza interna (alpha di Cronbach = 0,87) e una buona affidabilità test-retest a distanza di 1 mese ( $r$  di Pearson = 0,62) (Sica, Coradeschi, Ghisi e Sanavio, 2006). Nel presente studio l'affidabilità come consistenza interna è stata ottima (alpha di Cronbach = 0,90).

Il *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)* (Beck, Steer e Brown, 1996) è un questionario self-report costituito da 21 item e misurato su una scala che va da 0 a 3. Viene utilizzato per misurare la presenza e la gravità di aspetti depressivi negli adulti e negli adolescenti a partire dai 13 anni di età. La versione italiana del questionario (Ghisi, Flebus, Montano, Sanavio e Sica, 2006) ha dimostrato di avere un ottimo indice di consistenza interna (alpha di Cronbach = 0,93) e una buona affidabilità test-retest a distanza di 1 mese ( $r$  di Pearson = 0,76). Nel presente studio l'affidabilità come consistenza interna è stata ottima (alpha di Cronbach = 0,90).

La *Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)* (Patton, Stanford e Barratt, 1995) è un questionario self-report costituito da 30 item e misurato su una scala Likert a 4 punti che va da 1 (Mai/Raramente) a 4 (Quasi sempre/Sempre), che misura il livello di impulsività. La versione italiana del BIS-11 (Fossati, Di Ceglie, Acquarini e Barratt, 2001) ha dimostrato di avere una buona consistenza interna (alpha di Cronbach = 0,79) e un'ottima affidabilità test-retest a due mesi di distanza ( $r$  di Pearson = 0,89). Nel presente studio l'affidabilità del test totale come consistenza interna è stata discreta (alpha di Cronbach = 0,76).

L'*Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)* (Foa et al., 2002) è un questionario self-report costituito da 18 item che misurano sei dimensioni che caratterizzano il disturbo ossessivo-compulsivo: *washing, obsessing, hoarding, ordering, checking, mental neutralizing*. La versione italiana dell'OCI-R (Sica et al., 2009) ha dimostrato una buona consistenza interna delle sei dimensioni e del punteggio totale ( $0,76 < \text{alpha di Cronbach} < 0,94$ ), ad eccezione della scala *washing* (alpha di Cronbach = 0,60) e della scala *mental neutralizing* (alpha di Cronbach = 0,61) nella popolazione non clinica. Nel presente studio l'affidabilità del test totale è stata molto buona (alpha di Cronbach = 0,88).

## Risultati

I risultati hanno mostrato una correlazione significativa positiva tra il punteggio totale del MIDAS e i punteggi al BDI-II ( $r = 0,34, p < 0,0006$ ) e BAI ( $r = 0,38, p < 0,0006$ ), suggerendo un comportamento di escoriazione compulsiva più elevato in concomitanza di livelli depressivi e ansiosi elevati. Simili risultati sono stati ottenuti alle sottoscale del

MIDAS. In particolare, la sottoscala MIDAS Automatico è risultata significativamente correlata in modo positivo ai punteggi ottenuti al BDI-II ( $r = 0,27, p < 0,0006$ ) e al BAI ( $r = 0,30, p < 0,0006$ ), così come la sottoscala MIDAS Focalizzato è risultata significativamente correlata in modo positivo con i punteggi al BDI-II ( $r = 0,32, p < 0,0006$ ) e al BAI ( $r = 0,39, p < 0,0006$ ), e la sottoscala MIDAS Misto significativamente correlata in modo positivo con i punteggi al BDI-II ( $r = 0,27, p < 0,0006$ ) e BAI ( $r = 0,30, p < 0,0006$ ). I risultati relativi alle correlazioni bivariate tra MIDAS Totale e sottoscale, BDI-II e BAI sono presentati nella Tabella 6.

**Tabella 6** – Correlazioni bivariate tra MIDAS totale e sottoscale, BDI-II, BAI (n = 415)

|                      | <b>BDI-II</b> | <b>BAI</b> |
|----------------------|---------------|------------|
| 1. MIDAS Totale      | 0,34*         | 0,38*      |
| 2. MIDAS Automatico  | 0,27*         | 0,30*      |
| 3. MIDAS Focalizzato | 0,32*         | 0,39*      |
| 4. MIDAS Misto       | 0,27*         | 0,30*      |

*Nota:* MIDAS = *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin picking*; BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*; BAI = *Beck Anxiety Inventory*; \* La correlazione è significativa al livello di significatività corretto con metodo di Bonferroni,  $p = 0,01/16 = 0,0006$  (2-code).

I punteggi totali e i punteggi alle sottoscale del MIDAS sono risultati significativamente correlati sia ai punteggi totali dell'OCI-R che ai punteggi ottenuti alle sottoscale. In particolare, i punteggi totali del MIDAS sono apparsi significativamente correlati in modo positivo con i punteggi totali dell'OCI-R ( $r = 0,42, p < 0,0006$ ) e con i punteggi delle sottoscale OCI-R Hoarding ( $r = 0,32, p < 0,0006$ ), OCI-R Checking ( $r = 0,32, p < 0,0006$ ), OCI-R Ordering ( $r = 0,22, p < 0,0006$ ), OCI-R Neutralizing ( $r = 0,21, p < 0,0006$ ), OCI-R Washing ( $r = 0,23, p < 0,0006$ ) e OCI-R Obsessing ( $r = 0,43, p < 0,0006$ ). La sottoscala MIDAS Automatico è apparsa significativamente correlata con i punteggi totali dell'OCI-R ( $r = 0,38, p < 0,0006$ ) e con i punteggi delle sottoscale OCI-R Hoarding ( $r = 0,31, p < 0,0006$ ), OCI-R Checking ( $r = 0,27, p < 0,0006$ ), OCI-R Ordering ( $r = 0,19, p < 0,0006$ ), OCI-R Neutralizing ( $r = 0,24, p < 0,0006$ ), OCI-R Washing ( $r = 0,18, p < 0,0006$ ), e OCI-R Obsessing ( $r = 0,36, p < 0,0006$ ). I punteggi alla sottoscala MIDAS Focalizzato sono risultati significativamente correlati in modo positivo con i punteggi totali dell'OCI-R ( $r = 0,38, p < 0,0006$ ) e con i punteggi delle sottoscale OCI-R Hoarding ( $r = 0,26, p < 0,0006$ ), OCI-R Checking ( $r = 0,32, p < 0,0006$ ), OCI-R Ordering ( $r = 0,20, p < 0,0006$ ), OCI-R Washing ( $r = 0,24, p < 0,0006$ ), e OCI-R Obsessing ( $r = 0,38, p < 0,0006$ ). Infine, i punteggi alla sottoscala MIDAS Misto sono apparsi significativamente correlati con quelli totali dell'OCI-R ( $r = 0,32, p < 0,0006$ ) e con i punteggi delle sottoscale OCI-R Hoarding ( $r = 0,23, p < 0,0006$ ), OCI-R Checking ( $r = 0,24, p < 0,0006$ ), OCI-R Ordering ( $r = 0,17, p < 0,0006$ ), OCI-R Washing ( $r = 0,19, p < 0,0006$ ), e OCI-R Obsessing ( $r = 0,36,$

$p < 0,0006$ ). I risultati relativi alle correlazioni bivariate tra MIDAS Totale e sottoscale e OCI-R Totale e sottoscale sono presentati nella Tabella 7.

**Tabella 7** – Correlazioni bivariate tra MIDAS totale e sottoscale, OCI-R e sottoscale ( $n = 415$ )

|                   | OCI-R Totale | OCI-R Hoarding | OCI-R Checking | OCI-R Ordering | OCI-R Neutralizing | OCI-R Washing | OCI-R Obsessing |
|-------------------|--------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|---------------|-----------------|
| MIDAS Totale      | 0,42*        | 0,32*          | 0,32*          | 0,22*          | 0,21*              | 0,23*         | 0,43*           |
| MIDAS Automatico  | 0,38*        | 0,31*          | 0,27*          | 0,19*          | 0,24*              | 0,18*         | 0,36*           |
| MIDAS Focalizzato | 0,38*        | 0,26*          | 0,32*          | 0,20*          | 0,16               | 0,24*         | 0,38*           |
| MIDAS Misto       | 0,32*        | 0,23*          | 0,24*          | 0,17*          | 0,12               | 0,19*         | 0,36*           |

Nota: MIDAS = *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin picking*; OCI-R = *Obsessive Compulsive Inventory-Revised*; \* La correlazione è significativa al livello di significatività corretto con metodo di Bonferroni,  $p = 0,01/16 = 0,0006$  (2-code).

I punteggi totali e i punteggi alle sottoscale del MIDAS sono risultati significativamente correlati ai punteggi ottenuti su quattro sottoscale del BIS-11. In particolare, i punteggi totali del MIDAS sono apparsi significativamente correlati con i punteggi totali del BIS-11 ( $r = 0,21$ ,  $p < 0,0006$ ) e con i punteggi delle sottoscale BIS-11 Attenzione ( $r = 0,15$ ,  $p < 0,0006$ ), BIS-11 Impulsività motoria ( $r = 0,15$ ,  $p < 0,0006$ ), BIS-11 Perseveranza ( $r = 0,13$ ,  $p < 0,0006$ ) e BIS-11 Instabilità cognitiva ( $r = 0,30$ ,  $p < 0,0006$ ). Al contrario, non sono apparse significative le correlazioni tra i punteggi totali del MIDAS e le sottoscale BIS-11 Autocontrollo ( $r = 0,05$ ,  $p = 0,20$ ) e BIS-11 Complessità cognitiva ( $r = -0,00$ ,  $p = 0,85$ ). Analoghi risultati sono emersi per le sottoscale del MIDAS. I punteggi alla sottoscala MIDAS Automatico sono apparsi significativamente correlati con quelli della sottoscala BIS-11 Instabilità cognitiva ( $r = 0,27$ ,  $p < 0,0006$ ). Al contrario, non sono state significative le correlazioni tra i punteggi alla sottoscala MIDAS Automatico e le sottoscale BIS-11 Attenzione ( $r = 0,14$ ,  $p = 0,002$ ), BIS-11 Impulsività motoria ( $r = 0,12$ ,  $p = 0,01$ ), BIS-11 Perseveranza ( $r = 0,14$ ,  $p = 0,007$ ), BIS-11 Autocontrollo ( $r = 0,02$ ,  $p = 0,002$ ) e BIS-11 Complessità cognitiva ( $r = -0,04$ ,  $p = 0,42$ ). I punteggi alla sottoscala MIDAS Focalizzato sono apparsi significativamente correlati con quelli della sottoscala BIS-11 Instabilità cognitiva ( $r = 0,26$ ,  $p < 0,0006$ ). Al contrario, non sono state significative le correlazioni tra punteggi alla sottoscala MIDAS Focalizzato e quelli totali del BIS-11 ( $r = 0,16$ ,  $p = 0,001$ ) e quelli delle sottoscale BIS-11 Attenzione ( $r = 0,12$ ,  $p = 0,008$ ), BIS-11 Impulsività motoria ( $r = 0,15$ ,  $p = 0,001$ ), BIS-11 Autocontrollo ( $r = 0,05$ ,  $p = 0,28$ ), BIS-11 Complessità cognitiva ( $r = -0,04$ ,  $p = 0,41$ ) e BIS-11 Perseveranza ( $r = 0,08$ ,  $p = 0,008$ ).

= 0,05). Infine, i punteggi alla sottoscala MIDAS Misto sono risultati significativamente correlati con quelli totali del BIS-11 ( $r = 0,22, p < 0,0006$ ) e quelli della sottoscala BIS-11 Instabilità cognitiva ( $r = 0,25, p < 0,0006$ ). Al contrario, non sono apparse significative le correlazioni tra i punteggi alla sottoscala MIDAS Misto e quelli alle sottoscale BIS-11 Attenzione ( $r = 0,11, p = 0,009$ ), BIS-11 Impulsività motoria ( $r = 0,13, p = 0,004$ ), BIS-11 Perseveranza ( $r = 0,11, p = 0,01$ ), BIS-11 Autocontrollo ( $r = 0,07, p = 0,12$ ) e BIS-11 Complessità cognitiva ( $r = 0,06, p = 0,19$ ). I risultati relativi alle correlazioni bivariate tra MIDAS Totale e sottoscale e BIS-11 Totale e sottoscale sono presentati nella Tabella 8.

**Tabella 8** – Correlazioni bivariate tra MIDAS totale e sottoscale, BIS-11 e sottoscale (n = 415)

|                   | BIS-11 Totale | BIS-11 Attenzione | BIS-11 Impulsività motoria | BIS-11 Autocontrollo | BIS-11 Complessità Cognitiva | BIS-11 Perseveranza | BIS-11 Instabilità Cognitiva |
|-------------------|---------------|-------------------|----------------------------|----------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------|
| MIDAS Totale      | 0,21*         | 0,15*             | 0,15*                      | 0,05                 | -0,00                        | 0,13*               | 0,30*                        |
| MIDAS Automatico  | 0,16          | 0,14              | 0,12                       | 0,02                 | -0,04                        | 0,14                | 0,27*                        |
| MIDAS Focalizzato | 0,16          | 0,12              | 0,15                       | 0,05                 | -0,04                        | 0,08                | 0,26*                        |
| MIDAS Misto       | 0,22*         | 0,11              | 0,13                       | 0,07                 | 0,06                         | 0,11                | 0,25*                        |

Nota: MIDAS = *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin picking*; BIS-11 = *Barratt Impulsiveness Scale-11*; \* La correlazione è significativa al livello di significatività corretto con metodo di Bonferroni,  $p = 0,01/16 = 0,0006$  (2-code).

## STUDIO 3: VALIDITÀ DI CRITERIO PER GRUPPI NOTI

### Partecipanti

Dal campione non clinico totale (n = 836) sono stati estratti casualmente 30 partecipanti, che hanno formato il gruppo di controllo con i quali è stato confrontato il gruppo clinico sui punteggi al MIDAS. Questi avevano un'età media di 31,83 anni (DS = 17,69), erano prevalentemente donne (76,70%) e avevano conseguito il diploma di scuola secondaria di secondo grado (43,30%) o la laurea triennale (46,70%). I partecipanti erano prevalentemente studenti (65,50%) o lavoratori (20,60%), dichiaravano di essere celibi/nubili (83,30%) e di vivere nell'Italia centrale (79,30%). Si veda la Tabella 1 per un riepilogo delle caratteristiche socio-demografiche del gruppo non clinico.

Il gruppo non clinico è stato confrontato con un gruppo clinico di pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (n = 25). Il gruppo clinico era formato per il 60% da

partecipanti di sesso femminile. L'età media è risultata 35,68 anni (DS = 12,44). L'84% dei soggetti risiedeva in Toscana, mentre i rimanenti in altre regioni italiane. Sia il gruppo non clinico che quello clinico hanno compilato il MIDAS.

## Risultati

I risultati delle analisi con Modelli Lineari Generalizzati hanno mostrato una differenza statisticamente significativa tra il gruppo non clinico e il gruppo con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (DBP) nei punteggi ottenuti al MIDAS (Traccia di Pillai = 0,09, Lambda di Wilks = 0,90, Traccia di Hotelling = 0,01). Nello specifico, è emersa una differenza statisticamente significativa nei punteggi totali del MIDAS [ $F_{(1,53)} = 4,71, p < 0,05$ , partial  $\eta^2 = 0,08$ ] e nei punteggi alla sottoscala MIDAS Focalizzato [ $F_{(1,53)} = 4,35, p < 0,05$ , partial  $\eta^2 = 0,08$ ], ma non a quelli di MIDAS Automatico [ $F_{(1,53)} = 2,91, p < 0,05$ , partial  $\eta^2 = 0,05$ ] e MIDAS Misto [ $F_{(1,53)} = 3,84, p < 0,05$ , partial  $\eta^2 = 0,07$ ]. Il gruppo con DBP ha riportato punteggi significativamente più elevati nel MIDAS Totale e nella sottoscala MIDAS Focalizzato rispetto al gruppo di controllo. Per questi due risultati è stato riportato un indice di effetto di ampia entità.

I risultati relativi al confronto tra il gruppo non clinico e il gruppo con DBP sui punteggi alla scala totale e alle sottoscale del MIDAS sono presentati nella Tabella 9.

**Tabella 9** – Confronto tra gruppo NCL e gruppo DBP sui punteggi alle scale del MIDAS

|                   | Gruppo NCL<br>(n = 30) | Gruppo DBP<br>(n = 25) | $F_{(gdl)}$             | $\eta^2$<br>parziale | Potenza<br>osservata |
|-------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
|                   | M (DS)                 | M (DS)                 |                         |                      |                      |
| <i>MIDAS</i>      |                        |                        |                         |                      |                      |
| Totale            | 17,83 (1,73)           | 23,46 (1,93)           | 4,71* <sub>(1,53)</sub> | 0,08                 | 0,57                 |
| MIDAS Automatico  | 7,67 (0,85)            | 9,83 (0,94)            | 2,91 <sub>(1,53)</sub>  | 0,05                 | 0,39                 |
| MIDAS Focalizzato | 4,80 (0,58)            | 6,62 (0,65)            | 4,35* <sub>(1,53)</sub> | 0,08                 | 0,54                 |
| MIDAS Misto       | 5,36 (0,55)            | 7,00 (0,62)            | 3,84 <sub>(1,53)</sub>  | 0,07                 | 0,49                 |

Nota: DBP = Gruppo con Disturbo Borderline di Personalità; MIDAS = Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin picking; NCL = Gruppo non clinico; \* La correlazione è significativa al livello di significatività  $p < 0,05$ .

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il presente studio ha indagato le proprietà psicometriche della versione italiana del *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking* (MIDAS; Walther et al., 2009). Per nostra conoscenza, questo è il primo studio italiano sui sottotipi di skin picking. A differenza dello studio di validazione originale del test, i risultati sono stati ottenuti su

un ampio campione non clinico attraverso tecniche di analisi sia esplorativa che confermativa. Un altro elemento di novità è dato dal fatto che è stata indagata la correlazione tra sottotipi di skin picking, sintomi ossessivo-compulsivi e impulsività. Inoltre, a differenza del precedente studio, è stato utilizzato un gruppo di pazienti con Disturbo Borderline di Personalità sui quali è stata indagata la validità di criterio del questionario.

Nonostante il criterio dell'autovalore superiore a 1 avesse evidenziato la presenza di tre fattori, l'analisi parallela ha suggerito l'estrazione di due fattori rispetto a tre. Successivamente, questo risultato non è stato sufficientemente supportato dalle analisi confermativa condotte su un ampio campione indipendente, che hanno evidenziato un migliore adattamento dei dati alla soluzione con tre fattori rispetto sia a quella a due emersa dall'AFE sia a quella proposta nello studio americano sia a un'ipotetica soluzione a singolo fattore. Questo dato è stato confermato anche quando si è proceduto all'eliminazione dell'item 1 nella soluzione a due fattori in quanto aveva presentato più saturazioni all'AFE. Tuttavia, è opportuno osservare che non tutti gli indici di adattamento della soluzione a tre fattori sono risultati soddisfacenti, fatto questo che ha indotto all'utilizzo dei *modification indices* sulle covarianze tra i residui di alcuni item per tentare di migliorare l'adattamento del modello.

Dopo questa procedura anche gli indici come il RMSEA, il CFI e il rapporto tra chi quadrato e gradi di libertà sono migliorati raggiungendo valori che possono essere giudicati come adeguati. Nella soluzione a 3 fattori, il primo fattore, costituito da 5 item (item 8, 9, 10, 12, 5), è stato denominato «MIDAS skin picking automatico» e rappresenta un sottotipo di skin picking attuato in assenza di consapevolezza, come suggerito dal contenuto di tutti e 5 gli item che hanno avuto saturazioni elevate, superiori a 0,35 (e.g., «Non mi accorgo di essermi stuzzicato la pelle fino a dopo che è successo»). Questo fattore è risultato quello in grado di spiegare la quota di varianza maggiore nei dati. A confronto con il fattore «Automatic» della versione originale del test, quello della versione italiana non è risultato saturato in modo adeguato dall'item 3 («Inizio intenzionalmente a stuzzicarmi la pelle») e dal 6 («Mi stuzzico la pelle mentre mi sto guardando allo specchio»), suggerendo che nel nostro contesto il sottotipo automatico si caratterizzi esclusivamente per assenza di consapevolezza e non per il fatto, ad esempio, di prendere avvio quando il soggetto si trova a eseguire altre attività. Questo sottotipo, proprio per le sue caratteristiche di assenza di consapevolezza, sembra avvicinarsi al sottotipo «impulsivo» definito da Arnold e colleghi (2001).

Il Fattore 2 è stato denominato «MIDAS skin picking focalizzato» ed è costituito da 3 item (1, 7, 2) in linea con la struttura originale. Questo fattore comprende item che fanno riferimento a un sottotipo di skin picking che ha come antecedenti emozioni negative, come suggerito dai 3 item con saturazioni elevate, superiori a 0,35 (e.g., «Mi stuzzico la pelle quando sto provando un'emozione negativa, come stress, rabbia, frustrazione o tristezza»). Tuttavia, contrariamente alla versione originale, non sembra saturato dagli item 11 («Provo un impulso intenso a stuzzicarmi la pelle prima di farlo») e 4 («Ho una "strana" sensazione poco prima di stuzzicarmi la pelle»), che potrebbero sottendere il carattere impulsivo dello skin picking focalizzato, e piuttosto, proprio per la presenza di maggiore consapevolezza e antecedenti emotivi negativi, sembra avvicinarsi maggiormente al sottotipo «compulsivo»

definito da Arnold e colleghi (2001). Il Fattore 3, costituito da 4 item (11, 3, 4, 6), è stato denominato «MIDAS skin picking misto» in quanto comprende item che nella versione originale fanno riferimento al sottotipo automatico (3, 6), legati all'assenza di consapevolezza, e item legati al sottotipo focalizzato (11, 4), connessi alla presenza di esperienze emotive negative come antecedenti del comportamento di skin picking. La presenza di un fattore sul sottotipo misto, che comprende elementi sia impulsivi che compulsivi, sembra coerente con le osservazioni cliniche evidenziate da Arnold e colleghi (1998; 2001), che avevano ipotizzato un sottotipo di skin picking con caratteristiche ibride.

Nel modello a tre fattori l'inserimento della covarianza tra i residui dell'item 3 e del 2 appare un elemento di criticità che deve essere considerato con prudenza e necessità di ulteriori conferme in studi futuri. Questo dato potrebbe essere giustificato in parte dal contenuto dei due item, che fa riferimento all'aspetto della consapevolezza nei comportamenti di skin picking, che è presente sia nel fattore Focalizzato che in quello Misto. Nel caso dell'item 3 l'aspetto di consapevolezza sarebbe legato all'intenzionalità dei comportamenti di skin picking, nel caso dell'item 2 potrebbe invece sottendere il fatto che il soggetto è consapevole degli antecedenti che hanno innescato lo stuzzicamento compulsivo della pelle. Occorre, inoltre, interpretare l'inserimento della covarianza tra i residui dell'item 7 e del 9, che nel modello appartengono rispettivamente al fattore Focalizzato e Automatico. Una possibile spiegazione potrebbe essere una poco chiara formulazione del contenuto dell'item 9: è possibile che l'espressione «quando mi sto concentrando su un'altra attività» venga interpretata anche come una situazione in cui il comportamento di skin picking si attiva in conseguenza del rimuginio ansiogeno su un'attività/problema non connessa allo stuzzicamento. Per verificare questa ipotesi si suggeriscono studi futuri che indaghino la correlazione tra MIDAS Automatico, MIDAS Focalizzato e misure di rimuginio o di ruminazione, che potrebbero spiegare questa sovrapposizione tra i due item meglio rispetto a una misura sui sintomi ansiosi utilizzata nel presente studio.

Dalle analisi è emerso che le donne tendono ad avere comportamenti di skin picking in misura maggiore rispetto agli uomini. Questo dato appare in linea con la letteratura che indica una maggiore prevalenza di questa problematica nel sesso femminile (Odlaug et al., 2013; Roberts et al., 2013). Il sottotipo di skin picking maggiormente presente nelle donne sembra essere quello focalizzato e quello misto, mentre non si osservano differenze di sesso per quello automatico.

In linea con i risultati riportati da Walther e colleghi (2009), la scala totale e le sottoscale MIDAS Automatico e MIDAS Focalizzato hanno mostrato una buona consistenza interna, mentre la scala MIDAS Misto ha evidenziato una consistenza interna moderata. Le proprietà di stabilità temporale a tre mesi del MIDAS sono invece apparse buone per i punteggi totali e per quelli ottenuti alla sottoscala MIDAS Misto. Tuttavia, la stabilità temporale delle sottoscale MIDAS Automatico e MIDAS Focalizzato è risultata modesta. Questo dato potrebbe suggerire che il sottotipo Misto rappresenti una caratteristica di tratto, mentre il sottotipo Automatico e quello Focalizzato potrebbero rappresentare caratteristiche di stato, meno stabili nel tempo. Il sottotipo Misto, che possiede caratteristiche degli altri due, potrebbe essere un sottotipo clinicamente più grave e, di conseguenza, più stabile nel tempo, un'abituale modalità di coping delle emozioni negative e degli eventi stressanti.



Occorre, tuttavia, considerare in modo prudente il dato di una bassa stabilità temporale delle due sottoscale, che, piuttosto, potrebbe anche essere attribuito all'intervallo di re-test di tre mesi utilizzato. È possibile che un intervallo più ristretto, di un mese, possa evidenziare in studi futuri una maggiore stabilità anche della sottoscala Automatico e di quella Focalizzato. Il risultato relativo alla stabilità temporale del MIDAS è, comunque, un elemento in più rispetto allo studio di validazione originale e si suggeriscono ulteriori indagini longitudinali anche con follow-up a più ampia distanza temporale, di un anno o oltre, per verificare l'andamento temporale dei sottotipi di skin picking.

Il MIDAS ha, infine, mostrato una buona validità discriminante. Sono state osservate moderate correlazioni tra i comportamenti di skin picking e i sintomi depressivi e ansiosi. In linea con i dati riportati nell'articolo originale di validazione (Walther et al., 2009), la correlazione è risultata maggiore tra i sintomi ansiosi e depressivi e MIDAS Focalizzato, confermando ulteriormente che il sottotipo focalizzato potrebbe essere associato maggiormente a emozioni negative rispetto all'altro sottotipo. La presenza di correlazioni soltanto moderate con sintomi di ansia e depressione suggerisce, però, che i comportamenti di skin picking potrebbero essere associati più strettamente anche ad altre emozioni negative più specifiche, quali il disgusto, la vergogna e la colpa, come sottolineato recentemente da Weingarden e Renshaw (2015). Tali emozioni potrebbero avere maggiore importanza nello skin picking, in quanto lo stuzzicamento tipicamente può colpire zone della pelle del viso esposte alle interazioni sociali.

Un punto di forza del presente studio è legato al fatto che ha indagato la relazione tra i punteggi al MIDAS e sintomi ossessivo-compulsivi e sintomi impulsivi, aspetto non valutato nello studio di validazione originale. I punteggi al MIDAS totale sono risultati associati moderatamente a quelli del test OCI-R, con le correlazioni più elevate per OCI-R totale e OCI-R Obsessing e le minori con OCI-R Ordering e OCI-R Washing. È inoltre risultata un'assenza di correlazioni tra MIDAS Focalizzato e MIDAS Misto e OCI-R Neutralizing. Questi dati potrebbero suggerire che i comportamenti di skin picking si associno più fortemente alle ossessioni pure rispetto ad altre dimensioni sintomatologiche ossessivo-compulsive, mentre la relazione tra comportamenti di skin picking e sintomi ossessivo-compulsivi generali appare coerente con alcune evidenze presenti in letteratura (Grant et al., 2010; Lovato et al., 2012). Come sottolineato da Hayes, Storch e Berlanga (2009), è possibile che la relazione tra sintomi ossessivo-compulsivi generali o ossessivi puri e skin picking sia legata alla presenza di tratti tipici dello spettro ossessivo in generale negli *skin pickers*: ad esempio, i soggetti con più forti preoccupazioni da dismorfismo corporeo potrebbero essere più predisposti a avere comportamenti compulsivi di skin picking.

Le basse correlazioni, seppur significative, osservate tra MIDAS totale e OCI-R Ordering, OCI-R Neutralizing e OCI-R Washing potrebbero essere spiegate con alcune importanti differenze fenomenologiche tra Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) e skin picking osservate in uno studio (Ferrão, Almeida, Bedin, Rosa e Busnello, 2006), che ha confrontato caratteristiche, tra cui tratti impulsivi e compulsivi, in pazienti con DOC e pazienti con skin picking. I risultati hanno mostrato importanti differenze tra i due gruppi clinici: i pazienti con skin picking tendono a ritenere che i propri comportamenti compulsivi di escoriazione della pelle avvengano in modo improvviso, mentre i pazienti con



DOC ritengono di poter ritardare in una certa misura le compulsioni; i primi tendono a sperimentare un maggior senso di colpa dopo le compulsioni rispetto ai secondi (Ferrão et al., 2006).

I punteggi a tutte e tre le sottoscale del MIDAS sono risultati associati in modo minore a quelli ottenuti alle scale OCI-R Ordering, OCI-R Washing, OCI-R Checking, OCI-R Hoarding, e addirittura sono risultati non correlati con OCI-R Neutralizing. Tali correlazioni più basse, seppur significative, potrebbero essere spiegate con il fatto che l'OCI-R misura sottotipi di sintomi ossessivo-compulsivo molto diversi tra loro da un punto di vista fenomenologico, quali hoarding e rituali covert di neutralizzazione dei pensieri. In conclusione, i dati sembrano suggerire che comportamenti di escoriazione compulsiva e sintomi ossessivo-compulsivi siano due condizioni ben distinte, per quanto in parte associate tra loro.

Appare interessante osservare il fatto che i punteggi alle sottoscale MIDAS automatico e MIDAS focalizzato sono risultati correlati nello stesso modo ai sintomi ossessivo-compulsivi, e questo sembra in contraddizione con le osservazioni di Arnold e colleghi (1998), secondo i quali il sottotipo focalizzato, caratterizzato da antecedenti emotivi negativi, avrebbe caratteristiche maggiormente compulsive rispetto a quello automatico. Tuttavia, è interessante notare come le correlazioni tra ognuno dei due sottotipi di skin picking e i sintomi ossessivo-compulsivi siano differenti in base alle dimensioni ossessivo-compulsive. In particolare, è emerso che il sottotipo automatico tende a associarsi maggiormente ad accaparramento compulsivo e neutralizzazione dei pensieri rispetto al sottotipo focalizzato, che, a sua volta, tende a essere associato maggiormente a lavaggi e controlli compulsivi rispetto al primo.

I punteggi al MIDAS totale sono risultati debolmente associati a quelli totali al BIS-11, mentre le correlazioni sono risultate da nulle a basse per tutte le sottoscale del BIS-11, ad eccezione dell'instabilità cognitiva con la quale la correlazione è risultata moderata. La relazione significativa tra comportamenti di skin picking e impulsività, seppur debole, appare in linea con alcuni dati che mostrano come lo skin picking sia associato a comportamenti impulsivi (Adams, 2012; Hayes et al., 2009). I punteggi alle tre sottoscale del MIDAS hanno mostrato simili correlazioni a quelle del MIDAS totale, con il sottotipo misto che è risultato il più associato ai sintomi impulsivi. Questo dato risulta in parte in contrasto con l'ipotesi secondo la quale il sottotipo automatico sarebbe una dimensione di skin picking più impulsiva rispetto all'altro sottotipo. Questa evidenza potrebbe avere alcune implicazioni cliniche suggerendo che il trattamento psicoterapeutico cognitivo-comportamentale per il sottotipo misto debba includere interventi mirati a ridurre i comportamenti impulsivi. Si suggeriscono ulteriori studi per confermare questa osservazione. È tuttavia opportuno osservare che, sebbene significative, in generale le correlazioni tra skin picking e impulsività sono risultate basse. D'altra parte, questo dato appare in linea con precedenti studi (Hayes et al., 2009) condotti su campioni non clinici dai quali emerge una relazione significativa ma di entità ridotta tra skin picking e impulsività con valori di correlazione simili al presente studio. Questo dato potrebbe essere ricondotto all'utilizzo di un campione non clinico e al fatto che il MIDAS non è una misura di gravità dei sintomi. È possibile attendersi che, in campioni di pazienti, l'associazione tra questa condizione

possa risultare più forte ricorrendo a un inventario sulla gravità dello skin picking. Si suggeriscono quindi ulteriori studi, che utilizzino anche misure sulla gravità del DEC, che, attualmente, non sono ancora state validate nel contesto italiano, come la *Skin Picking Scale* (SPS; Keuthen et al., 2001).

I soggetti con DBP hanno mostrato punteggi significativamente più elevati al MIDAS totale e alla sottoscala MIDAS Focalizzato ma non alle altre due sottoscale. Questo dato sembra suggerire che il comportamento di skin picking sia un aspetto maggiormente presente in pazienti con DBP, rispecchiando quanto emerso in letteratura, dal momento che il DEC appare spesso in comorbidità con il DBP sia come disturbo conclamato che come elemento sintomatico (Arnold et al., 2001; Lochner et al., 2002; Reis et al., 1997; Wilhem et al., 1999). Il fatto che i pazienti con DBP si impegnino maggiormente in condotte di skin picking focalizzato potrebbe riflettere alcuni tratti tipici di questi pazienti, quali l'elevata disregolazione emotiva o l'utilizzo di condotte autolesive come strategia di coping nei confronti del distress. Infatti è stato proposto che il comportamento di skin picking sia una strategia di regolazione delle emozioni negative (Chapman et al., 2006; Kleindienst et al., 2008). Il comportamento di stuzzicamento, come proposto nell'*Experiential Avoidance Model* (Chapman et al., 2006), fungerebbe da evitamento di stati emozionali negativi e sarebbe rinforzato negativamente.

Il fatto che i pazienti con DBP presentino prevalentemente un sottotipo Focalizzato potrebbe suggerire che il trattamento dei sintomi di skin picking in questi pazienti si possa basare soprattutto su interventi volti a ridurre le emozioni negative e la disregolazione emotiva più che tecniche finalizzate a aumentare la consapevolezza dei trigger dello skin picking, quali ad esempio l'Habit Reversal e altri interventi cognitivo-comportamentali (Gelinas e Gagnon, 2013; Schuck, Keijsers e Rinck, 2011). In pazienti con elevati punteggi nella componente emotiva del disturbo sembra particolarmente indicato l'utilizzo dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Stroschal e Wilson, 1999), che si fonda sull'obiettivo di far vivere pienamente le emozioni associando i comportamenti a conseguenze desiderabili, piuttosto che all'evitamento (Gelinas e Gagnon, 2013). Da alcuni contributi questo protocollo terapeutico è risultato efficace nel ridurre i comportamenti di stuzzicamento (Twohig, Hayes e Masuda, 2006).

### *Limiti e conclusioni*

In conclusione, dai dati emersi nel presente studio il MIDAS sembra avere una struttura a tre fattori, diversamente da quella a due riscontrata nel campione americano (Walther et al., 2009). Appare utile, tuttavia, sottolineare il fatto che lo studio di validazione condotto da Walther e colleghi (2009) è stato effettuato su un campione formato da meno di cento soggetti, che hanno compilato il test in formato elettronico. A causa sia dell'insufficiente rapporto soggetti campionari/item del questionario sia della scarsa potenza statistica, la ridotta ampiezza campionaria dello studio di Walther e colleghi (2009) potrebbe rendere più discutibili i risultati dello studio americano da un punto di vista sia della struttura fattoriale sia delle proprietà di validità convergente e divergente. Questo aspetto appare sostenuto anche dal fatto che la numerosità campionaria reale per il presente studio è stata

superiore a quella stimata. Inoltre, anche la differenza nella modalità di somministrazione rispetto al presente studio potrebbe spiegare le differenze evidenziate nella struttura fattoriale. Si suggeriscono, quindi, ulteriori studi su campioni italiani che confrontino la struttura dell'inventario in modalità di somministrazione carta e matita e con la modalità in formato elettronico.

Un elemento critico dei dati emersi riguarda il fatto che nella soluzione a tre fattori l'item 10 («Sono in uno stato quasi simile a quello di «trance» quando mi stuzzico la pelle») ha mostrato una saturazione sia sul fattore MIDAS Automatico sia su MIDAS Misto, sebbene il valore della saturazione fosse più alto per il primo. Una possibile spiegazione di tale *cross-loading* potrebbe essere il fatto che il fattore Misto coglie aspetti legati a entrambi i sottotipi di skin picking (in questo caso l'elemento di assenza di consapevolezza caratteristico del sottotipo Automatico). Questa criticità ha portato a testare il modello a 3 fattori anche nella versione senza l'item 10. I risultati dell'analisi confermativa hanno però evidenziato che tutti gli indici di adattamento risultavano decisamente peggiori dopo l'eliminazione di tale item e, di conseguenza, è stato deciso di mantenerlo nel questionario. Per tentare di superare questa possibile criticità evidenziata dai presenti dati, si suggeriscono studi futuri che indaghino la correlazione tra i sottotipi di skin picking e sintomi dissociativi attraverso misure come la *Dissociative Experiences Scale* (Bernstein e Putnam, 1986). Questo potrebbe permettere di verificare se l'elemento legato alla ridotta consapevolezza (lo stato di «trance» durante i comportamenti di skin picking) accomuni il fattore Automatico a quello Misto ma non a quello Focalizzato.

Sebbene nel presente studio sia stato utilizzato un gruppo clinico e le condotte di skin picking siano relativamente diffuse tra i pazienti con DBP, un ulteriore limite è costituito dal fatto che la validità di criterio non è stata indagata in un gruppo di soggetti con Disturbo da Escoriazione Compulsiva, e nessuno dei pazienti reclutati presentava un DEC conclamato.

Un altro aspetto riguarda il fatto che non è stata indagata la responsività del test al trattamento per le condotte di skin picking; si suggeriscono, quindi, nuovi studi che utilizzino il MIDAS come misura di esito nei protocolli di psicoterapia cognitivo-comportamentale per pazienti con skin picking.

In conclusione, anche nel contesto italiano il MIDAS sembra essere un inventario valido e affidabile con una struttura fattoriale differente da quella dell'inventario utilizzato per la popolazione americana. Esso appare dotato di buone proprietà psicometriche, che lo rendono un supporto utile per l'assessment e l'intervento psicoterapeutico cognitivo-comportamentale nella pratica con pazienti con sintomi legati al Disturbo da Escoriazione Compulsiva.

## BIBLIOGRAFIA

- Adams, T.G. (2012). The unique roles of affect and impulsiveness in the prediction of skin picking severity. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 138-143.
- American Psychiatric Association – APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Arnold, L.M., McElroy, S.L., Mutasim, D.F., Dwight, M.M., Lamerson, C.L., & Morris, E.M. (1998). Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*, 509-514.
- Arnold, L.M., Auchenbach, M.B., & McElroy, S.L. (2001). Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs*, *15*, 351-359.
- Arnold, L.M., Mutasim, D.F., Dwight, M.M., Lamerson, C.L., Morris, E.M., & McElroy, S.L. (1999). An open clinical trial of fluvoxamine treatment of psychogenic excoriation. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *19*, 15-18.
- Azrin, N.H., & Nunn, R.G. (1973). Habit reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, *11*, 619-628.
- Bartlett, M.S. (1954). A note on the multiplying factors for various  $\chi^2$  approximation. *Journal of Royal Statistics Society, Series B* *16*, 296-298.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 893-897.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory, Second Edition Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace & Company.
- Behling, O., & Law, K.S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: Problems and solutions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publishing.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, *88*, 588-606.
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *174*, 727-735.
- Bollen, K.A. (1986). Sample size and Bentler and Bonett's nonnormed fit index. *Psychometrika*, *51*, 375-377.
- Chapman, A.L., Gratz, K.L., Brown, M.Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 371-394.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge: New York.
- Ferrão, Y.A., Almeida, V.P., Bedin, N.R., Rosa, R., & Busnello, E.D.A. (2006). Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, *47*, 282-288.
- Flessner, C.A., Woods, D.W., Franklin, M.E., Cashin, S.E., Keuthen, N.J., & Board, T.L.C.S.A. (2008). The Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania – Adult Version (MIST-A). Development of an instrument for the assessment of «focused» and «automatic» hair pulling. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *30*, 20-30.
- Floyd, F.J., & Widaman, K.F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, *7*, 286-299.
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P.M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, *14*, 485-496.

- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E.S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in non-clinical subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 815-828.
- Gelinas, B.L., & Gagnon, M.M. (2013). Pharmacological and psychological treatments of pathological skin-picking: A preliminary meta-analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 167-175.
- Ghisi, M., Flebus, G.B., Montano, A., Sanavio, E., & Sica, C. (2006). *L'adattamento italiano del BDI-II*. In A.T. Beck, R.A. Steer, & G.K. Brown (Eds.), *Beck Depression Inventory-II*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Grant J.E., Mancebo, M.C., Eisen, J.L., & Rasmussen, S.A. (2010). Impulse control disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 175, 109-113.
- Grant, J.E., Odlaug, B.L., Chamberlain, S.R., Keuthen, N.J., Lochner, C., & Stein, D.J. (2012a). Skin Picking Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 169, 1143-1149.
- Grant, J.E., Odlaug, B.L., & Kim, S.W. (2007). Lamotrigine treatment of pathologic skin picking: An open-label study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1384-1391.
- Grant, J.E., Stein, D.J., Woods, D.W., & Keuthen, N.J. (2012b). *Trichotillomania, Skin Picking, and Other Body-Focused Repetitive Behaviors*. Arlington, VA: Psychiatric Publishing.
- Hayes, L.S., Storch, E.A., & Berlanga, L. (2009). Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 314-319.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hollander, E., & Wong, C.M. (1995). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 3-6.
- Keuthen, N.J., Wilhelm, S., Deckersbach, T., Engelhard, I., Forker, A.E., Baer, L., & Jenike, M.A. (2001). The Skin Picking Scale: Scale construction and psychometric analyses. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 337-341.
- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludäscher, P., Limberger, M.F., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U.W., et al. (2008). Motives for non-suicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 230-236.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: The Guilford Press.
- Lochner, C., Simeon, D., Niehaus, D.J.H., & Stein, D.J. (2002). Trichotillomania and skin-picking: A phenomenological comparison. *Depression and Anxiety*, 15, 83-86.
- Lovato L., Ferrão, Y.A., Stein, D.J., Shavitt, R.G., Fontenelle, L.F., Vivan, A., et al. (2012). Skin picking and trichotillomania in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 562-568.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Donati, D., Namia, C., Novella, L., & Petrachi, M. (1997). Inter-rater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11, 279-284.

- McIver, J., & Carmines, E.G. (1981). *Unidimensional scaling*. Newbury Park, CA: Sage.
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Odlaug, B.L., Lust, K., Schreiber, L.R.N., Christenson, G., Derbyshire, K., & Grant, J.E. (2013). Skin picking disorder in university students: Health correlates and gender differences. *General Hospital Psychiatry, 35*, 168-173.
- Olejnik, S., & Algina, J. (2003). Generalized eta and omega squared statistics: Measures of effect size for some common research designs. *Psychological Methods, 8*, 434-447.
- Oliveira, E.C.B., Leppink, E.W., Derbyshire, K.L., & Grant, J.E. (2015). Excoriation disorder: Impulsivity and its clinical association. *Journal of Anxiety Disorders, 30*, 19-22.
- Patton, J.H., Stanford, M.S., & Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 768-774.
- Reis, M.D., Barbosa, A., Matildes, J., Freitas, J.P., & Rodrigo, F.G. (1997). Dermatitis artefacta. *Acta Médica Portuguesa, 10*, 951-954.
- Roberts, S., O'Connor, K., & Bélanger, C. (2013). Emotion regulation and other psychological models for body-focused repetitive behaviors. *Clinical Psychology Review, 33*, 745-762.
- Schuck, K., Keijsers, G., & Rinck, M. (2011). The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: A randomized comparison to wait-list control. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 11-17.
- Sica, C., Ghisi, M., Altoè, G., Chiri, L.R., Franceschini, S., Coradeschi, D., & Melli, G. (2009). The Italian version of Obsessive Compulsive Inventory: Its psychometrics properties in community and clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 204-211.
- Sica, C., Coradeschi, D., Ghisi, M., & Sanavio, E. (2006). *L'adattamento italiano del BAI*. In A.T. Beck, & R.A. Steer (Eds.), *Beck Anxiety Inventory*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Simeon, D., Stein, D.J., Gross, S., Islam, N., Schmeidler, J., & Hollander, E. (1997). A Double-Blind Trial of Fluoxetine in Pathologic Skin Picking. *The Journal of Clinical Psychiatry, 58*, 341-347.
- Snorrason, I., Olafsson, R.P., Flessner, C.A., Keuthen, N.J., Franklin, M.E., & Woods, D.W. (2012). The Skin Picking Scale-Revised: Factor structure and psychometric properties. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders, 1*, 133-137.
- Snorrason, I., Smári, J., & Ólafsson, R.P. (2010). Emotion regulation in pathological skin picking: Findings from a non-treatment seeking sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*, 238-245.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2001). *Using multivariate statistics*. New York: Harper Collins.
- Twohig, M.P., Hayes, S.C., & Masuda, A. (2006). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1513-1522.
- Walther, M.R., Flessner, C.A., Conelea, C.A., & Woods, D.W. (2009). The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): Initial development and psychometric. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*, 127-135.

Weingarden, H., & Renshaw, K.D. (2015). Shame in the obsessive compulsive related disorders: A conceptual review. *Journal of affective disorders*, 171, 74-84.

Wilhelm, S., Keuthen, N.J., Deckersbach, T., Engelhard, I.M., Forker, A.E., Baer, L., et al. (1999). Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 454-459.

Presentato il 19 aprile 2015, accettato per la pubblicazione il 15 settembre 2015

---

## **Corrispondenza**

Andrea Pozza  
Università degli Studi di Firenze  
Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica  
Largo Brambilla, 3  
50134 Firenze  
e-mail: andrea.pozza@unifi.it





---

# The Italian version of *Body Image Scale* Reliability and Sensitivity in a sample of breast cancer patients

---

**Simone Cheli** – Scuola di Scienze della Salute Umana, Università degli Studi di Firenze; SOS Psiconcologia, Azienda Sanitaria di Firenze

**Antonella Agostini** – Scuola di Scienze della Salute Umana, Università degli Studi di Firenze

**Andrea Herd-Smith** – Dipartimento Chirurgico, Azienda Sanitaria di Firenze

**Lucia Caligiani** – SOS Psiconcologia, Azienda Sanitaria di Firenze

**Francesca Martella** – Breast Unit, Azienda Sanitaria di Firenze

**Luisa Fioretto** – Dipartimento Oncologico, Azienda Sanitaria di Firenze

---

## Abstract

The aim of this study was to evaluate reliability and sensitivity in the Italian version of *Body Image Scale* in a sample of women with breast cancer. The participants consisted of 219 postoperative breast cancer patients. We estimated internal consistency using Cronbach's  $\alpha$  and split-half technique. Test-criterion validity was evaluated through ANOVA and Cluster Analysis. A Receiver-Operating-Characteristics analysis was performed in order to test the sensitivity in detecting psychological distress. The Italian version of *Body Image Scale* revealed adequate internal consistency and confirmed the original unidimensional structure. Significant differences were found between women who had undergone a mastectomy and those who had undergone conserving surgery. A cut-off of 11, the sample mean, was associated with 75% sensitivity and 60% specificity in detecting psychological distress. The *Italian Body Image Scale* proved to be a reliable tool in detecting distress in breast cancer patients who have undergone surgery.

---

**Keywords:** *Body Image Scale, Body Image, Breast Cancer, Psychological Distress, Assessment.*

## Riassunto

### La versione italiana della *Body Image Scale*: attendibilità e sensibilità in un campione di donne affette da carcinoma mammario

L'obiettivo del presente studio è quello di valutare l'attendibilità e la sensibilità della versione italiana della *Body Image Scale* in un campione di donne affette da carcinoma mammario. Hanno partecipato allo studio 219 pazienti sottoposte a intervento chirurgico. L'attendibilità è stata valutata tramite  $\alpha$  di Cronbach e il metodo dello split-half. La validità di criterio è stata invece stimata tramite ANOVA e Cluster Analysis. Al fine di stimare la sensibilità nel predire il distress psicologico si è realizzata una *Receiver-Operating-Characteristics Curve*. La versione italiana della *Body Image Scale*

evidenzia una consistenza interna adeguata e conferma l'originale struttura unidimensionale. Sono state rilevate delle differenze significative tra donne che hanno subito una mastectomia radicale e donne che hanno subito una chirurgia conservativa. Un cut-off di 11, la media del campione, è associato al 75% di sensibilità e al 60% di specificità nel predire un distress psicologico. La *Body Image Scale* italiana risulta essere uno strumento affidabile nell'individuare il distress in donne con carcinoma mammario che hanno subito un intervento chirurgico.

---

**Parole chiave:** *Body Image Scale, Immagine Corporea, Carcinoma Mammario, Distress Psicologico, Assessment.*

## INTRODUCTION

Breast cancer may significantly and comprehensively upset the life of patients. Its treatment can have a substantial impact on their *Quality of Life* (QoL) in terms of psychosocial distress, fatigue, pain and body image concerns (Ganz et al., 1996; Rowland & Massie, 2010). Moreover, scientific literature provides evidence for a positive correlation between QoL reported-outcomes and the survival duration of cancer patients (Montazeri, 2009).

A key issue in breast cancer patients' QoL is the impact on physical appearance (Chen et al., 2010). Patients frequently report how appearance changes such as hair loss and breast amputation or ablation are more distressful than other common side effects (e.g. vomiting, nausea) of treatments (White, 2002). Body image concerns are a significant determinant of QoL (Hopwood, Fletcher, Lee & Al Ghazal, 2001) that may increase distress and anxiety since the diagnostic (Brocken, Prins, Dekhuijzen & van der Heijden, 2012) and presurgery phases (Montgomery et al., 2010). The appearance changes may affect their psychological wellbeing (Rowland & Massie, 2010) and also their sexuality (Jankowska, 2013) and intimacy with partners (Rowland et al., 2009).

On the one side, body image concerns show a significant correlation with anxiety and depression (Garos, Kluck & Aronoff, 2007; Gilbert, Ussher & Perz, 2010; Hopwood et al., 2007; Przewdziecki et al., 2013). On the other side, body image screening significantly predicts the interest and enrollment in psycho-oncological counseling (Fingeret et al., 2014). Body image turns out to be a relevant issue in understanding and treating the psychological distress of cancer patients. Most of the researches usually highlight the importance of integrated therapeutical approaches that include educational, individual and couple interventions (Brotto, Yule & Breckon, 2010; Schover, 1999). Despite further studies on the sub-population of cancer patients are needed, common sexual interventions, such as cognitive-behavioral treatment programs, seem to be the most effective ones (Berner & Gunzler, 2012; Gunzler & Berner, 2012).

Despite the extensive literature on body image which exists, we lack suitable scales that may negatively condition research and clinical practice (Hopwood et al., 2001). Kanatas et al. (2012) report three validated body-image questionnaires: the *Body Image after Breast Cancer Questionnaire* – BIBCQ (Baxter et al., 2006), the *Body Image Scale* – BIS (Hopwood et al., 2001), and the *Body Image and Self-concept Scale* – BISCS (Polivy,

1977). The BIBCQ (Baxter et al., 2006) is a 53-item questionnaire specifically developed to measure the long-term impact of breast cancer. It shows adequate reliability, despite the fact the validation is still ongoing. The BIBCQ comprises six factors: body stigma, vulnerability, limitations, body concerns, transparency, arm concerns. Authors have especially focused on those aspects that may influence the daily life after cancer treatment. The BIS (Hopwood et al., 2001) is a 10-item questionnaire with strong reliability both in the original English version and in the existing translations (Brandberg et al., 2008; Brédart, Swaine Verdier & Dolbeault, 2007; Khang, Rim & Woo, 2013; Moreira et al., 2010). It aims to measure body image concerns and changes resulting from cancer or its treatment. It shows a unidimensional structure that is aimed to describe the impact of surgery since the very beginning of cancer pathway. The BISCs (Polivy, 1977) is a 13-item questionnaire that specifically assesses the psychological impact of mastectomy. It has been developed in order to assess the impact of body concerns on self-esteem. To the best of our knowledge, BIS (Hopwood et al., 2001) is the questionnaire with the most extensive body of literature about psychometric reliability, criterion and cross-cultural validity.

Seeing the fact that in Italy there is no validated tool of body image for cancer patients, this study was outlined in order to explore the following on breast cancer patients: (i) the psychometric reliability and validity of the Italian version of BIS; (ii) the clinical sensitivity of BIS in detecting psychological distress.

## **METHOD**

### *Participants*

The subjects consist of 219 postoperative breast cancer women, recruited at the «Santa Maria Annunziata Hospital» in the Oncology Department. A group of newly diagnosed breast cancer patients who were admitted to the department were enrolled six months after their surgery. Interested patients were eligible to participate if they met the following inclusion criteria: having been diagnosed with breast cancer, having undergone breast surgery (conserving surgery or mastectomy) six months before the study, being female aged between 30 and 65 years, able to give informed written consent, able to read and write Italian, and having no other major disabling medical or psychiatric conditions. The sample includes 219 women: 131 (59.8%) were treated with mastectomy, 88 (40.2%) with conserving surgery. A total amount of 117 (53.4%) women had or were having breast reconstruction after their mastectomy. 145 (66.2%) were married, and 176 (80.3%) were aged between 41 and 60 years.

### *Procedure*

All the recruited patients signed the consent form and received a detailed explanation of research objectives and of confidentiality requirements, prior to the completion of the battery of questionnaires. The battery containing an explanatory letter and self-report measures was given to participants, who later personally returned it to the admission nurses. All the

collected data was self reported by the participants. According to the recommendations of Hopwood et al. (2001), missing scores in one or two items of the BIS were replaced by the mean of the items to which participants had responded. In our sample only two cases reported 1-to-2 missing scores. Four cases were previously excluded due to several missing scores ( $\geq 3$ ). All the patients completed the BIS and the *Psychological Distress Inventory* (Morasso et al., 1996) in order to test the reliability and factorial structure of the Italian version of BIS. In a sub-group of participants ( $n = 47$ ), convergent validity and test-retest reliability were explored by administering, four months after the first survey (i.e. 10 months after the surgery), both the BIS and the *Body Image Concern Inventory* (Luca, Giannini, Gori & Littleton, 2011). We reported below the characteristics of all the questionnaires.

*Body Image Scale.* The *Body Image Scale* (Hopwood et al., 2001) is a 10 item questionnaire developed to briefly assess different dimensions of body image in cancer patients. It uses a 4-point response scale (0 = not at all to 3 = very much) and the final score is the sum of the 10 items, ranging from 0 to 30, with zero scores representing no symptoms or distress and higher scores corresponding to increasing symptoms and distress or more body image concerns. The original version revealed a single-factor solution and demonstrated good psychometric characteristics, with adequate reliability and validity (Hopwood et al., 2001). It has been translated into different languages such as French (Brédart et al., 2007), Korean (Khang et al., 2013), Portuguese (Moreira et al., 2010) and Swedish (Brandberg et al., 2008) confirming the reliable psychometric properties. The Italian version of the BIS was developed through a forward-backward translation procedure, according to the EORTC Quality of Life Group Translation Procedure (Cull et al., 2002). Two authors of the present paper, who are native speakers of Italian with a high level of fluency in English, independently translated the 10 items of the English version of the BIS. Both translated versions were then compared and after discussing and analyzing their similarities and differences, the first Italian version was obtained. Two native English speakers subsequently translated the preliminary Italian version back to English without reference to the BIS. Finally, the three versions (the first Italian version and the two back-translations) were compared and translation difficulties were analyzed and resolved among the translators in order to attain a comprehensible instrument that is conceptually consistent with the BIS. The preliminary Italian version was administered to two pilot groups of 10 breast cancer patients in order to identify and resolve any potential problems in the translation. After completing the questionnaire, patients were asked about each item. Patients, during the focus groups ( $n = 20$ ), showed a good understanding of the items and had no major difficulties in responding to the questionnaire. The final Italian version of the Body Image Scale was then attained.

*Psychological Distress Inventory.* The *Psychological Distress Inventory* (PDI) is a 13-item self-administered questionnaire developed in order to measure psychological distress in cancer patients (Morasso et al., 1996). It uses a 5-point response scale (1 = not at all to 5 = very much) and the final score is the sum of the 13 items, ranging from 13 to 65, with lower scores representing no distress and higher scores corresponding to increasing distress. Its validity as a screening method for psychiatric disorders was evaluated through a clinical interview and the administration of *State Trait Anxiety Inventory* (Spielberger et al.,

1983) and the *Eysenck Personality Questionnaire* (Eysenck & Eysenck, 1975). It shows high positive correlation with anxiety and neuroticism. A cut-off of 29 was associated with a 75% sensitivity and a 85% specificity. PDI turns out to be a reliable and valid tool for measuring psychological distress and detecting psychiatric disorders in cancer patients.

*Body Image Concern Inventory.* The *Body Image Concern Inventory* (BICI) is a 19-item self-administered questionnaire designed to assess dysmorphic appearance concern (Littleton, Axsom & Pury, 2005). It uses a 5-point Likert scale bounded by 1 (never) and 5 (always). Total scores have been found to correlate moderately to strong with other self-reported and clinician-administered dysmorphic appearance concern measures, and to discriminate individuals with a diagnosis of Body Dysmorphic Disorder or bulimia (Littleton et al., 2005). The Italian version of the BICI confirmed the original unidimensional structure and demonstrated good internal consistency (Luca et al., 2011).

## RESULTS

The total mean score of the Italian version of BIS was 11.03 (SD = 11.00), whereas the total mean score of the PDI in the sample was 25.72 (SD = 25.00). Descriptives were obtained for all the variables. Differences between subgroups were explored through univariate analysis of variance (ANOVA) and Chi-Square test. The most significant differences between subgroups were then evaluated by Two-Steps Cluster Analysis, performed through the log-likelihood distance measure and Schwarz's Bayesian Criterion (BIC). Reliability of the Italian version of BIS was explored through Cronbach's alpha and Split-half technique. We then performed Principal Component Analysis (PCA) and scree plot, in order to explore the factor structure and confirm the one-factor model of the original version of BIS.

### *Reliability*

Overall Cronbach's alpha ( $\alpha = 0.916$ ) showed a high value and a strong internal consistency (Cortina, 1993). The correlation between any BIS item and the sum score of the other items (corrected item-total correlation) confirmed the internal consistency, by ranging from 0.487 to 0.806 (Table 1). Single items did not increase the alpha value when deleted. Split-half reliability revealed similar values (Part 1  $\alpha = 0.866$ ; Part 2  $\alpha = 0.841$ ) with a high Spearman-Brown Coefficient (0.891).

**Table 1** – Descriptives and items analysis

|        | Mean | Standard Deviation | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|--------|------|--------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Item 1 | 1.21 | 0.996              | 0.745                            | 0.904                            |
| Item 2 | 1.33 | 1.046              | 0.764                            | 0.903                            |
| Item 3 | 1.00 | 0.993              | 0.664                            | 0.909                            |

|         | Mean | Standard Deviation | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|---------|------|--------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Item 4  | 0.94 | 0.956              | 0.693                            | 0.907                            |
| Item 5  | 1.24 | 1.066              | 0.660                            | 0.909                            |
| Item 6  | 1.44 | 1.121              | 0.806                            | 0.900                            |
| Item 7  | 0.37 | 0.733              | 0.487                            | 0.917                            |
| Item 8  | 1.25 | 0.945              | 0.670                            | 0.908                            |
| Item 9  | 1.11 | 0.915              | 0.767                            | 0.903                            |
| Item 10 | 1.15 | 0.995              | 0.620                            | 0.911                            |

### *Principal Component Analysis*

The factor structure of the Italian version of BIS was explored through the PCA. Keiser-Meyer-Olkin Measure showed a good sampling adequacy (0.909), whereas the Bartlett's test of Sphericity confirmed the appropriateness of the analysis ( $p < 0.001$ ). PCA and scree plot revealed a single-factor (eigenvalue = 0.571; % of explained variance = 57.188) structure as in the original English version of BIS. The factor loading of the single items ranged from 0.558 (item 7) to 0.856 (item 6).

### *Convergent validity and test-retest reliability*

The convergent validity was evaluated through Pearson's  $r$  correlation between total BIS score and total PDI score. Values showed a good correlation between the two questionnaires ( $r = 0.516$ ;  $p < 0.001$ ). As previously reported we also tested convergent validity and test-retest reliability in a small sub-group of women ( $n = 47$ ). The Pearson's  $r$  correlation between total BIS score and total BICI score revealed promising results ( $r = 0.721$ ;  $p < 0.001$ ) about the convergent validity. The sub-group comparison between the two surveys (1st = 6 months; 2nd = 10 months) highlighted a significant correlation ( $r = 0.754$ ;  $p < 0.001$ ) and the Wilcoxon signed ranked test showed no significant change in the scores ( $Z = -0.593$ ;  $p = 0.553$ ).

### *Criterion validity*

The criterion validity was explored by analyzing differences between variables and subgroups. Pearson's  $r$  correlation showed significant correlation between total BIS score and age ( $r = -0.371$ ;  $p < 0.001$ ) and education ( $r = 0.160$ ;  $p < 0.02$ ). Patients with primary or junior high schooling revealed, through ANOVA, a lower total BIS compared to patients with high school diplomas or academic degrees ( $F = 6.86$ ;  $p < 0.001$ ). Patients aged from 30 to 50 reported higher total BIS score in comparison with patients aged 51 or more ( $F$

= 24.06;  $p < 0.001$ ). The criterion validity of the BIS was further assessed by comparing the BIS scores of patients who had undergone different kinds of therapy and surgery. Radiotherapy revealed a lower total BIS score when compared with the other therapies: chemotherapy ( $F = 5.65$ ;  $p < 0.001$ ); hormone therapy ( $F = 3,57$ ;  $p < 0.001$ ); no therapy ( $F = 4.51$ ;  $p < 0.001$ ); several therapies ( $F = 2,71$ ;  $p < 0.01$ ). Such kinds of therapies did not show significant differences between each other. Furthermore ANOVA revealed that patients who had undergone a mastectomy presented significant higher ( $F = 23,08$ ;  $p < 0.001$ ) total BIS score than those who had been treated with conserving surgery. Finally, patients undergoing reconstruction (both completed or underway) showed a higher total BIS score ( $F = 41.00$ ;  $p < 0.001$ ).

### *Cluster analysis: BIS and surgery*

In order to have further evidence of the discriminate validity of Italian BIS, a cluster analysis was performed, by considering the total BIS score as a continuous variable. As categorical variables we used the type of surgery (mastectomy vs conserving surgery) and reconstruction (completed and/or underway vs no reconstruction). In the first case results suggested two different clusters (ratio of BIC changes = 1.00): the first one comprised 40.2% of the overall cases and all of the patients who had undergone a conserving surgery ( $M = 8.19$ ;  $S.D. = 6.43$ ). The second cluster comprised the 59.8% of the overall cases and the totality of the women who underwent a mastectomy ( $M = 12.93$ ;  $S.D. = 7.42$ ). As previously reported we found a significant difference ( $F = 23.08$ ;  $p < 0.001$ ) between the two subgroups, one that also exhibited (Cohen's  $d = 0.68$ ; C.I. 0.95) a moderate effect size (Cohen, 1977).

In the latter case results confirmed the significant differences, in terms of two separated clusters (ratio of BIC changes = 1.00) in BIS score, between patients undergoing reconstruction surgery and patients who were not. The first cluster comprised 46.6% of the overall cases and all of the patients who were not undergoing reconstruction ( $M = 7.87$ ;  $S.D. = 7.23$ ). The second cluster comprised 53.4% of all the cases and all of the patients undergoing reconstruction ( $M = 13.78$ ;  $S.D. = 6.41$ ). The comparison between means revealed a significant difference ( $F = 41.00$ ;  $p < 0.001$ ) and also exhibited (Cohen's  $d = 0.87$ ; C.I. 0.95) a large effect size (Cohen, 1977).

### *ROC curve: BIS score and PDI score*

The clinical validity was initially evaluated during the focus groups ( $n = 20$ ). Patients considered all the items acceptable and highlighted the relevance of body image concerns (hair loss, intimacy, sexuality, etc.). The response relevance (frequency of score  $> 0$  in any item) fulfilled the requirements reported by Hopwood et al. (2001): all the items were answered with a score of  $> 0$  by  $\geq 30\%$  of respondents. To better understand the clinical sensitivity of the Italian version of BIS in detecting the psychological distress we then performed a ROC curve. As previously reported the test variable was the BIS total score. As the state variable we defined a specifically designed variable: presence

of significant mood and/or psychological disorder, by transforming the total PDI score into a dummy variable with the clinical cut-off ( $\geq 29$ ) reported in Morasso et al. (1996). The area created by the ROC curve (Figure 1) was significant (area = 0.757; non parametric standard error = 0.036; asymptotic sign. < 0.001) and revealed that the total BIS score seems to predict the likelihood of experiencing a mood or psychological disorder. Table 2 lists the coordinate points of the ROC analysis and indicates, for a given score on the BIS, the probability of being right (sensitivity) or of being wrong (1 minus the specificity) in predicting whether a subject who endorsed any particular score on the BIS would report significant distress.

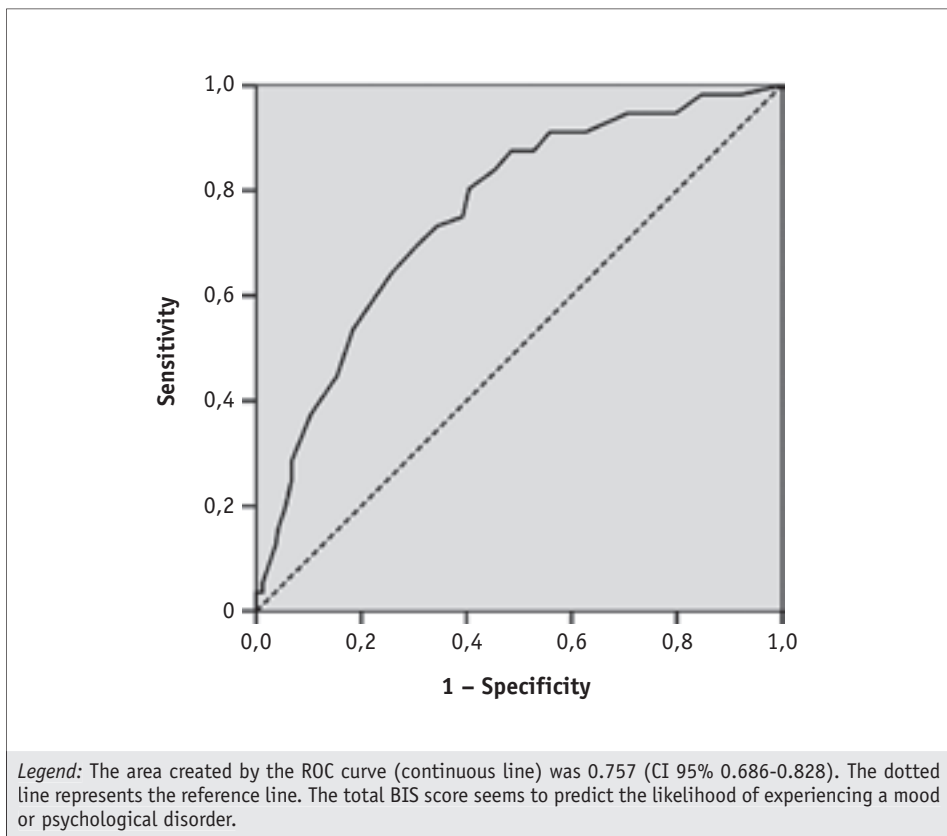


Figure 1 The ROC Curve: Sensitivity of BIS.

Table 3 reports the cross-tabulation of the ROC curve variables. Results confirmed that increased BIS score is associated with an increased likelihood of experiencing significant distress (Chi-square = 33.57; df = 4; asympt. sign. < 0.001).



**Table 2** – ROC coordinate points: predicting distress

| Positive if Greater Than or Equal To(a) | Sensitivity | 1 – Specificity |
|---|-------------|-----------------|
| -1.00                                   | 1.000       | 1.000           |
| 0.50                                    | 0.982       | 0.920           |
| 1.50                                    | 0.982       | 0.847           |
| 2.50                                    | 0.946       | 0.798           |
| 3.50                                    | 0.946       | 0.742           |
| 4.50                                    | 0.946       | 0.706           |
| 5.50                                    | 0.911       | 0.626           |
| 6.50                                    | 0.911       | 0.558           |
| 7.50                                    | 0.875       | 0.528           |
| 8.50                                    | 0.875       | 0.485           |
| 9.50                                    | 0.839       | 0.454           |
| 10.50                                   | 0.804       | 0.405           |
| 11.50                                   | 0.750       | 0.393           |
| 12.50                                   | 0.732       | 0.344           |
| 13.50                                   | 0.696       | 0.307           |
| 14.50                                   | 0.643       | 0.258           |
| 15.50                                   | 0.589       | 0.221           |
| 16.50                                   | 0.536       | 0.184           |
| 17.50                                   | 0.446       | 0.153           |
| 18.50                                   | 0.375       | 0.104           |
| 19.50                                   | 0.286       | 0.067           |
| 20.50                                   | 0.250       | 0.067           |
| 21.50                                   | 0.196       | 0.055           |
| 22.50                                   | 0.161       | 0.043           |
| 23.50                                   | 0.125       | 0.037           |
| 24.50                                   | 0.054       | 0.012           |
| 25.50                                   | 0.036       | 0.012           |
| 26.50                                   | 0.036       | 0.000           |
| 28.50                                   | 0.018       | 0.000           |
| 31.00                                   | 0.000       | 0.000           |

**Table 3** – Cross-tabulation of BIS and PDI

| Pearson Chi-Square = 33,5 (df 4; p < 0.001) |       |                | PDI            |        |       |       |
|---|-------|----------------|----------------|--------|-------|-------|
|   |       |                | < 29           | =/> 29 | Total |       |
| BIS   | 0-5   | Count          | 61             | 5      | 66    |       |
|   |       | Expected Count | 49.1           | 16.9   | 66.0  |       |
|   | 6-10  | Count          | 36             | 6      | 42    |       |
|   |       | Expected Count | 31.3           | 10.7   | 42.0  |       |
|   | 11-15 | Count          | 30             | 12     | 42    |       |
|   |       | Expected Count | 31.3           | 10.7   | 42.0  |       |
|   | 16-20 | Count          | 25             | 19     | 44    |       |
|   |       | Expected Count | 32.7           | 11.3   | 44.0  |       |
|   | >20   | Count          | 11             | 14     | 25    |       |
|   |       | Expected Count | 18.6           | 6.4    | 25.0  |       |
|   | Total |                | Count          | 163    | 56    | 219   |
|   |       |                | Expected Count | 163.0  | 56.0  | 219.0 |

## DISCUSSION

The purpose of the study was to evaluate the reliability and the sensitivity of the Italian version of the *Body Image Scale* in a sample of breast cancer patients. The research is a first step of a project aimed at developing a psycho-oncological assessment for patients who had undergone a surgery. It replicated previous findings of the original version and tried to extend the sensitivity in detecting mood and generally psychological disorders.

The Italian version of BIS demonstrated a strong internal consistency. The reliability coefficients, both Cronbach’s alpha ( $\alpha = 0.916$ ) and split-half technique (Spearman-Brown Coefficient = 0.891), reported values as high as the original version. The internal consistency of the scale was also confirmed by the item-total correlations, ranging from 0.487 to 0.806, all above the usual criteria of 0.30 (Kline, 2000). Moreover, single items did not increase the overall alpha value when they were deleted. All the results confirmed that each and every item correlates with the total score and measures the same construct. Principal Component Analysis also confirmed the single-factor structure of the original version and explained a significant amount of variance (eigenvalue = 0.571; % of explained variance = 57.188).

The Italian BIS also shows good criterion validity. Patients who had undergone a mastectomy reported significantly higher scores in comparison with those who had had conserving surgery ( $F = 23.08$ ;  $p < 0.001$ ). Similarly, patients undergoing reconstruction surgery showed a higher total BIS score ( $F = 41.00$ ;  $p < 0.001$ ). This supports the utility of BIS for differentiating surgery groups characterized by different appearance changes. Results are in line with the original version of BIS (Hopwood et al., 2001) and with other studies (Brandberg et al., 2008; Brédart et al., 2007; Khang et al., 2013; Moreira et al., 2010). The analysis of socio-demographic variables revealed a significant correlation of total BIS score with age ( $r = -0.371$ ;  $p < 0.001$ ) and education ( $r = 0.160$ ;  $p < 0.02$ ). Such a kinds of effects (especially age) are reported in several studies, although the results are sometimes inconsistent (Hopwood et al., 2001; Moreira et al., 2010; Romanek, McCaul & Sandgren, 2005).

Notwithstanding the good reliability, a few limitations of the present study should be taken into account. The convergent validity was explored in the whole sample through the correlation ( $r = 0.516$ ;  $p < 0.001$ ) with the *Psychological Distress Inventory* (Morasso et al., 1996) and not with other body image questionnaires. Moreover it is not possible to evaluate the test-retest reliability (again in the whole sample). Only in a small sub-group of patients ( $n = 47$ ) we explored the test-retest reliability ( $r = 0.754$ ;  $p < 0.001$ ) and the convergent validity ( $r = 0.721$ ;  $p < 0.001$ ) with a body image questionnaire such as the BICI. Further studies are needed in order to deeply explore such a kind of reliability and therefore the correlation between BIS and time since diagnosis, that the original version (Hopwood et al., 2001) and other studies (Khang et al., 2013; Moreira et al., 2010) reported.

The choice of using PDI to test the convergent validity was due to a specific aim: to explore the sensitivity of BIS in detecting mood and psychological disorder. Many studies reported an increase in sexually active life expectancy (Jankowska, 2013; Lindau & Gavrilova, 2010) and the relevance of body image in breast cancer patient's Quality of Life and psychological wellbeing (Helms, O'Hea & Corso, 2008; Przewdziecki et al., 2013). The ROC curve we performed revealed that the total BIS score seems to predict the likelihood (area = 0.757; asymptotic sign.  $< 0.001$ ) of experiencing a mood or psychological disorder ( $PDI \geq 29$ ). By considering the low distance between BIS mean (11.03) and median (11.00), and the coordinate points of the ROC analysis (Table 4), we may hypothesize a significant clinical cut-off. A cut-off of 11 may be associated with a 75% sensitivity and a 60% specificity. Thus, tendency to experience body image concerns served as a significant predictor of psychological disorders in women with breast cancer who had undergone a surgery. That said, it is important to underscore the fact that we were not able to assess other life experiences in this particular sample (e.g. partner and social support). It is possible that this or other variables contributed to the present findings. It is interesting to note that the types of marital status did not have a significant correlation with BIS, even aggregating all the women involved in a romantic relationship. This is probably due to the high rate of married patients (66.2%) and the absence of questionnaires of the quality of the relationship.

While further studies are needed in order to verify the validity and the sensitivity of the Italian BIS, it seems to be a reliable tool in detecting significant distress, if not even a psychological disorder, in breast cancer patients who have undergone a surgery.

## ACKNOWLEDGMENT

The research was partially supported by the Italian Council of Medical Oncology Hospital Consultants (Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri, CIPOMO). Authors especially thank Penelope Hopwood for reviewing and improving the text and the research design.

## REFERENCES

- Baxter, N.N., Goodwin, P.J., McLeod, R.S., Dion, R., Devins, G., & Bombardier, C. (2006). Reliability and validity of the body image after breast cancer questionnaire. *Breast J*, 12, 221-232, doi: 10.1111/j.1075-122X.2006.00246.x.
- Berner, M., & Gunzler, C. (2012). Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions. A systematic review of controlled clinical trials: part 1 – the efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 3089-3107, doi: 10.1111/j.1743.6109.2012.02970.
- Brandberg, Y., Sandelin, K., Erikson, S., Jurell, G., Liljegren, A., Lindblom, A., Lindén, A., Wachenfeldt, A., Wickman, M., & Arver, B. (2008). Psychological reactions, Quality of Life, and Body Image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer: A prospective 1-year follow-up study. *JCO*, 26, 3943-3949, doi: 10.1200/JCO.2007.13.9568.
- Brédart, A., Swaine Verdier, A., & Dolbeault, S. (2007). Traduction/adaptation française de l'échelle «Body Image Scale» (BIS) évaluant la perception de l'image du corps chez des femmes atteintes de cancer du sein. *Psycho-Oncologie*, 1, 24-30, doi: 10.1007/s11839-007-0001-9.
- Brocken, P., Prins, J.B., Dekhuijzen, P.N., & van der Heijden, H.F. (2012). The faster the better? A systematic review on distress in the diagnostic phase of suspected cancer, and the influence of rapid diagnostic pathways. *Psychooncology*, 21, 1-10, doi: 10.1002/pon.1929.
- Brotto, L.A., Yule, M., & Breckon, E. (2010). Psychological interventions for the sexual sequelae of cancer: A review of the literature. *Journal of Cancer Survivorship*, 4, 346-360, doi: 10.1007/s11764-010-0132-z.
- Chen, C.M., Cano, S.J., Klassen, A.F., King, T., McCarthy, C., Cordeiro, P.G., Morrow, M., & Pusic, A.L. (2010). Measuring quality of life in oncologic breast surgery: A systematic review of patient-reported outcome measures. *Breast J*, 16, 587-597, doi: 10.1111/j.1524-4741.2010.00983.x.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for behavioral sciences* (revised ed.). New York, NY: Academic Press.
- Cortina, J.M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104.
- Cull, A., Sprangers, M., Bjordal, K., & Aaronson, N. (2002). *EORTC Quality of Life Study Group translation procedure*. Brussels, Belgium: EORTC Quality of Life Group Publications.
- Eysenck, H.J., & Eysenck, S. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London, UK: Hodder and Stoughton.

- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (second ed.). London, UK: Sage Publications.
- Fingeret, M.C., Nipomnick, S., Guindani, M., Baumann, D., Hanasono, M., & Crosby, M. (2014). Body Image Screening for Cancer Patients Undergoing Reconstructive Surgery. *Psycho-oncology*, 23, 898-905, doi: 10.1002/pon.3491.
- Ganz, P.A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M.L., & Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Res Treat*, 38, 183-199, doi: 10.1007/BF01806673.
- Garos, S., Kluck, A., & Aronoff, D. (2007). Prostate cancer patients and their partners: Differences in satisfaction indices and psychological variables. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 1394-1403, doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00545.x.
- Gilbert, E., Ussher, J.M., & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: A review. *Maturitas*, 66, 397-407, doi: 10.1016/j.maturitas.2010.03.027.
- Gunzler, C., & Berner, M. (2012). Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions. A systematic review of controlled clinical trials: Part 2 – the efficacy of psychosocial interventions for female sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 3108-3125, doi: 10.1111/j.1743.6109.2012.02965.x.
- Helms, R.L., O’Hea, E.L., & Corso, M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health & Medicine*, 13, 313-325, doi: 10.1080/13548500701405509.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 189-197, doi: 10.1016/S0959-8049(00)00353-1.
- Hopwood, P., Haviland, J., Mills, J., Sumo, G., & Bliss, J. (2007). The impact of age and clinical factors on Quality of Life in early breast cancer: An analysis of 2200 women recruited to the UK START (Standardisation of Breast Radiotherapy) Trial. *Breast*, 16, 241-251, doi: 10.1016/j.breast.2006.11.003.
- Jankowska, M. (2013). Sexual functioning in young women in the context of breast cancer treatment. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 18, 193-200, doi: 10.1016/j.rpor.2013.04.032.
- Kanatas, A., Velikova, G., Roe, B., Horgan, K., Ghazali, N., Shaw, R.J., & Rogers, S.N. (2012). Patient-reported outcomes in breast oncology: A review of validated outcome instruments. *Tumori*, 98, 678-688, doi: 10.1700/1217.13489.
- Khang, D., Rim, H.D., & Woo, J. (2013). The Korean Version of the Body Image Scale-Reliability and Validity in a Sample of Breast Cancer Patients. *Psychiatry Investigation*, 10, 26-33, doi: 10.4306/pi.2013.10.1.26.
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). London, UK: Routledge.
- Lindau, S.T., & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *British Medicine Journal* 340:c810, doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c810.
- Littleton, H.L., Axsom, D., & Pury, C.L.S. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour research and Therapy*, 43, 229-241, doi: 10.1016/j.brat.2003.12.006.
- Luca, M. Giannini, M., Gori, A., & Littleton, H. (2011). Measuring dysmorphic concern in Italy: properties of the Italian Body Image Concern Inventory. *Body Image*, 8, 301-305, doi: 10-1016/j.dodyim.2011.04.007.

- Montazeri, A (2009). Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: An overview of the literature from 1982 to 2008. *Health Qual Life Outcomes*, 23, 102, doi:10.1186/1477-7525-7-102.
- Montgomery, G.H., Schnur, J.B., Erblich, J., Diefenbach, M.A., & Bovbjerg, D.H. (2010). Presurgery psychological factors predict pain, nausea, and fatigue one week after breast cancer surgery. *J Pain Symptom Manage*, 39, 1043-1052, doi: 10.1016/j.jpainsym-man.2009.11.318.
- Morasso, G., Costantini, M., Baracco, G., Borreani, C., & Capelli, M. (1996). Assessing psychological distress in cancer patients: Validation of a self-administered questionnaire. *Oncology*, 53, 295-302, doi: 10.1159/000227576.
- Moreira, H., Silva, S., Marques, A., & Canavarro, M.C. (2010). The Portuguese version of the body image scale (BIS). Psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*, 14, 111-118, doi: 10.1016/j.ejon.2009.09.007.
- Polivy, J. (1977). Psychological effects of mastectomy on a woman's feminine self-concept. *J Nerv Ment Dis*, 164, 7-87.
- Przedziecki, A., Sherman, K.A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: Breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-Oncology*, 22, 1872-1879, doi: 10.1002/pon.3230.
- Romanek, K., McCaul, K., & Sandgren, A. (2005). Age differences in treatment decision making for breast cancer in a sample of healthy women: The effects of body image and risk framing. *Oncology Nursing Forum*, 32, 799-806, doi: 10.1186/1477-7819-12-230.
- Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., Crespi, C.M., Leedham, B., Desmond, K., Belin, T.R., & Ganz, P.A. (2009). Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: A randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Res Treat*, 118, 99-111, doi: 10.1007/s10549-009-0398-x.
- Rowland, J.H., & Massie, M.J. (2010). Breast cancer. In J.C. Holland, W.S. Breitbart, & P. Jacobsen (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 177-186). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Schover, L. (1999). Counseling cancer patients about changes in sexual function. *Oncology*, 13, 1585-1591.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- White, C. (2002). Body images in oncology. In T. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 379-386). New York, NY: The Guilford Press.

---

Submitted on the 5<sup>th</sup> January 2015, accepted for publication on the 20<sup>th</sup> October 2015

### Correspondence address

Simone Cheli  
SOS Psiconcologia  
Ospedale Santa Maria Annunziata  
Via dell'Antella, 58  
50012 Bagno a Ripoli (FI), Italy  
e-mail: simone.cheli@unifi.it

## APPENDIX

### BODY IMAGE SCALE (BIS) – SCALA DI IMMAGINE CORPOREA

#### Istruzioni

In questo questionario le verrà chiesto di descrivere come si sente rispetto al suo aspetto fisico e rispetto a ogni cambiamento che possa essere derivato dalla malattia o dal trattamento. La preghiamo di leggere attentamente ogni domanda e porre una crocetta nella casella che descrive al meglio come si è sentita nell'ultima settimana.

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Età: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

|     |   | Mai | Poco | Moderatamente | Molto | Non so |
|-----|---|-----|------|---------------|-------|--------|
| 1.  | Si è sentita imbarazzata per il suo aspetto fisico?                                       |     |      |               |       |        |
| 2.  | Si è sentita meno attraente fisicamente a causa della malattia o del trattamento?         |     |      |               |       |        |
| 3.  | Si è sentita insoddisfatta del suo aspetto quando è vestita?                              |     |      |               |       |        |
| 4.  | Si è sentita meno femminile a causa della malattia o del trattamento?                     |     |      |               |       |        |
| 5.  | Ha avuto difficoltà a guardare il suo corpo nudo?   |     |      |               |       |        |
| 6.  | Si è sentita meno attraente sessualmente come risultato della malattia o del trattamento? |     |      |               |       |        |
| 7.  | Ha evitato di incontrare persone a causa di come si sentiva in relazione al suo aspetto?  |     |      |               |       |        |
| 8.  | Ha mai avuto la sensazione che il trattamento abbia lasciato il suo corpo meno integro?   |     |      |               |       |        |
| 9.  | Si è sentita insoddisfatta del suo corpo?   |     |      |               |       |        |
| 10. | Si è sentita insoddisfatta dell'aspetto della sua cicatrice?                              |     |      |               |       |        |

#### Scoring

I punteggi mancanti in uno o due item devono essere sostituiti dalla media degli altri item. Nel caso vi siano più di due punteggi mancanti, il questionario è da considerarsi nullo. Il punteggio totale è dato dalla somma algebrica di tutti gli item.

Il campione di riferimento della validazione italiana del BIS si riferisce a donne affette da carcinoma mammario che hanno subito un intervento chirurgico. Per indicazioni rispetto alla validazione in corso su altri campioni di pazienti oncologici è possibile contattare gli autori.





---

# La Terapia Cognitivo-Comportamentale dei Disturbi d'Ansia: una revisione degli studi di efficacia

---

**Gabriele Caselli** – Studi Cognitivi, Modena; London South Bank University, London; Sigmund Freud University, Milan

**Chiara Manfredi** – Studi Cognitivi, Modena; Università di Pavia, Pavia; Sigmund Freud University, Milan

**Giovanni M. Ruggiero** – Studi Cognitivi, Milano; Sigmund Freud University, Milan

**Sandra Sassaroli** – Studi Cognitivi, Milano; Sigmund Freud University, Milan

---

## Riassunto

L'efficacia della Terapia Cognitivo-Comportamentale (*Cognitive Behavioural Therapy*, CBT) per i disturbi d'ansia è stata supportata da molti studi di efficacia. La presente rassegna esamina le meta-analisi pubblicate negli ultimi 15 anni per riassumere lo stato delle evidenze empiriche circa l'efficacia della CBT per Disturbo di Panico, Disturbo d'Ansia Sociale, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo d'Ansia Generalizzata, Disturbo da Stress Post-Traumatico. In particolare questa rassegna ha esplorato: (1) l'efficacia della CBT, (2) il numero medio di sedute rispetto ai vari studi di efficacia, (3) l'efficacia della CBT a confronto con la terapia farmacologica, (4) l'efficacia relativa di tecniche cognitive e comportamentali, (5) l'efficacia della CBT a confronto con trattamenti di nuova generazione. In generale, la CBT ha dimostrato di essere efficace per il trattamento dei Disturbi d'Ansia sia in contesti controllati sia in contesti naturalistici. Tuttavia alcuni limiti metodologici mostrano una riduzione di questa efficacia quando criteri più restrittivi vengono applicati ed evidenziano la necessità di futuri sviluppi per la CBT in direzioni specifiche per ciascun disturbo.

---

**Parole chiave:** *Terapia Cognitivo-Comportamentale, Disturbi d'Ansia, Evidence based treatments, Meta-analisi.*

## Abstract

### **Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders: A review of efficacy studies**

The efficacy of cognitive behavioural treatments (CBT) for anxiety disorders has been supported by multiple randomised controlled trials and meta-analyses. This review examines meta-analyses that have been published over the last 15 years in order to summarise the current state of evidence regarding CBT treatment for panic disorder, social anxiety disorder, generalised anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder and post-traumatic stress disorder. In particular this review explores: (1) general CBT efficacy, (2) number of sessions, (3) comparison with pharmacological treatments, (4) comparison between

cognitive and behavioural techniques, (5) comparison with third wave cognitive behavioural therapies. Overall, CBT demonstrates both efficacy in randomised controlled trials and effectiveness in naturalistic settings in the treatment of anxiety disorders. However, some methodological limitations showed a decrease in this efficacy and highlighted the need for further development of CBT treatments that are specific for each disorder.

---

**Keywords:** *Cognitive Behavioural Therapy, Anxiety Disorders, Evidence-based treatments, Meta-analysis.*

## INTRODUZIONE

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) è considerata il trattamento di prima scelta per i Disturbi d'Ansia ed è supportata da numerosi studi di efficacia che ne hanno permesso l'inserimento in linee guida internazionali per la cura dei disturbi emozionali (ad esempio NCCMH, 2011). Uno dei punti di forza della CBT risiede nelle tecniche che derivano logicamente da modelli teorici supportati scientificamente. Questo garantisce una relazione coerente tra le tecniche di intervento e i processi psicopatologici che si manifestano nei Disturbi d'Ansia.

La CBT si focalizza sull'eliminazione dei timori esagerati e dei comportamenti di controllo ed evitamento che li accompagnano e che favoriscono il mantenimento dei Disturbi d'Ansia (per una descrizione completa si veda Beck, 1976; Wells, 1997; Sassaroli, Ruggiero e Lorenzini, 2007). Nonostante le differenze tra specifici modelli, tutti i protocolli della CBT condividono il tentativo di riacquisire un senso di sicurezza in relazione a stimoli temuti. Questo genere di apprendimento avviene attraverso interventi psicoeducativi, esposizione, abbandono dei comportamenti di sicurezza e ristrutturazione cognitiva.

Gli interventi psicoeducativi forniscono al paziente un nuovo modo di interpretare i propri sintomi come le sensazioni di ansia o i pensieri intrusivi. Attraverso le tecniche di esposizione i pazienti si confrontano direttamente con lo stimolo temuto, prima in contesti controllati e poi in vivo, con l'obiettivo di dissipare (estinguere) la risposta d'ansia o sostituirla con una risposta alternativa (ad esempio rilassamento). Il tipo di stimolo dipende dal disturbo in trattamento. I comportamenti di controllo si riferiscono a tutte le azioni che gli individui mettono in atto per monitorare e controllare potenziali minacce (compresi i propri segnali somatici). Esiste una vasta gamma di comportamenti di controllo sia *overt* (cioè manifesti, come ricercare rassicurazione negli altri, camminare vicino ai muri, ecc.) che *covert* (cioè non evidenti, come focalizzarsi sui segnali di minaccia, cercare di prevederli attraverso il rimuginio, ecc.). L'uso di queste strategie, talvolta automatizzate e poco consapevoli, può ostacolare il processo di apprendimento di un senso di sicurezza nel corso dell'esposizione (ad esempio «sono sopravvissuto ma solo perché sono stato in allerta costante»).

Le tecniche di verifica e abbandono dei comportamenti di controllo mirano a identificare i presunti vantaggi e testarli attraverso l'inibizione della risposta comportamentale in condizioni di esposizione. Ad esempio, i pazienti vengono istruiti a dirigere l'attenzione

su ciò che sta oggettivamente accadendo durante l'esposizione piuttosto che sui propri segnali di ansia e sono invitati a rinviare ogni forma di rimuginio al termine dell'esperienza. Infine, la ristrutturazione cognitiva ha la funzione d'identificare le credenze nucleari e le assunzioni che alimentano l'esagerato timore di certe condizioni (situazioni, pensieri o emozioni). Questo intervento è attuato attraverso esercizi di automonitoraggio dei propri pensieri, accertamento delle credenze nucleari («cosa succede se...?»), disputa empirica («quali sono le prove?») o pragmatica («a cosa ti serve pensarla così?»), che possano (1) mettere in discussione convinzioni rigide e (2) identificare valutazioni alternative più funzionali. La verifica concreta di queste assunzioni può essere facilmente integrata durante esperimenti comportamentali. Tutti questi interventi vengono rinforzati attraverso compiti a casa (*homework*), che hanno lo scopo di stabilizzare e generalizzare l'apprendimento a contesti di vita quotidiana.

In sintesi, il processo di cambiamento avviene attraverso un circuito che prevede (1) l'identificazione dei timori nucleari e dei comportamenti di evitamento/controllo, (2) la disputa verbale delle credenze che sostengono la risposta ansiosa, (3) l'esposizione a situazioni temute con la riduzione di evitamento e controllo, (4) l'uso di esperimenti comportamentali per acquisire nuove conoscenze.

La CBT è il modello di psicoterapia che è stato sottoposto al maggior numero di verifiche empiriche. Questo vasto insieme di ricerche viene regolarmente raccolto e analizzato in meta-analisi, revisioni quantitative degli studi di efficacia di un trattamento. Le meta-analisi permettono ai ricercatori e ai clinici di sintetizzare i risultati che provengono da molteplici studi di efficacia, nello sforzo di rappresentare lo stato dell'arte generale rispetto ai trattamenti disponibili per i vari disturbi.

Il numero di meta-analisi prodotte rispetto alla terapia dei Disturbi d'Ansia è decisamente aumentato nel corso degli ultimi vent'anni. Nonostante le meta-analisi permettano di acquisire un quadro generale piuttosto esaustivo, non sono libere da limiti (Hoffann e Smits, 2008). Uno dei principali limiti riguarda la qualità degli studi cui le meta-analisi si riferiscono. In particolare, molte meta-analisi includono ricerche che variano ampiamente in termini di rigore metodologico, randomizzazione dei partecipanti e caratteristiche del gruppo di controllo. Inoltre, differenze nei criteri di inclusione e di esclusione e nelle metodologie utilizzate per stimare il livello di efficacia non permettono sempre di effettuare un confronto diretto, equo e affidabile. In secondo luogo, gli studi di efficacia descrivono spesso l'applicazione di protocolli con pazienti altamente selezionati, in contesti laboratoriali e con un'elevata possibilità di risorse per l'implementazione e il monitoraggio del percorso terapeutico. La validità ecologica (*effectiveness*) degli studi di efficacia sarebbe quindi compromessa dalla difficoltà di applicare le medesime condizioni alla pratica clinica quotidiana. Terzo, molte meta-analisi includono studi di efficacia che non prevedono un placebo, cioè una condizione di controllo dei fattori non specifici che possono avere un impatto sull'efficacia della terapia. Nonostante sia difficile, talvolta impossibile, garantire un'efficace condizione placebo in studi che riguardano la psicoterapia, la presenza di un confronto con un trattamento «attivo» resta la forma di verifica più rigorosa e prudente. Quarto, la maggior parte degli studi di efficacia utilizza misurazioni di esito basate su autovalutazioni (*self-report*) che sono vulnerabili a distorsioni legate a desiderabilità so-

ciali e stile di risposta. Quinto, la maggior parte degli studi di efficacia è stata condotta in ristretti contesti socio-culturali (e.g. USA e Europa), il che limita la possibilità di generalizzare le conclusioni ad altre popolazioni. Infine, un'ultima importante cautela riguarda la possibilità che l'efficacia degli studi sia sovrastimata a causa del *File Drawer Problem (FDP)* (Rosenthal, 1979), vale a dire la tendenza a non pubblicare i risultati degli studi che hanno un esito negativo.

Negli ultimi anni vari accorgimenti sono stati applicati per ridurre l'impatto di questi limiti e ottenere dati più aderenti alla realtà e meno passibili di errori metodologici. Gli studi di efficacia richiedono metodologie sempre più rigorose, che comprendono la presenza di un trattamento attivo come condizione di controllo e l'inclusione dei pazienti che non concludono l'intervento (*drop-out*) nella valutazione dell'efficacia. Parallelamente, sono aumentati gli studi di efficacia ad alta validità ecologica, con un minimo controllo sui criteri di inclusione e una raccolta dei dati in contesti di psicoterapia quotidiana (come centri di psicoterapia, ambulatori, servizi pubblici). Per quanto riguarda il problema della pubblicazione dei dati, sono stati introdotti registri internazionali degli studi di efficacia attivi, che prevedono la registrazione dello studio in fase di progettazione e permettono la raccolta dei dati anche relativi a studi che non vengono pubblicati su riviste internazionali.

## OBIETTIVI

Nel presente articolo abbiamo passato in rassegna tutte le meta-analisi pubblicate negli ultimi 15 anni rispetto all'efficacia della CBT nei Disturbi d'Ansia. A questo scopo sono stati esplorati i database scientifici on-line MEDLINE e PSYCHINFO. I termini che sono stati inseriti si riferiscono ai singoli disturbi (*Panic Disorder, Social Phobia or Social Anxiety Disorder, Obsessive Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Post-traumatic Stress Disorder*) o, in generale, ai Disturbi d'Ansia (*Anxiety Disorders*) e alla Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale (*Cognitive Behavioral Therapy or Cognitive Therapy or Behavioral Therapy or CBT*).

I risultati della ricerca sono stati limitati alle sole meta-analisi e al periodo che intercorre da Gennaio 2000 a Giugno 2014 (Tabella 1). Gli articoli emersi sono stati esplorati individualmente dagli autori per selezionare esclusivamente quelli che si riferivano a studi di efficacia su popolazioni adulte ed eliminare gli articoli che comparivano in più ricerche (Tabella 1). I risultati hanno condotto a considerare 13 meta-analisi di cui 1 su Disturbo da Stress Post-Traumatico, 1 su Disturbo d'Ansia Generalizzata, 1 su Disturbo Ossessivo-Compulsivo, 0 su Fobia Sociale, 2 su Disturbo da Attacchi di Panico e 8 sui Disturbi d'Ansia che includono da 5 a 364 studi di efficacia.

Gli scopi di questa rassegna mirano a identificare per ciascun disturbo: (1) l'efficacia della CBT, (2) il numero medio di sedute rispetto ai vari studi di efficacia, (3) l'efficacia della CBT a confronto con la terapia farmacologica, (4) l'efficacia relativa di tecniche cognitive e comportamentali, (5) l'efficacia della CBT a confronto con trattamenti di nuova generazione. Per quanto concerne l'efficacia generale della CBT per il trattamento dei disturbi d'ansia, le meta-analisi identificate mostrano tre livelli di restrittività rispetto ai criteri di inclusione ed esclusione. Il primo riguarda l'efficacia della CBT generale consi-

derando anche studi che non applicano un'analisi di drop-out, FDP e che non includono un gruppo di controllo (denominata *efficacy*). Il secondo livello include studi di efficacia applicati in contesti naturalistici con più ridotti criteri di esclusione (*effectiveness*). Il terzo livello include solo studi con un gruppo di controllo e che considera drop-out e FDP (denominata *unbiased efficacy*). La selezione degli studi è presentata nella Tabella 1.

**Tabella 1** – Dati della ricerca bibliografica

| Parole Chiave                              | Meta-analisi<br>(01/2000-06/2014) | Relativi a studi<br>di efficacia su adulti |
|--|-----------------------------------|--|
| Panic Disorder                             | 6                                 | 2  |
| Social Anxiety Disorder<br>(Social Phobia) | 2                                 | 0  |
| Obsessive Compulsive Disorder              | 6                                 | 1  |
| Generalized Anxiety Disorder               | 2                                 | 1  |
| Post-traumatic Stress Disorder             | 10                                | 1  |
| Anxiety Disorder(s)                        | 72                                | 8  |

*Nota:* Le meta-analisi che si riferiscono a più di un disturbo sono state inserite nella lista *Anxiety Disorder(s)* ed escluse da quella relativa al disturbo specifico.

Nella maggior parte delle meta-analisi raccolte, l'efficacia è descritta dall'*effect size* nella sua applicazione più conosciuta (*d*; Cohen, 1998) o nella versione più rigorosa e restrittiva (*g*; Hedges, 1981). In entrambi i casi si tratta di una statistica descrittiva che stima la forza di un fenomeno, in questa rassegna l'impatto di un trattamento nella riduzione della sintomatologia oggetto dell'intervento. I criteri standard più utilizzati per interpretare l'entità dell'efficacia considerano un *effect size* lieve se pari a  $d = 0,3$ , medio se pari a  $0,5$ , elevato se pari a  $0,8$  o superiore. Queste etichette offrono un'indicazione di massima ma devono essere considerate con una certa cautela. La potenza dell'indice non dovrebbe essere interpretata in base alla sua entità numerica, ma in relazione al tipo di contesto terapeutico a cui viene applicata e al contributo che offre rispetto alla conoscenza disponibile per quel fenomeno (Cohen, 1998). Le sintesi dei dati di queste meta-analisi sono presentate nella Figura 1.

Alcune meta-analisi non fanno riferimento all'*effect size*. In particolare, Fisher e Wells (2005) riportano la percentuale di pazienti asintomatici al termine del trattamento, mentre Otto e colleghi (2004) evidenziano la percentuale di drop-out. Altre meta-analisi (Deacon e Abramovitz, 2004; Otte, 2011) non presentano dati originali ma si riferiscono ad altri articoli o a singoli studi. Due meta-analisi (Hunot, Churchill, de Lima e Teixeira, 2007; Watanabe, Churchill e Furukawa, 2007) riportano una vasta quantità di confronti relativi rispettivamente al trattamento del Disturbo d'Ansia Generalizzata e al confronto tra

psicoterapia e benzodiazepine nel trattamento del Disturbo di Panico. Queste verranno sintetizzate nella parte dell'articolo dedicata ai relativi disturbi.

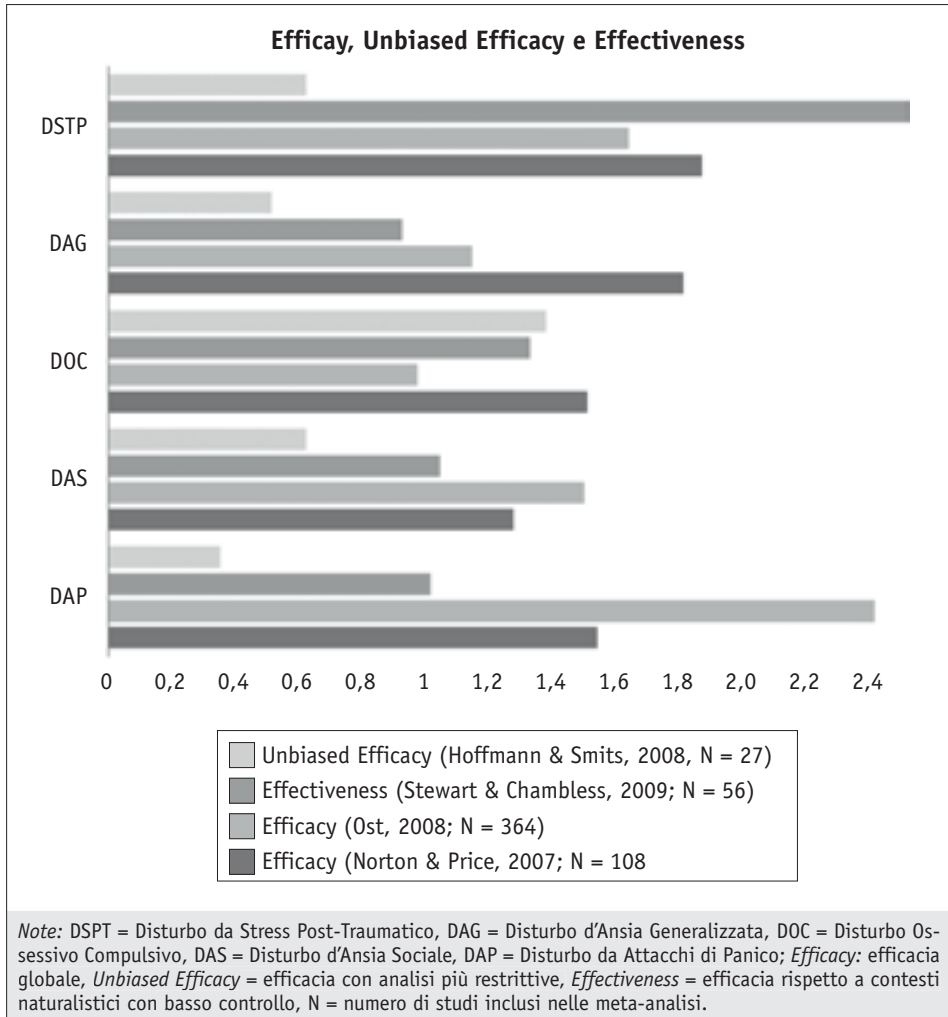


Figura 1 Sintesi dei dati di *efficacy*, *unbiased efficacy* ed *effectiveness* per la CBT di specifici Disturbi d'Ansia.

Infine, le meta-analisi raccolte si riferiscono all'applicazione dei protocolli CBT nella loro formulazione standardizzata. La CBT per i Disturbi d'Ansia ha sviluppato negli anni protocolli differenti, caratterizzati da un diverso grado di ecletticismo e che talvolta si sono distanziati dalla struttura standard con cui è stata sviluppata e validata sperimentalmente.

Non è tra gli obiettivi della presente rassegna considerare i modelli di intervento che si rifanno alla cornice teorica della CBT o derivati dalla CBT che non hanno sostenuto validazioni empiriche e che, di conseguenza, non trovano fondamento nei documenti raccolti.

## EFFICACIA DELLA CBT NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI D'ANSIA

### *Disturbo di Panico*

Gli attacchi di panico sono improvvise manifestazioni di ansia e paura che aumentano rapidamente entro un periodo di 10 minuti e in assenza di vero pericolo. Sono accompagnati da almeno quattro o più sintomi somatici o cognitivi tra cui palpitazioni, capogiri, sudorazione, sensazione di soffocamento, tremore o brividi, paura di morire, di perdere il controllo, di soffocare.

La CBT del Disturbo di Panico (DP) solitamente prevede: (1) psicoeducazione sulla natura e la fisiologia di ansia e panico, (2) tecniche cognitive volte a modificare la tendenza a interpretare in modo catastrofico i segnali corporei, (3) esposizione a sensazioni fisiche di ansia (esposizione enterocettiva) con abbandono di comportamenti di sicurezza, (4) tecniche di gestione degli stati ansiosi (ad esempio tecniche di rilassamento).

Diverse meta-analisi nell'ultimo decennio hanno esplorato l'efficacia della CBT per il trattamento del DP in condizioni sia di maggiore controllo che di pratica clinica quotidiana. Le diverse meta-analisi riportano *efficacy* variabile da 0,59 a 2,40, *unbiased efficacy* pari a 0,35 in condizioni di maggior rigore (Hoffmann e Smits, 2008), *effectiveness* di 1,01 per la frequenza degli attacchi di panico, 1.23 per la paura della paura, 1.02 per il livello di ansia generale e 0,83 per comportamenti di evitamento (Stewart e Chambless, 2009). La percentuale di pazienti con un miglioramento clinico significativo (*clinically significant improvement, CSI*) è pari al 78% a seguito di terapia cognitiva (Ost, 2008). Il numero delle sessioni varia da 8 a 12. In generale i cambiamenti ottenuti mantengono stabilità nel tempo (Norton e Price, 2007).

Studi che hanno confrontato intervento basato su esposizione enterocettiva e terapia cognitiva separatamente non hanno evidenziato differenze significative negli esiti né a breve né a lungo termine. L'associazione con terapia farmacologica somministrando imipramina o benzodiazepine non offre benefici aggiuntivi (Barlow, Gorman, Shear e Woods, 2000), anzi può ridurre gli effetti positivi della CBT (Spiegel e Bruce, 1997). L'utilizzo combinato di paroxetina e CBT sembra permettere un'instaurazione più rapida degli effetti terapeutici senza interferire con quest'ultima (Bridler e Umbricht, 2001). Un'accurata meta-analisi sul trattamento combinato di CBT e benzodiazepine ha identificato un leggero vantaggio dell'intervento combinato in fase di trattamento, che tuttavia si perde o addirittura si inverte a favore della singola CBT dopo qualche mese dalla fine del trattamento (Watanabe, Churchill e Furukawa, 2009).

Nonostante la CBT sia universalmente considerata dalle linee guida internazionali (NCCMH, 2011) come il trattamento di prima scelta per il Disturbo di Panico con e senza Agorafobia, analisi di *unbiased efficacy* (Hoffmann e Smits, 2008) evidenziano una considerevole riduzione dell'efficacia, che si assesta su livelli che vanno dal leggero

al moderato miglioramento sintomatologico soprattutto in studi recenti (Ost, 2008). Una possibile spiegazione può essere legata alla presenza di numerose variabili che sono state scelte come misure di efficacia nel caso del DP (ad esempio frequenza degli attacchi, evitamento, paura dell'ansia e così via), rischiando così distorsioni nell'analisi dei dati o difficoltà nella possibilità di effettuare un adeguato confronto.

Recenti studi evidenziano due linee di sviluppo terapeutico. Innanzitutto è possibile implementare interventi atti a ridurre la vulnerabilità psicologica allargando accertamento e intervento CBT oltre l'interpretazione dei sintomi ansiosi. In particolare, la presenza di una generale tendenza a mantenere uno stretto equilibrio nella percezione di sé e delle relazioni come sicure e, conseguentemente, l'eccessiva propensione a monitorare, rimuginare e interpretare in versione catastrofica ogni perturbazione di questo equilibrio (ad esempio dovere di controllo; Lorenzini e Sassaroli, 2000). Secondariamente, la CBT interviene solo indirettamente su un'altra componente del DP: la tendenza a rivolgere l'attenzione ai propri segnali corporei. È possibile che alcune tecniche CBT (come l'esposizione) agiscano sulla re-interpretazione dei segnali di ansia senza modificare l'eccessiva attenzione ai propri segnali corporei. L'introduzione di tecniche che possono modificare l'orientamento dell'attenzione come l'*attentional training* (Wells, 1990) ha mostrato risultati promettenti come intervento aggiuntivo o anche come intervento unico nel trattamento del DP (Wells, White e Carter, 1997).

### *Disturbo d'Ansia Sociale*

Il Disturbo d'Ansia Sociale (o Fobia Sociale) è caratterizzato da una marcata paura di provare ansia in situazioni sociali o di eseguire prestazioni non all'altezza delle aspettative, da cui possa derivare un giudizio negativo.

La CBT per il Disturbo d'Ansia Sociale (DAS) enfatizza l'esposizione a situazioni sociali temute, l'acquisizione e la pratica di abilità sociali e la ristrutturazione cognitiva delle credenze circa le proprie competenze, la possibilità di ricevere un giudizio negativo e le implicazioni catastrofiche di questa valutazione da parte degli altri.

Le meta-analisi considerate circa l'efficacia della CBT riportano *efficacy* variabile da 1,04 a 1,49, *unbiased efficacy* di 0,62 (Hoffmann e Smits, 2008), *effectiveness* di 1,04 (Stewart e Chambless, 2009). La percentuale di pazienti con un miglioramento clinico significativo è pari al 76% a seguito di terapia cognitiva (Ost, 2008). Le variabili oggetto di misurazione riguardano i livelli di ansia somatica in situazioni sociali e la preoccupazione per la propria prestazione e per il giudizio degli altri. Il numero medio delle sedute è 12. In generale i cambiamenti ottenuti mantengono stabilità nel tempo (Norton e Price, 2007). Studi che hanno confrontato intervento basato su esposizione e ristrutturazione cognitiva hanno evidenziato la superiore efficacia di quest'ultima sia nei risultati a breve termine che nella stabilità a lungo termine, con un incremento di *efficacy* che va da 0,28 a 1,01 (Ougrin, 2011). Non si evidenzia un effetto di FDA, anche se il numero ridotto di studi non pubblicati per il DAS richiede di assumere una certa cautela circa questo dato. Rispetto all'intervento farmacologico la CBT risulta avere un'efficacia più stabile nel tempo (Otto et al., 2004). Alcuni studi recenti hanno evidenziato che un intervento combinato potrebbe



favorire sia la rapidità che la stabilità degli esiti ottenuti; tuttavia il numero di studi che hanno combinato CBT e terapia farmacologica per il DAS sono ancora limitati (Canton, Scott e Glue, 2012).

Tra i vari approcci psicoterapeutici, la CBT è l'intervento più efficace nel trattamento del Disturbo d'Ansia Sociale, soprattutto per quanto riguarda la prevenzione delle ricadute nel tempo. L'efficacia rimane superiore anche se confrontata con recenti sviluppi psicoterapeutici (Canton, Scott e Glue, 2012). La CBT per il DAS è inoltre una delle condizioni in cui gli interventi cognitivi superano in efficacia gli interventi comportamentali basati sull'esposizione e acquisizione di abilità sociali. Una possibile spiegazione di questa distinzione risiede nella natura del disturbo in cui strategie di evitamento sono meno presenti e prevale un'autonoma esposizione alle situazioni sociali temute, mettendo in atto comportamenti di sicurezza controproducenti.

Una seconda spiegazione risiede nelle caratteristiche dei protocolli. Il trattamento CBT più studiato per il DAS è basato sul modello di Clark e Wells (1995) e prevede al suo interno una serie di interventi come video-feedback, ri-orientamento dell'attenzione verso l'esterno oltre alla ristrutturazione cognitiva e che già hanno mostrato sperimentalmente un esito immediato superiore alla comune esposizione (Hirsch et al., 2003; Harvey, Clark, Ehlers e Rapee, 2000). Le possibilità di sviluppo nel trattamento del DAS potrebbero orientarsi verso la rapidità dei successi ottenuti attraverso (1) l'esplorazione di interventi combinati con farmacoterapia, oppure (2) valutando se è possibile rinunciare a componenti specifiche della CBT ottenendo i medesimi risultati.

### *Disturbo Ossessivo-Compulsivo*

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo è definito come la ricorrente presenza di ossessioni (pensieri, impulsi o immagini mentali intrusivi e persistenti) e compulsioni (comportamenti o azioni mentali attuati nel tentativo di prevenire o ridurre il disagio emotivo), che impiegano molto tempo e sono esse stesse fonte di disagio.

La CBT per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) include principalmente tecniche di esposizione con prevenzione della risposta e interventi cognitivi volti a ristrutturare convinzioni circa responsabilità pervasiva, intolleranza all'incertezza, perfezionismo e bisogno di controllo (Salkovskis, 1985; OCCWG, 2005).

Le meta-analisi considerate circa l'efficacia della CBT riportano *efficacy* variabile da 0,97 a 1,50, *unbiased efficacy* di 1,37 (Hoffmann e Smits, 2008), *effectiveness* di 1,32 in studi avvenuti in contesto naturalistico (Stewart e Chambless, 2009). Le misure di esito riguardano principalmente la presenza di ossessioni e compulsioni. Il numero medio delle sedute è 15. In generale i cambiamenti ottenuti mantengono stabilità nel tempo (Norton e Price, 2007). Le meta-analisi esaminate suggeriscono che l'esposizione con prevenzione della risposta e la terapia cognitiva siano entrambi trattamenti efficaci, equivalenti alla terapia farmacologica, con risultati stabili nel tempo (Abramowitz, 1997; van Balkom et al., 1994; Ougrin 2011). Questo dato risulta più controverso rispetto ad altri Disturbi d'Ansia perché sono pochi gli studi in cui esiste una chiara distinzione tra i due interventi, considerando che l'esposizione e la prevenzione della risposta è una componente centrale

nei protocolli di terapia cognitiva. Una revisione ad opera di Franklin e Foa (2002) ha concluso che l'esposizione e la prevenzione della risposta risultino superiori a interventi cognitivi quando sono applicate in modo adeguato, con sessioni di esposizioni prolungate (almeno 90 minuti) e prevenzione della risposta altamente controllata. Non si evidenzia un effetto significativo dovuto al fenomeno dell'FDA. Rispetto all'intervento farmacologico la CBT risulta altrettanto efficace se confrontata con trattamenti principalmente basati su antidepressivi, riportando dati piuttosto ambivalenti riguardo l'efficacia di interventi combinati (Otto et al., 2004).

Anche se il grado di efficacia della CBT nel trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo si mantiene molto elevato in contesti di trattamento meno controllati, recenti meta-analisi hanno esplorato la percentuale di pazienti con un quadro asintomatico al termine della terapia (Fisher e Wells, 2005), che risulta pari al 25% per gli interventi basati su esposizione e prevenzione della risposta e al 21% per gli interventi di terapia cognitiva. Pur essendo la CBT il trattamento più efficace per un rapido miglioramento sintomatologico, la maggior parte dei pazienti mantiene al termine della terapia un quadro sintomatologico di non pieno recupero. La percentuale di pazienti asintomatici aumenta alle valutazioni di follow-up assestandosi attorno al 36% (McLean et al., 2001); tuttavia la possibilità che questi pazienti abbiano seguito anche altre forme di supporto tra la fine del trattamento e il follow-up rende azzardato attribuire questo incremento agli effetti della CBT. Allo stesso modo, la percentuale dei pazienti che ottiene un miglioramento clinico significativo è pari al 48%, il più basso tra i Disturbi d'Ansia (Ost, 2008).

Una possibile spiegazione risiede nel fatto che, tra i vari Disturbi d'Ansia, il DOC è quello in cui meno ha dominato negli anni un modello clinico specifico e capace di guidare l'intervento psicologico, soprattutto per quanto riguarda la componente cognitiva e la modificazione del sistema delle credenze. La maggior parte dei protocolli cognitivi sono assemblaggi modulari di interventi centrati su diverse condizioni con un potenziale impatto generico ed estendibile a molteplici Disturbi d'Ansia (ad esempio intolleranza all'incertezza, responsabilità pervasiva), nessuna delle quali ha assunto negli anni un valore specifico per il DOC entro un modello empiricamente validato. Il rischio potrebbe essere la proliferazione di interventi capaci di ridurre la vulnerabilità alla sofferenza emotiva senza modificare in modo stabile il rapporto con i propri pensieri intrusivi e la necessità di attuare rituali di controllo. Lo sviluppo di un modello clinico semplice e che espliciti la sequenza del percorso terapeutico potrebbe favorire un incremento dei pazienti con quadro asintomatico al termine della terapia.

### *Disturbo d'Ansia Generalizzata*

Il Disturbo d'Ansia Generalizzata (DAG) è caratterizzato da una cronica condizione di stress associato a rimuginio costante e incontrollabile per molte situazioni diverse, che risulta eccessivo in intensità, durata e frequenza rispetto alla probabilità o alle conseguenze degli eventi temuti. Il rimuginio è accompagnato da comportamenti estremamente prudenti volti a evitare gli esiti negativi e il livello di ansia che vi è associato. Il rimuginio, che è riconosciuto come elemento chiave del disturbo, è caratterizzato da una catena di pensieri

verbal negativi su ciò che potrebbe accadere in condizioni di incertezza (Borkovec, 1994; Sassaroli e Ruggiero, 2003; Ruggiero et al., 2012) e può essere adottato come strategia mentale, fallimentare in condizioni di ansia elevata, per ridurre l'impatto emotivo di immagini mentali (Ottaviani et al., 2014).

La CBT del DAG coinvolge interventi volti a mettere in discussione le distorsioni cognitive e la tendenza a usare il rimuginio e tecniche comportamentali come rilassamento ed esposizione immaginativa agli scenari catastrofici, così come esposizioni a situazioni reali, riducendo i comportamenti di evitamento e di controllo (Borkovec e Ruscio, 2001).

Le meta-analisi considerate circa l'efficacia della CBT riportano *efficacy* che varia da 1,14 a 1,80, *unbiased efficacy* di 0,51 (Hoffmann e Smits, 2008), *effectiveness* di 0,92 (Stewart e Chambless, 2009). La percentuale di pazienti con un miglioramento clinico significativo è pari al 53% a seguito di CBT (Ost, 2008). Le variabili di esito principalmente utilizzate sono il generale livello di ansia e la frequenza delle preoccupazioni. Il numero medio delle sedute è 12. In generale i cambiamenti ottenuti mantengono stabilità nel tempo (Norton e Price, 2007). Le meta-analisi considerate suggeriscono che interventi comportamentali, principalmente rilassamento ed esposizione immaginativa, e tecniche cognitive siano ugualmente efficaci, con un incremento significativo in trattamenti che combinano entrambe le strategie rispetto all'utilizzo singolo di tecniche comportamentali o cognitive (Deacon e Abramowitz, 2004). La CBT risulta più efficace della terapia farmacologica con diazepam, senza incrementi di efficacia a seguito di un intervento combinato (Otto et al., 2004).

Quando l'analisi degli studi sulla CBT per il trattamento del DAG viene attuata con criteri rigorosi il grado di efficacia si riduce considerevolmente e si assesta su livelli moderati. In una meta-analisi specifica per il Disturbo d'Ansia Generalizzata (Hunot, Churchill, de Lima e Teixeira, 2007) sono stati discussi 22 studi (per un totale di 1060 partecipanti), in cui sono stati confrontati diversi interventi terapeutici. La CBT risulta superiore nella riduzione di ansia e rimuginio a una condizione di lista d'attesa e di terapia psicodinamica. Non esistono però differenze significative con psicoterapie di supporto, per quanto i dati siano eccessivamente eterogenei per trarre una conclusione definitiva. In sintesi, la CBT per il GAD mostra ancora limiti che richiedono ulteriori sviluppi. Tali limiti sono stati spesso attribuiti a caratteristiche intrinseche al disturbo. In particolare, l'assenza di convinzioni nucleari e di stimoli minacciosi specifici ostacola l'applicazione di tecniche molto focalizzate su un target specifico come l'esposizione e la ristrutturazione cognitiva e porta alla continua replica di interventi verso una moltitudine di stimoli. Questo limite è stato fronteggiato da recenti modelli come quello basato sull'intolleranza dell'incertezza (Dugas, Gagnon, Ladouceur e Freeston, 1998) e il modello metacognitivo di Wells (1999). Solo il primo ha dato origine a un protocollo che rientra nel razionale CBT ed è focalizzato sulla difficoltà a tollerare le condizioni di incertezza come origine causale e target principale del trattamento. I risultati preliminari hanno mostrato un certo grado di efficacia, anche se solo leggermente superiore a un intervento basato sul rilassamento (Dugas et al., 2010). Il modello metacognitivo focalizza il suo interesse sul processo mentale del rimuginio e sulle credenze che lo sostengono e ha mostrato promettenti risultati in termini di efficacia (Wells, 2009; van der Heiden, Muris e van der Molen, 2012). Non viene incluso nel det-

taglio nella presente rassegna e nelle meta-analisi cui si riferisce in quanto si fonda su un razionale differente rispetto a quello dei modelli cognitivi e comportamentali.

### *Disturbo da Stress Post-Traumatico*

Il Disturbo da Stress Post-Traumatico (DSPT) prevede (1) la presenza di un'esperienza traumatica, (2) la tendenza a riviverla mentalmente, (3) l'evitamento di stimoli associati al trauma, (4) l'incremento dei livelli di tensione.

La CBT del DSPT include tre componenti: (1) psicoeducazione relativa alla natura della paura, dell'ansia e dei sintomi legati al trauma, (2) esposizione prolungata agli stimoli legati agli eventi traumatici, (3) ristrutturazione cognitiva delle credenze disfunzionali.

Le meta-analisi considerate circa l'efficacia della CBT riportano *efficacy* di 1 (Norton e Price, 2007), *unbiased efficacy* di 0,62 (Hoffmann e Smits, 2008), *effectiveness* di 2,59 (Stewart e Chambless, 2009). La percentuale di pazienti con un miglioramento clinico significativo è pari al 66% a seguito di CBT (Ost, 2008). Le variabili di esito principalmente utilizzate sono il generale livello di ansia e la frequenza delle intrusioni mentali e degli evitamenti. Il numero medio delle sedute è 9,5. In generale i cambiamenti ottenuti mantengono stabilità nel tempo (Norton e Price, 2007). Studi che hanno confrontato interventi basati su esposizione e terapia cognitiva non hanno evidenziato differenze significative tra i due (Ougrin, 2011). Rispetto ad altre forme di psicoterapia come EMDR non si evidenziano differenze significative: sia CBT che EMDR si sono mostrati ugualmente efficaci sia nel breve termine che per quanto riguarda la stabilità dei risultati raggiunti. Inoltre, un intervento CBT focalizzato esclusivamente sul trauma e un intervento EMDR sono leggermente più efficaci della CBT non focalizzata sul trauma (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper e Lewis, 2013). Rispetto alla terapia farmacologica la CBT risulta più efficace, senza incrementi di efficacia a seguito di un intervento combinato (Hetrick, Purcell, Garner e Parslow, 2010).

In conclusione, CBT ed EMDR rappresentano a oggi i trattamenti più efficaci nel trattamento del DSPT, con una maggiore efficacia e stabilità dei risultati per interventi brevi e focalizzati sui ricordi traumatici piuttosto che interventi che richiamano aspetti generali legati alla personalità, le credenze nucleari, gli schemi cognitivi dell'individuo o il suo percorso evolutivo. Resta di difficile interpretazione il vasto incremento di efficacia riscontrato in condizioni di trattamento naturalistico.

## **CONFRONTI DI EFFICACIA**

### *CBT e Terapia Farmacologica*

In letteratura esistono evidenze circa l'efficacia della CBT per il trattamento di pazienti con Disturbi d'Ansia (1) che non rispondono a terapia farmacologica, (2) che desiderano interrompere una terapia farmacologica, (3) che desiderano migliorare i risultati che stanno ottenendo con una terapia farmacologica.

La terapia farmacologica agisce attenuando l'ansia che viene elicitata da stimoli temuti nei diversi disturbi, ma nella maggior parte dei casi questa attenuazione scompare quando

il farmaco viene abbandonato e la ricaduta è piuttosto comune. Questo rischio viene ridotto in parte se l'interruzione avviene dopo un lungo periodo di assunzione (Mavissikalian, Perel e de Groot, 1993).

Il confronto e l'integrazione tra terapia farmacologica e CBT sono stati al centro delle ricerche di efficacia negli anni '90 e nel primo decennio del nuovo millennio. La maggior parte dei confronti ha considerato l'uso di SSRI, antidepressivi triciclici e benzodiazepine (Lydiard et al., 1996). La ricerca si è concentrata su alcuni punti: (1) efficacia su esito a breve termine, (2) stabilità nel tempo dei risultati, (3) vantaggi di un intervento combinato, (4) strategia per coloro che non rispondono al trattamento.

Una vasta gamma di studi ha mostrato che la CBT ha efficacia in termini di esito a breve termine equivalente o moderatamente superiore alla terapia farmacologica nel trattamento di OCD (Kobak et al., 1998), DAS (Gould et al., 1997), DP (Gould et al., 1995), GAD (Gould et al., 1997b) e DSPT (Otto et al., 1996). La percentuale media di drop-out su Disturbi d'Ansia è del 12,5% per la CBT e del 20,6% per la terapia farmacologica (Otto et al., 2004) e il rapporto costo-efficacia è decisamente a favore della CBT (Layard, Clark, Knapp e Mayraz, 2007). I risultati della CBT sono mantenuti nel tempo con maggiore stabilità rispetto alla terapia farmacologica anche 6 mesi dopo l'interruzione della terapia.

Una serie di studi ha esplorato il vantaggio prodotto dalla combinazione di CBT e terapia farmacologica. I risultati mostrano che la combinazione non offre maggiore efficacia per DP (Barlow et al., 2000) e GAD (Power et al., 1990) e ha dati insufficienti per DAS e ambigui nel caso del DOC, dove alcuni studi hanno evidenziato un'assenza di differenze e altri un miglioramento delle condizioni combinate. Tuttavia, la combinazione di terapia farmacologica e CBT può avere anche effetti collaterali. Ad esempio, l'interruzione della terapia farmacologica in condizioni di terapia integrata causa maggiore vulnerabilità alla ricaduta rispetto alla sola CBT. Infine, diversi studi hanno mostrato che la CBT può essere un'efficace scelta per pazienti che non ottengono miglioramenti con la terapia farmacologica e viceversa (Otto et al., 2004).

### *Efficacia relativa di interventi comportamentali e cognitivi*

Una delle caratteristiche dei protocolli di psicoterapia cognitivo-comportamentale risiede nell'integrazione di diverse tecniche. Questa varietà, se da un lato favorisce l'identificazione del tipo di integrazione più adatto per lo specifico disturbo e concede un certo grado di flessibilità, dall'altro ostacola la comprensione di quale sia il meccanismo più efficace nell'azione curativa del singolo Disturbo d'Ansia. In particolare si possono distinguere tecniche comportamentali basate sul rationale dell'abituazione (come l'esposizione graduale o l'esposizione e prevenzione della risposta), tecniche che sono basate sul controcondizionamento (come le varie forme di rilassamento muscolare), tecniche che integrano entrambi gli interventi (come la desensibilizzazione sistematica). L'intervento cognitivo prevede, invece, l'uso della ristrutturazione cognitiva e degli esperimenti comportamentali per identificare e mettere in discussione convinzioni disfunzionali del paziente e iniziare a considerare prospettive alternative che possano ridurre la sofferenza emotiva.

I risultati di una recente meta-analisi sull'efficacia relativa di tecniche cognitive e comportamentali e delle varie combinazioni (Norton e Price, 2007) mostrano che nessuna tecnica o combinazione di tecniche prevale significativamente sull'altra né in generale né in riferimento a specifici Disturbi d'Ansia. I risultati vanno considerati alla luce del fatto che certe combinazioni di interventi non sono state identificate per alcuni disturbi. Inoltre, non si evidenzia una maggiore efficacia di interventi combinati rispetto a interventi in cui una sola di queste condizioni viene applicata. Questo ha un interessante risvolto in termini di efficienza, suggerendo che l'applicazione adeguata di una singola forma di intervento potrebbe ottenere risultati simili all'applicazione combinata di più tecniche (oltre che essere più breve) e che l'integrazione di diversi interventi potrebbe essere un'opzione da considerare solo in caso di mancata risposta alla prima scelta effettuata.

### *CBT ieri e oggi*

Le tecniche comportamentali e poi cognitive per il trattamento dei Disturbi d'Ansia sono state sottoposte a studi di efficacia sin dal 1966. In oltre quarant'anni di studi si sono accumulate numerose evidenze. Una prospettiva accurata sui progressi della CBT nel corso degli anni è descritta nella meta-analisi di Ost (2008), in cui l'efficacia della CBT è stata confrontata suddividendo gli studi sulla base dell'anno di pubblicazione.

I risultati vanno nella direzione opposta a quella che sarebbe ragionevole attendersi, vale a dire un graduale progresso dell'efficacia, parallelo alla moltiplicazione degli studi di efficacia. I dati raccolti su 364 studi mostrano che il livello di efficacia (*effect size*) della CBT è associato negativamente all'anno di pubblicazione. Studi più recenti mostrano esiti significativamente inferiori per DP, DAS, OCD, GAD e DSPT. La percentuale di soggetti che ottengono un miglioramento clinicamente significativo rimane tuttavia stabile nel corso delle decadi (Ost, 2008).

Nonostante l'efficacia della CBT sia sostenuta pressoché dall'intera mole di dati raccolti in questa meta-analisi, emerge una ridotta tendenza al progresso, se non addirittura una riduzione del livello di efficacia nel corso degli anni, anche applicando il medesimo rigore nelle analisi statistiche. Ost (2008) individua alcune possibili ipotesi esplicative. La prima suggerisce che i pazienti ansiosi negli anni siano diventati più gravi e difficili da trattare di quanto non fossero precedentemente, anche se i livelli di severità dei sintomi sembrano essere rimasti stabili. La seconda ipotesi sottolinea come gli studi originali sono stati somministrati dall'ideatore, con maggiore competenza e aderenza al modello di riferimento. Una terza ipotesi è che, nel corso degli anni, gli studi si siano concentrati a ridurre il numero di sessioni eliminando componenti dei protocolli originali e nei fatti applicando una versione più debole della CBT. Tuttavia, non esistono al momento sufficienti dati in grado di corroborare una di queste potenziali spiegazioni.

### *CBT e Terapie di Terza Generazione*

I limiti della CBT hanno stimolato in anni recenti lo sviluppo di nuove forme di psicoterapia che vengono comunemente definite terapie di terza generazione o di terza on-

data e comprendono, tra gli altri, interventi basati su mindfulness (Mindfulness Based Interventions o MBI, Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams e Teasdale, 2002), Terapia Dialettica Comportamentale (Dialectical Behavior Therapy o DBT, Linehan, 1993) e Acceptance and Commitment Therapy (ACT, Hayes, Strosahl e Wilson, 1999). Con riferimento a interventi *mindfulness-based*, non esistono meta-analisi che confrontino direttamente l'efficacia rispetto alla CBT nel trattamento dei Disturbi d'Ansia. Alcune recenti meta-analisi di trial clinici senza un gruppo di controllo attivo mostrano una buona efficacia generale su sintomi ansiosi (Vollestad, Nielsen e Nielsen, 2012), pur sottolineando la necessità di aggiungere interventi psicoterapeutici alla semplice meditazione per ottenere risultati più significativi. Studi specifici che hanno confrontato MBI e CBT sono piuttosto scarsi e con risultati che vanno da un'efficacia simile a una superiorità della CBT (Koszycki, Benger, Shlik e Bradwein, 2007).

Tra le terapie di terza generazione l'ACT è quella che ha ricevuto maggiore attenzione in termini di ricerca di efficacia per i Disturbi d'Ansia (Powers, Zum Vorde Sive Vording e Emmelkamp, 2009). I risultati preliminari hanno mostrato promettenti prove di efficacia, nonostante siano state sollevate diverse critiche dal punto di vista del rigore metodologico di questi studi suggerendo cautele circa l'affidabilità dei risultati (Ost, 2008; 2014). Più recentemente alcuni trial clinici randomizzati hanno confrontato direttamente le due terapie nel trattamento dei Disturbi d'Ansia (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans e Geller, 2007; Forman et al., 2012; Arch et al., 2012). I risultati mostrano un'efficacia equivalente al termine del trattamento anche se i due interventi sembrano agire su meccanismi differenti. Tuttavia, l'analisi della stabilità dei risultati a 18 mesi dalla fine del trattamento evidenzia una maggiore efficacia della CBT rispetto ad ACT.

Un altro tipo di terapia di recente sviluppo per il trattamento dei Disturbi d'Ansia è la *Metacognitive Therapy* (MCT, Wells, 2009), che mira alla modifica di processi di pensiero (ad esempio focalizzazione su stimoli minacciosi, rimuginio e ruminazione, soppressione dei pensieri) e delle convinzioni metacognitive che li sostengono. Una recente meta-analisi ha raccolto i primi studi sul confronto tra CBT e MCT per Disturbi d'Ansia e Depressione (Norman, van Emmerik e Morina, 2014) e ha evidenziato una superiore efficacia della MCT. Tuttavia il numero esiguo di dati a disposizione richiede che questo risultato sia considerato con estrema cautela.

## DISCUSSIONE

La raccolta degli studi presentata in questa rassegna mostra una generale efficacia della CBT nel trattamento dei Disturbi d'Ansia mai raggiunta da altri trattamenti psicofarmacologici e psicoterapeutici. Tale efficacia si assesta in media su livelli moderati o elevati e resta significativa anche in studi attuati in contesti naturalistici, così come a fronte di analisi rigorose che considerino dati di drop-out e di studi non pubblicati.

L'osservazione dei dati emergenti evidenzia tuttavia una mancanza di progresso dell'efficacia nel corso degli anni e quesiti ancora aperti a futuri sviluppi per i singoli disturbi. Alcuni esempi riguardano DP, DOC e DAG. Ad esempio, l'efficacia della CBT per il Disturbo di Panico si riduce notevolmente quando vengono applicati criteri più rigorosi;



questo può essere legato a una certa varietà nelle variabili di esito solitamente considerate per questo disturbo oppure alla necessità di allargare l'intervento terapeutico ad altri aspetti come i fattori di vulnerabilità, indipendenti dal ciclo di mantenimento del panico, o la tendenza a mantenere l'attenzione focalizzata sulle sensazioni corporee.

Nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo è evidente una mancanza di progresso nei risultati di efficacia che appaiono stabili negli ultimi trent'anni, in particolare riguardo alla percentuale di pazienti che risultano asintomatici al termine del trattamento. L'assenza di un modello clinico empiricamente validato da cui dedurre un chiaro protocollo di intervento su componenti causali specifiche può avere ostacolato i progressi nell'area ossessivo-compulsiva e favorito l'assemblaggio di interventi su convinzioni che rappresentano elementi più generici di vulnerabilità psicologica. Nel Disturbo d'Ansia Generalizzata la quantità di contenuti su cui è possibile intervenire può ostacolare e prolungare l'efficacia degli interventi CBT. Modelli che hanno cercato di cogliere i nodi centrali indipendenti dai contenuti, come il modello basato sull'intolleranza degli stati di incertezza o il modello metacognitivo, rappresentano la direzione esplorata per favorire il progresso della CBT per questo disturbo.

In altri Disturbi d'Ansia l'efficacia è più stabile e più riconosciuta. Nel Disturbo d'Ansia Sociale le possibilità di sviluppo dell'intervento riguardano principalmente l'aumento della rapidità con cui i risultati vengono ottenuti. Nel Disturbo da Stress Post-Traumatico interventi più focalizzati sull'evento traumatico e sui cambiamenti che questo ha generato risultano più efficaci degli interventi che si allargano all'impatto rispetto alle caratteristiche personologiche ed evolutive dell'individuo.

Il numero medio di sedute rimane piuttosto limitato, muovendosi da un minimo di 8 a un massimo di 15 sessioni terapeutiche, escluso il processo diagnostico e di assessment preliminare.

I limiti metodologici dei primi studi di efficacia, che hanno sollevato numerosi dubbi circa l'applicabilità della CBT in contesti di pratica clinica quotidiana, sono stati lentamente superati. La ricerca in psicoterapia è divenuta sempre più rigorosa e sempre più vicina a contesti naturalistici. L'attento studio delle meta-analisi sostiene che gli strumenti della CBT siano attualmente la prima scelta nel trattamento dei Disturbi d'Ansia, ma evidenzia come per molti di questi disturbi il percorso scientifico non possa dirsi concluso e debba procedere nella direzione di raffinare conoscenze e tecniche verso protocolli: (1) più efficaci, (2) più rapidi, (3) più focalizzati sui meccanismi chiave che sostengono il disturbo.

## BIBLIOGRAFIA

- Abramowitz, J. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44-52.
- Arch, J.J., Eifert, G.H., Davies, C., Plumb Vilardaga, J.C., Rose, R.D., & Craske, M.G. (2012). Randomized clinical trial of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 80, 750-765.



- Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K. & Woods, S.W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 283, 2529-2536.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: Meridian. Trad. it. *Principi di terapia cognitiva*. Roma: Astrolabio, 1984.
- Bisson, J.I., Roberts, N.P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Review*, 12:CD003388.
- Borkovec, T.D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. Davey, & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 5-33). Chichester, England: Wiley.
- Borkovec, T.D., & Ruscio, M.A. (2001). Psychotherapy for Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 37-42.
- Bridler, R., & Umbricht, D. (2001). Treatment of panic disorder with combination of SSRI and cognitive-behavioral therapy. *Psychiatrische Praxis*, 28, 244-245.
- Canton, J., Scott, K.M., & Glue, P. (2012). Optimal treatment of social phobia: Systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 203-215.
- Clark, D.M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, & R.R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M.H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Dugas, M.J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., Leblanc, R., & Gervais, N.J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 41, 46-58.
- Forman, E.M., Herbert, J.D., Moitra, E., Yeomans, P.D., & Geller, P.A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31, 772-799.
- Forman, E.M., Shaw, J.A., Goetter, E.M., Herbert, J.D., Park, J.A., & Yuen, E.K. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior Therapy*, 43, 801-811.
- Franklin, M.E., & Foa, E.B. (2002). *Cognitive-behavioral treatment of obsessive compulsive disorder*. In P. Nathan, & J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed., pp. 367-386). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gould, R.A., Otto, M.W., & Pollack, M.H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 819-844.
- Gould, R.A., Otto, M.W., Pollack, M.H., & Yap, L. (1997). Cognitive-Behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285-305.

- Gould, R.A., Buckminster, S., Pollack, M.H., Otto, M.W., & Yap, L. (1997). Cognitive-Behavioral and Pharmacological Treatment of Social Phobia: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306.
- Harvey, A.G., Clark, D.M., Ehlers, A., & Rapee, R.M. (2000). Social anxiety and self-impression: Cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful social task. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1183-1192.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hedges, L.V. (1981). Distribution theory for Glass's estimator of effect size and related estimators. *Journal of Educational Statistics*, 6, 107-128.
- Hetrick, S.E., Purcell, R., Garner, B., & Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD007316.
- Hirsch, C.R., Clark, D.M., Mathews, A., & Williams, R. (2003). Self-Image play a causal role in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 909-921.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Bantam.
- Kobak, K.A., Greist, J.H., Jefferson, J.W., Katzelnick, D.J., & Henk, H.J. (1998). Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Psychopharmacology*, 136, 205-216.
- Koszycki, D., Benger, M., Shlik, J., & Bradwein, J. (2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2518-2526.
- Layard, R., Clark, D., Knapp, M., & Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202, 90-98.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York: Guildford Press. Trad. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Raffaello Cortina, 2011.
- Lydiard, R.B., Brawman-Mintzer, O., & Ballenger, J.C. (1996). Recent developments in the psychopharmacology of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 660-668.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (2000). *La mente prigioniera*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mavissakalian, M.R., Perel, J.M., & de Groot, C. (1993). Imipramine treatment of panic disorder with agoraphobia: The second time around. *Journal of Psychiatric Research*, 27, 61-68.
- McLean, P.D., Whittal, M.L., Thordarson, D.S., Taylor, S., Sochting, I., Koch, W.J., Paterson, R., & Anderson, K.W. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 205-214.
- National Collaborating Centre for Mental Health – NCCMH (2011). *Common mental health disorders. Identification and pathways to care*. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence.

- Norman, N., van Emmerik, A.A., & Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depression & Anxiety, 31*, 402-411.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group – OCCWG. (2005). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and Interpretation of Intrusions Inventory. Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1527-1542.
- Ost, L.G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 61*, 105-121.
- Ottaviani, C., Borlimi, R., Brighetti, G., Caselli, G., Favaretto, E., Giardini, I., Marzocchi, C., Nucifora, V., Ruggiero, G.M., Rebecchi, D., & Sassaroli, S. (2014). Worry as an adaptive avoidance strategy in healthy controls but not in pathological worriers. *International Journal of Psychophysiology, 93*, 349-355.
- Otto, M.W., Penava, S.J., Pollack, R.A., & Smoller, J.W. (1996). Cognitive-behavioral and pharmacologic perspectives on the treatment of post-traumatic stress disorder. In M.H. Pollack, M.W. Otto, & J.F. Rosenbaum (Eds.), *Challenges in Clinical Practice: Pharmacologic and Psychosocial Strategies* (pp. 218-260). New York, NY: Guildford Press.
- Power, K.G., Simpson, R.J., Swanson, R.J., & Wallace, L.A. (1990). Controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of generalized anxiety disorder in primary care. *British Journal of General Practice, 40*, 289-294.
- Powers, M.B., Zum Vorde Sive Vording, M.B., & Emmelkamp, P.M. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics, 78*, 73-80.
- Rosenthal, R. (1979). The «file drawer problem» and tolerance for null results. *Psychological Bulletin, 86*, 638-641.
- Ruggiero, G.M., Stapinski, L., Caselli, G., Fiore, F., Gallucci, M., Sassaroli, S., & Rapee, R.M. (2012). Beliefs over control and meta-worry interact with the effect of intolerance of uncertainty on worry. *Personality and Individual Differences, 53*, 224-230.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 571-583.
- Sassaroli, S., Ruggiero, G.M., & Lorenzini, R. (2007). *Terapia cognitiva dell'ansia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sassaroli, S., & Ruggiero, G.M. (2003). Psicopatologia cognitiva del rimuginio. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 9*, 31-45.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guildford Press. Trad. it. *Mindfulness. Al di là del pensiero attraverso il pensiero*. Torino: Bollati Boringhieri, 2006.
- Spiegel, D.A., & Bruce, T.J. (1997). Benzodiazepines and exposure-based cognitive behavior therapies for panic disorder: Conclusions from combined treatment trials. *American Journal of Psychiatry, 154*, 773-781.

- van Balkom, A.J.L.M., van Oppen, P., Vermeulen, A.W.A., van Dyck, R., Nauta, M.C.E., & Vorst, H.C.M. (1994). A meta-analysis of the treatment of obsessive compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review* 14, 359-381.
- van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H.T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 100-109.
- Vollestad, J., Nielsen, M.B., & Nielsen, G.H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 239-260.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attention training approach to treatment. *Behaviour Therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley. Trad. it. *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. Milano: Mc-Graw-Hill.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalised anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-95.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford. Trad. it. *Terapia Metacognitiva dei Disturbi d'Ansia e della Depressione*. Firenze: Eclipsi.
- Wells, A., White, J., & Carter, K. (1997). Attention Training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226-232.

### *Studi utilizzati nella presente rassegna*

- Deacon, B.J., & Abramowitz, J.S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 429-441.
- Fisher, P.L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1543-1558.
- Hoffmann, S.G., & Smits, J.A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-32.
- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 24(1).
- Norton, P.J., & Price, E.C. (2007). A Meta-Analytic Review of Adult Cognitive-Behavioral Treatment Outcome Across the Anxiety Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521-531.
- Ost, L.G. (2008). Cognitive behavior therapy for anxiety disorders: 40 years of progress. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 5-10.
- Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: Current state of the evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 413-421.
- Otto, M.W., Smits, J.A.J., & Reese, H.E. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for the Treatment of Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 34-41.

- Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 11*(200).
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Panic Disorder and Agoraphobia. (2003). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*, 641-656.
- Stewart, R.E., & Chambless, D.L. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 595-606.
- Van Emmerik, A.A., Reijntjes, A., & Kamphuis, J.H. (2013). Writing therapy for post-traumatic stress: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 82*, 82-88.
- Watanabe, N., Churchill, R., & Furukawa, T.A. (2009). Combined psychotherapy plus benzodiazepines for panic disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 21*(1).

---

Presentato il 26 giugno 2014, accettato per la pubblicazione il 12 gennaio 2015

---

## Corrispondenza

Gabriele Caselli  
Studi Cognitivi  
Via Giardini, 472/L  
41100 Modena  
e-mail: g.caselli@studicognitivi.net



---

# Acceptance and Commitment Therapy e Terapia Cognitivo-Comportamentale a confronto: una revisione della letteratura

---

**Luca Calzolari** – Scuola Cognitiva di Firenze

**Giulia Fioravanti** – Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

---

## Riassunto

Nonostante negli ultimi dieci anni sia stato condotto un numero considerevole di studi che hanno mostrato l'efficacia dell'Acceptance and Commitment Therapy per il trattamento di un'ampia varietà di problemi psicologici, rimane ancora controverso e aperto il dibattito circa le evidenze empiriche di tale trattamento e su ciò che lo differenzia dalla Terapia Cognitivo-Comportamentale. Obiettivo del presente lavoro è quello di fornire un contributo teorico su tale tema, presentando una revisione degli studi che hanno messo a confronto l'Acceptance and Commitment Therapy e la Terapia Cognitivo-Comportamentale. Quindici studi sono stati identificati tramite una ricerca sugli archivi elettronici PubMed e Scopus condotta a Novembre 2014. Sono stati inclusi nella rassegna gli studi che hanno confrontato trattamenti di tipo individuale per disturbi d'ansia e dell'umore. Non si riscontrano differenze rilevanti tra il trattamento cognitivo-comportamentale e l'Acceptance and Commitment Therapy in termini di efficacia di esito a breve termine, misurata attraverso la riduzione sintomatologica e il miglioramento del funzionamento globale. Alcune differenze sembrano emergere nella valutazione a lungo termine. Più controversi appaiono i risultati relativi ai mediatori di efficacia dei due trattamenti: sebbene alcuni studi evidenzino che i due trattamenti producono cambiamenti terapeutici attraverso processi diversi, altri rilevano dei processi di mediazione simili.

---

**Parole chiave:** *Acceptance and Commitment Therapy, Terapia Cognitivo-Comportamentale, Review, Efficacia, Processi di mediazione.*

## Abstract

### **A comparison between Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioural Therapy: A review of literature**

During the last decade a considerable number of studies have been conducted showing that Acceptance and Commitment Therapy is an effective treatment for a wide range of psychological disorders. However, the debate about the empirical status of Acceptance and Commitment Therapy and its different characteristics compared to Cognitive Behavioural Therapy remains controversial

and open. This study aims to shed some light on the issue by conducting a systematic review of the studies that have compared Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioural Therapy. Fifteen studies were identified using the databases PubMed and Scopus in November 2014. Studies were included in the review if they compared individual treatments focused on mood and anxiety disorders. The two treatments were equivalently effective at post-treatment according to measures of symptoms and global functioning. Some differences emerged in long-term outcomes. Studies that have investigated mediating mechanisms have produced mixed results. Whereas some studies have found evidence that Acceptance and Commitment Therapy works using different processes from Cognitive Behavioural Therapy, other studies have showed that the two treatments shared similar mechanisms of action.

---

**Keywords:** *Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive Behavioural Therapy, Systematic review, Efficacy, Mediation processes.*

## INTRODUZIONE

Negli ultimi quindici anni abbiamo assistito, all'interno della Terapia Cognitivo-Comportamentale, all'emergere di nuovi modelli, ascrivibili a quella che viene definita «terza ondata». Focus di questa nuova «onda» non è più il cambiamento diretto degli elementi psicologici, ma la modificazione della relazione che l'individuo ha con essi. Si tratta di una rivoluzione profonda all'interno del paradigma cognitivo-comportamentale, nel quale la sofferenza non viene più spiegata come frutto di un errore di valutazione della realtà esterna ma come una difficoltà a regolare i propri stati emotivi. Un cambiamento dettato da un problema clinico: l'intervento su stati mentali non modificabili attraverso l'azione sulle credenze (Ruggiero, 2011). Terza ondata, quindi, nata come risposta alternativa, laddove interventi cognitivi di ristrutturazione non erano sufficienti a portare un miglioramento sintomatologico (Longmore e Worrel, 2007), e sviluppata recuperando alcuni principi comportamentali con l'obiettivo di aiutare il soggetto ad avere un atteggiamento mentale diverso rispetto ai propri stati problematici. Invece di centrare il lavoro terapeutico sulla modifica sistematica della loro frequenza, il focus viene diretto verso il cambiamento del contesto nel quale pensieri ed emozioni sono esperiti. È in quest'ottica che vedono la luce programmi di ricerca sperimentale come la Relational Frame Theory (Hayes, Barnes-Holmes e Roche, 2001), utilizzata come guida per lo sviluppo dell'Acceptance and Commitment Therapy (Hayes et al., 2006).

La Terapia Cognitivo-Comportamentale è diventata nel tempo la terapia elettiva per un'ampia gamma di disturbi che vanno da quelli ansiosi, ai disturbi dell'umore, alla schizofrenia e ai disturbi di personalità (Butler, Chapman, Forman e Beck, 2006). Come molti autori hanno evidenziato, è difficile poter dare una definizione unitaria di questo modello poiché tanti sono i principi, le prospettive teoriche e le tecniche che possono esservi inclusi (Craske, 2010; Hayes, 2008; Herbert e Forman, 2013). In quest'ottica la Terapia Cognitivo-Comportamentale può essere meglio vista come basata su un approccio scientifico alla psicoterapia e alla psicopatologia che ha unito modelli coerenti tra loro (Ruiz, 2012).



Nonostante questa premessa di eterogeneità all'interno della Terapia Cognitivo-Comportamentale, possiamo sottolineare come l'elemento comune sia l'enfasi verso la modalità con cui il soggetto attribuisce senso e significato alla propria esperienza soggettiva e, di conseguenza, il riconoscimento della variabile cognitiva come centrale nella spiegazione della sofferenza psicologica. Assumono così un ruolo fondamentale, per l'origine dei disturbi emotivi e comportamentali, le rappresentazioni soggettive della realtà da parte dell'individuo. Il focus dell'intervento sarà quindi diretto all'indagine sistematica delle rappresentazioni che precedono e seguono uno stato emotivo problematico e alla loro modifica attraverso le tecniche di ristrutturazione cognitiva (Beck, 1976). Gli interventi nella Terapia Cognitivo-Comportamentale si basano sull'uso di numerose tecniche finalizzate a modificare comportamenti, emozioni e cognizioni non funzionali e derivano dall'integrazione del modello cognitivo con il paradigma comportamentale.

L'Acceptance and Commitment Therapy è un modello di psicoterapia incluso in quella che viene definita la «terza ondata» della Terapia Cognitivo-Comportamentale (Hayes, 2004). La base teorica su cui poggia è la Relational Frame Theory, un programma di ricerca sulle modalità di funzionamento della mente umana (Hayes, Barnes-Holmes e Roche, 2001). L'assunto centrale nella Relational Frame Theory è che, per analizzare qualsiasi comportamento umano, è necessario considerare il contesto relazionale all'interno del quale il comportamento si attua. Queste relazioni, o frame, costituiscono il nucleo centrale del linguaggio, permettendoci di apprendere senza il bisogno dell'esperienza diretta. La Relational Frame Theory riconosce come spesso i pensieri funzionino come se fossero ciò che dicono di essere (Backledge, 2007). Ad esempio, «sono un incapace» può mettere il soggetto nella situazione di dover affrontare il mondo dell'essere incapace invece che il pensiero di essere incapace. All'interno di tale ottica, quindi, nell'Acceptance and Commitment Therapy, l'obiettivo principale è quello di indebolire la tendenza umana a usare la concettualizzazione verbale, attraverso la costruzione di accessi diretti all'esperienza (Bertinelli, 2013).

Emerge chiaramente come il focus si sia spostato dai contenuti ai processi mentali, differenza centrale nonché spartiacque tra la seconda e la terza ondata della psicoterapia cognitivo-comportamentale. Nell'Acceptance and Commitment Therapy acquisisce un ruolo fondamentale il concetto di dolore e di sofferenza psicologica. Ciò che la produce non è il contenuto cognitivo in sé ma tutte le azioni che mettiamo in atto per evitarlo (evitamento esperienziale). Ecco quindi come in questo modello venga sottolineato il ruolo della sofferenza come naturale compagna della vita di ogni persona e come la psicopatologia nasca dall'identificazione con quel dolore e dal conseguente tentativo di sbarazzarsene (Harris, 2010).

Uno dei processi fondamentali nell'Acceptance and Commitment Therapy è sicuramente la defusione cognitiva che viene impiegata quando il soggetto è eccessivamente fuso con i contenuti di un determinato pensiero facendosi guidare da essi nelle proprie scelte e decisioni (Barcaccia, 2012). Attraverso un cambiamento di prospettiva nei confronti dei propri contenuti mentali, si aiuta il paziente a diventare un «osservatore» dei pensieri che abitano la propria mente.

Nonostante negli ultimi dieci anni sia stato condotto un numero considerevole di studi che hanno mostrato l'efficacia dell'Acceptance and Commitment Therapy per il trattamento di un'ampia varietà di problemi psicologici (Hayes et al., 2006; Ruiz, 2010), rimane ancora controverso e aperto il dibattito circa le evidenze empiriche di tale trattamento e su ciò che lo differenzia dalla Terapia Cognitivo-Comportamentale. In tal senso nella letteratura scientifica si ritrovano studi volti a indagare la maggiore efficacia di un modello rispetto all'altro sia in termini generali sia in relazione a specifici disturbi, ponendo inoltre una particolare attenzione allo studio dei processi di cambiamento coinvolti nei due trattamenti.

Ruiz (2012) ha condotto un'interessante meta-analisi degli studi ( $N = 16$ ) che hanno confrontato l'Acceptance and Commitment Therapy e la Terapia Cognitivo-Comportamentale, evidenziando come l'Acceptance and Commitment Therapy produca esiti migliori (*effect size Hedge's  $g = 0,40$* ) e agisca attraverso differenti processi di cambiamento rispetto alla Terapia Cognitivo-Comportamentale.

### *Obiettivi e metodo*

Partendo dalla review di Ruiz del 2012, obiettivo del presente lavoro è quello di presentare una revisione della letteratura che ha messo a confronto l'Acceptance and Commitment Therapy e la Terapia Cognitivo-Comportamentale (estendendo il lavoro di Ruiz fino ad oggi) e di sviluppare, sulla base dei risultati ottenuti dagli studi presi in considerazione, delle riflessioni teoriche sui possibili punti di contatto dei due trattamenti discutendone le implicazioni cliniche.

I principali studi che hanno messo a confronto l'Acceptance and Commitment Therapy e la Terapia Cognitivo-Comportamentale sono stati identificati tramite una ricerca sugli archivi elettronici PubMed e Scopus condotta a Novembre 2014 utilizzando le seguenti parole chiave: Acceptance and Commitment Therapy AND Cognitive Behavioral Therapy. È stata inoltre condotta una ricerca manuale esaminando l'elenco delle voci bibliografiche degli articoli selezionati per la review. Gli studi sono stati inseriti nella review secondo i seguenti criteri di inclusione: articoli in lingua inglese o italiana pubblicati su riviste *peer-reviewed* che confrontassero l'Acceptance and Commitment Therapy e la Terapia Cognitivo-Comportamentale, sia come protocollo, sia in relazione a specifiche tecniche terapeutiche dei due approcci, rispetto a misure di efficacia di esito e di processo. Gli studi per essere inclusi dovevano inoltre confrontare trattamenti di tipo individuale (terapie di gruppo e di auto-aiuto sono state escluse) per disturbi d'ansia e dell'umore.

## **RISULTATI**

La ricerca bibliografica sugli articoli elettronici ha prodotto 200 voci, fra le quali sono stati individuati 34 studi che mettevano a confronto l'Acceptance and Commitment Therapy e la Terapia Cognitivo-Comportamentale. Di questi 19 sono stati esclusi perché non rispettavano i criteri di inclusione. La Tabella 1 sintetizza le caratteristiche e i risultati

dei 15 studi inclusi nella review (8 sono studi di esito e 7 di processo). Di questi 12 sono studi randomizzati controllati. Due studi hanno messo a confronto interventi brevi (costituiti da una singola seduta). Nove studi si sono focalizzati sui disturbi d'ansia, uno studio sulla depressione e 5 studi su disturbi d'ansia e/o depressivi.

Per quanto riguarda i *disturbi d'ansia*, Twohig et al. (2010) hanno confrontato, tramite l'implementazione di uno studio randomizzato controllato, 8 sedute individuali di Acceptance and Commitment Therapy con altrettante sedute di rilassamento progressivo in un campione di 79 pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo. L'Acceptance and Commitment Therapy ha prodotto una maggiore riduzione della gravità del disturbo ossessivo-compulsivo (outcome primario), misurata tramite la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Goodman et al., 1989), nel post-treatment e nel follow-up a 3 mesi rispetto al training di rilassamento progressivo.

Uno studio più recente (Fabricant, Abramowitz, Dehlin e Twohig, 2013) ha messo a confronto una singola seduta di Acceptance and Commitment Therapy con una singola seduta di esposizione nel trattamento delle ossessioni (N = 56), non rilevando differenze significative tra i due trattamenti nella riduzione dei sintomi ossessivi a distanza di una settimana. Il cambiamento nelle credenze disfunzionali è risultato predire la riduzione delle ossessioni sia nel trattamento con l'Acceptance and Commitment Therapy sia nel trattamento con esposizione.

Craske et al. (2014) hanno messo a confronto 12 sedute individuali di Terapia Cognitivo-Comportamentale e di Acceptance and Commitment Therapy in un campione di pazienti (N = 87) con diagnosi di fobia sociale, rilevando l'assenza di differenze significative nell'outcome (riduzione dei sintomi) tra i due tipi di trattamento sia a breve termine sia nel follow-up a 1 anno.

Un recente studio condotto da Niles e collaboratori (2014) in un gruppo di 50 pazienti con ansia sociale, finalizzato a valutare i possibili mediatori dell'esito di due trattamenti — Acceptance and Commitment Therapy e Terapia Cognitivo-Comportamentale — ha evidenziato come una diminuzione nell'evitamento esperienziale — ipotizzato essere un meccanismo di cambiamento dell'Acceptance and Commitment Therapy — mediava la riduzione della sintomatologia nell'Acceptance and Commitment Therapy ma non nella Terapia Cognitivo-Comportamentale, mentre una diminuzione dei pensieri negativi — ipotizzato essere un mediatore di outcome della Terapia Cognitivo-Comportamentale — prediceva un miglioramento dei sintomi in entrambi i trattamenti.

Arch et al. (2012) hanno condotto uno studio randomizzato controllato confrontando 12 sedute di Acceptance and Commitment Therapy con altrettante sedute di Terapia Cognitivo-Comportamentale in un campione di pazienti affetti da diversi disturbi d'ansia (N = 128). Entrambi i trattamenti hanno prodotto miglioramenti nelle variabili di outcome nel post-treatment senza differenze statisticamente significative tra i due. Tuttavia nel follow-up a 12 mesi l'Acceptance and Commitment Therapy produceva un miglioramento più ampio nella gravità dei sintomi rispetto alla Terapia Cognitivo-Comportamentale (effect size  $d = 1,26$ ). Sempre a 12 mesi dalla fine del trattamento i pazienti che erano stati trattati con l'Acceptance and Commitment Therapy mostravano livelli più bassi di evitamento esperienziale, mentre i pazienti trattati con Terapia

Cognitivo-Comportamentale evidenziavano una migliore qualità della vita. Gli stessi autori, in uno studio successivo (Arch et al., 2012), hanno condotto delle analisi di mediazione per valutare la relazione tra i cambiamenti seduti per seduti nella *anxiety sensitivity* e nella defusione cognitiva e le misure di outcome nel post-treatment. Entrambi i mediatori (*anxiety sensitivity* e defusione cognitiva) cambiavano significativamente in entrambi i trattamenti, tuttavia l'Acceptance and Commitment Therapy produceva miglioramenti più elevati nella defusione cognitiva rispetto alla Terapia Cognitivo-Comportamentale, mentre la *anxiety sensitivity* risultava ridotta in egual modo in entrambe le condizioni di trattamento. La defusione cognitiva mediava significativamente la riduzione del rimuginio, dell'evitamento, della depressione e l'aumento della qualità della vita in entrambi i trattamenti.

L'*anxiety sensitivity* aveva un ruolo di mediazione solo nella riduzione del rimuginio in entrambi i trattamenti. Un risultato interessante è che la defusione cognitiva prediceva più fortemente la riduzione del rimuginio nella Terapia Cognitivo-Comportamentale rispetto all'Acceptance and Commitment Therapy, suggerendo che, anche se la defusione cognitiva non è un elemento esplicitamente discusso nel modello cognitivo-comportamentale, questo processo sembra comunque verificarsi ed essere responsabile dei cambiamenti prodotti dalla Terapia Cognitivo-Comportamentale in egual misura o a un livello maggiore che nell'Acceptance and Commitment Therapy. Complessivamente i risultati dello studio mostrano che l'Acceptance and Commitment Therapy e la Terapia Cognitivo-Comportamentale sembrano funzionare tramite simili processi di mediazione.

Infine, uno studio di moderazione condotto dallo stesso gruppo di ricerca in un campione di 87 pazienti (Wolitzky-Taylor, Arch, Rosenfield e Craske, 2012) ha evidenziato che la Terapia Cognitivo-Comportamentale otteneva risultati migliori nelle variabili di outcome nei pazienti con un livello iniziale di *anxiety sensitivity* moderato e senza disturbi dell'umore in comorbidità, mentre l'Acceptance and Commitment Therapy produceva risultati migliori nei pazienti con un disturbo dell'umore in comorbidità.

Da uno studio appena pubblicato (Davies et al., 2015), condotto su un campione di 60 pazienti con diagnosi di disturbi d'ansia, è emerso come l'Acceptance and Commitment Therapy produceva risultati migliori della Terapia Cognitivo-Comportamentale per i pazienti con un alto livello di evitamento delle sensazioni fisiche.

Infine Hayes-Skelton, Roemer e Orsillo (2013) hanno confrontato 16 sedute di Acceptance and Commitment Therapy con altrettante sedute di rilassamento in un campione di pazienti con Disturbo d'Ansia Generalizzata (N = 81), rilevando come i due trattamenti fossero equivalenti nel produrre e nel mantenere i miglioramenti terapeutici.

Per quanto riguarda la *depressione* un solo studio randomizzato controllato è stato condotto da Zettle e Hayes nel 1986, mettendo a confronto 12 sedute di Acceptance and Commitment Therapy con altrettante sedute di Terapia Cognitivo-Comportamentale in un campione di 18 pazienti. L'Acceptance and Commitment Therapy produceva riduzioni più grandi rispetto alla Terapia Cognitivo-Comportamentale nei sintomi depressivi al post-treatment e al follow-up di 2 mesi, misurati attraverso il *Beck Depression Inventory* (Beck, 1967) e l'*Hamilton's Depression Scale* (Hamilton, 1960).

**Tabella 1** – Caratteristiche e risultati degli studi inclusi nella review

| Studio   | Problema trattato             | N   | Età media (% F) | Numero sedute | Risultati generali   | Processi ACT   | Processi CBT   |
|--|-------------------------------|-----|-----------------|---------------|--|--|--|
| Twoigh et al. (2010)                                   | Disturbo Ossessivo-Compulsivo | 79  | 37 (66%)        | 8             | ACT > CBT (rilassamento progressivo)   | Non riportati  | Non riportati  |
| Fabricant et al. (2013)                                | Disturbo Ossessivo-Compulsivo | 56  | --              | 1             | ACT = CBT (esposizione)  | No: l'accettazione non predice il miglioramento dei sintomi  | Si: il cambiamento dei pensieri disfunzionali predice il miglioramento dei sintomi |
| Craske et al. (2014)                                   | Fobia sociale                 | 87  | --              | 12            | ACT = CBT  | Non riportati  | Non riportati  |
| Niles et al. (2014)                                    | Ansia sociale                 | 50  | 28,4 (43%)      | 12            | ACT = CBT  | Si: l'evitamento esperienziale media la riduzione della sintomatologia   | No   |
| Arch, Eifert, Davies, Vilaradaga, Rose & Craske (2012) | Disturbi d'ansia              | 128 | 38 (52%)        | 12            | ACT ≥ CBT  | Non riportati  | Non riportati  |
| Arch, Wolitzky-Taylor, Eifert & Craske (2012)          | Disturbi d'ansia              | 67  | 37 (51%)        | 12            | ACT ≥ CBT  | Si: la defusione cognitiva media la riduzione del rimuginio, dell'evitamento, della depressione e l'aumento della qualità della vita | Si: la <i>anxiety sensitivity</i> media la riduzione del rimuginio                 |
| Wolitzky-Taylor et al. (2012)                          | Disturbi d'ansia              | 87  | --              | 12            | ACT < CBT in pazienti senza disturbi dell'umore in comorbidità<br>ACT > CBT in pazienti con disturbi dell'umore in comorbidità | Non riportati  | Non riportati  |

| Studio  | Problema trattato  | N   | Età media (% F) | Numero sedute | Risultati generali   | Processi ACT   | Processi CBT  |
|---|--|-----|-----------------|---------------|--|--|---|
| Davies et al. (2015)                                    | Disturbi d'ansia   | 60  | 35,76(46,7%)    | 12            | ACT > CBT in pazienti con elevati livelli di evitamento delle sensazioni fisiche | Si: l'evitamento esperienziale media l'esito del trattamento   | No  |
| Hayes-Skelton, Roemer & Susan (2013)                    | Disturbo d'Ansia Generalizzata                                   | 81  | 33(65%)         | 16            | ACT = CBT  | Non riportati  | Non riportati   |
| Zettle & Hayes (1986)                                   | Depressione  | 18  | -- (100%)       | 12            | ACT > CBT  | Non riportati  | Non riportati   |
| Lapalainen et al. (2007)                                | Depressione e ansia  | 28  | 42(89%)         | 10            | ACT > CBT  | Si: l'accettazione predice la diminuzione dei sintomi psicopatologici  | No  |
| Forman et al. (2007)                                    | Depressione e ansia  | 101 | 27,87(80,2%)    | In media 15   | ACT = CBT  | Si: l'accettazione e l'evitamento esperienziale mediano la riduzione dei sintomi                             | Si: la capacità di osservare e descrivere l'esperienza media la riduzione dei sintomi     |
| Forman, Shaw, Goetter, Herbert, Park & Yuen (2012)      | Depressione e ansia  | 132 | 26,7(79,5%)     | In media 17   | ACT < CBT  | Non riportati  | Non riportati   |
| Forman, Chapman, Herbert, Goetter, Yuen & Moitra (2012) | Depressione e ansia  | 174 | 27,87(82,3%)    | In media 15   |  | Si: l'accettazione, la defusione cognitiva e l'impegno nelle azioni mediano il miglioramento sintomatologico | Si: il disputing e la ristrutturazione cognitiva mediano il miglioramento sintomatologico |
| Juarascio et al., 2010                                  | Psicopatologia alimentare in comorbidità con depressione e ansia | 55  | 26(92,6%)       | In media 12   | ACT > CBT  | Non riportati  | Non riportati   |

Abbreviazioni: ACT = Acceptance and Commitment Therapy; CBT = Terapia Cognitivo-Comportamentale.

Due studi randomizzati controllati hanno confrontato l'efficacia dell'Acceptance and Commitment Therapy versus la Terapia Cognitivo-Comportamentale nel trattamento di sintomi relativi alla *depressione e/o all'ansia*. Lappalainen et al. (2007) hanno messo a confronto 10 sedute individuali di Acceptance and Commitment Therapy e di Terapia Cognitivo-Comportamentale (N = 28). I partecipanti che erano stati trattati con l'Acceptance and Commitment Therapy mostravano un miglioramento dei sintomi, misurati tramite il *Global Severity Index* della *Symptom Check List-90* (Derogatis, 1983), maggiore rispetto ai pazienti trattati con Terapia Cognitivo-Comportamentale sia nel post-treatment che nel follow-up a 6 mesi (effect size Acceptance and Commitment Therapy: pre-post  $d = 1,11$ , pre-follow-up  $d = 1,04$  vs effect size Terapia Cognitivo-Comportamentale: pre-post  $d = 0,36$ , pre-follow-up  $d = 0,28$ ). Il miglioramento sintomatologico ottenuto con l'Acceptance and Commitment Therapy correlava con la diminuzione dell'evitamento esperienziale in maniera più consistente rispetto a quello ottenuto con la Terapia Cognitivo-Comportamentale.

Forman et al. (2012) hanno valutato l'efficacia a lungo termine dell'Acceptance and Commitment Therapy e della Terapia Cognitivo-Comportamentale in un campione di pazienti con disturbi depressivi e ansiosi (N = 132) trattati con una media di 17 sedute individuali. Come già riferito in un precedente studio condotto con un minor numero di partecipanti (Forman et al., 2007), i due trattamenti risultavano efficaci in maniera equivalente nella riduzione dei sintomi depressivi e ansiosi e nel miglioramento del funzionamento globale e della qualità della vita al post-treatment. I cambiamenti prodotti dall'Acceptance and Commitment Therapy correlavano con una diminuzione dell'evitamento esperienziale e con un aumento dell'accettazione, mentre i cambiamenti ottenuti con la Terapia Cognitivo-Comportamentale correlavano con un aumento delle capacità di osservazione e di descrizione, misurati attraverso il *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (Baer, Smith e Allen, 2004). Tuttavia i miglioramenti valutati nel follow-up a 18 mesi erano mantenuti in misura maggiore nei pazienti trattati con Terapia Cognitivo-Comportamentale rispetto a quelli trattati con l'Acceptance and Commitment Therapy, soprattutto per quanto riguarda i sintomi depressivi e il funzionamento generale.

Uno studio di mediazione condotto successivamente dallo stesso gruppo di ricerca (Forman et al., 2012), valutando i dati raccolti seduta per seduta, ha mostrato che un aumento nell'utilizzo delle strategie di cambiamento dei pensieri e delle emozioni (e.g. disputing e ristrutturazione dei pensieri disfunzionali) era un mediatore del miglioramento sintomatologico nei pazienti trattati con Terapia Cognitivo-Comportamentale, mentre un aumento nelle strategie di accettazione (e.g. accettazione dei pensieri e delle emozioni) mediava il miglioramento nei pazienti trattati con l'Acceptance and Commitment Therapy, suggerendo che i due trattamenti producono cambiamenti terapeutici attraverso processi diversi. Tuttavia una diminuzione dei pensieri disfunzionali, un aumento della capacità di vedere i pensieri come processi mentali e non come verità assoluta (i.e. la defusione cognitiva) e un incremento nell'impegnarsi in azioni e comportamenti diretti al raggiungimento di un obiettivo (nonostante la presenza di pensieri ed emozioni negative) mediavano la riduzione sintomatologica in entrambi i trattamenti.

Infine uno studio di moderazione, condotto da Juarascio, Forman e Hebert (2010) nel sottogruppo di pazienti che presentano psicopatologia alimentare in comorbidità con i

disturbi d'ansia e depressivi, riporta che l'Acceptance and Commitment Therapy risultava superiore alla Terapia Cognitivo-Comportamentale nel ridurre i problemi del comportamento alimentare (effect size Acceptance and Commitment Therapy: pre to post-treatment Cohen's  $d = 1,89$  vs effect size Terapia Cognitivo-Comportamentale:  $d = 0,48$ ).

## DISCUSSIONE

Dai risultati degli studi valutati all'interno della presente review non emergono differenze rilevanti tra il trattamento cognitivo-comportamentale e l'Acceptance and Commitment Therapy in termini di efficacia di esito a breve termine, misurata attraverso la riduzione sintomatologica e il miglioramento del funzionamento globale. Tale risultato è trasversale a tutti i disturbi considerati. Tuttavia si rilevano preliminari evidenze che associano all'Acceptance and Commitment Therapy il miglioramento di alcuni sintomi specifici come il rimuginio e l'evitamento esperenziale. Inoltre l'Acceptance and Commitment Therapy sembra produrre risultati più efficaci nel caso in cui sia presente comorbidità con un altro disturbo in Asse I.

Alcune differenze sembrano emergere nella valutazione a lungo termine (i.e. 12 mesi e 18 mesi): l'Acceptance and Commitment Therapy risulterebbe più efficace nel mantenimento della risoluzione dei sintomi ansiosi, mentre la Terapia Cognitivo-Comportamentale produrrebbe un maggiore miglioramento a lungo termine dei sintomi depressivi e della qualità della vita. Tuttavia, poiché solo due studi hanno analizzato questo aspetto, è difficile trarre conclusioni certe e ulteriori studi dovrebbero essere condotti per effettuare il confronto dell'efficacia a lungo termine di questi due trattamenti.

Più controversi appaiono i risultati relativi all'efficacia di processo e ai mediatori di efficacia dei due trattamenti. Sebbene alcuni studi evidenzino che i due trattamenti producono cambiamenti terapeutici attraverso processi diversi e, nello specifico, la modifica di pensieri disfunzionali per la Terapia Cognitivo-Comportamentale e l'accettazione dei pensieri e delle emozioni nell'Acceptance and Commitment Therapy, altri rilevano dei processi di mediazione simili. In tal senso un ruolo centrale sembra essere svolto dalla defusione cognitiva, processo caratterizzante dell'Acceptance and Commitment Therapy, che tuttavia sembra essere responsabile del miglioramento sintomatologico (configurandosi, quindi, come variabile mediazionale) anche nel trattamento cognitivo-comportamentale.

Occorre sottolineare alcuni limiti della presente review, tra cui il numero relativamente esiguo di studi considerati. Inoltre va evidenziato che campioni piccoli e centrati solo su alcuni disturbi limitano la generalizzabilità dei risultati. Ulteriori studi sono necessari soprattutto sull'efficacia di processo per poter delineare le implicazioni cliniche (e.g. Arch et al., 2012; Forman et al., 2012).

Nonostante i limiti precedentemente descritti, è possibile trovare negli studi presi in considerazione degli interessanti spunti di riflessione e di discussione rispetto all'ipotesi che meccanismi simili siano alla base dei due modelli. L'Acceptance and Commitment Therapy concettualizza infatti la psicopatologia, utilizzando un linguaggio della Terapia Cognitivo-Comportamentale, nei pattern di risposta alla sofferenza psicologica che il soggetto mette in atto. Ecco quindi che trova senso e significato, all'interno del modello



cognitivo-comportamentale, la distinzione del concetto di dolore che Harris (2010) utilizza per descrivere la psicopatologia nell'Acceptance and Commitment Therapy. Viene distinto un «dolore pulito», quello normalmente associato a un'esperienza negativa, da un «dolore sporco», che si riferisce alla sofferenza associata allo sforzo della mente per combattere ed eliminare una normale reazione emotiva spiacevole.

Uno dei massimi punti di contatto tra i due modelli si colloca, quindi, nell'attenzione attribuita ai meccanismi di mantenimento — con il concetto di «dolore sporco» molto vicino a quello di problema secondario della Terapia Cognitivo-Comportamentale (Ellis, 1962) —, tranne poi differenziarsi in maniera molto sensibile per quello che riguarda l'intervento. Da terapie centrate su aspetti concettuali (Terapia Cognitivo-Comportamentale tradizionale) si passa a interventi meditativi ed esperienziali (terza ondata), ovvero focalizzati sulla regolazione emotiva e non sui significati che hanno attivato quella determinata emozione.

La ristrutturazione cognitiva e la defusione cognitiva, tecniche centrali rispettivamente nel modello cognitivo-comportamentale e nell'Acceptance and Commitment Therapy, vengono solitamente contrapposte in quanto la prima ha come obiettivo quello di modificare i pensieri, mentre la seconda ha come finalità quella di accettarli. Secondo l'approccio dell'Acceptance and Commitment Therapy, la ristrutturazione cognitiva, focalizzandosi sui contenuti dei pensieri negativi, potrebbe addirittura intensificare lo stile di pensiero patologico (Eifert e Forsyth, 2005; Roemer e Orsillo, 2005).

La defusione cognitiva viene proposta proprio con lo scopo di «aggirare» la trappola del rimuginio favorendo il distanziarsi dal significato letterale del pensiero e dal contenuto. Nella defusione cognitiva, infatti, «lo scopo è di modificare la funzione che i pensieri hanno, e non il loro contenuto. Non sono considerati delle ipotesi da sottoporre a verifica» (Barcaccia, 2012, p. 155). Tuttavia i meccanismi di azione di entrambe le tecniche potrebbero non essere così distinti poiché esse prevedono un processo di distanza critica dal pensiero (Yovel, Mor e Shakarov, 2014). Nel trattare i pensieri negativi come ipotesi e non come dati di realtà, la ristrutturazione cognitiva crea una distanza tra l'individuo e il proprio pensiero in un modo simile a quello prodotto dalla defusione cognitiva (Arch e Craske, 2008). Potrebbe quindi essere la presa di distanza dalle proprie esperienze interne un meccanismo che accomuna entrambi gli approcci (Teasdale et al., 2002).

Diverse tecniche cognitive, infatti, promuovono in maniera implicita il processo della defusione cognitiva, come ad esempio l'automonitoraggio, favorendo la distanza critica dai pensieri negativi. Nonostante le diverse tecniche adottate dai due trattamenti per l'intervento sul processo della defusione cognitiva, un miglioramento in tale aspetto rappresenterebbe un mediatore chiave di entrambi gli approcci terapeutici. Inoltre, la defusione cognitiva risulta essere un processo fortemente implicato nella riduzione del rimuginio e questo dato appare estremamente interessante poiché coerente con l'obiettivo dei modelli di terza ondata di intervenire sui processi rispetto ai contenuti. Pazienti la cui sintomatologia è più centrata su aspetti processuali, ad esempio il rimuginio, rispondono meglio a interventi, come la defusione, focalizzati su quell'area psicopatologica. Ulteriori studi sono necessari per capire rispetto a quali problematiche e a quali circostanze proporre la tecnica di intervento più efficace per la persona che abbiamo di fronte.

## BIBLIOGRAFIA

- Arch, J.J., & Craske, M.G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 263-279.
- Arch, J.J., Eifert, G.H., Davies, C., Plumb Vilardaga, J.C., Rose, R.D., & Craske, M.G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 750-765.
- Arch, J.J., Wolitzky-Taylor, K.B., Eifert, G.H., & Craske, M.G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders. *Behavioral Research and Therapy*, 50, 469-478.
- Backledge, J.T. (2007). Disrupting verbal processes: Cognitive defusion and Acceptance and Commitment Therapy and other mindfulness-based psychotherapies. *The Psychological Record*, 57, 555-576.
- Baer, R.A., Smith, G.T., & Allen, K.B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Barcaccia, B. (2012). Il processo di defusione nella terapia dell'accettazione e dell'impegno (ACT). *Cognitivismo clinico*, 9, 151-161.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. Trad. it. *La Depressione*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press. Trad. it. *Principi di terapia cognitiva*. Roma: Astrolabio, 1988.
- Bertinelli, L. (2013). I principi operativi dell'Acceptance Commitment Therapy e della Schema Therapy. Integrazione possibile? *Psicoterapia Cognitivo Comportamentale*, 19, 209-225.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Craske, M.G. (2010). *Cognitive-behavioral therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Craske, M.G., Niles, A.N., Burklund, L.J., Wolitzky-Taylor, K.B., Vilardaga, J.C., Arch, J.J., Saxbe, D.E., & Lieberman, M.D. (2014). Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for Social Phobia: Outcomes and Moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 1034-1048.
- Davies, C.D., Niles, A.N., Pittig, A., Arch, J.J., & Craske, M.G. (2015). Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and Acceptance and Commitment Therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 35-43.
- Derogatis, L.R. (1983). *Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual II*. Towson, Md, USA: Clinical Psychometric Research.
- DeSilvestri, C. (1982). Il problema secondario. In G. Chiari, & L. Nuzzo (Eds.), *Le prospettive comportamentale e cognitiva in psicoterapia*. Roma: Bulzoni.

- Eifert, G.H., & Forsyth, J.P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. New York: Guilford Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Secaucus, N.J.: Lyle Stuart.
- Fabricant, L.E., Abramowitz, J.S., Dehlin, J.P., & Twohig, M.P. (2013). A comparison of two brief interventions for obsessional thoughts: Exposure and acceptance. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 27, 195-209.
- Forman, E.M., Chapman, J.E., Herbert, J.D., Goetter, E.M., Yuen, E.K., & Moitra, E.M. (2012). Using session-by-session measurement to compare mechanisms of acceptance and commitment and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 43, 341-354.
- Forman, E.M., Herbert, J.D., Moitra, E., Yeomans, P.D., & Geller, P.A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31, 772-799.
- Forman, E.M., Shaw, J.A., Goetter E.M., Herbert, J.D., Park, J.A., & Yuen, E.K. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing Acceptance and Commitment Therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior Therapy*, 43, 801-811.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I. Development, Use, and Reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Harris, R. (2010). *La trappola della felicità. Come smettere di tormentarsi e iniziare a vivere*. Trento: Erickson.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behavioral Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 286-295.
- Hayes-Skelton, S.A., Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2013). A Randomized Clinical Trial Comparing an Acceptance Based Behavior Therapy to Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 761-773.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2013). *ACT. Teoria e pratica dell'Acceptance and Commitment Therapy*. Milano: Raffaello Cortina.
- Herbert, E.M., Chapman, J.E., Herbert J.D., Goetter E.M., Yuen, E.K., & Moitra, E. (2012). Using Session-by-Session Measurement to Compare Mechanisms of Action for Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 43, 341-354.

- Herbert, J.D., & Forman E.M. (2013). Caution: The Differences Between CT and ACT May Be Larger (and Smaller) Than They Appear. *Behavior Therapy*, 44, 218-223.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J.J., Sawyer, T.A., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy Research*, 36, 427-440.
- Juarascio, A.S., Forman, E.M., & Herbert, J.D. (2010). Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Therapy for the Treatment of Comorbid Eating Pathology. *Behavior Modification*, 34, 175-190.
- La Mela, C. (a cura di) (2014). *Fondamenti di terapia cognitiva*. Firenze: Maddali e Bruni.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S.C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification*, 31, 488-511.
- Longmore, R.J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173-187.
- Niles, A.N., Burklund, L.J., Arch, J.J., Lieberman, M.D., Saxbe, D., & Craske, M.G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: Comparing Acceptance and Commitment Therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behavior Therapy*, 45, 664-677.
- Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In S.M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 213-240). New York: Springer Science + Business Media.
- Ruggiero, G.M. (2011). *Terapia Cognitiva. Una storia critica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ruiz, F.J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Ruiz, F.J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Current Empirical Evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 333-357.
- Teasdale, J.D., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z.V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- Twohig, M.P., Hayes, S.C., Plumb, J.C., Pruitt, L.D., Collins, A.B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M.R. (2010). A randomized clinical trial of Acceptance and Commitment Therapy vs. progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 705-716.
- Wolitzky-Taylor, K.B., Arch, J.J., Rosenfield, D., & Craske, M.G. (2012). Moderators and non-specific predictors of treatment outcome for anxiety disorders: A comparison of cognitive behavioral therapy to Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 786-799.
- Yovel, I., Mor, N., & Shakarov H. (2014). Examination of the core cognitive components of cognitive behavioral therapy and Acceptance and Commitment Therapy: An analogue investigation. *Behavior Therapy*, 45, 482-494.

Zettle, R.D., & Hayes, S.C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.

Presentato il 20 gennaio 2015, accettato per la pubblicazione il 2 luglio 2015

---

## **Corrispondenza**

Luca Calzolari  
Scuola Cognitiva di Firenze  
Via delle Porte Nuove, 10  
50100 Firenze  
e-mail: [lucalzolari@gmail.com](mailto:lucalzolari@gmail.com)



- **44<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Neuropsychology Association**

Boston, Massachusetts, Stati Uniti, 3-6 febbraio 2016

Per informazioni:

web site: <http://www.the-ins.org/>

- **The 3<sup>rd</sup> International Conference of Metacognitive Therapy**

Milano, 8-9 aprile 2016

Per informazioni:

web site: [www.mctconference.com/2016/](http://www.mctconference.com/2016/)

- **5<sup>th</sup> EABCT SIG Meeting on Obsessive-Compulsive Disorder**

Assisi, 2-5 giugno 2016

Per informazioni:

web site: <http://eabct.eu/>

- **8<sup>th</sup> World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies 2016 – WCBCT**

Melbourne, Australia, 22-25 giugno 2016

Per informazioni:

web site: [www.wcbct2016.com.au](http://www.wcbct2016.com.au)

- **8<sup>th</sup> European Conference of Positive Psychology – ECPP8**

Angers, Francia, 28 giugno-1° luglio 2016

Per informazioni:

web site: [www.enpp.eu](http://www.enpp.eu)

- **31<sup>st</sup> International Congress of Psychology**

Yokohama, Giappone, 24-29 luglio 2016

Per informazioni:

web site: [www.icp2016.jp](http://www.icp2016.jp)

- **The 46<sup>th</sup> European Association of Behavioural and Cognitive Therapies Congress – Roots and present branches of CBT**

Stoccolma, Svezia, 31 agosto-3 settembre 2016

Per informazioni:

web site: <http://eabct2016.org/>

- **Convegno Nazionale Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC)**

Reggio Calabria, 15-18 settembre 2016

Per informazioni:

web site: <http://www.sitcc.it/>

- **10<sup>th</sup> International Conference on Early Psychosis**

Milano, 20-22 ottobre 2016

Per informazioni:

web-site: [www.iepa.org.au](http://www.iepa.org.au)

e-mail: [aipp.posta@virgilio.it](mailto:aipp.posta@virgilio.it)

- **International Congress of Behavioural Medicine**

Melbourne, Australia, 7-10 dicembre 2016

Per informazioni:

web site: <http://www.icbm2016.com/>

Cory F. Newman, Robert L. Leahy, Aaron T. Beck, Noreen A. Reilly-Harrington e Laszlo Gyulai

A cura di Antonio Nisi

## **IL DISTURBO BIPOLARE. UN APPROCCIO TERAPEUTICO- COGNITIVO**

Giovanni Fioriti (2012)

pp. 235 - € 25,00

Opera a più mani in cui l'assunto di fondo è che, tra la fine degli anni Ottanta e i primi anni Novanta, in concomitanza con lo sviluppo dei modelli di intervento cognitivo-comportamentale, si assiste a una piccola rivoluzione nel trattamento del disturbo bipolare. L'Università della Pennsylvania offre infatti ai pazienti bipolari, di fianco all'insostituibile piano farmacologico, e anzi in coordinamento con l'intervento farmacoterapeutico, un anno di terapia cognitiva basata su sedute settimanali vincolate a un protocollo specifico identico per tutti i terapeuti.

I risultati, descritti dagli stessi pazienti, furono molto più che confortanti. La loro esperienza rivelò un'atmosfera di collaborazione con il terapeuta che portò a una capacità diffusa nella comprensione delle tecniche di auto-aiuto. Fu chiaro, insomma, che la terapia cognitivo-comportamentale poteva raggiungere due obiettivi: consentire al paziente di comprendere in maniera più chiara le manifestazioni del disturbo e permettere ai terapeuti di capire in maniera più specifica gli effetti dei farmaci utilizzati scartando più facilmente le somministrazioni inefficaci. Questo libro, concluso nel 2005 e frutto dello studio di quasi quindici anni, rappresenta lo sviluppo e l'espansione di quel progetto.

È peraltro naturale che, al fine di adattare la terapia cognitiva all'intervento su pa-

zienti con disturbo bipolare, queste nuove esperienze abbiano tenuto conto della forte componente biologica presente nell'ipomania e nella mania e che notevole attenzione sia stata posta anche alla letteratura sullo stress e sulla sua percezione soggettiva, considerandone il ruolo nell'attivazione di episodi depressivi e maniacali.

L'ipotesi finale degli autori è che, per combattere una malattia «grave e minacciosa che ha fin qui sfidato ogni tentativo puramente farmacologico», la terapia cognitiva, soprattutto se iniziata precocemente, possa non solo evitare al paziente una serie di infruttuosi tentativi farmacologici ma anche condurre a una maggiore continuità nella cura farmacologica con un minor numero di interruzioni, cambiamenti ed effetti collaterali.

Il libro è diviso in otto capitoli. Il primo mette a fuoco, in maniera piuttosto didascalica, tutti gli aspetti teorici e gli aggiornamenti relativi, facendo riferimento al manuale diagnostico del DSM-5 nella sua ultima revisione.

Il capitolo più interessante è forse il secondo, in cui gli autori analizzano il ruolo della cognizione nel disturbo bipolare e il suo trattamento, consigliando ai terapeuti di iniziare il rapporto col paziente sottolineando l'idea — presumibilmente già nota ai pazienti stessi — che il disturbo bipola-



re «implica un problema nella chimica del cervello». Si evidenzia anche che il problema biologico non funziona da solo, ma interagisce piuttosto con lo stress. Esiste perciò una percezione del problema fortemente soggettiva legata alla percezione di sé, della propria vita e del proprio futuro. Proprio su questo presupposto è importante imparare le abilità necessarie per valutare e modificare le proprie interpretazioni soggettive. In conclusione i fattori cognitivi, che vanno ad aggiungersi alla disregolazione neuro-biochimica, rappresentano una parte significativa del circolo vizioso di variabili interattive che costituiscono il disturbo bipolare. Va da sé che più i pazienti sono collaborativi, più il modello risulta efficace.

I capitoli successivi si occupano di come moderare mania e ipomania (capitolo terzo) e di come trattare clinicamente la depressione, il senso di sfiducia e l'ideazione suicidiaria. Particolarmente interessante è il capitolo quinto, che si occupa della relazione tra farmacoterapia e terapia cognitiva nei pazienti con disturbo bipolare. In esso si sottolinea quanto sia di fondamentale importanza che il paziente venga trattato farmacologicamente, con litio e valproato, considerati farmaci di prima scelta, da integrare con ben più di un prodotto chimico. Senza però mai trascurare il desiderio del paziente di minimizzare gli effetti colla-

terali, di trovare empatia con le proprie frustrazioni e incertezze e di manifestare speranze realistiche rispetto agli effetti terapeutici.

I capitoli sesto e settimo si occupano, ancora una volta in maniera didascalica, del rapporto tra il disturbo bipolare e la famiglia e di perdita nel campo sentimentale e nel campo lavorativo, di autoaccusa, stigma e accettazione. Mentre l'ultimo capitolo, l'ottavo, si sofferma su un'esperienza specifica, «Il caso Carlos». Per Carlos l'esperienza combinata tra farmaci e terapia cognitiva, valutata a un anno di distanza, ha dato in apparenza buoni risultati anche se, sottolineano gli autori, è difficile prevedere con certezza gli sviluppi di un disturbo cronico per definizione e così condizionante.

Il libro, scritto in maniera chiara, quasi scolastica, consegna una prospettiva divenuta ormai inevitabile nell'affrontare il disturbo bipolare, vale a dire quella di una collaborazione stretta tra chi somministra i farmaci e chi conduce la terapia cognitivo-comportamentale, nella consapevolezza che il cammino per sconfiggere questa «malattia grave e minacciosa» è ancora lungo ma porta comunque risultati. Purché chi interviene terapeutamente non dimentichi mai il rapporto soggettivo con il paziente.

*Isabella Corsani*

Luigi Abbate e Paolo Roma

## **MMPI-2. GUIDA PER L'INTERPRETAZIONE E NUOVE PROSPETTIVE DI UTILIZZO**

Raffaello Cortina (2014)  
pp. 264 - € 28,00

È stato pubblicato recentemente un nuovo valido contributo per esplorare in modo dettagliato e attento le potenzialità dell'MMPI-2, fornendo un'utile panoramica sia a chi già lo conosce, sia ai giovani clinici che si avvicinano per la prima volta al questionario. Il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* ha avuto, dalle sue origini a oggi, una crescita smisurata, che l'ha reso un questionario multiforme e oltremodo valido, sia nella pratica clinica che nella ricerca.

Il manuale inizia con una panoramica storica sulla costruzione del questionario, nato negli anni Quaranta nella sua prima versione e revisionato quarant'anni dopo per adeguarsi all'evoluzione della cultura e per ottenere dati normativi più recenti. Gli autori si propongono di organizzare il gran numero di informazioni derivate dalla nutrita schiera di ricerche su questo fortunato questionario, al fine di offrire un'esauriente panoramica e di utilizzarlo al meglio.

Prima di entrare nel vivo del manuale con l'analisi delle varie scale, troviamo un breve ma fondamentale capitolo sulle modalità di somministrazione. Spesso sottovalutata nel prendere in considerazione un questionario, a favore della guida all'interpretazione o delle caratteristiche psicometriche, gli autori sottolineano quanto la somministrazione rappresenti un aspetto da valutare con accortezza offrendo alcuni spunti sui fattori da considerare prima,

durante e dopo. Dal terzo capitolo inizia il corpus fondante del manuale, con una preliminare analisi ragionata delle scale di validità, presentando oltre alle originarie L, F e K anche le scale che valutano la coerenza nell'autodescrizione (TRIN e VRIN), utili a misurare la tendenza a esagerare o a sottostimare la patologia. Si offre un'esauritiva panoramica sia delle varie scale che delle configurazioni che possono emergere. Si continua, poi, prendendo in esame le scale cliniche con le relative sottoscale. Per ogni scala clinica possiamo trovare una breve descrizione dei significati generali, una guida all'interpretazione e un excursus sulle sottoscale relative a ognuna. Nel quinto capitolo si affronta un aspetto non trascurabile del *Minnesota*, ovvero l'interpretazione del profilo per codici. Vengono esplorati i vari *code-type*, ossia i codici che risultano dalle 2 scale che presentano il punteggio più alto, riunendo le numerose conoscenze sull'ampia letteratura dei codici e approfondendo per ognuno di essi le manifestazioni cliniche, il funzionamento psicologico, le ipotesi diagnostiche e la possibile risposta al trattamento.

Più avanti, dopo avere esplorato approfonditamente le scale di contenuto e le scale supplementari, troviamo una sezione dedicata alle scale PSY-5, costruite per valutare i tratti di personalità rilevanti sia nel funzionamento normale che nelle situazioni cliniche, allo scopo di perfezionare e

rendere più completo il profilo delle scale cliniche e di contenuto. Esaminate tutte le numerose componenti del questionario, viene presentata una rapida ma esaustiva disamina sullo scoring e sulle procedure interpretative, che risultano più complesse di quanto si potrebbe inizialmente pensare; viene sottolineato l'atteggiamento ipotetico e probabilistico che si dovrebbe tenere con ogni questionario e viene attribuita importanza al ruolo del clinico nella procedura di interpretazione.

Avendo minuziosamente fornito tutte le conoscenze necessarie alla comprensione dell'MMPI-2, gli autori ci illustrano i più recenti sviluppi della ricerca sul questionario, sempre florida nonostante «l'età». Le scale RC (*Restructured Clinical Scales*) ne sono un esempio; alcuni autori avevano individuato nei primi studi fattoriali un fattore generale legato all'ansia, al disadattamento o a una demoralizzazione generalizzata che spiegava gran parte della varianza tra le scale cliniche. Le scale RC sono state costruite per ridurre l'impatto di questo fattore emozionale negativo e aumentare l'interpretabilità delle scale cliniche. Partendo da questi lavori e da quelli sulle PSY-5, sono stati selezionati 338 item per costruire il MMPI-2-RF, in pratica una versione ridotta dell'originale ma che rappresenta a tutti gli effetti uno strumento

autonomo del quale, nel capitolo decimo, viene presentata una sintesi.

Negli anni le ricerche hanno generato una così ampia varietà di scale da far sembrare poco maneggevole il *Minnesota* ai clinici con poca esperienza. A questo problema hanno tentato di dare una risposta Greene e colleghi (1995) con l'MMPI-2 *Structural Summary*, uno schema per l'esame supplementare di scale e punteggi del questionario, le cui componenti vengono presentate nel capitolo undicesimo. Questo metodo si aggiunge all'interpretazione per code-type e lo integra, consentendo un esame ancora più efficace dei risultati, snellendo il lavoro interpretativo attraverso l'organizzazione dei punteggi in aree tematiche e minimizzando la possibilità di tralasciare punteggi salienti. Vengono riportate anche le linee guida per stilare un report narrativo dei risultati ottenuti con lo *Structural Summary*. Si completa così l'interessante lavoro degli autori, che ci forniscono un manuale utile e completo soprattutto per chi ha una conoscenza generica del *Minnesota*, proponendo valide e particolareggiate informazioni anche sulle ricerche più recenti, oltre ai fondamenti indispensabili per avvicinarsi a questo complesso strumento diagnostico.

*Elena Micheli*

Anna Contardi

## **VERSO L'AUTONOMIA. PERCORSI EDUCATIVI PER RAGAZZI CON DISABILITÀ INTELLETTIVA**

Carocci (2014)

pp. 184 - € 18,90

Il presente volume si rivolge agli operatori che si interessano di disabilità e, in particolare, della Sindrome di Down.

Nella prima parte del volume, l'autrice chiarisce perché sia necessario educare all'autonomia i ragazzi con disabilità e perché tutto questo risulti necessario, in particolar modo, nell'adolescenza. Il testo offre un'analisi concisa e diretta dei motivi che hanno indotto l'autrice a esplorare un percorso verso l'autonomia e delle modalità che consentono di conseguire questo traguardo: viene specificato attraverso quali competenze si sviluppa tale obiettivo, prendendo spunto dalla domanda «quali sono le competenze minime essenziali per “cavarsela” da soli fuori di casa?», arrivando così a definire le principali aree educative che saranno i sotto-obiettivi di questo percorso verso l'autonomia personale.

L'autrice tenta di affrontare e, se possibile, superare l'ambivalenza tra «non sei in grado di fare questo, lo faccio io per te», tentazione comprensibilmente forte per genitori e educatori, e «mi dispiace non po-

ter eliminare la disabilità, allora ti faccio le coccole»; tale polarità viene affrontata considerando che «esiste un'autonomia possibile per tutti».

La seconda parte del volume spiega la struttura del corso insieme ai contenuti delle attività con l'ausilio di tabelle e schede che ne rendono immediate e chiare la lettura e la comprensione da parte del lettore.

Infine il testo propone tre strumenti, «tarati e perfezionati nel corso degli anni di esperienza», che vogliono essere, al tempo stesso, di analisi, monitoraggio e programmazione delle attività.

Il testo sembra essere in linea con la letteratura presente sul tema della disabilità, che sottolinea l'importanza dell'integrazione sociale e dell'inclusione, in accordo con la necessità di realizzare percorsi di educazione e supporto all'autonomia, nell'ottica di una qualità della vita per persone con disabilità, considerato anche l'innalzamento della prospettiva di vita.

*Chiara Mercurio*

Riccardo Dalle Grave

## **DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA. CHE COS'È. COME AFFRONTARLO**

Positive Press (2014)  
pp. 232 – € 24,00

Il recente libro di Riccardo Dalle Grave *Disturbo da alimentazione incontrollata. Che cos'è. Come affrontarlo* (2014) fa riferimento alla nuova edizione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-5, 2013), che inserisce il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (*Binge Eating Disorder – BED*) nella classificazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare come una categoria diagnostica propria. Tale disturbo si differenzia dall'obesità per la presenza di episodici bulimici, tuttavia differisce dalla Bulimia Nervosa per la mancanza di metodi di compensazione.

L'autore riporta le caratteristiche cliniche principali del Disturbo da Alimentazione Incontrollata e presenta in maniera chiara ed esaustiva le informazioni scientifiche sui fattori di rischio e di mantenimento del disturbo, sulle complicità fisiche e psicologiche coesistenti. È stato analizzato con spirito clinico e in modo critico-scientifico un nuovo filone di ricerca che indaga l'ipotesi che l'assunzione del cibo sia determinata da fattori neurobiologici simili a quelli che stimolano l'abuso di sostanze psicoattive. La prima parte del libro si conclude con una didascalia precisa che descrive lo stato dell'arte dei principali trattamenti con un elevato grado di efficacia presenti in letteratura, mostrando l'ampio panorama terapeutico che spazia dalla terapia cognitivo-comportamentale,

alle terapie di terza generazione fino alla farmacoterapia.

La seconda parte del volume presenta un programma di auto-aiuto guidato per pazienti affetti da Disturbo da Alimentazione Incontrollata, che può essere utilizzato parallelamente a un percorso specialistico diagnostico-terapeutico per Disturbi del Comportamento Alimentare. Nello specifico descrive un programma base di 20 settimane, suddiviso in 5 moduli, dove i primi 3 forniscono indicazioni su come gestire in maniera autonoma e consapevole l'automonitoraggio dei pasti quotidiani per adottare un'alimentazione regolare, mentre negli ultimi due vengono fornite strategie utili per gestire in maniera efficace gli episodi bulimici e prevenire le ricadute. Le informazioni differenziate e scientifiche che riguardano la necessità di affrontare, per i pazienti con tale disturbo, la rottura di regole dietetiche estreme e rigide, a livello cognitivo, emotivo e comportamentale, sono state raccolte e spiegate come possibile causa di disinibizione sul cibo e fonte di abbuffate.

A questi 5 moduli base se ne possono aggiungere altri due più specifici, uno che approfondisce il tema dell'immagine corporea e l'altro per le persone che desiderano affrontare il problema del peso in eccesso.

L'indicazione presente già nella copertina, *Auto-aiuto guidato*, enfatizza fin

dall'inizio il plusvalore del presente volume che in tutti i capitoli sceglie un linguaggio chiaro e accessibile. Tale lessico risulta utile non solo a professionisti e tecnici del settore, che possono trovare di grande interesse i suggerimenti di letture specifiche indicate dall'autore alla fine di ogni capitolo, ma anche a pazienti e familiari, che possono accogliere questo libro come uno strumento per aumentare la conoscenza degli aspetti e fattori specifici e aspecifici del Disturbo da Alimentazione Incontrollata e servirsi del programma come strumento di puro auto-aiuto.

L'autore ha messo a disposizione in modo generoso numerosi consigli pratici e ha costruito i moduli del programma come una forma di psico-educazione con spiegazioni scientifiche comprensibili per motivare le persone a costruire il loro percorso di cambiamento. Questi moduli seguono la struttura e i contenuti delle terapie considerate dalla letteratura scientifica efficaci per il trattamento integrato e interdisciplinare dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Senza togliere niente al tenore incoraggiante della guida di auto-aiuto, l'autore con accuratezza deontologica mette in chiaro i limiti del solo utilizzo di questo programma e fornisce indicazioni per rivolgersi a specialisti in caso di complicazioni organiche varie o in presenza di comorbidità con altri disturbi psichiatrici, come Disturbi dell'Umore o Disturbi d'Ansia.

La lettura di questo libro, quindi, può essere consigliata a professionisti specialisti (psicologi, psicoterapeuti, medici internisti, psichiatri, medici specialisti in scienze dell'alimentazione, nutrizionisti e dietisti), a pazienti con un Disturbo da Alimentazione Incontrollata e a medici di base. Questi ultimi, infatti, rappresentano il canale d'accesso al sistema sanitario, essendo i primi professionisti contattati dai pazienti a causa dei disturbi organici secondari al Disturbo del Comportamento Alimentare. Inoltre il libro può aiutare a comprendere i vissuti dei pazienti con un Disturbo da Alimentazione Incontrollata e aumentare le competenze di *compliance* per studenti e specializzandi in formazione specialistica per i Disturbi del Comportamento Alimentare. Il volume, quindi, riporta le conoscenze scientifiche più recenti rispetto a questa patologia il cui aggiornamento è ormai imprescindibile per tutti i professionisti che ne vengono a contatto.

La persona con un Disturbo da Alimentazione Incontrollata potrà essere aiutata tramite la lettura di questo libro a comprendere il proprio vissuto di sofferenza e a diventare, attraverso le indicazioni ramificate e strutturate, in un certo senso *terapeuta* di se stessa e a sentirsi in grado di modificare il suo stile di vita.

*Romana Schumann*



# SCRIVI BENE!

*Dall'idea al testo: come scrivere  
in modo efficace, chiaro e corretto*

Carmen Calovi  
Carlo Scataglini

Trento, 1 e 2 aprile 2016

Se hai il talento di scrivere o se pensi di non averlo - ma devi scrivere comunque per preparare la tesi, redigere un articolo o presentare relazioni al lavoro - scopriamo insieme come usarlo o come crearlo!

**Scrivere bene è soprattutto una questione di metodo.** Per costruire un testo efficace, limpido e corretto sotto ogni profilo bisogna pensare, fare, organizzare, selezionare e verificare tantissimi aspetti e in questa miriade di operazioni è facile perdersi. **Il percorso dalle idee al testo è lungo e laborioso**, ma è più agevole da compiere e soprattutto destinato al buon esito se si conoscono i **passi da compiere** e i **tranelli da evitare**.

Il corso ***Scrivi bene!*** fornisce conoscenze e abilità pratiche sul processo di **scrittura**, dall'elaborazione del contenuto alla stesura vera e propria, ed è rivolto a tutti coloro che desiderino scrivere meglio o con maggiore facilità.

Il corso alterna lezioni frontali ad attività volte a mettere subito in pratica il metodo proposto.

#### Destinatari

Tutte le persone che hanno necessità o desiderio di imparare a scrivere meglio o con maggiore facilità: professionisti, studenti, insegnanti, ricercatori, aspiranti autori.

#### INFORMAZIONI

##### Date e orari

Venerdì 1 aprile 2016: dalle 14.00 alle 18.00  
Sabato 2 aprile 2016: dalle 9.00 alle 13.00  
e dalle 14.00 alle 16.00

##### Docenti

Carmen Calovi  
(*Redattrice, traduttrice e scrittrice,*  
Edizioni Centro Studi Erickson)  
Carlo Scataglini  
(*Insegnante di sostegno, autore Erickson*)

##### Prezzo

122,95 € + IVA (150 € IVA inclusa)

Il Centro Studi Erickson è ente accreditato MIUR per la formazione del personale della scuola e questo corso rientra tra le possibilità di utilizzo del bonus di 500 euro.

##### Modalità di iscrizione

Compila la scheda di iscrizione su  
**[www.formazione.erickson.it](http://www.formazione.erickson.it)** ed effettua  
il pagamento secondo le modalità indicate.

Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A.

Via del Pioppeto 24 - 38121 Trento  
Tel. 0461 950690 - Fax 0461 950698  
[www.erickson.it](http://www.erickson.it) - [info@erickson.it](mailto:info@erickson.it)

[www.formazione.erickson.it](http://www.formazione.erickson.it)



Finito di stampare  
nel mese di febbraio 2016  
da Esperia srl – Lavis (TN)  
per conto delle Edizioni  
Centro Studi Erickson S.p.A.  
Trento