

Modelli di parent training

Carlo Buonanno*, Pietro Muratori**



[Ricevuto il 2 febbraio 2020
Accettato il 27 aprile 2020]

Sommario

Il bambino sviluppa le proprie abilità e competenze cognitive, emotive e sociali all'interno della relazione con i propri *caregiver*. In questo contributo verrà preso in esame uno dei possibili modelli di intervento psicoterapeutici che mira a migliorare la relazione fra i *caregiver* e i propri figli: il *parent training*. Tale approccio è volto a migliorare l'insieme delle pratiche genitoriali, promuovendo quelle positive e riducendo il più possibile quelle disfunzionali, con l'obiettivo di promuovere il benessere dei figli e di conseguenza, dell'intero sistema familiare. Lo scopo in un programma di *parent training* è migliorare i livelli di competenza del genitore nel monitorare e gestire il comportamento dei figli e favorire la loro competenza sociale ed emotiva, oltre che allenare a riconoscere e rinforzare i comportamenti positivi del figlio. La letteratura suggerisce l'efficacia di questo tipo di intervento indiretto per numerosi disturbi in età evolutiva. In questo articolo verranno descritti alcuni modelli per i disturbi internalizzanti ed esternalizzanti, scegliendo quelli ritenuti più validi e con un maggior numero di studi di efficacia. Inoltre, anche la terza generazione della terapia cognitiva ha sviluppato nuovi modelli di *parent training*.

Parole chiave: *parent training*, età evolutiva, disturbi del comportamento, disturbi d'ansia, *mindful parenting*.

* Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma.

** Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Bologna.

Autore corrispondente: Pietro Muratori, Viale del Tirreno 331, Calambrone (PI) (Italia).
e-mail: pmuratori@fsm.unipi.it

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN_e 2281-6046), n. 46/2020

Doi: 10.3280/qpc46-2020oa10154

Carlo Buonanno, Pietro Muratori

Abstract

Parent training models

Child develops its own cognitive, social and emotional skills, within the relationship with his/her parents. In the present work, we examined a psychotherapeutic intervention model, which aims to improve the child-caregivers relationship: parent training. It seeks to implement parenting strategies (enhancing positive parenting and reducing the dysfunctional ones) to improve the offspring's, and consequently the family's well-being. Usually, this intervention model aims to improve the parents' ability to monitor and manage their child's behavior, fostering his/her social and emotional skills; besides, it trains parents to recognize and reinforce the child's positive behavior. Literature suggests the effectiveness of this indirect intervention for several childhood disorders; in the present work, we described some of the most effective evidence-based parent training models for internalizing and externalizing disorders. Moreover, the third wave cognitive therapies have developed new parent training models

Key words: parent training, childhood, behavior disorders, anxiety disorders, mindful parenting.

Parenting e disciplina sensibile: il ruolo centrale della genitorialità nello sviluppo del bambino

Il termine *parenting*, largamente diffuso in ambito scientifico e preferito alla traduzione italiana “genitorialità”, indica l’insieme dei processi psicologici, sociali e culturali che influenzano e co-determinano la relazione tra genitore e bambino. Tuttavia, tale definizione non è esaustiva, nella considerazione che la genitorialità è influenzata e influenza non solo chi fa parte del nucleo familiare, ma anche la società e la cultura di appartenenza. In questo momento storico di grande cambiamento dell’assetto familiare, dei ruoli e della definizione stessa di famiglia, è difficile fornire una definizione precisa di *parenting*, che possa essere applicabile indistintamente a condizioni differenti. Nel tempo, la ricerca si è concentrata su aspetti diversi e coesistenti di questo costrutto, aggiungendo sfumature che ne alimentano la complessità. Tuttavia, c’è comune accordo sul fatto che la base della genitorialità sia rappresentata dal rapporto di *dipendenza* tra il bambino e la figura che si prende cura di lui: il bambino è in una posizione di subordinazione, con competenze, ruoli, doveri e responsabilità inferiori rispetto al *caregiver*. La protezione che nasce da questo legame è necessaria sia da un punto di vista evolutivo, per garantire la sopravvivenza della prole e della specie, sia evolutivo, laddove il bambino ha necessità di acquisire competenze sempre più complesse in modo graduale, avendo garantita la propria sopravvivenza e la soddisfazione dei propri bisogni sia fisici, sia psicologici. In

ogni caso, all'interno di tale relazione sarebbe un errore pensare al bambino come agente passivo, in considerazione dei comportamenti che fin dalla nascita testimoniano la partecipazione attiva alla costruzione della relazione con il genitore. Il bambino ricerca in modo innato la vicinanza, la protezione e la rassicurazione del *caregiver*, che diventa *base sicura* da cui pian piano allontanarsi per le proprie esplorazioni, fondamentali per la costruzione di una nuova mente (Bowlby, 1969). La relazione si costruisce all'interno di una continua ricerca di equilibrio tra diversi elementi: la spinta all'esplorazione e il bisogno di protezione del bambino e le risposte che il genitore dà a tali bisogni, favorendo sia l'allontanamento che il ritorno a una base sicura. Da un punto di vista puramente procedurale, il genitore deve mettere in atto una serie di comportamenti e modelli finalizzati alla soddisfazione di vari bisogni del figlio, di tipo fisico o *nurtural* e *material caregiving* (sicurezza, alimentazione, salute, igiene, vestizione) e di tipo psicologico o *didactic* e *social caregiving* (autonomie personali e sociali, regole educative e morali, sicurezza emotiva e affettiva, conforto e rassicurazione). La letteratura e la ricerca sottolineano due importanti aspetti che guidano i comportamenti dei genitori: un aspetto educativo, che è più legato all'insegnamento delle autonomie e delle regole pratiche e sociali (Barone e Lionetti, 2013), e uno affettivo, inteso come capacità di riconoscere, interpretare e rispondere adeguatamente alle comunicazioni del proprio figlio (Downing *et al.*, 2008). Lo stile genitoriale si può definire come la configurazione delle risposte educative e affettive dell'adulto di riferimento rispetto ai bisogni fisici e psicologici del bambino. Tale stile è influenzato a sua volta dalle esperienze che il genitore stesso ha fatto nella propria storia di vita, che definiscono lo stato mentale e il grado di acquisizione delle abilità del *caregiver*. In questo quadro, l'importanza di una disciplina sensibile (Juffer, Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn, 2008), ovvero il raggiungimento di un equilibrio tra la componente educativa e quella affettiva della genitorialità: il genitore deve essere sufficientemente capace di trasmettere e insegnare valori e regole morali, sociali e comportamentali, senza che l'adesione a tali principi minacci la relazione affettiva col figlio (o che il figlio percepisca che la componente affettiva della relazione sia vincolata ad essi). Le disposizioni temperamentali innate del bambino possono porre importanti vincoli al genitore nella sua funzione educativa e di guida nelle strategie di socializzazione. Riuscire a porre regole educative a "bambini difficili" è un compito estremamente faticoso per i genitori, che richiede equilibrio e disponibilità a riflettere, decentrando dalle urgenze imposte dalla sintomatologia del bambino. Un compito che esige adattabilità, flessibilità e una buona tolleranza dei sentimenti di frustrazione e impotenza che inevitabilmente vengono elicitati

nelle situazioni relazionali col proprio figlio. Inoltre, è importante che il genitore abbia una buona capacità “riparativa” nei processi di sintonizzazione affettiva: dare una disciplina al proprio figlio, ponendo limiti e imponendo regole morali e sociali, implica inevitabilmente l’elicitazione di sentimenti di frustrazione, vergogna, paura, dispiacere o tristezza. Tali sentimenti potrebbero rivelarsi distruttivi all’interno di una relazione affettiva non sufficientemente buona; pertanto è importante che il genitore sia capace di strutturare una relazione affettiva sicura, in cui il bambino abbia sviluppato rappresentazioni interne di sé e dell’altro positive, che non possano essere distrutte o minacciate da tali emozioni negative. All’interno di questo tipo di relazione il genitore si dimostrerà sensibile di fronte ai sentimenti negativi del bambino e vi risponderà in modo adeguato, senza trasformare queste reazioni evolutivamente adattive in ansia e senso di minaccia, disperazione, ira o umiliazione. La possibilità di vivere il conflitto con l’autorità-genitore in assenza di minaccia alla relazione rappresenta la base per un corretto sviluppo della morale e una buona interiorizzazione delle norme sociali e delle modalità di socializzazione. Al contrario, laddove il genitore non sia capace di utilizzare la cosiddetta “disciplina sensibile”, il bambino non si sentirà sicuro e la rabbia e l’oppositività potrebbero diventare l’unico modo per gestire attivamente e regolare la relazione. Le componenti che caratterizzano la disciplina sensibile nel genitore sembrano pertanto essere la sensibilità a **riconoscere i segnali di *distress*** del bambino (ad esempio il pianto o l’agitazione) e a rispondervi ogni volta, in modo coerente, appropriato e contingente; la sensibilità a riconoscere e a rispondere in modo funzionale anche ai **segnali di non-*distress***, ovvero a tutti gli elementi espressivi e di interazione sociale. Il **rinforzo positivo** che il genitore fornisce ai comportamenti del bambino riconoscendo quegli elementi e rispondendo appropriatamente con sorrisi o ridendo insieme a lui, è fondamentale per nutrire la parte affettiva della relazione, ed è possibile solo se il genitore possiede una certa sensibilità a cogliere i segnali del figlio e a sintonizzarsi per rispondervi (Wright *et al.*, 2018). Se, al contrario, la relazione è centrata solo sul perseguimento e sul rispetto esclusivi delle credenze e dei sentimenti dell’adulto, allora il comportamento del *caregiver* rischia di essere intrusivo, sordo rispetto ai bisogni del bambino (ad esempio di giocare con quello che vuole in un certo momento), fino al punto di imporre condizioni davvero lontane dall’interesse del figlio.

Lo sviluppo di una disciplina sensibile è in relazione allo sviluppo di un attaccamento sicuro, che a sua volta favorisce un adeguato sviluppo della morale e una migliore socializzazione con i pari (Kochanska *et al.*, 2010). Inoltre, lo stile genitoriale adottato fin dai primi anni di vita ha un impatto

enorme nel determinare le capacità di autoregolazione del bambino, con conseguenze importanti a livello psicologico e sociale (Calkins e Keane, 2009; Hofer, 1994; Lindsey, Cremeens e Caldera, 2010). Appare chiaro il valore degli interventi volti a sostegno della genitorialità e l'impatto che questi possono avere per migliorare la qualità della vita dei bambini e delle famiglie stesse, oltre alle possibili ricadute a livello sociale e scolastico. Intervenire a questo livello, soprattutto nel caso di bambini che dimostrano problematiche a livello comportamentale o disturbi psicologici, apre una vasta gamma di opportunità di miglioramento e, in molti casi, si traduce in interventi preventivi che riducono la probabilità che si sviluppino condizioni a prognosi peggiore.

Il *parent training*: struttura e basi teoriche dell'intervento

Negli ultimi anni ci sono stati enormi progressi scientifici per la comprensione dei disturbi e dei problemi associati all'età evolutiva, così come per lo sviluppo di interventi *evidence-based* per diverse problematiche legate a questa fascia d'età (National Research Council [NRC] e Institute of Medicine [IOM], 2009). Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia degli interventi rivolti direttamente ai bambini (NRC e IOM, 2009; Weisz e Kazdin, 2010), tuttavia il coinvolgimento attivo dei genitori è un elemento essenziale per il successo di questi trattamenti (Nock e Kazdin, 2005).

Il *parent training* (PT) è un intervento rivolto al sostegno della genitorialità, spesso svolto parallelamente a un intervento sul bambino. Tale intervento viene realizzato frequentemente in *setting* di gruppo, ma può anche essere rivolto solo alla coppia o, in casi specifici, al singolo genitore in difficoltà. Esistono numerosi manuali che approfondiscono tecniche specifiche per diversi disturbi del bambino, ma in generale il *parent training* è un programma strutturato e manualizzato, condotto da uno o più clinici esperti, che mira a migliorare l'insieme delle pratiche genitoriali con l'obiettivo di promuovere il benessere dei figli e di conseguenza, dell'intero sistema familiare (Smith, Kendall e Keefe, 2002). L'obiettivo è quello di incrementare i livelli di competenza ed efficacia del genitore nel monitorare e gestire il comportamento dei bambini e favorire la loro competenza sociale ed emotiva; inoltre, il *parent training* allena i genitori a riconoscere e rinforzare i comportamenti positivi del figlio. Questo tipo di interventi promuove lo sviluppo di una disciplina sensibile sia nella componente affettiva, sia in quella educativa e di conseguenza favorisce l'instaurarsi di una relazione sicura. All'interno di questa relazione, il genitore dovrebbe essere capace di fornire

un'impalcatura (*scaffolding*) al bambino, stimolando la sua autonomia con compiti appropriati e calibrati in base all'età e alle capacità del singolo, rispettando i ritmi e i tempi del bambino e dandogli un ruolo attivo nello svolgimento di questi compiti.

La maggior parte dei programmi si sviluppa all'interno della cornice cognitivo-comportamentale. Il clinico dispone di procedure come la psico-educazione sulle emozioni, per promuovere una migliore comprensione delle motivazioni che muovono il comportamento del figlio; i programmi basati sulla somministrazione di rinforzatori positivi, sul costo della risposta o le tecniche di estinzione per modificare i comportamenti disfunzionali; il ricorso al modellamento, con il quale il genitore mostra come impegnarsi in una condotta specifica; gli interventi di ristrutturazione tesi a eliminare tutte quelle distorsioni cognitive che fungono da filtro nell'interpretazione del comportamento altrui; le strategie di gestione e riduzione dello *stress* genitoriale; la prescrizione di *homework* tra una seduta e l'altra; il ricorso a procedure di *role-play* in seduta, soprattutto nel *setting* di gruppo. I genitori vengono pertanto considerati come veri e propri *partner* dell'intervento sul bambino, basandosi sull'evidenza che a una maggiore conoscenza dei processi psicologici che mantengono i disturbi corrisponde una maggiore efficacia del trattamento (Lukens e McFarlane, 2004). In particolare, è stato dimostrato che la condivisione degli obiettivi del trattamento e la spiegazione e discussione sulle cause dei problemi del proprio figlio siano elementi fondamentali per la costruzione dell'alleanza terapeutica, contribuendo alla diminuzione di aspettative irrealistiche sui risultati del trattamento e di *bias* nell'interpretazione dei comportamenti del proprio figlio (Martinez *et al.*, 2017).

Come già sottolineato, i programmi di *parent training* sono indirizzati e specifici per diversi tipi di disturbi: esistono interventi pensati per il disturbo da deficit di attenzione e iperattività, per il disturbo della condotta o il disturbo oppositivo-provocatorio, per i disturbi d'ansia o i disturbi somatoformi, per i disturbi dello spettro dell'autismo, per la disabilità Intellettiva o altri tipi di disabilità. Alcuni interventi sono realizzati in ambito psicosociale per i bambini a rischio di maltrattamento, altri sono più genericamente rivolti a problematiche educative aspecifiche. Lo sviluppo e la diffusione di questo tipo di intervento sono supportati da numerosi studi di efficacia (ad esempio, per l'autismo McConachie e Diggle, 2007, per i disturbi d'ansia Cartwright-Hatton *et al.*, 2011, per i disturbi esternalizzanti Scott *et al.*, 2010; Hoath e Sanders, 2002; Kazdin, 1997; NICE, 2006) e metanalisi (Thomas e Zimmer-Gembeck, 2007; Kaminski *et al.*, 2008; Lundahl, Risser e Lovejoy, 2006). Come anticipato, vi sono due modalità per condurre un PT, in *setting* di

gruppo o in *setting* individuale/coppia. La prima è una modalità preferibile, poiché il gruppo si configura come contenitore del disagio, favorisce comprensione e condivisione di strategie e di esperienze, con il conseguente superamento dell'isolamento sociale (spesso presente in queste famiglie), abbassa i livelli di ansia e di rabbia, incoraggia la visione di diversi punti di vista e l'organizzazione di una narrazione coerente, consente il decentramento e l'utilizzo di strategie come il *role-play*. Solitamente, il *parent training* viene svolto con un gruppo formato da 5-6 coppie di genitori, seguendo il criterio di omogeneità rispetto all'età e alla diagnosi dei figli; il formato è chiuso, ovvero non è possibile sostituire eventuali *drop-out* o inserire nuove coppie una volta avviato il programma; la durata del trattamento è chiaramente definita preventivamente, dai 10 ai 20 incontri, della durata tipicamente di 90-120 minuti, e con cadenza settimanale o quindicinale. Tale impostazione guida il terapeuta nella scelta degli argomenti da trattare e del tempo da dedicare a ciascuno di essi, richiedendo ai genitori un impegno costante anche a casa e motivandoli a svolgere gli *homework* assegnati. Prima dell'intervento è necessario prevedere una fase di *assessment* in cui si valuta l'idoneità della coppia al percorso di gruppo, o la necessità di avviare un percorso preliminare per diminuire i livelli di conflittualità fra i genitori, il livello di *stress* genitoriale percepito o la compromissione sintomatologica del bambino.

Gli argomenti trattati nelle diverse fasi del percorso di PT sono specifici in relazione al disturbo che presenta il bambino e le strategie proposte sono quelle riconosciute come efficaci dalla letteratura per un determinato disturbo. Ogni modalità di lavoro in *setting* di PT prevede che il genitore impari a fare un'analisi funzionale del comportamento, che prevede l'individuazione degli elementi che precedono immediatamente il comportamento disfunzionale (dove si trova, con chi è, in quale momento della giornata), l'obiettivazione del comportamento-problema (cosa ha fatto esattamente e cosa ha detto il bambino) e un'analisi dei conseguenti che seguono l'unità comportamentale (quali le risposte dell'ambiente), al fine di individuarne la funzione. In generale, al termine del percorso, i genitori sono più capaci di analizzare i problemi, riescono a gestire meglio i momenti di *stress*, a utilizzare strategie più flessibili, adattandosi meglio alle diverse situazioni, migliorano la relazione e la comunicazione con i figli e con gli altri membri della famiglia, favorendo un ambiente domestico più equilibrato.

Dopo aver descritto in generale come si articola un intervento di *parent training* e in cosa consiste, nelle prossime pagine descriveremo alcuni programmi specifici, rivolti a due grandi classi di problematiche dell'età evolutiva: i problemi internalizzanti e quelli esternalizzanti.

Il parent training per i problemi internalizzanti

Evidenze scientifiche mostrano come la depressione e i disturbi d'ansia nei bambini e negli adolescenti siano molto diffusi e abbiano implicazioni negative sullo sviluppo e sul funzionamento globale, causando grave disagio e sofferenza anche a genitori e familiari, nonché costi sociali significativi (Garber e Weersing, 2010; Weersing *et al.*, 2012), soprattutto quando si presentano in comorbidità. La presenza di ansia nell'infanzia è stata identificata come fattore di rischio e predisponente per lo sviluppo della depressione (Schleider, Krause e Gillham, 2014), con una relazione reciproca osservata in altri studi (Krueger *et al.*, 2003; Krueger e Markon, 2011, 2014), tanto che è stata ipotizzata e verificata la presenza di una dimensione internalizzante comune ad ansia e depressione: una tendenza a esperire il *distress* internamente, senza manifestarlo o agirlo esternamente. Numerose ricerche hanno sottolineato la presenza di diversi aspetti familiari che possono predire il successivo sviluppo di ansia o depressione, come la presenza di psicopatologia nei genitori, un basso funzionamento della famiglia e determinati tipi di interazione tra genitore e figlio. Nonostante la rilevanza di queste evidenze, la maggior parte degli interventi psicologici e psicoterapeutici per bambini con problemi internalizzati non tiene conto di questi aspetti familiari e non agisce su essi. In alcuni programmi di intervento cognitivo-comportamentale per l'ansia (come il *Coping Cat*; Kendall e Hedtke, 2006) e per la depressione in età evolutiva (come il PASCET; Weisz *et al.*, 2005; e il CWD-A; Clarke e DeBar, 2010), la partecipazione dei genitori è limitata a poche sessioni di psicoeducazione. Alla luce dell'enorme mole di prove dell'influenza di determinati aspetti familiari nell'insorgenza e nel mantenimento dei disturbi internalizzanti, Schleider e Weisz (2017) suggeriscono un modello teorico tripartito, che esplora le relazioni tra i diversi processi familiari e l'ansia e la depressione, focalizzandosi sugli antecedenti, sui fattori di rischio e di mantenimento che possono avere un'influenza su tali problematiche, con l'obiettivo di individuare possibili *target* di trattamento. Gli autori suggeriscono tre diversi livelli: i fattori legati ai genitori, cioè gli aspetti che riguardano il singolo genitore o la coppia (ad esempio la presenza di psicopatologia ansiosa o depressiva in un genitore, la famiglia mono-parentale, modalità di interazione conflittuali all'interno della coppia o l'insoddisfazione coniugale); i fattori legati alla diade genitore-bambino o alla relazione con i fratelli (ad esempio stili genitoriali rigidi, richiestivi, ipercontrol-lanti o intrusivi; l'esempio fornito dal genitore o *modeling*, che si può mostrare preoccupato per la minima cosa o evitante, irritabile o isolato; una relazione ostile o caratterizzata da scarso calore affettivo con i fratelli); il

livello dei fattori familiari, ovvero le dinamiche che si attivano all'interno della famiglia considerata come unità (ad esempio la mancanza di coesione familiare; l'instabilità delle *routine* o dei legami; il suo funzionamento invischiato o non curante; la predilezione per un figlio rispetto al fratello o la discrepanza di comportamento nei confronti dei due; la tendenza a fare confronti tra i figli). Questi fattori possono influenzare numerosi aspetti cognitivi ed emotivi del bambino: sono legati allo sviluppo di *bias* attenzionali nel figlio, che tenderà a focalizzare maggiormente sugli elementi negativi e ad essere ipervigile o a rimanere più legato agli stimoli tristi (Sylvester *et al.*, 2016); favoriscono lo sviluppo di uno stile di attaccamento insicuro (Sturge-Apple, Davies e Cummings, 2006); inficiano lo sviluppo delle capacità di regolazione delle emozioni e autoregolazione del comportamento (Morris *et al.*, 2007). Nonostante la stretta relazione fra aspetti legati al funzionamento familiare e il livello delle problematiche internalizzanti nel bambino, la letteratura presenta dati controversi, non identificando risultati significativamente superiori degli interventi rivolti solo ai genitori se confrontati con quelli rivolti solo al bambino (Breinholst *et al.*, 2012; Reynolds *et al.*, 2012). Questo dato appare in contrasto con le evidenze che dimostrano l'impatto che le variabili familiari hanno nel predisporre o nel mantenere questo tipo di disturbi, ma può essere frutto del ridotto numero di interventi di *parent training* manualizzati che mirino ad affrontare comportamenti specifici dei genitori e dei figli in relazione a questi disturbi.

Per quanto riguarda i disturbi d'ansia, Lebowitz e colleghi (2014), hanno elaborato un trattamento manualizzato, denominato SPACE (*Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions*), rivolto ai genitori di bambini e adolescenti con problematiche internalizzanti. Il programma mira a intervenire sul disturbo del figlio, senza la collaborazione diretta del bambino o del ragazzo stesso. Il programma prevede 10-15 incontri di un'ora, a cadenza settimanale ed è strutturato in modo da avere 8 sessioni di trattamento valide per tutti i casi e 5 moduli supplementari di intervento che possono essere utilizzati a seconda delle necessità del gruppo. Le 8 sessioni *standard* prevedono la psicoeducazione al disturbo, l'individuazione (con schede di monitoraggio), l'analisi dei comportamenti di adattamento (come i genitori reagiscono e sono influenzati dal disturbo del figlio) e l'individuazione di un problema *target* da cui impostare l'intervento. SPACE include alcuni moduli di intervento supplementari, che forniscono strategie per affrontare difficoltà specifiche e possono essere inseriti al termine del trattamento o fra una fase e l'altra dell'intervento *standard*. Al termine di ogni sessione o modulo vengono assegnati gli *homework*, revisionati all'inizio della sessione successiva.

Il programma fa riferimento a studi empirici che suggeriscono il ruolo fondamentale di comportamenti particolari dei genitori, nella genesi e nel mantenimento del disturbo d'ansia nei propri figli: i comportamenti di *adattamento*. Gli autori definiscono come adattamento familiare tutte quelle modificazioni nel comportamento e nelle *routine* dei genitori e in generale della famiglia, che mirano ad aiutare il bambino ansioso ad alleviare o evitare il *distress* dovuto all'ansia. Nonostante le buone intenzioni con cui queste modifiche vengono fatte, l'adattamento è correlato a una maggiore gravità dei sintomi e a una maggiore compromissione del funzionamento del bambino (Norman, Silverman e Lebowitz, 2015). Esempi di comportamenti familiari di adattamento possono essere: dormire con il bambino con ansia da separazione, parlare con gli altri al posto del figlio con fobia sociale, rassicurare ripetutamente il bambino con ansia generalizzata. Tali comportamenti mantengono il disturbo e incoraggiano l'evitamento, aumentando la dipendenza del bambino e impediscono lo sviluppo di strategie autonome di *coping*. SPACE è un programma che si fonda sull'idea che l'ansia sia esacerbata e mantenuta da questo tipo di comportamento dei familiari che, attivati cronicamente dalle manifestazioni sintomatiche del bambino, invischiano i genitori in un circolo vizioso che non fa altro che aumentare i livelli di ansia del bambino, oltre che alimentare lo *stress* nei genitori (Reuman e Abramowitz, 2018). Gli studi di efficacia realizzati sull'applicazione di SPACE nei disturbi d'ansia, nello specifico nel disturbo d'ansia generalizzata, nel disturbo d'ansia da separazione, nella fobia sociale (Lebowitz *et al.*, 2014; Lebowitz *et al.*, 2020) e nel disturbo ossessivo compulsivo (Lebowitz *et al.*, 2014), hanno dimostrato che questo tipo di trattamento è effettivamente efficace nel ridurre la sintomatologia ansiosa e nel migliorare la qualità di vita dell'intero nucleo familiare. Comparando l'efficacia di SPACE a quella di un intervento cognitivo-comportamentale applicato solo sul bambino, è stato dimostrato come questo programma di *parent training* risulti altrettanto efficace nella riduzione dei sintomi ansiosi e sia più efficace nella riduzione dei comportamenti di adattamento e dello *stress* dei genitori (Lebowitz *et al.*, 2020).

Modelli di *parent training* per i disturbi esternalizzanti

Le problematiche di comportamento con esordio nell'infanzia, se non adeguatamente trattate, aumentano il rischio di seguire traiettorie di sviluppo atipiche, che possono portare all'insorgenza di comportamenti violenti, disturbi psichiatrici, abbandono scolastico, alcolismo o abuso di sostanze in adolescenza o in età adulta (Odgers *et al.*, 2008). L'intervento strutturato

mediante il *parent training* (ad esempio, il modello *Incredible Years Programme della Webster-Stratton*, 2001) appare efficace nel ridurre le problematiche comportamentali a breve termine (Eyberg, Nelson e Boggs, 2008), a uno-due anni di distanza (Larsson *et al.*, 2009) e mantenere gli effetti anche ad un *follow-up* di 5-6 anni (Drugli *et al.*, 2010). Nonostante le differenze negli orientamenti e negli esercizi proposti, la maggior parte dei programmi di *parent training* per i disturbi esternalizzanti ha alcune caratteristiche comuni: il terapeuta insegna a individuare il comportamento-problema e favorisce nuove modalità di concettualizzarlo; i genitori vengono incoraggiati a utilizzare nuove modalità di relazionarsi con i figli e coinvolti direttamente nell'applicazione di queste tecniche mediante il *role-play* e i *feedback* del terapeuta; i programmi prevedono l'assegnazione e l'esecuzione di *homework* che incoraggino l'applicazione delle tecniche apprese. Il terapeuta agisce per migliorare la comunicazione tra genitori e figli, diminuire i livelli di *stress* o di depressione nei genitori. Fra i vari programmi rivolti ai genitori, quello che risulta essere l'intervento *evidence-based* principe è l'*Incredible Years Parent Training* (IYPT, Webster-Stratton, 2001). Esistono numerose versioni dell'*Incredible Years*, tutte accumulate dall'organizzazione in *setting* di gruppo, dall'assegnazione di *homework* tra una seduta e l'altra e dall'utilizzo di videoregistrazioni. Le sessioni sono guidate da due terapeuti che, attraverso la discussione aperta con i genitori, suggeriscono strategie funzionali di gestione dei comportamenti dirompenti dei figli, facendole mettere in pratica direttamente in seduta, attraverso esercizi di *role-play*. Nella versione BASIC IYPT sono discussi temi come le abilità di gioco, premi e rinforzi, definizione di limiti, utilizzo di strategie coerenti ed efficaci per la gestione dei comportamenti disfunzionali e di modalità positive di interazione con i propri figli, promozione dei comportamenti prosociali nei bambini e modalità di gestione dello *stress* genitoriale. Nella versione ADVANCE IYPT si aggiungono componenti più mirate alle problematiche interpersonali, favorendo il lavoro sulla comunicazione e sulle abilità di *problem-solving* (Webster-Stratton, 2002). Spesso il programma di *parent training* viene associato a un programma di intervento direttamente sul bambino, che si svolge parallelamente, lavorando su aspetti come le difficoltà interpersonali, l'incremento dei comportamenti prosociali, le abilità di risoluzione dei conflitti, la capacità di giocare e cooperare con i pari. I genitori partecipano a 12-14 sessioni di circa 2 ore, con cadenza settimanale; mentre i bambini partecipano a 18 sessioni di gruppo di circa due ore, a cadenza settimanale. L'IYPT è stato utilizzato a livello internazionale sia come strumento di intervento per bambini con gravi problemi di condotta, sia come intervento di prevenzione.

Oltre al programma *Incredible Years*, che si è dimostrato un intervento di elezione per i bambini con disturbi del comportamento e che ha alle spalle anni di ricerca, appare importante illustrare altri modelli di trattamento promettenti.

Il *Parent Management Training-Oregon Model* (PMTO, Forgatch e Patterson, 2010) è un programma di *parent training evidence-based*, testato nella sua efficacia in diversi contesti, culture e formati. Il programma è utilizzabile per famiglie con bambini in età prescolare fino all'adolescenza e la sua struttura è flessibile: include sessioni individuali con la singola famiglia, presso la loro casa o in strutture dedicate; gruppi di genitori e, recentemente, comunicazione *web-based* e tele-riabilitazione. Il PMTO è un intervento nato dall'integrazione della teoria, della ricerca e della pratica clinica, che si fonda sul modello *Social Interaction Learning* (SIL): questo modello nasce dalla fusione delle teorie dell'apprendimento sociale, dell'interazione sociale e del comportamentismo (Dishion e Patterson, 2006). Il SIL individua due meccanismi principali che consentono la modificazione del comportamento del bambino, entrambi basati sulla contingenza del rinforzo. Il primo si basa sul rinforzo negativo o positivo che il bambino riceve all'interno del nucleo familiare: quando il bambino mette in atto un comportamento disfunzionale spesso lo fa per far cessare un antecedente per lui sgradevole o per ottenere qualcosa (ad esempio l'attenzione del genitore). Il secondo, invece, riguarda i rinforzi positivi ricevuti all'esterno dell'ambiente domestico, primariamente dai pari. Il modello SIL identifica questo secondo meccanismo come un potenziale fattore di mantenimento del disturbo: i bambini con problematiche comportamentali si relazionano principalmente con pari devianti, che tenderanno a rinforzare e mantenere proprio quei comportamenti-problema oggetto di trattamento. I terapeuti del PMTO si basano sull'assunto che i genitori siano gli agenti del cambiamento, insegnando loro tecniche e strategie per prevenire o correggere i problemi di condotta del figlio (ad esempio comportamenti aggressivi, antisociali o delinquenziali) e contemporaneamente promuovere quelli prosociali (abilità sociali e scolastiche). I genitori imparano a sostituire le strategie di *parenting* rigide, severe e punitive con altre più positive e sensibili, mediante il rinforzo dei comportamenti desiderati, ad esempio prestando loro attenzione e somministrando rinforzi positivi nella contingenza di condotte adeguate; parallelamente a utilizzare strategie di punizione efficaci per ridurre i comportamenti disfunzionali, come il costo della risposta o il *time out* (Forehand *et al.*, 2014). Inoltre, i genitori imparano a incoraggiare lo sviluppo di specifiche abilità del bambino, a monitorare e supervisionare il loro comportamento, a definire i limiti e le regole, a mobilitare abilità di *problem-solving* interpersonale e ad aumentare

il tempo passato con il bambino in modo positivo. Oltre a questo, il programma prevede altri moduli di supporto a quelli principali: ad esempio, i genitori imparano strategie per dare istruzioni in modo chiaro, per identificare e regolare le emozioni del figlio e per rendere più efficace la comunicazione. Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia del PMTO, sottolineando come l'età più elevata del bambino, la presenza di depressione nella madre e lo svantaggio sociale siano fattori che ne influenzano negativamente gli esiti (Forgatch e Domenech Rodriguez, 2016).

I bambini con disturbi del comportamento rappresentano, in realtà, un gruppo estremamente eterogeneo; la ricerca nell'ambito della psicopatia nell'adulto ha permesso di individuare un sottogruppo omogeneo di bambini con disturbo della condotta caratterizzati da tratti di personalità *callous-unemotional* (CU) (Frick ed Ellis, 1999). Come descritto nel DSM-5, essi presentano scarsa empatia o senso di colpa, freddezza emotiva, superficialità, anaffettività, incapacità di provare rimorso, non curanza delle proprie prestazioni (*American Psychiatric Association* [APA], 2014). Inoltre, sono bambini che manifestano una forma di aggressività strumentale “fredda” (pro-attiva), veicolata dal desiderio di dominare gli altri e perseguire i propri scopi, diversamente dai soggetti con disturbo della condotta e bassi tratti CU, che sono caratterizzati da un'aggressività “calda” (reattiva), più impulsiva. Appare evidente come il trattamento di questo sottogruppo dovrebbe essere diverso: alti livelli di questi tratti sono forti predittori di una limitata risposta agli interventi di *parent training* tipici, utilizzati per ridurre i problemi di condotta (Hawes, Price e Dadds, 2014). Sono state sviluppate molte ipotesi sulle ragioni di questa riduzione di efficacia e si stanno realizzando numerose ricerche al fine di realizzare metodi di intervento più specifici ed i primi risultati sull'efficacia di questi metodi iniziano a comparire. Numerosi studi hanno evidenziato che il contatto oculare tra genitore e figlio è significativamente ridotto nei bambini con elevati livelli di tratti CU (Dadds *et al.*, 2013), un dato che rappresenta la base teorica di alcuni interventi di *parent training*, in cui il trattamento è ampliato con una parte che mira all'aumento degli sguardi reciproci per favorire il coinvolgimento emotivo nella diade. I dati di ricerca suggeriscono che i bambini con elevati tratti CU hanno una ridotta sensibilità all'espressione delle emozioni degli altri e che questa compromissione sia in parte dovuta a un'incapacità di cogliere gli stimoli sociali emotivi, in particolare a una ridotta attenzione alla zona degli occhi nelle facce degli altri (Billeci *et al.*, 2019; Dadds *et al.*, 2008). Questa difficoltà è presente fin dalle primissime interazioni con i genitori (Bedford *et al.*, 2014; Dadds *et al.*, 2013) ed è probabilmente la causa di una serie di eventi a cascata che porta ad alterazioni nello sviluppo di empatia e della

relazione con i *caregiver*. Esistono e sono state validate modalità per manipolare la direzione dello sguardo verso stimoli sociali emotivamente salienti nei bambini (Dadds *et al.*, 2013) ed è stato proposto di usarle all'interno dei programmi rivolti ai genitori per aumentarne l'efficacia (Dadds *et al.*, 2019).

Uno studio di efficacia ha valutato gli effetti dell'aggiunta di una componente specifica sull'ingaggio emotivo ad un programma di *Parent Management Training* (PMT) (Dadds *et al.*, 2019). Il PMT utilizzato in questo studio è un programma manualizzato e di provata efficacia per il trattamento dei disturbi della condotta (Dadds e Hawes, 2006); è composto da 10 sessioni di un'ora e mezzo, a cadenza settimanale, focalizzate sulle strategie di gestione dei comportamenti aggressivi, disobbedienti e distruttivi (utilizzo di una disciplina efficace, che chiarisca le regole e utilizzi tecniche come il *time out* e il costo della risposta). Le sessioni dedicate all'ingaggio emotivo sono 6 e vengono realizzate alternandole a quelle *standard* per tutta la durata dell'intervento, in modo da massimizzare l'apprendimento e l'uso delle strategie, insieme all'applicazione delle tecniche ogni giorno, per 10-15 minuti in casa. Queste sedute aggiuntive si focalizzano su tre elementi fondamentali: una componente didattica in cui viene spiegato il razionale delle abilità di ingaggio emotivo, una parte pratica con i bambini all'interno della clinica e la visione di video. I video mostrati sono selezionati dai terapeuti tra quelli girati nella fase di *assessment* dimostrativi e di pratica e rappresentano momenti in cui i genitori sono stati capaci di promuovere interazioni efficaci con i propri figli, con un adeguato contatto oculare e reciprocità dello sguardo. Dadds e colleghi (2019) hanno mostrato come l'intervento sull'ingaggio emotivo avesse prodotto un incremento significativo del contatto oculare e degli scambi di sguardi nelle diadi, parallelamente a una diminuzione significativa dello spostamento dello sguardo in altre direzioni. Nonostante ciò, questi risultati non si sono dimostrati durevoli, e i progressi sono stati persi quando non sono stati più oggetto di un trattamento specifico. Questo non significa, però, che il *training* non abbia giocato un ruolo importante nel determinare una riduzione delle problematiche di comportamento nel bambino. In definitiva, i dati confermano come sia difficile intervenire su bambini con caratteristiche CU.

Mind parenting: programmi di parent training basati sulla mindfulness

La *mindfulness* rientra tra gli approcci di terza generazione della terapia cognitivo-comportamentale, ma deriva dagli insegnamenti del buddhismo

Theravāda, dallo *Zen* e dalle pratiche *Yoga*. Il concetto di *mindfulness* può essere definito come «la capacità umana di porre attenzione in un modo particolare: intenzionalmente, nel momento presente e in modo non giudicante» (Kabat-Zinn, 2013). Recentemente tale approccio è risultato utile anche per promuovere la salute mentale e il benessere in bambini e adolescenti (Dunning *et al.*, 2019), e per il trattamento del disturbo da deficit di attenzione e iperattività (DdAI; Evans *et al.*, 2018). È stato, infatti, dimostrato come la pratica della *mindfulness* abbia effetti positivi sul comportamento, sulle funzioni esecutive e sulle capacità attentive nei bambini (Dunning *et al.*, 2019), tutti elementi che possono risultare compromessi in questo disturbo.

La *mindfulness* può considerarsi un valido strumento anche per i genitori: attraverso programmi di *mindful parenting* è possibile insegnare loro pratiche meditative di vario genere, che possano essere applicate su se stessi o con i propri figli, al fine di ottenere un aumento della consapevolezza e una riduzione dello *stress* genitoriale. Kabat-Zinn (1997) definisce **genitori consapevoli** quelli capaci di «prestare attenzione non giudicante e non reattiva a ogni momento e interazione con il bambino, in modo tale che il genitore sia consapevole dei bisogni del figlio». I programmi di *mindful parenting* (MP) mirano a rendere i genitori meno reattivi, interrompendo i comportamenti guidati dal “pilota automatico” e sostituendoli con altri consapevoli, così da interrompere interazioni negative col figlio e favorire l’attenzione e l’autoregolazione emotiva. I genitori imparano a prestare attenzione alle proprie reazioni emotive, riconoscendole come tali e accettandole, senza cercare di neutralizzarle o giudicarsi negativamente per questo. Townshed e colleghi (2016) hanno valutato in modo sistematico l’efficacia dei diversi programmi di *mindful parenting* nella promozione del benessere dei genitori e dei figli. Tutti i programmi inclusi in questa revisione avevano una durata di sei-otto settimane, con sessioni di almeno un’ora ed erano condotti in *setting* di gruppo. I risultati di questa *review* mostrano una riduzione dello *stress* nei genitori, un aumento della consapevolezza emotiva sia nel genitore che nel bambino e una riduzione dei sintomi dei bambini, soprattutto se questi sono in età prescolare.

Solitamente, le pratiche formali incluse in programmi di MP comprendono, ad esempio, il *body scan*, la meditazione sul respiro e lo *hata yoga*; le pratiche informali includono, invece, tutti quei momenti nelle attività abituali in cui ci si focalizza sul qui ed ora e si agisce in modo consapevole, qualunque cosa si stia facendo. Un elemento fondamentale del programma è rappresentato dagli *homework*, che hanno l’obiettivo di favorire una pratica quotidiana della meditazione: essi vengono assegnati alla fine di ogni sessione e revisionati all’in-

terno di quella successiva, favorendo il confronto all'interno del gruppo sulle difficoltà e sulle nuove consapevolezze acquisite. I compiti a volte possono prevedere lo strutturare momenti di pratica breve con i figli. Le sessioni di un tipico programma di MP affrontano diversi temi: la genitorialità automatica, sottolineando l'importanza della consapevolezza nell'azione; la mente del principiante, ovvero la capacità di osservare le cose in modo non giudicante, come se si vedessero per la prima volta; il contatto con il proprio corpo e con i segnali che ci manda, ignorando tali segnali spesso il genitore oltrepassa i propri limiti con conseguenze fisiche legate allo *stress* anche gravi; la capacità di rispondere ai segnali di *stress* in modo consapevole e funzionale (una volta che ne ho presa consapevolezza), piuttosto che reagire automaticamente con la rabbia o l'evitamento. Uno dei modelli manualizzati di MP è il *Mindful Parenting Program* di Susan Bögels (Bögels *et al.*, 2008), trattamento che ha l'obiettivo di favorire la consapevolezza del genitore dei propri limiti personali, per gestire meglio la relazione col figlio. Esistono due versioni del programma, una condotta parallelamente all'intervento sul bambino, una condotta esclusivamente con i genitori (con sessioni della durata di 3 ore). I genitori che hanno partecipato a questo tipo di MP riportano miglioramenti nel rapporto con i figli, nelle loro capacità genitoriali e nelle relazioni familiari (Bögels, Lehtonen e Restifo, 2010).

Conclusioni

Il ricorso ai programmi di *parent training* è pratica consolidata nella clinica in età evolutiva. L'implementazione dei programmi si fonda sulla considerazione della necessità di promuovere due aspetti della genitorialità. Il primo include principalmente i comportamenti educativi, tesi all'insegnamento delle abilità sociali e alle pratiche volte a favorire l'acquisizione delle autonomie del bambino. Il secondo, invece, comprende la capacità di riconoscere e rispondere ai segnali affettivi del bambino. Entrambi gli aspetti partecipano a formare lo stile di *parenting*, quell'insieme di risposte utili alla comprensione e alla soddisfazione dei bisogni dei figli. I genitori dovranno essere capaci di definire un equilibrio, insegnando valori morali e suggerendo il rispetto di regole convenzionali, senza che l'adesione a questi insegnamenti si traduca in una minaccia alla relazione con il bambino. I programmi di *parent training* rispondono ampiamente alla necessità di aiutare i genitori lungo questo percorso. Nell'articolo abbiamo descritto ampiamente sia le basi teoriche, sia le versioni che possono essere implementate per diverse tipologie diagnostiche, dai bambini con sintomatologia internalizzante, agli

esternalizzanti con tratti *callous-unemotional* e abbiamo sottolineato l'importanza di migliorare i programmi, includendo tecniche di terza generazione, come la *mindfulness*.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bedford R., Wagner N.J., Rehder P.D., Propper C., Willoughby M.T., Mills-Koonce R.W. (2017). The role of infants' mother-directed gaze, maternal sensitivity, and emotion recognition in childhood callous unemotional behaviours. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26: 947-956. doi: 10.1007/s00787-017-0967-1
- Billeci L., Muratori P., Calderoni S., Chericoni N., Levantini V., Milone A., Nocentini A., Papini M., Ruglioni L., Dadds M.R. (2019). Emotional processing deficits in Italian children with disruptive behavior disorder: the role of callous unemotional traits. *Behaviour Research and Therapy*, 113: 32-38. doi: 10.1016/j.brat.2018.12.011
- Bögels S., Hoogstad B., van Dun L., Schutter S. de., Restifo K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(02): 126. doi: 10.1017/S1352465808004190
- Bögels S., Lehtonen A., Restifo K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1(2): 107-120. doi: 10.1007/s12671-010-0014-5
- Bowlby J. (1969). *Attachment and Loss*, 3 voll., London: Hogarth Press (2^a ed. 1982)-1980 [trad. it.: *Attaccamento e perdita*, Torino: Bollati Boringhieri, 1972 (2^a ed. 1988)-2000].
- Breinholst S., Esbjørn B.H., Reinholdt-Dunne M.L., Stallard P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3): 416-424. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.12.014
- Calkins S.D., Keane S.P. (2009). Developmental origins of early antisocial behavior. *Development and Psychopathology*, 21(4): 1095-1109. doi: 10.1037/a0015977
- Cartwright-Hatton S., McNally D., Field A.P., Rust S., Laskey B., Dixon C., Gallagher B., Harrington R., Miller C., Pemberton K., Symes W., White C., Woodham A. (2011). A new parenting-based group intervention for young anxious children: Results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(3): 242-251. doi: 10.1016/j.jaac.2010.12.015
- Clarke G.N., DeBar L. (2010). Group cognitive-behavioral treatment for adolescent depression. In: Weisz J.R., Kazdin A.E. (eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.), New York: Guilford Press, pp. 110-125.

- Dadds M.R., English T., Wimalaweera S., Schollar-Root O., Hawes D.J. (2019). Can reciprocated parent-child eye gaze and emotional engagement enhance treatment for children with conduct problems and callous-unemotional traits: a proof-of-concept trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(6): 676-685. doi: 10.1111/jcpp.13023
- Dadds M.R., Hawes D.J. (2006). *Integrative family intervention for child conduct disorders*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Dadds M.R., Allen J.L., McGregor K., Woolgar M., Viding E., Scott S. (2013). Callous-unemotional traits in children and mechanisms of impaired eye contact during expressions of love: A treatment target? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 55: 771-780. doi: 10.1111/jcpp.12155
- Dadds M.R., Allen J.L., McGregor K., Woolgar M., Viding E., Scott S. (2013). Callous-unemotional traits in children and mechanisms of impaired eye contact during expressions of love: A treatment target? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 55: 771-780. doi: 10.1111/jcpp.12155
- Dadds M.R., El Masry Y., Wimalaweera S., Guastella A.J. (2008). Reduced eye gaze explains “fear blindness” in childhood psychopathic traits. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47: 455-463. doi: 10.1097/CHI.0b013e31816407f1
- Dishion T.J., Patterson G.R. (2006). The development and ecology of antisocial behavior. In: Cicchetti D., Cohen D. (eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation* (rev.), Hoboken, NJ: Wiley, pp. 503-541.
- Downing G.T., Bürgin D., Reck C., Ziegenhain U. (2008). Interfaces between intersubjectivity and attachment: Three perspectives on a mother-infant inpatient case. *Infant Mental Health Journal*, 29, 3: 278-295. doi: 10.1002/imhj.20177
- Drugli M.B., Larsson B., Fossum S., Mørch W.T. (2010). Five-to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(5): 559-566. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02178.x
- Dunning D.L., Griffiths K., Kuyken W., Crane C., Foulkes L., Parker J., Dalgleish T. (2019). Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents – A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(3): 244-258. doi: 10.1111/jcpp.12980
- Evans S., Ling M., Hill B., Rinehart N., Austin D., Sciberras E. (2018). Systematic review of meditation-based interventions for children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1): 9-27. doi: 10.1007/s00787-017-1008-9
- Eyberg S.M., Nelson M.M., Boggs S.R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37: 215-237. doi: 10.1080/15374410701820117
- Forehand R., Lafko N., Parent J., Burt K.B. (2014). Is parenting the mediator of change in behavioral parent training for externalizing problems of youth? *Clinical Psychology Review*, 34: 608-619. doi: 10.1016/j.cpr.2014.10.001
- Forgatch M.S., Domenech Rodriguez M.M. (2016). Interrupting coercion: The

- iterative loops among theory, science, and practice. In: Dishion T.J., Snyder J.J. (eds.), *Oxford handbook of coercive relationship dynamics*. New York: Oxford University Press, pp. 194-214.
- Forgatch M.S., Patterson G.R. (2010). Parent Management Training – Oregon Model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. In: Weisz J.R., Kazdin A.E. (eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.), New York: Guilford, pp. 159-178.
- Frick P.J., Ellis M. (1999). Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(3): 149-168. doi: 10.1023/A:1021803005547
- Garber J., Weersing V.R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17: 293-306. doi: 10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x
- Hawes D.J., Price M.J., Dadds M.R. (2014). Callous-unemotional traits and the treatment of conduct problems in childhood and adolescence: A comprehensive review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17: 248-267. doi: 10.1007/s10567-014-0167-1
- Hoath F.E., Sanders M.R. (2002). A feasibility study of Enhanced Group Triple P – Positive parenting program for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour Change*, 19(4): 191-206. doi: 10.1375/bech.19.4.191
- Hofer M.A. (1994). Early relationships as regulators of infant physiology and behavior. *Acta Paediatrica*, 83: 9-18. doi: 10.1111/j.1651-2227.1994.tb13260.x
- Juffer F., Bakermans-Kranenburg M.J., van IJzendoorn M. (2008), *Promoting positive parenting: An attachment based intervention*. New York: Psychology Press.
- Kabat-Zinn J. (2013). *Vivere momento per momento, come usare la saggezza del corpo e della mente per sconfiggere lo stress, il dolore, l'ansia e la malattia* (trad. it. [a cura di A.S. Sabbadini]: Milano: Corbaccio).
- Kabat-Zinn M., Kabat-Zinn J. (1997). *Everyday blessings: The inner work of mindful parenting*. New York: Hyperion.
- Kaminski J.W., Valle L.A., Filene J.H., Boyle C.L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4): 567-589. doi: 10.1007/s10802-007-9201-9
- Kazdin A.E. (1997). Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10): 1349-1356. doi: 10.1097/00004583-199710000-00016
- Kendall P., Hedtke K. (2006). *Coping cat workbook* (3rd ed.). Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kochanska G., Koenig J.L., Barry R.A., Kim S., Yoon J.E. (2010). Children's conscience during toddler and preschool years, moral self, and a competent, adaptive developmental trajectory. *Developmental Psychology*, 46(5): 1320. doi: 10.1037/a0020381
- Krueger R.F., Markon K.E. (2011). A dimensional-spectrum model of psychopathology: Progress and opportunities. *Archives of General Psychiatry*, 68: 10-11. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.188

- Krueger R.F., Markon K.E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10: 477-501. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732
- Krueger R.F., Chentsova-Dutton Y.E., Markon K.E., Goldberg D., Ormel J. (2003). A cross-cultural study of the structure of comorbidity among common psychopathological syndromes in the general health care setting. *Journal of Abnormal Psychology*, 112: 437. doi: 10.1037/0021-843x.112.3.437
- Larsson B., Fossum S., Clifford G., Drugli M.B., Handegard B.H., Mørch W.T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled replication trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18: 42-52. doi: 10.1007/s00787-008-0702-z
- Lebowitz E.R., Marin C., Martino A., Shimshoni Y., Silverman W.K. (2020). Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: A randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(3): 362-372. doi: 10.1016/j.jaac.2019.02.014
- Lebowitz E.R., Omer H., Hermes H., Scahill L. (2014). Parent training for childhood anxiety disorders: the SPACE program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(4): 456-469. doi: 10.1016/j.cbpra.2013.10.004
- Lindsey E.W., Cremeens P.R., Caldera Y.M. (2010). Mother-child and father-child mutuality in two contexts: Consequences for young children's peer relationships. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 19(2): 142-160. doi: 10.1002/icd.645
- Lukens E.P., McFarlane W.R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4: 205-225. doi: 10.1093/brief-treatment/mhh019
- Lundahl B., Risser H.J., Lovejoy M.C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26(1): 86-104. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.004
- Martinez J.I., Lau A.S., Chorpita B.F., Weisz J.R., Research Network on Youth Mental Health (2017). Psychoeducation as a mediator of treatment approach on parent engagement in child psychotherapy for disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(4): 573-587. doi: 10.1080/15374416.2015.1038826
- McConachie H., Diggle T. (2007). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(1): 120-129. doi: 10.1111/j.1365-2753.2006.00674.x
- Morris A.S., Silk J.S., Steinberg L., Myers S.S., Robinson L.R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16: 361-388. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). *Parent-training/educa-*

- tion programmes in the management of children with conduct disorders*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Technology Appraisal Guidance 102.
- National Research Council and Institute of Medicine (2009, March 12). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Nock M.K., Kazdin A.E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73: 872-879. doi: 10.1037/0022-006X.73.5.872
- Norman K.R., Silverman W.K., Lebowitz E.R. (2015). Family accommodation of child and adolescent anxiety: mechanisms, assessment, and treatment. *Journal of Child Adolescent Psychiatric Nursing*, 28: 131-140. doi: 10.1111/jcap.12116
- Ogders C.L., Moffitt T.E., Broadbent J.M., Dickson N., Hancox R.J., Harrington H., Poulton R., Sears M.R., Thomson W.M., Caspi A. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 20: 673-716. doi: 10.1017/S0954579408000333
- Reuman L., Abramowitz J.S. (2018). Predictors of accommodation among families affected by fear-based disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 49: 53-62. doi: 10.1007/s10578-017-0728-x
- Reynolds S., Wilson C., Austin J., Hooper L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32(4): 251-262. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.005
- Schleider J.L., Weisz J.R. (2017). Family process and youth internalizing problems: A triadic model of etiology and intervention. *Development and Psychopathology*, 29(1): 273-301. doi: 10.1017/S095457941600016X
- Schleider J.L., Krause E.D., Gillham J.E. (2014). Sequential comorbidity of anxiety and depression in youth: Present knowledge and future directions. *Current Psychiatry Reviews*, 10: 75-87. doi: 10.2174/1573400509666131217010652
- Scott S., Sylva K., Doolan M., Price J., Jacobs B., Crook C., Landau S. (2010). Randomised controlled trial of parent groups for child antisocial behaviour targeting multiple risk factors: the SPOKES project. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(1): 48-57. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02127.x
- Smith T.W., Kendall P.C., Keefe F.J. (2002). Behavioral medicine and clinical health psychology: Introduction to the special issue, a view from the decade of behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3): 459. doi: 10.1037/0022-006X.70.3.459
- Sturge-Apple M.L., Davies P.T., Cummings E.M. (2006). Impact of hostility and withdrawal in interparental conflict on parental emotional unavailability and children's adjustment difficulties. *Child Development*, 77: 1623-1641. doi: 10.1111/j.1467-8624.2006.00963.x
- Sylvester C.M., Hudziak J.J., Gaffrey M.S., Barch D.M., Luby J.L. (2016). Stimulus-driven attention, threat bias, and sad bias in youth with a history of an anxiety disorder or depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(2): 219-231. doi: 10.1007/s10802-015-9988-8

Carlo Buonanno, Pietro Muratori

- Thomas R., Zimmer-Gembeck M.J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P – Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(3): 475-495. doi: 10.1007/s10802-007-9104-9
- Townshend K., Jordan Z., Stephenson M., Tsey K. (2016). The effectiveness of mindful parenting programs in promoting parents' and children's wellbeing: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(3): 139-180. doi: 10.11124/jbisrir-2016-2314
- Webster-Stratton C. (2001). *The Incredible Years: Parents and children videotape series: A parenting course (BASIC)*. Seattle, WA: Incredible Years.
- Webster-Stratton C. (2002). *The Incredible Years: Parents and children videotape series: A parenting course (ADVANCE)*. Seattle, WA: Incredible Years.
- Weersing V.R., Rozenman M.S., Maher-Bridge M., Campo J.V. (2012). Anxiety, depression, and somatic distress: Developing a transdiagnostic internalizing toolbox for pediatric practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19: 68-82. doi: 10.1016/j.cbpra.2011.06.002
- Weisz J.R., Kazdin A.E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, New York: Guilford.
- Weisz J.R., Moore P.S., Southam-Gerow M.A., Weersing V.R., Valeri S.M., McCarty C.A. (2005). *Therapist's manual PASCET: Primary and Secondary Control Enhancement Training Program (3rd ed.)*. Los Angeles: University of California Press.
- Wright N., Hill J., Sharp H., Pickles A. (2018). Maternal sensitivity to distress, attachment and the development of callous-unemotional traits in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(7): 790-800. doi: 10.1111/jcpp.1286