

PRESIDENTI DELLA CONFERENZA



Susan M. Knell,
Psicologa Clinica, Ph.D.
Studio privato e Case Western Reserve University
Cleveland, Ohio



Maria A. Geraci,
Psicoterapeuta CBT, PTP.
Direttrice del Centro di Ricerca “CBPT”
Roma Italia

Cari colleghi,

Siamo molto felici di accogliervi a Roma, presso l'Università eCampus, via Matera 18, l'8 e 9 giugno 2024 per la Prima Conferenza Internazionale sulla Play Therapy Cognitivo-Comportamentale (CBPT). Questa conferenza riunirà esperti del settore nel settore, nonché professionisti, ricercatori e studenti interessati al CBPT.

La conferenza si svolgerà nella bellissima e storica città di Roma, dove ha sede il Centro Ricerche CBPT. Per due giorni saremo immersi nelle presentazioni, nei simposi e nei poster del CBPT.

Ti invitiamo a seguire Il programma per conoscere tutti gli interventi.

*Speriamo di creare un confronto stimolante e di crescita per tutti noi!
Auguriamo a tutti buon inizio della Conferenza!*

Saluti,

Susan M. Knell e Maria A. Geraci

COMITATO SCIENTIFICO



Ornella Argento
Psicologa, Psicoterapeuta CBT, Ricercatrice
Responsabile della Ricerca presso il Centro Ricerca
“CBPT” Roma, Italia



Carlo Baldari
Professore (Ordinario) e Delegato Università eCampus
Novedrate, Italia



Marco Cavallo
Professore (Associato) presso Università eCampus
Novedrate, Italia



Meena Dasari, PhD -Studio privato a New York,
Case Western Reserve University, Professore aggiunto
New York, USA



Didem Altay
Psicologo consulente dell'HCPC presso Therapy Central,
Ph.D, RPT & EMDR Europe
Londra, Regno Unito

08 GIUGNO MATTINA

9.00 h – 10.00 h **SALUTI ISTITUZIONALI**

Magnifico Rettore Università eCampus, Emeritissimo **Prof. Enzo Siviero**
Delegazione UNICEF Italia – **Valentina Zerini**

APERTURA LAVORI

Presentazione dei Presidenti- Maria A. Geraci e Susan M. Knell

SESSIONE: COGNITIVE BEHAVIORAL PLAY THERAPY

(Chairman: Maria A. Geraci)



Susan M. Knell,
Psicologa Clinica, Ph.D.
Studio privato e Case Western Reserve University
Cleveland, Ohio

10.00 h -11.00 h

La Storia della Play Therapy Cognitivo Comportamentale (CBPT)

La storia della terapia del gioco viene fatta risalire a Sigmund Freud e al suo trattamento del piccolo Hans. Sebbene Freud avesse poco interesse a lavorare direttamente con i bambini, le sue osservazioni sul gioco suggerivano che i bambini ripetessero esperienze travolgenti e spiacevoli della loro vita. Gli psicoterapeuti psicoanalitici infantili, in particolare Melanie Klein e Anna Freud, lavoravano direttamente con i bambini piccoli, ritenendo che il gioco permettesse ai materiali inconsci di emergere. Verso la metà degli anni '40, l'approccio centrato sul cliente di Carl Roger mise radici nella terapia del gioco centrata sul bambino (CCPT) non direttiva di Virginia Axline.

Successivamente, il gioco è stato incorporato in altri approcci teorici, come le terapie del gioco adleriano, della Gestalt e filiale. Man mano che il campo si ampliava, cresceva l'interesse nell'utilizzo del gioco in psicoterapia. Si notano diversi "primati" nel campo della terapia del gioco, tra cui conferenze, corsi di formazione a livello universitario e organizzazioni professionali, come l'Association for Play Therapy. Per i professionisti clinici interessati a lavorare con i bambini piccoli, queste opportunità hanno conferito una certa credibilità al gioco come strumento in psicoterapia. Tuttavia, il semplice utilizzo del gioco nella psicoterapia infantile non è stato sufficiente a consolidarne la credibilità. Studi empirici, molti dei quali hanno documentato che la terapia del gioco ha avuto un effetto positivo sullo sviluppo socio-emotivo, hanno svolto un ruolo importante nel migliorarne l'accettazione. Tuttavia, la maggior parte di questi studi negli ultimi 20 anni hanno incluso solo il trattamento con la terapia del gioco centrato sul bambino come orientamento primario. In altri studi non è stato considerato l'orientamento teorico del giocoterapeuta, riferendosi ad una terapia di gioco un po' "generica", che rendeva più difficile la comprensione dei meccanismi di cambiamento. Lo studio empirico della terapia del gioco ha rafforzato il campo, ma gli studi futuri trarrebbero beneficio dalla specificità e dalle descrizioni chiare di esattamente ciò che viene studiato. Attualmente, una ricerca accurata e sottoposta a revisione paritaria sulla terapia del gioco è disponibile nel database Play Therapy Outcome Research, gestito dal Center for Play Therapy presso l'Università del Nord del Texas (<https://evidencebasedchildtherapy.com>).

La terapia comportamentale con i bambini, successivamente in combinazione con la terapia cognitiva, divenne più ampiamente accettata e utilizzata. Durante il periodo in cui la terapia del gioco riceveva un'accettazione più positiva, il campo della terapia cognitivo comportamentale (CBT) per bambini e adolescenti stava fiorendo. Il campo della terapia cognitivo comportamentale con i bambini è diventato il gold standard per i bambini con diagnosi come depressione, ansia e disturbo da stress post-traumatico.

Il campo della terapia di gioco cognitivo-comportamentale è stato un passo logico nello sviluppo della CBT con i bambini piccoli, poiché è diventato possibile trovare approcci sensibili allo sviluppo per incorporare la CBT e la terapia di gioco. Nella CBPT il bambino assume un ruolo attivo nel processo di cambiamento e di padronanza dei problemi. Attualmente, ci sono molti casi

clinici con un'ampia gamma di problemi attuali e alcuni studi su piccola scala che supportano l'uso della CBPT. Sono in corso ulteriori studi empirici.

Un numero crescente di ricerche utilizza interventi di gioco cognitivo comportamentale (CBPI) con campioni non clinici, a volte in contesti di gruppo (Pearson, 2008, Fehr et al, 2017). Questo approccio non è di per sé psicoterapia, ma si basa sui principi CBPT. La CBPI contribuisce alla nostra comprensione della CBPT fornendo supporto empirico per specifiche tecniche e strategie di gioco cognitivo comportamentale che sono alla base della CBPT. Gli studi hanno mostrato risultati positivi per i bambini con problemi come difficoltà di sonno (Fehr, et al, 2016).

Il termine Cognitive Behavior Play Therapy è stato menzionato per la prima volta in una conferenza nazionale per i professionisti clinici del 1986 (Knell, 1986), con il primo articolo pubblicato sulla CBPT nel 1990 (Knell & Moore, 1990). Il libro Cognitive Behavioral Play Therapy (Knell, 1993) è stato tradotto in italiano (1998) e turco (2021). Negli ultimi 30 anni, la CBPT è stato oggetto di libri, articoli pubblicati e casi di studio. Uno sviluppo importante nella promozione della ricerca, della formazione e della diffusione delle informazioni sulla CBPT è stata la creazione dell'Istituto CBPT a Roma, in Italia, nel 2020. Nell'ambito di questa iniziativa, la prima conferenza internazionale sulla CBPT, tenutasi a Roma, riunisce professionisti nei settori di CBT, Psicoterapia infantile, Play Therapy e Psicologia dello sviluppo.

Le linee guida per l'attuazione della CBPT sono importanti e vengono riviste per migliorare la promozione di una comprensione unificata di cosa è la CBPT e cosa non è. Queste linee guida includono il modo in cui la CBPT dovrebbe essere presentata al bambino e ai genitori, la struttura delle sessioni, la definizione dei limiti e l'utilizzo della modellazione nel gioco, e la considerazione del prendere decisioni cliniche dalla prospettiva della concettualizzazione del caso. Verranno discussi una revisione dei manuali di trattamento CBT per bambini e lo sviluppo di un manuale CBPT per trattare i bambini ansiosi (Dasari e Knell, in preparazione). Le raccomandazioni future vengono prese in considerazione quando la CBPT esce dalla sua infanzia e si muove lungo la sua traiettoria di sviluppo.



Meena Dasari, PhD -Studio privato a New York,
Case Western Reserve University, Professore
aggiunto
New York, USA

11.30 h- 12.00 h

Utilizzo clinico della terapia del gioco cognitivo-comportamentale per trattare l'ansia sociale

La Play Therapy Cognitivo-Comportamentale (CBPT) è un trattamento sensibile allo sviluppo che è stato sviluppato e utilizzato con i bambini piccoli (di età compresa tra 3 e 8 anni). La CBPT si basa sull'integrazione di due trattamenti efficaci: la terapia cognitivo comportamentale e la terapia del gioco. Questa presentazione dimostrerà l'uso della CBPT per trattare con successo l'ansia sociale in un bambino di 5 anni.

L'ansia sociale si manifesta in circa il 3%-7% dei bambini, ma è frequentemente osservata in contesti clinici. Per i bambini con questo disturbo, l'ansia è incentrata sull'essere rifiutati o non graditi, il che porta all'evitamento o al disagio nelle situazioni di prestazione. Ciò si traduce in una significativa compromissione del funzionamento sociale o accademico.

A Henry è stata diagnosticata l'ansia sociale ed è stato visitato per 17 sessioni in 5 mesi. Le sessioni di terapia erano un equilibrio tra gioco non strutturato e strutturato. La concettualizzazione del caso sarà inclusa e collegata all'intervento CBPT. Nello specifico verranno discussi i fattori individuali e ambientali nonché il collegamento con lo sviluppo e il mantenimento del problema attuale. Gli obiettivi del trattamento per la CBPT per l'ansia sociale sono progettati per aiutare il bambino a sentire il controllo dell'ansia e aumentare il comportamento di approccio. Verrà descritta ciascuna tecnica CBPT utilizzata per trattare l'ansia sociale e includerà:

- Psicoeducazione per aumentare la consapevolezza e la capacità di verbalizzare l'ansia
- Rilassamento per calmare le sensazioni fisiche di ansia
- Strategie di cambiamento cognitivo
- Estinzione o distrazione
- Modellamento utilizzando un pupazzo

- Esposizione (desensibilizzazione sistematica) con modellamento incorporata
- Coinvolgimento dei genitori: solo 1 sessione telefonica e 1 check-in post trattamento

Miglioramento complessivo dell'ansia basato sul resoconto dei genitori e sulla scala di valutazione dell'ansia prescolare. I sintomi di Henry rientravano nell'intervallo tipico dello sviluppo dopo l'intervento CBPT.

Alla fine di questa sessione, i partecipanti saranno in grado di:

- Comprendere e applicare le strategie CBPT per trattare l'ansia nei bambini piccoli.
- Descrivere l'importanza della concettualizzazione del caso CBPT ed elencare i fattori individuali chiave, i fattori ambientali e i componenti del problema presentato
- Progettare e valutare l'intervento CBPT in base alla diagnosi.



Francesca Romana D'Angelo
 Psicologa, specializzanda in psicoterapia CBT
 Centro Ricerca "CBPT"
 Roma, Italia

12.00 h- 12.30 h

Il Puppet Sentence Completion Task

Il gioco, ricoprendo un ruolo fondamentale nello sviluppo del bambino, ha ricevuto una notevole attenzione da parte dei professionisti della salute mentale che si occupano della diagnosi e del trattamento dei bambini in età scolare e prescolare. Il gioco è universalmente riconosciuto come importante per lo sviluppo cognitivo, sociale, emotivo, fisico e linguistico e sebbene rappresenti il linguaggio naturale dei bambini e il mezzo attraverso il quale comunicare ciò che non può essere espresso a parole, non esistono ancora ricerche a sostegno dell'uso del gioco come strumento valido e affidabile per la valutazione psicologica (Russ, 2002). Molto spesso oggi, la diagnosi clinica dei bambini si poggia su test formali e sebbene la maggior parte dei bambini in età scolare e

prescolare siano in grado di impegnarsi nei compiti richiesti dai test cognitivi e proiettivi utilizzati, i bambini piccoli spesso sono incapaci di affrontare il linguaggio e le richieste cognitive di tali procedure per caratteristiche legate al loro sviluppo. Poiché i bambini piccoli imparano e comunicano attraverso il gioco, risulta di primaria importanza implementare e utilizzare nella pratica clinica sistemi di valutazione psicologica della prima infanzia che si poggiano sul gioco piuttosto che sulle capacità verbali. In questa direzione si inserisce il Puppet Sentence Completion Task (PSCT), uno strumento di play-based assessment costruito da Susan Knell (Knell, 1992, 1993) che si inserisce tra i compiti di completamento della frase. Sebbene le attività di completamento della frase non sono state ancora oggi convalidate psicometricamente, esse risultano essere modalità di indagine interessanti poiché l'analisi qualitativa delle risposte consente al clinico di raccogliere informazioni utili sul funzionamento del bambino e sul motivo per cui è stato richiesto l'avvio della psicoterapia all'interno della pratica clinica. L'uso dei compiti di completamento della frase tradizionali in genere non è appropriato ai bambini di età inferiore a 6-7 anni poiché possono incontrare difficoltà nel comprendere le aspettative del compito, e di conseguenza nel rispondere in modo coerente alle domande. Tuttavia, essendo riconosciuta l'importanza del materiale clinico che può essere raccolto da un compito di completamento della frase, Knell (1992, 1993) ha proposto l'integrazione dell'uso dei puppets allo strumento tradizionale. Con questo intervento, si riconosce l'importanza del PSCT riconoscendo il suo valore come strumento più accessibile e appropriato ai bambini in età prescolare. L'obiettivo è quello di approfondire l'integrazione dei puppets nell'assessment psicologico e sottolineare l'importanza di un approccio più sensibile allo sviluppo che consente al clinico di svolgere un assessment diretto anche sul bambino di 2 ½-7 anni.



Adriana Lis
Psicologa, psicoterapeuta
Professore Ordinario, Università di Padova
Padova, Italia

12.30 h- 13.00 h

L'uso dell'Affective Play Scale di Sandra Russ in Italia: storia, sviluppi e applicazioni di ricerca e cliniche

A. Lis*, C. Mazzeschi**, D. Di Riso*, E. Del Vecchio**

*Università di Padova ** Università di Perugia

Il gioco rappresenta un mezzo di comunicazione molto diffuso ed un linguaggio naturale per il bambino rendendolo un mezzo di comunicazione universale con i bambini indipendentemente dalle loro differenze linguistiche e culturali, offrendosi come un mediatore quando ci si trovi a lavorare con persone giovani in difficoltà, anche se esse provengono da culture o background diversi (O'Connor, 2005). All'interno delle varie modalità di definire e specificare il gioco, un ruolo molto importante assume quello che viene definito "gioco simbolico" o del "far finta". Benchè il gioco simbolico acquisisca un significato evolutivo specifico per i toddler e agli inizi dell'età prescolare (Bergen, 2002; Pellegrini, 2010), e raggiunga il suo picco in questa ristretta gamma di età (Singer & Singer, 1990), esso assume un ruolo molto importante non solo nell'intera età prescolare ma anche in età scolare. Per i bambini in età prescolare e scolare esso rappresenta l'integrazione di competenze cognitive e affettive, domini differenti che devono essere tenuti presenti per valutare lo sviluppo del bambino tramite il gioco (si vedano ad esempio le rassegne di Russ (2004) e di Singer et al. (2006)). Il gioco simbolico è il risultato dell'integrazione cognitiva ed affettiva che è responsabile dello sviluppo e dell'acquisizione di abilità collegate a: Sviluppo cognitivo (e.g. pensiero divergente), Sviluppo emotivo: (e.g. riconoscimento emotivo, regolazione delle emozioni) ; Adattamento (e.g. adattamento sociale e educativo); Salute mentale (e.g. disturbi internalizzanti ed esternalizzanti). Nell'osservare e valutare le dimensioni cognitive ed emotive presenti nel gioco simbolico del bambino, la ricerca in questo campo ha

sottolineato l'importanza di misure standardizzate che valutino i processi cognitivi ed affettivi che si verificano contemporaneamente nelle sedute di gioco (e.g. Russ, 1993, 2004; Kaugars & Russ, 2009). Inoltre spesso le ricerche hanno ideato strumenti rivolti ad accertare nel gioco separatamente i domini cognitivi ed affettivi. Infine ancora molti di questi strumenti non godono di procedure chiare e standardizzate di somministrazione (e.g. Gitlin-Weiner *et al.*, 2000; Chessa *et al.*, 2012). Sandra Russ (2004) è stata uno dei primi autori che ha cercato di soddisfare a tutte queste condizioni nell'ideare un serie di misure che tutte rientrano sotto la titolazione generale "Affect in Play Scale (APS)": (a) "Affect in Play Scale (APS)" una misura standardizzata del gioco simbolico da usare con bambini in età scolare (6-10 anni); (b) "Affect in Play Scale-Preschool Version (APS-P)" una misura standardizzata del gioco simbolico da usare con bambini in età prescolare (4-5 anni), poi estesa alla (c) Affect in Play Scale Preschool Version(APS-PS) Extended Version (applicazione dell'APS-PS a bambini dai 4 ai 10 anni). Scopo di questa presentazione è illustrare le varie versioni della scala, il loro uso in Italia ed la loro importanza per il loro uso in ambito clinico.



Jacqueline B. Toner, PhD
Clinical Psychologist
Baltimore, USA

13.00 h- 13.30 h

L'uso dei Workbooks nella Play Therapy Cognitivo-Comportamentale

La maggior parte dei bambini trova divertenti i libri illustrati ed è abituata a imparare da essi. I terapeuti possono trarre vantaggio dalle esperienze passate dei bambini con i libri per presentare i principi della terapia cognitivo comportamentale (CBT) nel contesto di un'attività familiare e confortevole.

L'uso dei libri comunica a un bambino che le sue difficoltà non sono insolite o specifiche per lui. Vengono introdotti a personaggi immaginari che condividono paure e ansie come le loro. Questo aiuta a normalizzare le sfide infantili comuni. In effetti, la semplice esistenza di un libro sull'argomento che li preoccupa suggerisce che non sono soli.

Un altro vantaggio della biblioterapia è la struttura che fornisce al terapeuta per introdurre le idee della terapia cognitivo comportamentale, così come altre strategie, in modo non minaccioso ma sistematico. Leggendo ciò che sperimentano i personaggi di fantasia, i bambini possono essere più aperti all'apprendimento che se confrontati su come affrontare i propri sentimenti intensi. E, come per ogni apprendimento, è importante mettere in pratica nuove abilità. Leggere un libro con semplici esercizi garantisce che i concetti siano presentati in modo organizzato con opportunità di pratica.

Utilizzati a casa o a scuola, i libri basati sulla CBT possono insegnare concetti che possono potenziare le capacità di coping per prevenire l'escalation delle ansie e delle paure infantili. Per i bambini in terapia, i libri possono fornire un ponte per gli adulti importanti nella vita del bambino (compresi genitori e insegnanti) verso le idee che il terapeuta sta presentando. Hanno quindi un modello e un linguaggio per rafforzare queste informazioni a casa e in altri ambienti. I libri forniscono un modello per gli operatori sanitari su come parlare ai bambini delle sfide che si presentano nelle situazioni del mondo reale.

L'American Psychological Association, attraverso Magination Press, offre un'ampia varietà di libri rivolti a bambini di tutte le età. Molti si basano sui principi della CBT (inclusa la serie COSA FARE QUANDO... per bambini in età elementare) e tutti sono controllati da professionisti del settore.

13.30 h – 14.30 h PAUSA PRANZO - SESSIONE POSTER

08 GIUGNO POMERIGGIO

SESSIONE: *Interventi di gioco cognitivo-comportamentale in ambito scolastico, riabilitativo e ospedaliero.*

(Chairman: Ornella Argento)



Maria A. Geraci,
Psicoterapeuta CBT, PTP.
Direttrice del Centro di Ricerca “CBPT”
Roma, Italia

14.30 h- 15.00 h

Gli effetti dell'intervento di gioco cognitivo-comportamentale a scuola

La scuola riveste un'importanza fondamentale per lo sviluppo psicofisico e relazionale di bambini e adolescenti. La ricerca in ambito scolastico sottolinea l'importanza del gioco fin dalla scuola dell'infanzia in quanto contribuisce allo sviluppo cognitivo, sociale, motorio e linguistico dei bambini (Lynch, 2015; O'Connor e Stagnitti (2011; Fazio-Griffith e Ballard, 2014; Spivack et al., 1986; Spivack e Marcus, 1987; VanFleet (2005).

In ambito scolastico, la letteratura scientifica sostiene ampiamente l'utilizzo della play therapy, seppure declinata in diversi approcci teorici, come intervento efficace per aiutare i bambini a far fronte a una varietà di bisogni, comprese le difficoltà comportamentali (Cochran et al., 2011; Flahive & Ray, 2007; Garza & Bratton, 2005), l'autoefficacia (Fall et al., 1999), l'autostima (Baggerly & Parker, 2005), il cambiamento familiare, il dolore, il trauma (Kot & Tyn-dall-Lind, 2005) e le preoccupazioni accademiche (Blanco & Ray, 2011).

L'Intervento di gioco cognitivo-comportamentale (CBPI) teorizzato da Pearson (2008) e ispirato alla play therapy cognitivo-comportamentale di Knell (1993), come sottolineato più volte, non è una psicoterapia di per sé, ma rappresenta un importante contributo iniziale al supporto empirico che si sta consolidando attorno alla play therapy cognitivo-comportamentale.

Questo intervento presenterà lo studio della Pearson (2008) fornisce un supporto empirico all'efficacia dell'applicazione della play therapy cognitivo-comportamentale all'interno del contesto scolastico. Pearson ha condotto su via sperimentale un Intervento di gioco cognitivo-comportamentale (CBPI) finalizzato ad aumentare la speranza e l'adattamento scolastico nei bambini di età prescolare. Tale intervento è stato strutturato sulla base della teorizzazione della Play therapy cognitivo-comportamentale (CBPT) di Knell (1993a; 1998) e, in parallelo, sulla concettualizzazione della speranza nei bambini proposta da Snyder et al. (1997). Attraverso questo intervento è stato possibile insegnare, indirettamente, ai bambini che nel far fronte a un problema possono utilizzare i loro pensieri in modo consapevole al fine di mediare l'evento. In particolare, è stato insegnato loro ad usare dichiarazioni di pensiero speranzoso che migliorano il loro senso di agentività e un metodo di problem solving per generare percorsi diretti al raggiungimento dei loro obiettivi. All'interno dell'Intervento di gioco cognitivo-comportamentale sono stati incorporati molti aspetti della play therapy cognitivo-comportamentale della Knell (1993a;1998): sono stati scelti giochi e bambole specifici per i problemi target; sono stati usati il modeling e la lode per insegnare abilità di pensiero speranzoso; è stato insegnato ai bambini a usare le auto-istruzioni e a praticare le auto-affermazioni positive durante le sessioni di gioco. Lo studio è stato condotto su 48 bambini di età prescolare assegnati in maniera random ad una condizione di intervento di gioco cognitivo-comportamentale o due condizioni di controllo (gioco libero e gioco con puzzle e disegni a contenuto neutro), che si differenziavano principalmente per il diverso tipo di Interazione del ricercatore con il bambino attraverso il gioco. Nell'intervento di gioco cognitivo-comportamentale il ricercatore essenzialmente modellava il pensiero di speranza dei bambini e le loro abilità di problem solving secondo un approccio direttivo, e al contempo incoraggiava la fantasia e l'espressione affettiva soggettiva nella narrazione usando tecniche di play therapy comunemente utilizzate.

I risultati dello studio hanno dimostrato l'efficacia dell'Intervento di gioco cognitivo-comportamentale dei pensieri di speranza e della competenza sociale dei bambini in età prescolare, unitamente a una diminuzione dei sintomi di ansia-ritiro, in accordo con i report compilati dagli insegnanti. Inoltre, è emerso che impegnarsi in giochi di finzione, anche quando non sono insegnate esplicitamente abilità specifiche, è utile per ridurre l'ansia e lo stress e per migliorare le abilità sociali dei bambini.

L'obiettivo della ricerca futura in tale contesto, potrebbe focalizzarsi sull'implementazione dell'Intervento di gioco cognitivo-comportamentale anche come supporto agli insegnanti per aiutare gli studenti a superare le sfide che possono ostacolare la loro crescita, il loro benessere emotivo e il loro successo scolastico. E' auspicabile dunque, che i principi e le strategie della CBPT di Knell vengano utilizzati per sviluppare altri interventi di gioco cognitivo-comportamentale mirati ad altre problematiche specifiche, ad esempio migliorare l'autostima, la relazione con i pari e il senso di autoefficacia (Pearson, 2008). Dal momento che la scuola riveste un ruolo fondamentale nella crescita e nello sviluppo di adeguate skills, ponendosi come fonte di rinforzo o estinzione di comportamenti adattivi o disadattivi del bambino, negli ultimi anni sta crescendo sempre di più l'esigenza di fare prevenzione nei contesti scolastici.



Martina Zanaboni
Psicologa e Riabilitatrice
Ospedale "Mondino"
Pavia, Italia

15.00 h- 15.30 h

Gli effetti dell' intervento di gioco cognitivo comportamentale sulla qualità della vita dei bambini con sindromi epilettiche con esordio nell'infanzia

L'intervento "Gli effetti dell'intervento di Gioco Cognitivo-comportamentale sulla qualità di vita dei bambini con sindromi epilettiche con esordio nell'infanzia" presenterà un protocollo sperimentale di Play Therapy Cognitivo-Comportamentale (CBPT) su un campione di bambini con epilessie ad esordio infantile.

Il progetto prevede uno studio randomizzato controllato con condizione di controllo. I bambini con epilessia verranno assegnati in maniera random ad una delle due condizioni di intervento.

Obiettivo primario dello studio sarà promuovere il miglioramento della qualità di vita attraverso un intervento di gioco cognitivo comportamentale. Nello specifico l'obiettivo primario sarà verificare se vi sia un miglioramento nella qualità di vita in bambini con epilessie a seguito di un intervento di gioco cognitivo-comportamentale strutturato secondo l'impostazione teorica della Cognitive Behavioral Play Therapy e se in questo gruppo tali miglioramenti siano superiori al gruppo di bambini che effettuerà un intervento di gioco libero. Obiettivo secondario dello studio sarà quello di andare a stimolare il pensiero positivo, a migliorare le abilità di problem solving e di coping determinanti per lo sviluppo psico-emotivo dei bambini. Nello specifico si verificherà se attraverso un intervento di gioco cognitivo-comportamentale strutturato secondo l'impostazione teorica della Cognitive Behavioral Play Therapy sia possibile indurre un miglioramento nel pensiero positivo, nel problem solving

e nelle strategie di coping e se questo miglioramento sia significativamente superiore in questi bambini a confronto di coloro che effettueranno un intervento di gioco libero.

Con questo studio ci aspettiamo di iniziare a verificare l'efficacia di protocolli specifici di interventi di gioco cognitivo-comportamentale da applicare in contesti ospedalieri e che siano di supporto al lavoro medico clinico.

L'ipotesi alla base dello studio è che i bambini con epilessia, accedendo a sessioni strutturate di gioco secondo il modello della CBPT, possano acquisire gli strumenti per una migliore gestione degli aspetti di qualità di vita alle cure legati alla loro condizione patologica e all'esperienza dell'ospedalizzazione.

La presenza di comportamenti internalizzanti ed esternalizzanti, le strategie di coping, il pensiero positivo, la capacità di problem solving insieme alla loro qualità della vita verranno valutati alla baseline (T0) e a conclusione delle sessioni di intervento (T1). Nel corso dell'intervento verranno presentate le caratteristiche neurocognitive ed emotive dei soggetti con epilessia ed in seguito presentato il protocollo di ricerca.

Per le finalità dello studio verranno reclutati bambini di età compresa tra 6 e 10 anni di entrambi i sessi. Verranno inclusi bambini con diagnosi di epilessia ti tipo: focali autolimitantesi dell'infanzia (SeLFE); Epilessia a tipo assenze dell'infanzia (CAE), Epilessia autolimitantesi a parossismi centro-temporali (SeLECTS); Epilessie autolimitantesi con crisi autonome (SeLEAS); Epilessia Occipitale dell'infanzia (COVE); Epilessia del lobo occipitale fotosensibile (POLE). Il trattamento terapeutico in corso non sarà considerato nei criteri di esclusione ma tenuto in considerazione nel corso delle analisi statistiche.

Verranno esclusi bambini con epilessie in comorbidità con patologie neurologiche, disabilità cognitive rilevanti (le disabilità cognitive rilevanti vanno specificate con QI) e tali da non permettere la comprensione o lo svolgimento delle procedure oggetto di studio, e/o con acuità visiva, uditiva espressiva ridotte (ipovedenti o sordi).

Nel corso della presentazione verranno inoltre presentate le caratteristiche cliniche, neurocognitive ed emotive delle epilessie autolimitantesi.



Karla Fehr
Psicologa, Ph.D
Professore associato, Istruzione, salute e comportamento
UND University of North Dakota Nord Dakota, USA.

15.30 h- 16.00 h

Applicazione di un intervento di gioco cognitivo comportamentale alle popolazioni pediatriche

L'intervento di gioco cognitivo comportamentale (CBPI) è un intervento breve e strutturato basato sui principi della terapia del gioco cognitivo comportamentale. Si tratta di un approccio di intervento sensibile allo sviluppo che consente ai bambini piccoli di sviluppare e praticare strategie di coping cognitivo-comportamentali attraverso il gioco per fattori di stress di cui non sono ancora in grado o non si sentono a proprio agio a discutere. Durante le sessioni di gioco manualizzate della CBPI viene affrontata una specifica preoccupazione di presentazione al fine di migliorare le capacità di coping. Durante ogni sessione di gioco, vengono presentate molteplici storie corrispondenti a una serie di fattori di stress rilevanti per il problema presentato. Ai bambini viene chiesto di immaginare come aiutare il personaggio a sentirsi meglio e l'interventista si impegna a giocare con il bambino per modellare, insegnare e rafforzare le strategie di coping, compreso un approccio di risoluzione dei problemi e un dialogo interiore positivo. La CBPI comprende in genere tre sessioni da 20-30 minuti. Praticare più storie in ogni sessione offre al bambino l'opportunità di generalizzare le capacità di coping a una varietà di situazioni che provocano ansia. La CBPI è stata originariamente sviluppata per affrontare l'ansia scolastica nei bambini in età prescolare (Pearson, 2008). In quello studio, i bambini in età prescolare che hanno ricevuto CBPI hanno mostrato meno ansia e comportamento ritirato, più speranza e maggiore competenza sociale rispetto ai bambini di un gruppo di controllo attivo.

La CBPI ha il potenziale per migliorare la capacità di reazione e i sintomi di molti giovani, compresi quelli che si presentano in contesti medici pediatrici. Questa presentazione esaminerà gli adattamenti del CBPI per le popolazioni pediatriche fino ad oggi, inclusi 1) CBPI per bambini piccoli con difficoltà di sonno, 2) CBPI per fratelli di bambini malati di cancro e 3) CBPI per fratelli di bambini con disturbo dello spettro autistico. Verrà discussa anche l'implementazione del CBPI tramite la telemedicina.

Il primo adattamento del CBPI per le popolazioni pediatriche è stato quello per i bambini piccoli (di età compresa tra 4 e 6 anni) con difficoltà di sonno (Fehr, Russ e Ievers-Landis, 2016). In aggiunta al trattamento comportamentale per le difficoltà del sonno, il CBPI affronta il disagio del bambino prima di andare a dormire praticando strategie di coping per affrontare l'ansia da separazione, le paure notturne e la paura dei brutti sogni. In uno studio pilota, il CBPI ha migliorato le abitudini del sonno e ridotto l'ansia da sonno nei bambini in età prescolare, e la soddisfazione dei genitori è stata elevata (Fehr et al., 2016).

La CBPI è stata successivamente adattata per l'aggiustamento del target nei fratelli (di età compresa tra 4 e 10 anni) di bambini a cui era stato diagnosticato un cancro negli ultimi 12 mesi (Fehr, Russ, Anderson, Leigh Josie e Cousino, 2017). Ci sono molti fattori di stress e cambiamenti vissuti dall'intera famiglia dopo che a un bambino a cui è stato diagnosticato un cancro, e la CBPI è stata sviluppata per colpire questi fattori di stress e le emozioni associate tra cui isolamento e interruzioni, reazioni emotive (rabbia, risentimento, vergogna, senso di colpa) e impotenza e perdita di controllo. Questo protocollo CBPI era appropriato per una fascia di età più ampia a causa della natura complicata dei sentimenti che possono essere vissuti e della difficoltà che i bambini potrebbero avere nell'esprimere questi sentimenti complessi. In uno studio pilota con quattro bambini, i sintomi internalizzanti sono diminuiti per tutti i partecipanti. Inoltre, alcuni partecipanti hanno riscontrato miglioramenti in alcuni tipi di coping e diminuzioni dello stress genitoriale, sebbene vi fosse una maggiore variabilità tra i partecipanti su questi fattori (Fehr et al., 2017).

La CBPI è stata adattata per migliorare l'adattamento nei fratelli di bambini con diagnosi di disturbo dello spettro autistico. Per affrontare i fattori di stress e le preoccupazioni sperimentati da molti fratelli di bambini con disturbo dello spettro autistico, la storia si concentra sull'attenzione dei genitori, sulla relazione con i fratelli e sui fattori di stress sociali legati all'avere un fratello con

disturbo dello spettro autistico. Data la sensibilità e la complessità emotiva di questi fattori di stress, questo intervento è stato sviluppato anche per bambini di età compresa tra 4 e 10 anni.

Le solide basi teoriche e le prove preliminari suggeriscono che la CBPI può essere un approccio efficace per affrontare il disagio e farvi fronte in molte popolazioni pediatriche. Verranno discusse ulteriori applicazioni per le popolazioni pediatriche. Inoltre, verranno esaminate le future direzioni della ricerca.

16.00 h – 16.30 h PAUSA CAFFE’



Sandra Russ
Psicologo Clinico, PhD
Professore universitario eminente
Riserva dell'Università Case Western – Cleveland
Ohio, USA

16.30 h- 17.00 h

Risultati della ricerca sul gioco di finzione: implicazioni per la pratica clinica

Il gioco di finzione è uno strumento essenziale di molte forme di psicoterapia infantile. I risultati della ricerca che si concentrano sull'attività del gioco di finzione hanno implicazioni per l'uso del gioco in psicoterapia. Il mio programma di ricerca si è concentrato su 1) misurazione dei processi nel gioco

di finzione con la scala Affect in Play e 2) sviluppo di protocolli di gioco che possano migliorare le abilità di gioco (Russ, 2014). La scala Affect in Play chiede al bambino di giocare con i giocattoli per 5 minuti. Lo spettacolo viene videoregistrato e valutato secondo un manuale dettagliato. Esistono diversi giocattoli e istruzioni per i bambini più piccoli (4-5 anni) e più grandi (6-9 anni). La scala Affect in Play (APS) misura l'immaginazione, l'organizzazione della storia, la quantità di emozioni nella narrativa teatrale e il coinvolgimento nel gioco e ha acquisito una buona validità con una varietà di criteri teoricamente rilevanti. Valutando la capacità di un bambino di usare la finzione e l'immaginazione e di esprimere le emozioni nel gioco, possiamo determinare se e come il gioco può essere utilizzato in un contesto psicoterapeutico. L'APS potrebbe anche essere utilizzato come misura pre e post del cambiamento in psicoterapia. Ad esempio, il bambino è diventato più aperto nell'esprimere le emozioni in una situazione di gioco?

Sono stati sviluppati protocolli di intervento di gioco per bambini dai 3 ai 10 anni con l'obiettivo di migliorare processi importanti nello sviluppo del bambino attraverso l'attività di gioco di finzione. L'intervento base consiste in 3-8 sessioni individuali di 20 minuti durante le quali il facilitatore adulto gioca con il bambino. Esiste una serie standard di storie che vengono utilizzate e una serie standard di tecniche che l'adulto utilizza per facilitare il gioco. Gli studi hanno scoperto che questo protocollo di gioco e le versioni adattate sono stati efficaci nell'aumentare l'immaginazione e l'espressione emotiva nel gioco sia per i bambini tipici (Hoffmann & Russ, 2016) che per i bambini con disturbi dello sviluppo neurologico (Dimitropoulos, et al., 2021). Aumentare la capacità di fingere è particolarmente importante per i bambini che hanno deficit nella capacità di fingere. Ad esempio, in uno studio con bambini nello spettro autistico, questo breve protocollo di intervento ha aumentato l'immaginazione dei bambini sull'APS e la comprensione emotiva su un compito diverso se confrontato con un controllo in lista d'attesa (Doernberg, et al., 2021). Questo protocollo si è rivelato efficace anche su una piattaforma remota per bambini affetti dalla sindrome di Prader-Willi (Dimitropoulos, et al., 2021). Questo protocollo di intervento di gioco potrebbe essere incorporato nei programmi di trattamento per bambini con disabilità dello sviluppo neurologico.

In studi recenti, ci siamo concentrati sulla questione "quali tecniche specifiche utilizzate dai ricercatori adulti fossero più efficaci nel facilitare

l'immaginazione e l'espressione emotiva nel gioco". I risultati di diversi studi suggeriscono che la modellazione della finzione e la riflessione dell'attività di gioco erano più frequentemente seguite dall'immaginazione (Gordon et al., 2023). Sugerire, ad esempio, chiedendo come si sente la bambola quando ha perso il suo cane, ha facilitato l'espressione delle emozioni. Da notare che le domande generali sono state seguite da meno gioco. Le implicazioni per l'utilizzo del gioco in terapia per raggiungere obiettivi potrebbero essere l'uso di modelli di finzione ed espressione di sentimenti, nonché suggerimenti su cosa accadrà dopo o come si sente la bambola. Domande generali potrebbero interferire con lo spettacolo. I bambini con disabilità dello sviluppo neurologico hanno bisogno di più impalcature per il loro gioco. Infine, incorporare moduli di gioco di finzione supportati empiricamente nei programmi di terapia infantile potrebbe aiutare i bambini a utilizzare il gioco in modo più efficace per risolvere i problemi.



Eva L. Feindler
Psicologa, PhD
Università di Long Island
Brookville, New York, USA

17.00 h- 17.30 h

Approcci giocosi alla CBT con bambini aggressivi: utilizzare il programma Turtle Magic - L'intervento Turtle Magic per i bambini piccoli

Nel corso degli anni si è assistito ad un crescente interesse per il ruolo della regolazione emotiva nello sviluppo della psicopatologia infantile. La capacità di identificare le emozioni, esprimerle e modulare le emozioni sono componenti chiave del funzionamento sociale adattivo dei bambini. La presenza di capacità di autoregolamentazione durante l'infanzia è stata associata al successo accademico e alla competenza sociale più avanti nella vita. Tuttavia, i bambini

che mostrano deficit nella capacità di regolare le proprie esperienze emotive non hanno le capacità di coping adeguate per gestire emozioni intense, come la rabbia, e mostrano risposte emotive eccessive o inappropriate, come l'aggressività. L'aggressività è uno dei riferimenti più comuni nei bambini in età prescolare, tuttavia molti interventi terapeutici si concentrano principalmente sulla gestione dell'aggressività nei bambini in età scolare o nell'adolescenza. Poiché la presenza di comportamenti aggressivi e deficit nella regolazione delle emozioni sono individualmente associati a esiti negativi nella fase successiva dell'infanzia, è essenziale che vengano sviluppati programmi focalizzati sui bambini in età prescolare. Il focus di questo intervento è sullo sviluppo delle competenze dei bambini piccoli piuttosto che sulla gestione dell'aggressività da parte dei genitori o di altri adulti nell'ambiente scolastico/caregiving.

Il Turtle Magic Intervention (TMI) è stato sviluppato sulla base del libro intitolato Turtle Magic, per affrontare il funzionamento cognitivo, scolastico ed emotivo dei bambini in età prescolare a rischio di comportamenti aggressivi. TMI è un programma di trattamento terapeutico a breve termine sviluppato per i bambini piccoli, informato sui principi della terapia del gioco cognitivo-comportamentale (CBPT). Progettato per i bambini che dimostrano comportamenti dirompenti e aggressivi a casa e in classe, il TMI può essere implementato con singoli o piccoli gruppi di bambini. Il TMI è un approccio psicoeducativo alla regolazione delle emozioni che mira a insegnare ai bambini le competenze necessarie per identificare ed esprimere le emozioni, per regolare le loro risposte emotive e per utilizzare efficaci capacità di coping e di problem-solving. Il programma è un intervento di nove sessioni con attività coerenti con il livello di sviluppo del bambino/i partecipante/i. Il trattamento comprende otto sessioni principali che integrano l'uso di pupazzi, storie e attività per insegnare l'identificazione delle emozioni, le capacità di coping, le strategie di risoluzione dei problemi e i principi del rinforzo positivo, nonché una sessione di rinforzo che avviene un mese dopo il trattamento.

Questa presentazione descriverà in modo completo il protocollo di trattamento della TMI per singoli bambini e piccoli gruppi, presenterà dati preliminari sui risultati e affronterà l'accettabilità del trattamento e i problemi di implementazione.



Andrea Manuel Meana de la Vega
Psicologo e Coordinatore Equipe DSA presso il
Centro Ricerca “CBPT”
Roma, Italia

17.30 h- 18.00 h

Cognitive Behavioral Play Training: l’uso del gioco nella riabilitazione cognitiva

In questo intervento verrà presentato l’utilizzo della Cognitive Behavioral Play Training (CBPTr), originato dal modello teorico della Cognitive Behavioral Play Therapy (Knell, 1993; Geraci, 2022, 2023), che integra l’utilizzo del gioco e delle tecniche CBT all’interno dei trattamenti riabilitativi.

La CBPTr viene rientra nella categoria del Play-Based Training è ha come obiettivo principale organizzazione di training riabilitativi per bambini resistenti al trattamento. Verranno analizzate le caratteristiche di questo modello teorico e le fasi. Saranno trattate le tecniche CBT utilizzate (Programmi di Rinforzo, Modeling, Fading, Prompting e Shaping; e tecniche cognitive come: la Psicoeducazione, le Autoaffermazioni Positive, il Problem Solving e le Autoistruzioni) e come queste si possono applicare.

Particolare importanza verrà data agli strumenti intesi come giochi strutturati con obiettivi riabilitativi chiari in forma cartacea e digitale. Tali strumenti sono progettati per offrire un’esperienza coinvolgente e stimolante, mirando ad aumentare l’aderenza al trattamento oltre a migliorare le capacità cognitive, degli apprendimenti e comportamentali di chi gioca. A tal fine, verrà presentato un percorso esperienziale per i partecipanti sulle Funzioni Esecutive come: Inibizione; Memoria di Lavoro; Flessibilità Cognitiva; Pianificazione; Attenzione focalizzata ed Autocontrollo Emotivo. L’obiettivo di questa esperienza è di presentare gli strumenti, gli obiettivi e le tecniche CBT che possono essere usate all’interno del percorso riabilitativo.

Infine, verrà presentato un caso clinico, dove saranno mostrati i benefici derivanti dall'utilizzo del gioco all'interno di percorsi riabilitativi e, nello specifico, rispetto al potenziamento delle competenze ortografiche in un bambino di 10 anni, con diagnosi di Disortografia in comorbidità con ADHD e DOP. La scelta di un percorso mediato dal gioco nasce dal totale rifiuto del bambino alle sessioni riabilitative standard. Il percorso ha previsto un intervento riabilitativo, organizzato in 21 incontri, in monitoraggio ha sottolineato una riduzione del numero di errori ortografici valutati con il dettato di Parole, Non Parole (DDE.2 Sartori et al., 2007) e Brano (BVSCO-3, Cornoldi et al., 2022). L'inserimento delle tecniche CBT, nello specifico con un programma di gestione delle contingenze, ha sottolineato l'aumento del senso di autoefficacia e la motivazione alla scrittura.

Questo primo caso rende la CBPTr un intervento promettente nell'ambito della riabilitazione e che ha lo scopo di promuovere altri case report che possano supportare l'efficacia dell'intervento con bambini resistenti.

09 GIUGNO MATTINA

*SESSIONE: Approcci teorici alla Play Therapy: confronti e contrasti
(Chairman: Maria A. Geraci)*



Didem Altay
Psicologo consulente dell'HCPC presso Therapy
Central
Londra, Regno Unito

9.00 h- 9.00 h

Terapia del gioco centrato sul bambino: uno sguardo alla terapia del gioco centrato sul bambino

La terapia del gioco centrata sul bambino (CCPT) è uno dei modelli di terapia del gioco più antichi e conosciuti. Si trova spesso nel repertorio di molti terapisti del gioco negli Stati Uniti (Lambert et al., 2005) e in tutto il mondo. La CCPT è un intervento terapeutico per bambini fortemente supportato dalla ricerca e sensibile allo sviluppo. I risultati della ricerca forniscono prove evidenti dell'impatto positivo della CCPT come intervento terapeutico; in particolare, la CCPT dimostra la sua efficacia come approccio di consulenza sensibile sia ai fattori di sviluppo che a quelli culturali, affrontando efficacemente un'ampia gamma di problemi attuali (Baggerly, Ray e Bratton, 2010; Lin & Bratton, 2015).

Inoltre, si tratta di un approccio terapeutico specificamente progettato per lavorare con bambini di età compresa tra 3 e 10 anni che devono ancora

sviluppare appieno la capacità di pensiero astratto. La CCPT, a differenza delle terapie parlanti e dei modelli di terapia del gioco direttiva, non richiede che il bambino usi le parole per esprimersi e guidarlo a svolgere una determinata attività nella stanza dei giochi poiché riconosce che spesso i bambini non hanno le capacità verbali e cognitive necessarie per articolare le proprie capacità, le emozioni ed esperienze allo stesso modo degli adulti.

La CCPT si ispira fortemente ai principi della terapia centrata sulla persona stabiliti da Carl Rogers (anni '40). Adattato da un approccio centrato sulla persona e sviluppato da Virginia Axline (1947), questo modello di giocoterapia si basa sulla convinzione che un bambino abbia capacità di crescita e capacità di risolvere problemi se portato in un'atmosfera di accettazione, calore, e la libertà di condurre la propria strada nell'affrontare i conflitti personali. È radicato nella convinzione che i bambini abbiano una tendenza innata alla crescita e alla guarigione e che si esprimano naturalmente attraverso il gioco. L'elemento cruciale della CCPT è costruire una forte relazione terapeutica tra il bambino e il terapeuta, poiché la relazione è il fattore di guarigione più importante e l'agente terapeutico per il cambiamento (Ray, 2011).

Come terapeuta CCPT, si adotta una posizione non direttiva consentendo al bambino di condurre le sessioni di gioco, creando un ambiente sicuro e di supporto in cui il bambino si sente a suo agio nell'esprimersi liberamente, riflettendo i sentimenti e le esperienze del bambino, aiutando il bambino sviluppare una comprensione più profonda delle proprie emozioni, mostrando un rispetto positivo incondizionato accettando il bambino senza giudizio, fornendo risposte empatiche per convalidare le esperienze del bambino e favorire un senso di connessione. Gli atteggiamenti adottati dai terapisti CCPT e il gioco consentono ai bambini di esplorare emozioni, pensieri ed esperienze, esprimersi in modo creativo, approfondire aree della loro vita che potrebbero essere difficili da articolare verbalmente e apprendere capacità di coping per gestire le proprie emozioni/comportamenti.

Questa presentazione fornirà una panoramica dei principi di base e dell'importanza della terapia del gioco centrata sul bambino.



Giandomenico Bagatin
Psicologo, Psicoterapeuta
Fondatore e coordinatore Gestalt Play Therapy Italia
Contributing member, Fondazione Oaklander di Los Angeles Trieste, Italia

9.30 h -10.00 h

La Gestalt Play Therapy: Guarire attraverso il gioco, la narrazione e la consapevolezza.

Violet Oaklander è stata la prima terapeuta ad applicare i principi della terapia della Gestalt al lavoro psicoterapeutico con bambini e adolescenti.

Integrando per prima elementi e strumenti di tanti approcci terapeutici, ha prodotto di fatto un modello integrato e integrabile che ha insegnato per 27 anni a professionisti nei cinque continenti e ha sintetizzato in libri tradotti in tutto il mondo.

Nel modello di Violet due sono i problemi principali che portano i bambini in psicoterapia, indipendentemente dal problema esplicito col quale si presentano. Uno sono le difficoltà di contatto. Una buona capacità di contatto con gli altri, con le attività, con se stessi implica la possibilità di avere presenza, focalizzazione, concentrazione, dialogo interno contenuto, consapevolezza fisica ed emotiva.

L'altro è il senso del sé povero. Il sé non viene qui inteso semplicemente come la definizione della propria identità, ma in modo più ampio. Un bambino con un buon senso del sé è un bambino che ha interiorizzato confini e limiti, sente un senso di controllo e di fiducia, sa dire in maniera chiara cosa gli piace e cosa non gli piace, sa esprimere le emozioni in senso costruttivo, in particolare la rabbia e l'energia aggressiva, che la Oaklander definisce "la più malcompresa di tutte le emozioni".

Nella prima sessione familiare Violet Oaklander era solita affermare "I don't Fix Kids" cioè non aggiustare bambini. Quello che aiuta i bambini, spiegava

Violet ai genitori, e fa precedere i sintomi, è un lavoro di rinforzo, accettazione, integrazione e consapevolezza per il quale il gioco è uno strumento di elezione, rappresentando il primario linguaggio dei bambini.

In particolare il gioco nel modello Oaklander viene utilizzato in maniera proiettiva. Si dà cioè per scontato che qualsiasi cosa utilizziamo come media (mezzo espressivo), quello che percepiamo come persone, e che percepiscono i nostri clienti, e che quello che diciamo a proposito di un qualsiasi oggetto, sia esso un disegno, la forma di un pezzo di argilla o una scena nella vasca della sabbia, si colorerà delle nostre convinzioni del mondo, delle nostre idee e delle nostre emozioni. In questo senso Violet era solita dire che tutto è proiezione.

L'utilizzo delle proiezioni, coerentemente con l'approccio umanistico, non viene però utilizzato in senso oggettivo o interpretativo. Gli elaborati dei bambini prendono vita attraverso un gioco di specchi e di stimoli che li aiuta a dare loro stessi un senso creativo e costruttivo a ciò che gli accade.

E questa stessa esperienza di avere un adulto presente, non giudicante e che non afferma "il tuo problema è", oppure "devi fare" è un'esperienza spesso rivoluzionaria.

La creatività dei bambini nell'esprimere, integrare e risignificare i loro eventi di vita e il loro sentire è la vera forza del lavoro terapeutico. In questo senso ciò che è davvero significativo e (soprattutto) trasformativo è l'esperienza che i bambini fanno in seduta, molto più delle spiegazioni e del problem solving concreto.

In questa presentazione vedremo una panoramica delle peculiarità della Gestalt Play Therapy, come vengono inserite nella pratica clinica e come è possibile integrarle nel modo di lavorare di un professionista.



Gianluca Biggio
Psicologo, Psicoterapeuta Psicoanalitico,
Psicosociologo
Università degli Studi di Viterbo
Viterbo, Italia

10.30 h-11.00 h

L'uso del gioco in una prospettiva psicodinamica- Il ruolo del gioco nella psicoterapia psicoanalitica

Il gioco nella terapia psicoterapia psicoanalitica ha un ruolo importante. Introdotto originariamente da Melania Klein nella psicoanalisi dei bambini ha avuto importanti risultati clinici ma anche conseguenze metodologiche perché possiamo rinvenire nella introduzione del gioco il primo grande cambiamento del setting analitico, precedentemente ritenuto non modificabile. Questo ha aperto la strada a numerosi cambiamenti tra i quali possiamo annoverare altri tipi di cambiamenti di setting e inoltre l'uso stesso del gioco nella terapia con gli adulti in determinate condizioni sicuramente metaforiche e non comparabili con il gioco della terapia infantile.

Come Winnicott ha insegnato nella psicoanalisi: *“E' nel giocare e soltanto mentre gioca che l'individuo, bambino o adulto, è in grado di essere creativo e di fare uso dell'intera personalità, ed è solo nell'essere creativo che l'individuo scopre il sé”*. (Winnicott D.W., (1971) *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974).

Il gioco è un'attività primaria e precoce. Comincia con il corpo e con i corpi, in un “campo di sensorialità ad alta sensibilità”, in cui avviene l'esperienza dell'essere in rapporto con “ciò che non è me”.

Vediamo apparire così la similitudine tra questo giocare e quel *Let's play again* che, ancora Winnicott, attribuisce al modo specifico di essere insieme, tra paziente e psicoanalista: *“La psicoterapia ha luogo là dove si sovrappongono due aree di gioco, quella del paziente e quella del terapeuta. La psicoterapia ha a che fare con due persone che giocano insieme”*. (Winnicott D.W., (1971) *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974)

il gioco comincia con il gioco dei corpi, lo vediamo negli esseri umani ma anche a livello etologico.

Come Winnicott ha insegnato in psicoanalisi: *“E’ nel giocare e soltanto mentre gioca che l’individuo, bambino o adulto, è in grado di essere creativo e di fare uso dell’intera personalità, ed è solo nell’essere creativo che l’individuo scopre il sé”*. (Winnicott D.W., (1971) *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974).

Il gioco è un’attività primaria e precoce. Comincia con il corpo e con i corpi, in un “campo di sensorialità ad alta sensibilità”, in cui avviene l’esperienza dell’essere in rapporto con “ciò che non è me”. Ma mette dentro di sé e le lavora intensamente registrandone sensazioni, emozioni... restituendole a modo suo il momento dopo, dando origine a esperienze che producono uno stile di comunicazione intima.

Il gioco permette nella terapia un’intesa distinguendo, mettendo confini tra dentro e fuori, tra illusione e realtà, tra me e te. Fino ad arrivare al gioco che mette in scena, autonomamente, teatri di finzione che raccontano la realtà interna, in quell’area sospesa nel tempo e in uno “spazio transizionale” tra vero e inventato, uno spazio che pare essenziale per il processo di psicoterapia analitica al fine di creare un “campo relazionale” che appartiene a entrambi gli attori del processo analitico e che ne permette il suo svolgersi.

Per questo motivo si ritiene che il gioco nato come strumento di lavoro specifico nell’analisi dei bambini introdotta da Melania Klein, possa avere un valore importante anche nella terapia degli adulti.



Francesco Montecchi
Neuropsichiatra, già primario di Neuropsichiatria-
Ospedale Bambino Gesù di Roma
Docente a.c. dell’Università La Sapienza e di “Tor
Vergata”
Roma, Italia

11.00 h- 11.30 h

**Sandplay Therapy. La *psicoterapia con le immagini* (S.P.T.)
in età evolutiva**

Il Gioco della sabbia, noto anche come Sand Play Therapy è un'originale applicazione del pensiero e della pratica junghiana che Integra immagini dei quadri di sabbia con l'analisi verbale e, insieme al terapeuta, vengono utilizzate alla stregua di un sogno a tre dimensioni; facilita il contatto con le immagini interne, attiva il confronto tra conscio ed inconscio, permette di contattare ed elaborare tematiche conflittuali arcaiche. È utilizzabile sia nell'analisi con bambini che con gli adulti. Ideato da Dora Kalff -allieva di Jung- come variante del metodo del "Gioco dei Mondi" utilizzato a Londra dalla Margareth Lowenfeld.

Nel Gioco della Sabbia l'immagine prende forma mentre viene creata, sono le mani che danno forma all'immagine che, non presente nella mente del paziente, permette all'Io di confrontarsi con l'inconscio. Non è tanto il paziente a creare l'immagine ma è l'immagine stessa che "chiama" "prende la mano" e si manifesta come un processo attraverso il quale conscio e inconscio si incontrano e dialogano. La situazione inconscia coordina l'evento fisico del muoversi, scegliere, costruire, con la condizione psichica del momento. Quando il paziente, durante il gioco, ha di fronte tanti oggetti, per una determinata disposizione d'animo ne sceglie alcuni, e sceglierà quelli da cui è particolarmente attratto e che sono immagini significative per lui in quel momento. La psiche con l'aiuto di immagini si orienta nel mondo e si adatta ad esso e così è in grado di vivere e di svilupparsi. Il quadro che ne scaturisce rappresenta un'opera di sintesi di interno ed esterno, di psichico soggettivo e di psichico oggettivo, è possibile riconoscere nello spazio della sabbiera delle analogie a quello che Winnicott (1974) chiama "spazio transizionale", un terzo spazio diverso dalla realtà psichica interna e dal mondo reale.

Chi lavora con la sabbia concorda con l'affermazione di Jung (1957-58) che sostiene che: "spesso accade che le mani sappiano svelare un segreto intorno a cui l'intelletto si affanna inutilmente". Le mani, infatti, a volte parlano più chiaramente delle parole. Il paziente, attraverso il "gioco" rappresenterà la situazione di disagio, gli aspetti negativi e sofferti della propria situazione psichica. Inconsapevolmente, potrà rappresentare anche l'aspetto opposto, cioè oltre a quanto c'è e di "negativo" potrà essere individuabile anche il "positivo" insito nel suo problema; in questo spazio avrà, così, la possibilità di attivare e contattare quelle immagini interne cariche di energia dai due poli opposti

finalmente uniti nello spazio della sabbiera, emergerà un terzo simbolo, unificatore.

Il rischio nel trattamento psicoterapeutico, è di voler comprendere e sopravvalutare l'aspetto contenutistico e l'interpretazione intellettuale, sottraendone il carattere, essenzialmente simbolico: la raffigurazione ha bisogno della comprensione, e la comprensione della raffigurazione. Nel costruire un "quadro di sabbia", il gesto ludico, iscritto nello spazio, diventa una sorta di gioco psicodrammatico delle proprie emozioni. La sabbiera è il centro delle attività un "teatro psichico" del mondo interno che evoca nella sua costruzione le rappresentazioni teatrali: le mani sono capaci di svelare segreti spesso intraducibili.

Lo "spazio libero e protetto" della sabbiera come metafora della vita

Per il godimento della vita è necessario imparare e tollerare il limite e la rinuncia. La fantasia di chi gioca viene delimitata dai confini della sabbiera, ma può essere rappresentata liberamente al suo interno. Il processo di trasformazione che si svolge attraverso il "Gioco della Sabbia" non potrebbe infatti realizzarsi in uno spazio illimitato, ma ha bisogno di un campo delimitato. Lo spazio "vuoto", nell'iniziale incontro con la sabbiera, riporta alla esperienza della utilizzazione dello spazio, strettamente legata con lo sviluppo dello schema corporeo

Spazio e schema corporeo

La percezione del corpo e dello spazio precede di molto la loro rappresentazione e la percezione corporea trova nell'uso dello spazio un mezzo per esprimere in modo ancora più differenziata la propria capacità di rappresentazione.



Maria A. Geraci,
Psicoterapeuta CBT, PTP.
Direttrice del Centro di Ricerca “CBPT”
Roma, Italia

11.30 h- 12.00 h

Differenze e somiglianze tra i diversi approcci di terapia del gioco

La play therapy è un paradigma che si è sviluppato evolutivamente all'interno di diversi orientamenti teorici. Nonostante siano stati contraddistinti principalmente in play therapy direttiva e play therapy non direttiva, le somiglianze e le differenze più salienti derivano dagli approcci teorici su cui si fondano: la play therapy psicoanalitica (Klein, 1932; Freud, 1946) la child center play therapy (CCPT, non direttiva, Axline, 1947) e la play therapy cognitivo- comportamentale (CBPT, direttiva, Knell, 1993, 1998b).

Knell (2009) descrive le somiglianze e le differenze principali tra questi tre approcci analizzando per ognuno: la direzione e gli obiettivi della terapia, i materiali di gioco e le attività, il valore educativo del gioco, l'interpretazione del gioco e il ruolo della lode. Nella la play therapy psicoanalitica la direzione e la definizione degli obiettivi non vengono definiti dal terapeuta, il terapeuta è un osservatore partecipante, non un compagno di giochi e non suggerisce alcun materiale o attività. L'educazione non è considerata un obiettivo della terapia, dunque, il gioco non è usato per educare; invece, l'interpretazione del gioco è centrale ma viene applicata come parte finale della terapia e infine la lode non è considerata appropriata (Geraci, 2022)

Nella child center play therapy la direzione e gli obiettivi della terapia non sono accolti in quanto il bambino deve essere accettato per come è, senza alcun tipo di impostazione esterna; il materiale, le attività e la direzione del gioco sono sempre scelti dal bambino. L'educazione è considerata una forma di direzione e, quindi, non appropriata e il terapeuta non interpreta il gioco del bambino ma

condivide la sua accettazione più incondizionata. Infine, la lode non viene contemplata perché significherebbe comunicare al bambino che il terapeuta non lo accetta per come è, bensì lo desidererebbe diverso (Geraci, 2022).

Nella la play therapy cognitivo-comportamentale vengono stabiliti obiettivi terapeutici e la direzione verso questi obiettivi costituisce la base dell'intervento, i materiali di gioco e le attività vengono selezionati dal bambino e dal terapeuta. Il gioco è usato per insegnare abilità e comportamenti alternativi e più adattivi, il terapeuta introduce l'interpretazione del gioco del bambino, portando le questioni più significative ad essere espresse verbalmente. Infine, la lode rappresenta una componente cruciale della terapia, essa comunica al bambino quali comportamenti sono appropriati e fa sì che questi vengano rinforzati positivamente (Geraci, 2022).



Didem Altay
Psicologo consulente dell'HCPC presso Therapy
Central, Ph.D, RPT & EMDR Europe
Londra, Regno Unito

12.00 h-12.30 h

Terapia del gioco integrata: utilizzare la terapia del gioco non direttiva e direttiva quando si lavora con i bambini

L'integrazione della terapia di gioco non direttiva e direttiva combina elementi di varie modalità teoriche in un quadro coeso all'interno della ludoterapia. A differenza dell'utilizzo di un'unica prospettiva teorica, la terapia del gioco integrata si ispira a molteplici teorie come quella umanistica, cognitivo-comportamentale, di elaborazione adattiva delle informazioni, dell'attaccamento e del trauma. Questo approccio è stato inizialmente introdotto e reso popolare da figure come Kaduson, Cangelosi e Schaefer (1997), Gil

(2006) e Goodyear-Brown (2012). Nell'approccio integrativo, i terapeuti valorizzano il bambino, lo accettano così com'è e comprendono l'importanza di soddisfare i bisogni unici di ogni bambino. Il terapeuta utilizza una varietà di interventi di gioco in un piano di trattamento più completo e su misura, attingendo a diverse teorie di base. Implica un processo di collaborazione tra il terapeuta, il bambino e gli operatori sanitari. Fornendo una solida alleanza terapeutica e una valutazione continua, il terapeuta adatta e perfeziona continuamente il piano di trattamento per garantire che rimanga rispondente ai bisogni in evoluzione del bambino e progredisca in modo integrativo e olistico che affronti i bisogni emotivi, comportamentali e di sviluppo del bambino (Gil , 2011) – concentrandosi sui bisogni del bambino e della famiglia per massimizzare l'efficacia della terapia e promuovere risultati positivi per i bambini che sperimentano un'ampia gamma di sfide emotive, comportamentali e di sviluppo.

Questa presentazione offrirà una panoramica dell'integrazione di diverse modalità quando si lavora con bambini che hanno vissuto esperienze avverse.



Sandra S. Pimentel,
Psychologist, PhD
Professore Associato, Centro Medico Montefiore
Facoltà di Medicina Albert Einstein
New York, USA

12.30 h- 13.00 h

**CBPT creativo con bambini in età scolare:
Integrare la cultura pop nella CBT con i giovani: sport, supereroi e
canzoni per personalizzare e costruire interventi “ludici”**

La terapia cognitivo comportamentale (CBT) è un approccio di intervento efficace per il trattamento di una serie di condizioni di salute mentale in tutte le fasce di età, compresi bambini e adolescenti. Lavorare con i giovani e le famiglie richiede generalmente la capacità di fornire i nostri trattamenti in modi

basati sui principi e adeguati allo sviluppo. I medici pediatrici potrebbero aver bisogno di maggiore flessibilità, creatività e capacità di spiegare i principi cognitivi e comportamentali e le strategie terapeutiche ai bambini di 5, 10 e 15 anni. Inoltre, è improbabile che questi giovani si siano auto-inviati al trattamento. In che modo i medici possono personalizzare e ottimizzare la CBT per i bambini di età compresa tra 7 e 14 anni in base ai livelli di preparazione al trattamento, impegno, alfabetizzazione in materia di salute mentale, sviluppo cognitivo, presentazione dei sintomi e menomazioni funzionali? I medici giovanili possono trarre vantaggio dall'apprendimento strategico per incorporare i contenuti della cultura pop nella loro valutazione e pianificazione del trattamento. La cultura pop, per definizione, è ampiamente disponibile e accessibile attraverso una moltitudine di formati e offre opportunità per aggiungere divertimento e gioco individualizzati pur mantenendo la fedeltà ai principi cognitivo-comportamentali fondamentali.

Questa presentazione include diversi obiettivi, tra cui: 1) aumentare la consapevolezza dei medici partecipanti su come incorporare intenzionalmente vari domini della cultura pop nel contesto della concettualizzazione dei casi CBT e nella loro valutazione e trattamento dei giovani attraverso i problemi presentati, 2) proporre come personalizzare erogazione del trattamento e reattività culturale basata sugli interessi della cultura pop giovanile, 3) dimostrare come utilizzare i riferimenti della cultura pop per costruire e migliorare il rapporto, aumentare l'impegno terapeutico e destigmatizzare la malattia mentale, 4) considerare il livello di sviluppo dei giovani nel valutare funzionalmente come sfruttare la cultura pop riferimenti per infondere divertimento e gioco nelle sessioni e 5) più specificamente, presentare molteplici esempi tratti da musica, televisione, servizi di streaming, film, sport, supereroi, videogiochi e altri ambiti per interventi chiave della CBT (ad esempio, psicoeducazione, modellazione, cognizione strategie, esposizioni, piani comportamentali, ecc.). Ci saranno metafore, strategie di insegnamento creative e strumenti concreti pronti all'uso. Oh, e ci divertiremo!

Al termine di questa sessione, lo studente sarà in grado di:

- Identificare almeno 3 strategie per incorporare i riferimenti alla cultura pop nella concettualizzazione dei casi CBT e insegnare ai giovani il modello CBT.

- Identificare come includere funzionalmente il gioco derivato dalla cultura pop nelle componenti della CBT (ad esempio, psicoeducazione, ristrutturazione cognitiva, esposizioni).
- Discutere su come la cultura pop può essere utilizzata per aumentare l'impegno terapeutico e destigmatizzare la salute mentale e la ricerca di cure.
- Considera almeno tre riferimenti alla cultura pop per creare materiali terapeutici e oggetti di scena per i giovani e i giovani in età scolare.
- Discutere su come introdurre la narrativa dei supereroi nell'applicazione della CBT.

13.30 h – 14.30 h PAUSA PRANZO - SESSIONE POSTER

09 GIUGNO POMERIGGIO

**SESSIONE: TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE
NELL'INFANZIA**
(Chairman: Marco Cavallo)

14.00 h- 15.00 h

**SIMPOSIO: Gioco e Terapia Cognitivo Comportamentale:
caratteristiche generali, soddisfazione dei bisogni, regolazione e emotiva e
elaborazione del trauma**



Roberta Bacchio
Psicologa, Psicoterapeuta CBT.
Istituto "A.T.Beck"
Roma, Italia

La funzione del gioco nella terapia cognitivo-comportamentale

Nella terapia cognitivo-comportamentale per l'età evolutiva il gioco ricopre un caleidoscopio di funzioni, spesso sottovalutate. Consente, infatti, di creare scenari immaginari e modificabili attraverso i quali il bambino può imparare a utilizzare nuove abilità, sia emotive sia di gestione del comportamento e interpersonali. Inoltre, il gioco fornisce al terapeuta informazioni importanti sullo stato psico-fisico del bambino: per esempio, attraverso la distinzione tra ripetizione traumatica e gioco terapeutico, il professionista è in grado di

comprendere quando il bambino sta rimettendo in atto eventi traumatici, e di favorirne l'elaborazione (Levine & Kline, 2009). Il gioco assume un'importanza fondamentale anche nella costruzione della relazione terapeutica: il bambino sente di avere uno spazio dedicato a sé, indipendentemente dal luogo fisico in cui si trova (Godino-Iáñez et al., 2020), in cui sentirsi a proprio agio anche nel momento in cui dovessero emergere contenuti emotivamente complessi, perché avrebbe uno strumento in più per gestirli e incanalare le proprie emozioni. Infine, il gioco è spesso un veicolo molto potente nel lavoro con i genitori e le famiglie: permette infatti di costruire (o ri-costruire) la relazione basata sulla condivisione di tempo e spazio, e di sviluppare le abilità comunicative, tanto del bambino quanto del caregiver (Öztekin, et al., 2023).



Roberta Rubbino
Psicologa, Psicoterapeuta CBT
Responsabile Area Età evolutiva dell'Istituto
"A.T.Beck"
Roma, Italia

Il lavoro terapeutico sui bisogni del bambino: il contributo della Schema Therapy (ST-BA)

Il gioco è il mezzo espressivo più potente ed efficace che ogni bambino ha e la sua importanza si estende anche oltre i primi anni dell'infanzia. Utilizzare pupazzi o bambole di vario tipo permette di raccontare in modo più semplice e spontaneo le proprie esperienze. Il gioco in ambito terapeutico può diventare un momento di integrazione e di guarigione dove il bambino elabora, reinventa e riscrive storie anche dolorose. Nella Schema Therapy per bambini e adolescenti (ST-BA) il gioco diventa lo strumento principe per supportare l'espressione e il soddisfacimento dei bisogni primari in quanto il bambino può accedere al proprio mondo interiore attraverso una modalità a lui familiare (Loose et al. 2013 - ed italiana 2023). Il gioco simbolico diventa il luogo in cui i bisogni primari del piccolo paziente emergono e vengono soddisfatti in modo rappresentativo (esattamente come avviene nell'*imagery re-scripting* usato con

gli adulti). Non solo bisogni ma anche emozioni: il gioco infatti diventa il luogo dove le emozioni primarie vengono espresse dal bambino e legittimate dal terapeuta che fornisce (attraverso il suo pupazzo) protezione e cura in linea con il *limited re-parenting* usato in età adulta. Dopo una breve introduzione al modello teorico della Schema Therapy dedicato all'età evolutiva, il contributo verterà sulla descrizione degli elementi che costituiscono la play therapy all'interno di questo modello di trattamento.



Rosetta Cappelluccio
Psicologa, Psicoterapeuta CBT
Responsabile Area Età evolutiva dell'Istituto
"A.T.Beck"
Caserta, Roma

La DBT-bambini come intervento di play therapy in presenza di Trauma

L' intervento di play therapy si basa su linee guida chiare che portano alla progettazione di un intervento efficace per diverse problematiche dell'età evolutiva. Nell'ottica della DBT-bambini, si sostiene l'importanza del modellamento e del rinforzo dell'uso delle abilità, dell'ignorare le risposte disadattive, della validazione e dell'accettazione da parte degli adulti come una chiave decisiva per raggiungere cambiamenti profondi, duraturi e concreti nella regolazione emotiva e comportamentale dei più piccoli, anche in presenza di Trauma. Nella pratica del programma, l'adattamento al mondo dei bambini si traduce nell'utilizzo fattuale di materiali didattici costruiti appositamente nel rispetto dell'età cronologica degli utenti. Si utilizzano giochi da tavolo e giochi in generale, materiale multimediale, giochi di ruolo, le dispense sono colorate, gli esercizi sono esperienziali. Gli obiettivi del programma DBT-bambini sono di insegnare ai bambini abilità di coping e un metodo di risoluzione dei problemi, ed ai caregivers lo stesso impianto di skills e indicazioni per creare un ambiente validante e flessibile al cambiamento in un'ottica di play therapy. Il presente contributo fornisce prove a sostegno della DBT-bambini come

strumento di play therapy, mostrando la sua efficacia nell'apportare giovamento sia in chi presenta un'alta vulnerabilità emotiva sia in chi non presenta problematicità, conferendo abilità utili per regolare emozioni e comportamenti e migliorare le relazioni interpersonali.

16.00 h – 16.30 h PAUSA CAFFÈ



Francesca Pergolizzi
Psicologa e Psicoterapeuta, Supervisore IESCUM,
Referente ACTFORKID, ABA-IT
Milano, Italia

16.00 h- 16.30 h

L'uso del gioco nell'ACT: Una nuova prospettiva

L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) rappresenta uno dei più recenti sviluppi nel campo della psicoterapia cognitivo comportamentale. Il modello ACT affonda le proprie radici teoriche nella Relational Frame Theory (RFT; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001), che, da un punto di vista clinico, potremmo definire come un programma di ricerca di base sulle modalità di funzionamento della mente umana e sul ruolo dei meccanismi del linguaggio nel determinare alcuni dei processi che portano alla sofferenza. Gli obiettivi generali del lavoro terapeutico nell'ACT sono 1)

sviluppare abilità per trattare pensieri e sentimenti dolorosi in modo efficace riducendo il loro impatto sul funzionamento personale 2) rendere chiaro ciò che è veramente importante (i valori) e stabilire obiettivi e azioni in quella direzione. L'ACT individua sei processi chiave, che guidano la persona al cambiamento e che possono essere rappresentati da un esagono il cui cuore centrale è occupato dalla flessibilità psicologica, e sono nello specifico: Essere nel momento presente con consapevolezza, Defusione, Accettazione, Sè come contesto, Agire con impegno, Avere chiari i propri valori. La letteratura mette in luce come l'ACT ben si adatti agli interventi rivolti a bambini e adolescenti, innanzitutto per uno stile terapeutico in cui l'esperienza terapeutica che viene a crearsi all'interno del setting ACT, al contrario di quanto accade in altri contesti di psicoterapia non assume una connotazione didattica. Inoltre si connota per un ruolo attivo del bambino e dell'adolescente nelle decisioni legate al trattamento: di fatto le sessioni di ACT con i bambini coinvolgono sia il bambino che il terapeuta in esercizi da svolgere insieme. Fondamentale compito del clinico è creare un contesto piacevole, motivante e validante rispetto ai contenuti complessi su cui si dovrà intervenire, un contesto di cambiamento clinicamente significativo, utilizzando ambienti verbali familiari ai bambini. La Playtherapy basata sulla prospettiva ACT promuove nei bambini la capacità di osservare e rispondere in modo nuovo e flessibile alle proprie esperienze interiori (pensieri, immagini, ricordi, emozioni, sensazioni, impulsi, ecc.). attraverso una serie di attività ludiche esperienziali, con la creazione di metafore verbali e fisiche, la proposta di carte evocative, storytelling, cartoons, fumetti, videogame, mindfulness, disegno e altre espressioni artistiche compatibili con le competenze cognitive e linguistiche dei giovani pazienti. Nella comunicazione sarà presentato il modello *Kidflex*, versione adattata dell'Hexaflex, la concettualizzazione del caso secondo la prospettiva act, la mappatura dei sei processi mediante procedure, strumenti, e materiali che si rifanno alla Platherapy-Act-oriented.



Liana Lowenstein,
MSW, RSW, CPT-S
Toronto, Ontario, Canada

16.30 h- 17.00 h

Interventi CBPT creativi per bambini con ansia

I disturbi d'ansia rappresentano una delle forme di psicopatologia più diffuse tra i bambini. Pertanto, molti bambini vengono indirizzati alla terapia per aiutarli ad affrontare i sintomi dell'ansia. Il trattamento più efficace per l'ansia infantile secondo la ricerca è la terapia cognitivo comportamentale (CBT).

I bambini ansiosi possono essere difficili da trattare perché sono più riluttanti a fidarsi, hanno una tendenza all'evitamento e al pensiero negativo e sono generalmente riluttanti ad affrontare le loro paure. La sfida di lavorare con clienti più giovani in terapia è ulteriormente aggravata dalla loro capacità di sviluppo che rende loro più difficile esprimere pensieri e sentimenti e comprendere i concetti della CBT. I bambini sono ancora più restii a partecipare alla terapia quando è orientata alla conversazione e basata su libri di esercizi perché questo approccio non è molto coinvolgente e potrebbero non avere la capacità di verbalizzare i propri pensieri e sentimenti.

Integrando il gioco nella CBT, come giochi terapeutici, arte, storie e burattini, catturerai l'interesse dei bambini, li metterai a loro agio e li motiverai ad apprendere e applicare le competenze fondamentali. I bambini che altrimenti potrebbero essere resistenti alla terapia hanno maggiori probabilità di partecipare ad attività ludiche progettate per coprire le componenti della CBT. In questa presentazione di 30 minuti, apprendi gli interventi CBPT creativi per trattare i bambini ansiosi di età compresa tra 4 e 12 anni.

Sebbene il focus di questa formazione sia il trattamento dei bambini affetti da ansia, gli interventi possono essere adattati per l'uso con altre popolazioni di trattamento. I partecipanti otterranno interventi nuovi e innovativi che potranno utilizzare immediatamente nella loro pratica clinica.



Elizabeth J. Short
Professore, Direttore del Programma DCAS;
Dipartimento di Scienze Psicologiche, Case Western
Reserve University
Cleveland, Ohio, USA

17.00 h- 17.30 h

Differenze individuali nel gioco e nelle abilità delle funzioni esecutive nei bambini in età prescolare: le differenze nel gioco possono essere utilizzate per prevedere le differenze nelle funzioni esecutive?

Elizabeth J. Short, Rita Obeid, & Doroteja Rubez

Il periodo prescolare è un momento di grandi cambiamenti. I progressi nel linguaggio, nella memoria, nell'attenzione, nella risoluzione dei problemi e nell'autoregolazione comportamentale consentono ai bambini piccoli di avere successo a casa, a scuola e nel mondo sociale. Un'abilità importante e complessa di grande importanza durante questo periodo è il funzionamento esecutivo (FE). Le FE coinvolgono un insieme diversificato di competenze pensate per regolare comportamenti ed emozioni affinché possiamo raggiungere con successo i nostri obiettivi. Queste abilità includono cose come la memoria di lavoro, il controllo inibitorio e la flessibilità cognitiva. I componenti fondamentali delle FE che si svilupperanno successivamente in comportamenti cognitivi, adattivi e diretti agli obiettivi più avanzati vengono mostrati per la prima volta nel periodo prescolare (Garon, Bryson e Smith, 2008). Detto questo, ci sono grandi differenze individuali nello sviluppo delle abilità delle FE, con i bambini con sviluppo atipico che mostrano i primi segni di compromissione delle FE. Pertanto, sembra fondamentale essere in grado di misurare in modo affidabile le competenze delle FE nei bambini prima dell'ingresso a scuola. La sfida è "Come farlo?"

La valutazione dell'impronta ambientale è spesso problematica a causa delle direzioni complicate e della struttura dei compiti delle tradizionali misure dell'impronta ambientale. Le misure delle FE a misura di bambino (ad esempio Shape School, Espy, 1997; Day/Night Task, Gerstadt, Hong e Diamond, 1994)

tendono a valutare una gamma limitata di abilità FE (ad esempio, inibire, avviare e spostare). L'impiego di una misura delle FE che valuti le abilità standard (ad esempio inibizione, memoria di lavoro e spostamento) e utilizzi un sistema di punteggio supplementare mirato a una gamma più ampia di abilità delle FE (ad esempio controllo emotivo, memoria di lavoro o pianificazione/organizzazione) appare fondamentale per migliore comprensione delle differenze individuali e di gruppo nelle FE nel periodo prescolare. In questo studio confronteremo le misure delle FE basate sul comportamento (ovvero, la Shape School) valutate in modo standard e supplementare con i dati ottenuti dalla misura delle FE basata sui genitori (ovvero, il Brief-P; Gioia et al., 2003) tra bambini con diverse capacità di sviluppo. La nostra speranza è quella di comprendere meglio i punti di forza e di debolezza delle competenze FE nel periodo prescolare e l'utilità delle tecniche comportamentali e basate sui genitori per comprendere le differenze individuali.

Successivamente, rivolgeremo la nostra attenzione alla comprensione delle differenze individuali nelle abilità di gioco nella nostra diversificata popolazione prescolare. Perché giocare potresti chiedere? Esaminando il mondo quotidiano del gioco, abbiamo il potenziale per aprire una finestra sul mondo cognitivo, affettivo e sociale del bambino in età prescolare. Per la maggior parte dei bambini piccoli, il mondo del gioco è un modo divertente e non minaccioso per apprendere e mettere in pratica nuove abilità, oltre a perfezionare quelle vecchie. C'è stato un notevole interesse nel valutare se il gioco sia un'arena importante per favorire lo sviluppo delle capacità esecutive nei bambini piccoli (Doebel & Lillard, 2023). Nel loro recente articolo sulla *Developmental Review*, questi autori sostengono che il gioco supporta lo sviluppo delle funzioni esecutive in diversi modi: 1) attraverso la pratica in contesti a bassa posta in gioco, 2) attraverso l'acquisizione di conoscenze culturali specifiche che possono essere utilizzate in attività mirate e 3) attraverso l'acquisizione di conoscenze sociali che possono favorire un aumento del comportamento e della regolazione delle emozioni (Doebel & Lillard, 2023). Inoltre, la ricerca di Gibb e colleghi (2021) ha sostenuto la tesi secondo cui le capacità di funzionamento esecutivo nei bambini in età prescolare possono essere migliorate utilizzando programmi basati sul gioco. Sebbene sia stato dimostrato un miglioramento delle abilità di FE nel mezzo del gioco, si sa meno se potremmo utilizzare le differenze nelle abilità di gioco per identificare i bambini a rischio di deficit di FE.

Lo scopo del presente studio è quello di esaminare le differenze individuali nel funzionamento esecutivo e nelle abilità di gioco tra bambini che differiscono nello stato di sviluppo. Gli scopi principali di questo studio erano i seguenti: 1) Descrivere le differenze di prestazione tra 90 bambini che differivano nello stato

di sviluppo (tipicamente in via di sviluppo, disturbo dello sviluppo del linguaggio (DLD), disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e disturbo dello spettro autistico (ASD) in FE e abilità di gioco; 2) Determinare se le differenze nelle prestazioni di gioco predicono differenze nelle prestazioni di FE sulle misure comportamentali e riferite dai genitori, e 3) Determinare se un modo nuovo e supplementare per valutare le prestazioni dei compiti di gioco prevedeva differenze di gruppo nelle prestazioni di FE tra bambini con diversi livelli di sviluppo. Tutti i bambini hanno completato una serie di compiti, tra cui un compito di gioco libero di cinque minuti (Affect in Play-Scale Preschool version (ASP-P) e Shape-School (Epsy, 1997), con i genitori che hanno completato il BRIEF-P.

Risultati preliminari:

Nonostante nessuna differenza di intelligenza tra i nostri gruppi, sono emerse differenze cognitive, comportamentali e affettive nelle FE e nei compiti di gioco. Sono emerse differenze di gruppo nelle prestazioni delle FE in funzione dello stato di sviluppo, con il metodo di punteggio tradizionale che distingueva principalmente i coetanei con sviluppo tipico dai loro coetanei con ritardi di sviluppo. Tuttavia, il punteggio tradizionale del compito di gioco non era abbastanza sensibile da discriminare sottili differenze tra gruppi di bambini che variavano nel tipo di ritardo dello sviluppo (DLD, ADHD, ASD). Al contrario, il sistema di punteggio supplementare ha catturato importanti differenze nelle competenze FE nel nostro campione. Rispetto ai loro coetanei con sviluppo tipico, i bambini con diagnosi di ritardo dello sviluppo (DLD, ADHD, ASD) nel periodo prescolare sembravano mostrare significative difficoltà con impulsività, reattività/attenzione congiunta, coinvolgimento attivo, non conformità, controllo emotivo, memoria di lavoro e pianificazione/organizzazione, spostamento e iniziazione. Dettagliare le differenze di gruppo. I bambini del gruppo DLD hanno evidenziato solo maggiori difficoltà nell'impegno attivo rispetto ai bambini del gruppo tipico. Inoltre, i bambini nei gruppi ADHD e ASD hanno mostrato difficoltà significativamente maggiori con l'impulsività, la reattività/attenzione congiunta e il coinvolgimento attivo rispetto ai bambini del gruppo tipico. Infine, i bambini del gruppo ASD hanno dimostrato difficoltà significativamente maggiori con la memoria di lavoro e la pianificazione/organizzazione rispetto ai bambini del gruppo tipico.

Sono state osservate differenze di gruppo sulle misure cognitive dell'APS-P. I bambini con DLD e ASD hanno ottenuto punteggi inferiori in termini di immaginazione, organizzazione e complessità nel gioco rispetto ai bambini con sviluppo normale. Inoltre, i bambini con DLD e con ASD erano meno organizzati e meno complessi nel loro gioco rispetto ai bambini con ADHD. Il

gioco si è rivelato un mezzo utile per valutare le prestazioni cognitive e affettive dei bambini in età prescolare, e solo i bambini con ASD hanno mostrato segni di disagio nel gioco libero. Sono state notate interessanti differenze individuali nei modelli di gioco dei bambini del nostro campione, molte di queste differenze sembrano riflettere differenze nelle abilità FE. In sintesi, i bambini del gruppo con sviluppo tipico erano i migliori giocatori, con il loro gioco caratterizzato come organizzato, complesso, ricco di temi e carico di affetti. Come previsto, i bambini del gruppo ASD erano i giocatori più deboli, come si evince dalla loro mancanza di conforto, disorganizzazione e temi sottosviluppati. I bambini nel gruppo DLD e nei gruppi ADHD somigliavano in alcuni casi a bambini con sviluppo tipico e in altri a loro coetanei con ASD. Ad esempio, i bambini del gruppo DLD somigliavano ai bambini del gruppo con sviluppo tipico in termini di espressione affettiva positiva e organizzazione. Tuttavia, somigliavano ai bambini del gruppo ASD in termini di reindirizzamenti linguistici. Allo stesso modo, i bambini del gruppo ADHD somigliavano ai bambini del gruppo tipico in termini di aspetti cognitivi del gioco (cioè organizzazione, immaginazione) ma assomigliavano ai bambini del gruppo ASD in termini di misure comportamentali (cioè necessità di reindirizzamento comportamentale). Verranno discusse le implicazioni cliniche di questi risultati e l'utilità predittiva del gioco per comprendere le differenze nel funzionamento esecutivo.



Robert D. Friedberg
Professore, PhD, ABPP
Centro Altamont per la formazione e la consulenza
cognitivo comportamentale San Jose
Palo Alto, Canada, USA

17.30 h- 18.00 h

Integrare esercizi di improvvisazione teatrale nella CBT con i giovani

Il teatro improvvisato è un'interazione moderna della commedia dell'arte fondata durante il Rinascimento italiano. L'improvvisazione è un'attività spontanea, spontanea e giocosa che stimola flessibilità, attenzione al qui e ora, empatia, tolleranza dell'incertezza e pensiero divergente. Tuttavia, il metodo non è più solo per gli attori. L'approccio è sempre più utilizzato nella formazione degli studenti di medicina e viene introdotto ai professionisti della salute comportamentale. Inoltre, si adatta naturalmente alle applicazioni giocose della CBT con i giovani grazie alla sua attenzione all'immediatezza e alla natura esperienziale. Una recente ricerca ha valutato specificamente questo intervento con giovani socialmente ansiosi. Inoltre, dati aneddotici suggeriscono che le procedure teatrali di improvvisazione potrebbero essere utili contro la depressione, altre forme di ansia, difficoltà nelle abilità sociali e compromessi nel funzionamento esecutivo. Questa presentazione spiega i principi di base dell'improvvisazione, descrive le applicazioni cliniche e offre diversi esempi adatti alla pratica con bambini e adolescenti.

Chiusura lavori 18.00h

SESSIONE POSTER

1

Identificazione di strategie di facilitazione efficaci negli interventi basati sul gioco

*Rachel A. Gordon, M.A., Anastasia Dimitropoulos, Ph.D., Sandra W. Russ, Ph.D.
Case Western Reserve University*

Introduzione: i bambini con disabilità dello sviluppo possono trarre beneficio da interventi basati sul gioco di finzione per sviluppare abilità sociali, emotive e cognitive strettamente collegate (Dimitropoulos et al., 2021; Doernberg et al, 2021; Lifter, Mason e Barton, 2011). Gli interventi di gioco di finzione hanno un'efficacia preliminare per migliorare queste capacità cognitive e affettive e il gioco di finzione nei bambini con sindrome di Prader-Willi (PWS) e autismo.

Obiettivi: Il presente studio esamina l'efficacia di specifiche tecniche di intervento, come modellare, riflettere e fare domande, all'interno di un intervento di gioco di finzione per bambini in età scolare con PWS.

Materiali: 28 bambini di età compresa tra 6 e 12 anni con PWS hanno partecipato a un gioco di finzione a distanza. Quattro sessioni per bambino sono state trascritte e codificate per tipo, livello e frequenza delle strategie di facilitazione interventista e dei comportamenti di gioco del bambino.

Metodo: accoppiando ciascuna strategia interventista con il comportamento immediatamente successivo del bambino, sono stati effettuati confronti per discernere quanto spesso alcune tecniche di intervento precedono l'immaginazione del bambino e influenzano l'espressione nel gioco di finzione.

Anche le correlazioni di Pearson e la modellazione lineare gerarchica hanno esaminato queste relazioni nell'intero programma di intervento.

Risultati: i risultati hanno rivelato che la riflessione e il riepilogo (ad esempio, riflettere "la ragazza è triste" quando il bambino fa piangere una bambola) e le strategie di modellazione (come "questo blocco potrebbe essere un tavolo"), molto spesso hanno preceduto il gioco di finzione dei bambini. e possono prevedere queste abilità nel tempo. Le domande erano legate al non gioco.

Discussione: Strategie sottili e non direttive come la modellazione e la riflessione possono rappresentare tecniche di facilitazione essenziali che aiutano i bambini con disabilità dello sviluppo a generare contenuti cognitivi e affettivi nel loro gioco di finzione.

Conclusione: strategie di intervento ludico sottili e non direttive possono supportare al meglio lo sviluppo delle abilità cognitive, affettive e di gioco nei bambini con differenze di sviluppo. Questo lavoro potrebbe ispirare gli sforzi futuri per perfezionare gli interventi e supportare lo sviluppo del gioco e delle abilità socio-emotive durante gli anni dell'età scolare.

2

Approcci integrativi nella terapia infantile: terapia cognitivo comportamentale Sandtray e suoi miglioramenti

*Leon Li Hsiang Yang, consulente specializzato in terapia cognitivo comportamentale (CBT)
Taiwan*

Abstract: Questo articolo presenta un approccio integrativo alla terapia infantile, combinando i principi della terapia cognitivo comportamentale (CBT) con la terapia sandtray e migliorandola ulteriormente con la terapia del gioco cognitivo comportamentale (CBPT). L'attenzione si concentra sull'affrontare le questioni emotive e comportamentali nei bambini e negli adolescenti, evidenziando fattori

terapeutici e interventi che promuovono il benessere psicologico e il cambiamento positivo.

Introduzione: La terapia cognitivo comportamentale Sandtray è un approccio innovativo che unisce la CBT con la terapia del gioco della sabbia. Mira ad affrontare complesse sfide emotive e comportamentali nei bambini e negli adolescenti. Questa terapia enfatizza l'espressione di sé, la modificazione cognitiva e comportamentale e la regolazione emotiva attraverso interventi unici.

Fattori terapeutici e interventi:

Terapia con vassoio di sabbia: utilizza un vassoio di sabbia e oggetti in miniatura, consentendo ai bambini di creare rappresentazioni simboliche delle loro emozioni ed esperienze.

Terapia del gioco cognitivo comportamentale (CBPT): integra i principi della CBT per aiutare i bambini a riconoscere e modificare pensieri e modelli di comportamento negativi.

Regolazione emotiva: si concentra sull'insegnamento ai bambini di tecniche efficaci per gestire varie emozioni.

Modificazione del comportamento: mira ad aiutare i bambini ad alterare modelli di comportamento negativi attraverso l'educazione, il gioco di ruolo e il rinforzo positivo.

Miglioramenti con la terapia del gioco cognitivo comportamentale (CBPT): basandosi sulle basi della terapia sandtray, la CBPT è integrata per supportare ulteriormente l'espressione emotiva, la modifica del modello di comportamento, l'adattamento emotivo e la risoluzione dei problemi. Questo miglioramento è particolarmente efficace nel favorire una più profonda comprensione e gestione delle emozioni nei bambini e negli adolescenti.

Analisi di casi di studio: l'articolo esamina 12 casi di terapia del gioco della sabbia, ciascuno dei quali prevede oltre 20 sessioni. Questa analisi approfondita rivela come i bambini spesso esprimono il loro dolore interiore e le loro esperienze frammentate in modo non verbale. I terapisti si concentrano sul processo e sui sentimenti che circondano il sandplay, in risonanza con i concetti di alleanza di lavoro terapeutica, relazione reale e relazione di transfert.

Conclusione: l'integrazione della terapia cognitivo comportamentale Sandtray con la CBPT offre un approccio completo per i professionisti della salute mentale che lavorano con clienti giovani. Questa combinazione non solo rafforza i risultati terapeutici ma arricchisce anche l'esperienza terapeutica. Fornisce ai bambini gli strumenti per affrontare meglio le sfide emotive, sottolineando il ruolo fondamentale degli interventi del terapeuta nel facilitare una terapia efficace.

Genere	Età	Diagnosi e Terapia	Caratteristiche comportamentali e commenti
F	10	L'ADHD prende mezza dose di Ritalin e una dose di Concerta al giorno	Ritmo più lento dei compiti, capacità di elaborazione emotiva deboli, richiede assistenza e tempo per chiarire le emozioni. La madre usa le punizioni corporali nella genitorialità con problemi di violenza domestica.
M	8	Con diagnosi di ADHD, assume una dose di Ritalin al giorno	Debole controllo emotivo, esprime rabbia e tristezza lanciando oggetti e urlando, capacità riflessive limitate, impegnato in comportamenti di furto (circa 5-10 volte, principalmente giocattoli e snack).
F	6	Preferisce riferire sui compagni di classe, sulle scarse relazioni interpersonali, esprime spesso riluttanza a frequentare la scuola quando gli vengono assegnati compiti	È il più giovane della classe, non ama riferire sui compagni, influenza le relazioni interpersonali, spesso esprime riluttanza a frequentare la scuola quando gli vengono assegnati compiti.
F	11	Attacca facilmente i fratelli, lo chiama soprattutto piccolo e lo prende in giro perché troppo attaccato alla madre. Anche i compagni di classe si uniscono alle prese in giro.	

M	10	ADHD, farmaci irregolari, incline a emozioni esplosive, mancanza di fiducia in se stessi, richiede approvazione da parte degli adulti.	Diagnosi di ADHD, uso instabile dei farmaci, incline a scoppi emotivi quando infelice, mancanza di fiducia in se stessi, bisogno di approvazione da parte degli adulti.
M	7	Fatica a integrarsi con i coetanei, desideroso di interagire con gli altri ma incerto su come farlo, vulnerabile all'essere preso di mira dai compagni di classe.	
F	9	Difficoltà di attenzione, buone relazioni interpersonali.	
M	10	Precedentemente diagnosticato con ADHD e ansia da separazione, attualmente privo di sintomi, buone relazioni con i coetanei.	
M	7	Buoni rapporti interpersonali, leggermente dispettoso.	
M	9	Recenti conflitti con l'insegnante di scuola, notevoli sbalzi d'umore, chiara espressione di insoddisfazione quando è turbato. Nuovo studente nella classe.	
M	10	Disattenzione, scarso controllo emotivo e comportamentale, molteplici episodi di furto e raccolta di lumache. La madre lo descrive come uno che non tiene conto della paura degli altri. La madre utilizza rigide strategie disciplinari.	
F	9	Non sono stati segnalati problemi interpersonali, si comporta bene secondo la madre.	

Una valutazione di base multipla non simultanea di un nuovo intervento sull'indipendenza per trattare l'ansia infantile

*Camilo Ortiz, Ph.D. Professore Associato di Psicologia
Direttore del programma di dottorato di formazione clinica in psicologia
clinica e scienze della vita
Università di Long Island, C.W.*

I tassi di ansia nei bambini e negli adolescenti sono aumentati notevolmente negli ultimi dieci anni (Haidt & Twenge, 2023). La terapia cognitivo-comportamentale basata sull'esposizione è il gold standard nel trattamento dei bambini ansiosi (Hofmann et al., 2012). Tuttavia, molti medici si astengono dall'utilizzare l'esposizione a causa delle preoccupazioni sulla sua sicurezza, efficacia ed etica (Deacon et al., 2013; Whiteside et al., 2016). Proponiamo un nuovo approccio terapeutico per l'ansia infantile composto da attività di indipendenza (IA), che sono compiti diretti al bambino, divertenti, non strutturati e impegnativi per lo sviluppo che vengono eseguiti senza alcun aiuto da parte dei genitori. Questi compiti sono volutamente topograficamente estranei agli stimoli che causano ansia, in diretto contrasto con la terapia espositiva. Nonostante questa diversità, le IA prendono di mira i presunti meccanismi coinvolti nello sviluppo e nel mantenimento dell'ansia infantile (ad esempio, accomodamento e coinvolgimento eccessivo dei genitori, evitamento del bambino, stili di pensiero inutili). Utilizzando un disegno di riferimento multiplo non simultaneo, questo trattamento di cinque sessioni ha prodotto un'elevata accettabilità del trattamento da parte di bambini e genitori. Sono stati segnalati miglioramenti medio-grandi nell'ansia e nell'evitamento del bambino, nei meccanismi (comportamentali e cognitivi) dei genitori e del bambino coinvolti nel mantenimento dell'ansia infantile e negli esiti secondari non mirati come la felicità del bambino. I risultati potrebbero suggerire un nuovo paradigma di trattamento, di cui c'è disperatamente bisogno, dato l'aumento

costante dell'ansia nei bambini e negli adolescenti, nonostante le vaste risorse destinate al problema.

4

Case report: KETOLAND the psychoeducation program for ketogenic diet

Arianna Zaliani 1, Valentina De Giorgis 1,2, Ludovica Pasca1 2, Costanza Varesio 1,2, Monica Guglielmetti 3,4, Anna Tagliabue 3, Serena Grumi 2, Maria Angela Geraci 5, Martina Paola Zanaboni 2

1 Dipartimento di Scienze del Cervello e del Comportamento, Università di Pavia, Pavia, Italia

2 Dipartimento di Neurologia e Psichiatria Infantile, Fondazione IRCCS Mondino, Pavia, Italia

3 Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Centro di Ricerca sulla Nutrizione Umana e sui Disturbi Alimentari, Università di Pavia, Pavia, Italia

4 Laboratorio di Educazione Alimentare e Nutrizione Sportiva, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia

5 Centro di ricerca CBPT, Università di Roma (LUMSA), Roma, Italia

La sindrome da deficit del trasportatore del glucosio di tipo 1 (GLUT1DS) è una rara malattia neurologica caratterizzata da un ampio spettro di sintomi: epilessia, disturbi del movimento e deterioramento neurocognitivo. Il trattamento gold standard per GLUT1DS sono le terapie dietetiche chetogeniche (KDT), in particolare la dieta chetogenica classica (CKD) (1). Nonostante i benefici, la malattia renale cronica rappresenta spesso una sfida per i pazienti e le loro famiglie poiché la preparazione dei pasti è estremamente impegnativa e si discosta molto dalla dieta normale (2). Per garantire una compliance ottimale alla CKD, è altamente raccomandato un supporto psicologico per genitori e pazienti affetti da GLUT1DS; nello specifico, un intervento psicoeducativo che migliora la conoscenza della malattia e della sua terapia per migliorare l'aderenza e l'efficacia del trattamento (3). In questo case report, proponiamo un programma psicoeducativo basato sul modello teorico della Play Therapy Cognitivo Comportamentale (CBPT). Lo scopo di questo lavoro è quello di

indagare l'efficacia del nostro modello di intervento in una paziente con GLUT1DS che presentava un peggioramento del suo quadro clinico a causa di una scarsa conoscenza dei principi KDT, che ha determinato una bassa aderenza. Il programma adottato è stato denominato “Ketoland” ed è composto da due sezioni indipendenti ma abbinate, una destinata al bambino affetto da GLUT1DS e una per i genitori. Entrambi gli interventi affrontano gli stessi argomenti utilizzando diverse tecniche e strumenti, come domande e risposte, brainstorming, diapositive, video e storytelling terapeutico. Il trattamento è durato 3 mesi e consisteva in 1 seduta una volta a settimana. Per indagare l'efficacia dell'intervento psicoeducativo, sono state analizzate le seguenti misure prima e dopo il programma KETOLAND: chetonemia, EEG, conoscenza del trattamento dietetico e aderenza alla CKD utilizzando un diario alimentare di 7 giorni e interviste psicologiche semi-strutturate. Sono stati registrati un aumento dei livelli di chetonemia e un significativo miglioramento elettroclinico in termini sia di libertà da crisi epilettiche che di normalizzazione dell'elettroencefalogramma. Dai colloqui psicologici con la famiglia e il paziente è emerso un miglioramento delle conoscenze sulla malattia renale cronica: gli alimenti da ridurre, l'importanza di attenersi alle prescrizioni nutrizionali e l'identificazione del team KETO come punto di riferimento in caso di dubbi e necessità. Di conseguenza, il miglioramento delle conoscenze sulla malattia renale cronica ha portato ad una migliore aderenza alla dieta. Questo lavoro sottolinea l'importanza di identificare i fattori che ostacolano l'adesione al trattamento per promuovere programmi di psicoeducazione volti ad aumentare non solo la compliance al trattamento, ma anche il benessere generale e la qualità della vita dei pazienti e delle famiglie.

Un intervento CBPT in una bambina di 7 anni con selettività alimentare

*Brunella Voltarelli, Psicologa e Psicoterapeuta
Firenze, Italia*

Introduzione: La selettività alimentare è un aspetto che incide ampiamente sulla qualità della vita, è associata a temperamenti rigidi e perfezionisti, generando sia stress nei genitori che difficoltà nella gestione dei figli. La CBPT è un approccio innovativo ed efficace per trattare questa difficoltà lavorando su pensieri, emozioni e comportamenti utilizzando il linguaggio principale dei bambini: il gioco!

Obiettivo: ampliare la gamma degli alimenti offerti e consumati dal bambino; abbassare i livelli di stress dei genitori e migliorare la relazione genitore-figlio; strutturare credenze e comportamenti funzionali per implementare la qualità della vita della famiglia. Materiali: sono stati utilizzati strumenti standardizzati come PSI; CBCL; JTCI; IDC; IMPAURITO; CPDM. Come principale strumento di gioco veniva utilizzato un piccolo teatrino con personaggi in legno; infine è stato utilizzato il protocollo psicoeducativo “L'ABC delle mie emozioni”.

Metodo: gli strumenti standardizzati sono stati somministrati prima e dopo il trattamento; 8 sessioni terapeutiche sono state effettuate durante le quali sono stati utilizzati i principi del CBPT. Al trattamento è stato abbinato un intervento di Parent Training e un successivo intervento psicoeducativo sulle emozioni per il bambino, con l'obiettivo di consolidare gli aspetti cognitivi dell'intervento in una fase di mantenimento.

Risultati: Dall'analisi dei dati emerge che i livelli di stress genitoriale rientrano nell'intervallo normativo per entrambi i genitori (PSI), anche la checklist comportamentale non mostra punteggi clinici (CBCL). Gli Indici di Carattere (JTCI) risultano aumentati per entrambi i genitori.

Discussione: A seguito dell'intervento CBPT effettuato, gli indici clinici che avevano dato inizio all'intervento sono tornati nel range non clinico, al termine dell'intervento la bambina non mostrava più selettività alimentare e il rapporto genitore-figlia era più sereno e soddisfacente, la consapevolezza emotiva della bambina e dei genitori rispetto alle emozioni della figlia si configuravano come fattori protettivi rispetto al follow-up avvenuto a 3-6 mesi e ad un anno dalla fine del trattamento.

Conclusioni: L'intervento CBPT si configura come un intervento completo ed efficace per trattare la selettività alimentare nei bambini con sviluppo tipico, lavorando sia su sintomi specifici che sulla qualità di vita del nucleo familiare. Questo intervento applicato nella sua interezza permette di lavorare contemporaneamente sia sui bisogni del bambino che su quelli del genitore, creando un circolo virtuoso di nuovi apprendimenti che si generalizzano prima nella stanza dei giochi e poi all'esterno nella vita di tutti i giorni.

6

Il gioco di finzione nella valutazione dei bambini con disturbi del neurosviluppo e del comportamento.

Mirandi Maria; Mazzeschi Claudia; Delvecchio Elisa

*Università di Perugia
Perugia, Italia*

Il gioco di finzione è una modalità espressiva naturale per i bambini e costituisce un aspetto fondamentale della loro vita perché favorisce la connessione con il mondo interiore e circostante, favorendo lo sviluppo affettivo e cognitivo. Valutare il gioco di finzione di bambini con disturbi del neurosviluppo e del comportamento può essere particolarmente utile perché gli strumenti di

valutazione tradizionali, a causa dell'elevato carico linguistico e cognitivo, spesso sottostimano il loro livello di sviluppo trascurando altre importanti capacità cognitive e affettive. Tuttavia, ad oggi, pochi studi hanno indagato attraverso il gioco di finzione le capacità affettive e cognitive dei bambini con ADHD, DSA e DOP. Questo studio esplorativo mira a delineare il profilo di funzionamento e valutare le differenze nelle capacità affettive e cognitive dei bambini con disturbi comportamentali e dello sviluppo neurologico. La Affect in Play Scale Preschool-Extended Version è stata somministrata per valutare le capacità cognitive e affettive positive e negative in 60 bambini italiani di età compresa tra 6 e 10 anni ($M= 8,31\pm 1,35$; 56,7% maschi) di cui il 50% con diagnosi (LDs $n=10$; ADHD $n=10$ e DOP $n=10$). I risultati del test Kruskal-Wallis hanno mostrato differenze significative nelle categorie cognitive di organizzazione, immaginazione e affettività positiva con differenze nel gruppo DOP che hanno mostrato valori inferiori in organizzazione, immaginazione e affettività positiva rispetto ai bambini con disturbi dello sviluppo neurologico (ADHD e LD).). Lo studio, nonostante la limitazione numerica del campione, evidenzia l'importanza dell'utilizzo del gioco nella valutazione dello sviluppo e l'utilità dell'APS-P nel delineare il profilo di funzionamento di bambini con diagnosi diverse.

7

Utilizzo della Play Therapy per scoprire credenze irrazionali in un caso di ARFID: Rapida Efficacia

Annalisa Patriarca, Psicologa Psicoterapeuta

Studio Privato, Pescara, Italia

Introduzione: L'ARFID (Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di Cibo), come descritto nel DSM-5, è caratterizzato dall'evitamento del cibo, che può includere una forte avversione per determinati alimenti, il loro odore, gusto, consistenza o aspetto e può verificarsi durante tutta la vita, nei neonati, nei

bambini, negli adolescenti e negli adulti. Nel caso studiato il disturbo causava un disagio nel paziente esacerbato dal fatto che si manifestava in bambini piccoli che mostravano una forte resistenza a discutere il problema con tutti gli adulti significativi ed era difficile approcciare il bambino con colloqui clinici tradizionali.

Obiettivo: questo studio verifica l'efficacia e la velocità della terapia del gioco cognitivo-comportamentale (CBPT) utilizzata in un bambino in età prescolare affetto da ARFID.

Metodi: Lo studio è stato condotto su un caso di un bambino di 5 anni e mezzo trattato con CBPT (Knell,1999). La terapia si è sviluppata in: 2 colloqui clinici con i genitori, 5 sessioni di CBPT con il bambino (una su settimana), 1 incontro di prevenzione delle ricadute (dopo 1 mese dal trattamento), 1 follow-up con ripetizione del test (dopo 4 mesi dal trattamento). Il trattamento è stato verificato somministrando il CBCL (Achenbach,1991) alla madre in due momenti (in fase di valutazione e di follow up) e verificando la frequenza dei comportamenti problematici sia nel contesto scolastico che familiare.

Discussione: anche l'American Psychiatric Association (2014) suggerisce che Arfid potrebbe essere correlato all'evitamento di un trauma legato al mangiare.

Nel caso descritto, infatti, le convinzioni alla base del comportamento fobico sono legate ad un evento traumatico che il bambino non è riuscito ad articolare.

Il trattamento prevedeva sessioni di gioco strutturate, utilizzando una varietà di tecniche CBPT per esplorare le paure e scoprire le convinzioni irrazionali del bambino riguardo al mangiare. Attraverso l'uso dei cuccioli e varie attività creative, ha imparato tecniche di auto-rilassamento ed è stato in grado prima di esporsi a parlare di cibo, comprendere il funzionamento della paura e non temere i sintomi di ansia che lo affliggevano. È stata possibile una desensibilizzazione sistematica e il bambino ha ripreso immediatamente a mangiare.

Risultati: i risultati della CBCL prima e dopo il trattamento CBPT e le griglie di evitamento mostrano un miglioramento significativo nella riduzione dell'ansia correlata al cibo dopo sole 5 sessioni di terapia. La riduzione della frequenza dell'evitamento del cibo in questo caso non solo dimostra l'efficacia del CBPT nei bambini in età prescolare ma anche la sua notevole rapidità (solo 5 sedute di ludoterapia per la riduzione delle problematiche comportamentali).

Caso Studio: Ansia di separazione in una ragazza con sindrome di down dovuta a mosaicismismo

Marta Chemello Psychologist and Psychotherapist

Private Practice, Bassano del Grappa, Italy

In questo contributo la Play Therapy Cognitivo-Comportamentale (CBPT) è stata utilizzata per ridurre l'ansia da separazione in una ragazza con sindrome di Down a mosaico. La ragazza manifestava ansia e paura, accompagnate da nausea e vomito, quando dormiva da sola nella sua stanza o quando i suoi genitori erano assenti per viaggi di lavoro. La ragazza, cronologicamente di 10 anni, aveva un'età mentale di 7,5 anni. Sono state condotte dodici sessioni individuali nell'arco di quattro mesi, integrate da due incontri iniziali e due di follow-up con i genitori. Durante le sedute è stato applicato il modello di Knell (1998). Nella fase di valutazione, i genitori hanno completato la scala CBCL (Achenbach, 2001), ed è stata utilizzata una griglia per monitorare le notti in cui la ragazza dormiva da sola nella sua stanza. È stata condotta l'osservazione del comportamento di gioco della ragazza e le è stato assegnato il compito di completamento delle frasi delle marionette (Knell, 1992). Dalla storia clinica, dalla valutazione e dalla successiva concettualizzazione del caso, è emerso che il gioco di finzione della ragazza era adeguato e che il funzionamento cognitivo consentiva l'implementazione dell'intervento. Tecniche come il modellamento, il gioco di ruolo, la gestione degli imprevisti, l'esposizione, il rilassamento e le autoistruzioni sono state utilizzate utilizzando burattini, narrazione e arti espressive. I risultati del trattamento monitorati a tre e sei mesi dopo il trattamento, utilizzando gli stessi strumenti di valutazione, hanno mostrato un aumento della frequenza di addormentamenti nella propria stanza, anche senza la presenza dei genitori, una migliore regolazione emotiva durante la separazione dai genitori e una riduzione delle distorsioni cognitive; i sintomi fisici di nausea e vomito non erano più presenti. Anche l'uso di tecniche CBT adattate all'età della ragazza e gli strumenti utilizzati hanno facilitato una buona alleanza terapeutica. Pertanto, la CBPT si è rivelata una tecnica efficace nel

ridurre l'ansia da separazione in una bambina di 10 anni con sindrome di Down dovuta al mosaicismo.

9

Play therapy cognitivo-comportamentale e alimentazione selettiva: un unico caso di studio.

Marta Chemello Psychologist and Psychotherapist

Private Practice, Bassano del Grappa, Italy

La Play Therapy Cognitivo-Comportamentale (CBPT) è un adattamento della terapia cognitivo-comportamentale per bambini in età prescolare e scolare, in cui le principali tecniche cognitivo-comportamentali vengono proposte attraverso interventi di gioco esperienziale (Geraci, 2022). Lo scopo di questo studio è quello di illustrare l'efficacia dell'applicazione del CBPT in un bambino di 6 anni con alimentazione selettiva, associato a Disturbo di Comprensione del Linguaggio e Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. È stato applicato il modello di Knell (1998) che prevedeva una sessione di orientamento con i genitori, due incontri di valutazione e la successiva attuazione di un intervento di dieci sessioni con cadenza settimanale. Durante la fase di valutazione, i genitori hanno completato la scala CBCL (Achenbach, 2001), che ha evidenziato solo difficoltà di attenzione, e hanno riferito che il bambino consumava esclusivamente latte, acqua, biscotti e cracker di specifiche marche. Nell'incontro di valutazione con il bambino, il gioco di finzione è apparso appropriato, il quoziente di intelligenza rientrava nell'intervallo normale ed è stato somministrato il compito di completamento della frase del burattino. Gli obiettivi dell'intervento erano quindi mirati sia ad aumentare il repertorio alimentare sia a migliorare la flessibilità nel provare diversi marchi. Le sessioni successive hanno utilizzato tecniche come modellamento, giochi di ruolo, esposizione, desensibilizzazione sistematica, autoaffermazioni cognitive e ristrutturazione cognitiva utilizzando burattini, narrazione e arti espressive. I

risultati del trattamento hanno mostrato una maggiore flessibilità nel provare nuovi alimenti di diverse marche e nell'introdurre nuovi alimenti come pasta, prosciutto e dolci nella dieta del bambino.

I follow-up sono stati condotti a 6 e 12 mesi utilizzando gli strumenti precedenti, che hanno dimostrato la stabilizzazione di nuovi comportamenti e la generalizzazione all'ambiente scolastico. La CBPT è apparsa efficace nell'aumentare la varietà degli alimenti gustati e nel rendere più flessibile la dieta del bambino; l'elemento esperienziale nella CBPT ha motivato e coinvolto il bambino nella sperimentazione di nuovi alimenti, rivelandosi un intervento efficace.

10

L'esperienza di utilizzo delle tecnologie it nella terapia cognitivo comportamentale (TF-CBT) si concentra sui traumi nei bambini e negli adolescenti rifugiati dall'ucraina che hanno sofferto dalla guerra

Natalia Urus- Psicologa infantile

"Casa ucraina in Lettonia" Lettonia- Ucraina

La TF CBT è una delle metodiche più studiate e diffuse per il trattamento di bambini e adolescenti. Questo metodo si è rivelato efficace ed efficiente nel lavoro con i bambini ucraini costretti a trasferirsi in Lettonia a causa della guerra. L'obiettivo del lavoro è stato quello di migliorare l'accessibilità e ridurre i limiti dell'assistenza psicologica, lo sviluppo delle capacità di auto-aiuto utilizzando tecnologie informatiche con un gran numero di opportunità che vanno oltre il formato tradizionale.

Dall'inizio della guerra in Ucraina, la salute mentale dei bambini è saturata di ricordi intrusivi. Allo stesso tempo, bambini e genitori evitano massicciamente di parlare tra loro di ciò che è successo loro, temendo di turbarsi a vicenda, creando il cosiddetto "circolo del silenzio". Questo tipo di evitamento favorisce

lo stress post-traumatico e forma la sfiducia dei bambini nei confronti degli adulti, contribuendo all'emergere di cognizioni distorte in relazione a se stessi e agli altri. I narratori aiutano bambini e genitori a inserire questi ricordi invadenti in un formato che ha già un inizio e una fine.

Durante la compilazione del racconto, il bambino ha l'opportunità di elaborare l'esperienza traumatica su diversi livelli: logica (cosa è successo), emozioni e sensazioni corporee (cosa prova), tempo (questo evento è già passato) e autostima (Sono sopravvissuto a questa situazione) (2, p.36)). Disegnare storie in formato fumetto consente al bambino di vedere contemporaneamente tutti gli aerei sull'aereo, come di lato.

Il nostro team (Urus N., Kulik S., Kulik I.) ha iniziato a creare l'applicazione StoryTileCraft (2022): uno strumento di disegno interattivo per creare storie che possono essere posizionate sullo stesso piano e un gamifier di parti del disegno, portando la storia alla vita. La narrazione si forma secondo il principio di una cronaca virtuale, che il bambino crea passo dopo passo con l'aiuto di un tablet. Comprende diversi scenari (2), la complessità degli strumenti di disegno, la capacità di salvare storie in una sequenza temporale e di ritornarvi per il confronto e l'analisi dell'esperienza.

Un tale archivio storico aiuta ad evitare molti problemi in futuro, poiché il bambino ha già imparato a inquadrare le sue esperienze nella storia e a sperimentarle, aiuterà i genitori a imparare ad essere terapeuti per il loro bambino e per se stessi.

11

MDR MOSAICO DINAMICO RELAZIONALE: Un nuovo strumento di indagine terapeutica e psicosociale

Dott. Pierluigi Ceccalupo - Psicoterapeuta e Play Therapist

La relazione gioca un ruolo fondamentale nel plasmare il nostro sé, tanto che tutte le relazioni che abbiamo con gli altri influenzano profondamente la nostra

identità, le nostre convinzioni, le nostre emozioni, le nostre azioni, dunque, ogni aspetto della nostra vita. L'insieme delle relazioni costruite nel tempo rappresentano le reti sociali in continua evoluzione che attraversano l'individuo e costituiscono, quindi, il suo mondo sociale di riferimento, il suo specifico ambiente di vita. Conoscere ed esaminare le proprie reti sociali vuol dire, pensarsi, concepirsi e sperimentarsi in modo "altro" in contesti diversi. Il libro passa in rassegna le diverse teorie psicologiche sulla relazione interpersonale ma anche gli strumenti di indagine più rilevanti utilizzati nell'analisi delle reti relazionali perché ha come obiettivo quello di presentare un nuovo strumento di assessment clinico: il Mosaico Dinamico Relazionale (MDR). Uno strumento, di facile somministrazione, utile per indagare in ambito psicoterapeutico, con bambini, adolescenti e adulti, il reticolo relazionale più ampio della persona, non solo legato alla sua famiglia di origine, ma anche ai sistemi di appartenenza e di interazione sociale, quali quello scolastico/formativo, quello familiare nucleare/parentale, quello lavorativo, quello amicale, amoroso, sportivo e aggregativo socializzante. Durante l'uso dell'MDR il soggetto diventa il protagonista della narrazione costruendo il proprio mosaico posizionando i personaggi, in modo per lui significativo, in ciascuna area relazionale; al tempo stesso diviene anche osservatore di quanto creato incrementando la consapevolezza sulla qualità delle relazioni. La manualità e la trasposizione del mondo interno nel mondo esterno attraverso l'utilizzo dei personaggi colorati, ma neutri, favorisce la proiezione delle figure significative coinvolte nella relazione e permette inoltre, al soggetto, di narrarsi in modo ludico consentendo così la riduzione delle resistenze interne. Dalle somministrazioni effettuate con bambini in età scolare, preadolescenti e adulti è emerso che l'utilizzo dell'MDR aumenta la capacità di raccogliere informazioni importanti della persona, e sulle reti primarie ancorate al soggetto, una mappatura completa delle relazioni significative, degli aspetti rilevanti dei rapporti con le figure descritte nel mosaico, del tipo di legami esistenti, nonché i nodi e/o conflitti presenti e il clima emotivo vissuto. La persona, in una forma nuova, sperimenta la narrazione di sé dando forma alle parole realizzando un mosaico relazionale in tre dimensioni che può osservare da più parti, che può manipolare e ulteriormente modificare.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Ornella Argento
Psicologa, Psicoterapeuta CBT, Ricercatrice
Responsabile della Ricerca presso il Centro Ricerca
“CBPT” Roma, Italia



Camilla Simioli
Psicologa,
Centro Ricerca “CBPT” Roma, Italia



Marella De Angelis
Psicologa, Psicoterapeuta in formazione
Centro Ricerca “CBPT” Roma, Italia

PATROCINIO



PARTNERS



eCAMPUS
UNIVERSITÀ

GIUNTI
PSICOLOGIA



Psicologia.io

FORMAZIONE | PSICOLOGIA | PSICOTERAPIA



fm

**FONDAZIONE
MONDINO**

Istituto Neurologico Nazionale
a Carattere Scientifico | IRCCS

**INIZIA LA FORMAZIONE
IN PLAY THERAPY
COGNITIVO- COMPORTAMENTALE**



**VOGLIAMO RICAMBIARE IN MODO TANGIBILE IL TUO IMPEGNO
NEI NOSTRI CONFRONTI
SOLO NEI GIORNI DELLA CONFERENZA POTRAI ACCEDERE AI
NOSTRI CORSI CON IL **60%** DI SCONTO.
GRAZIE DI AVER CREDUTO IN NOI!**



CBPT.org

