

Collana diretta da Paolo Moderato

I disturbi emotivi negli adolescenti: oltre la diagnosi

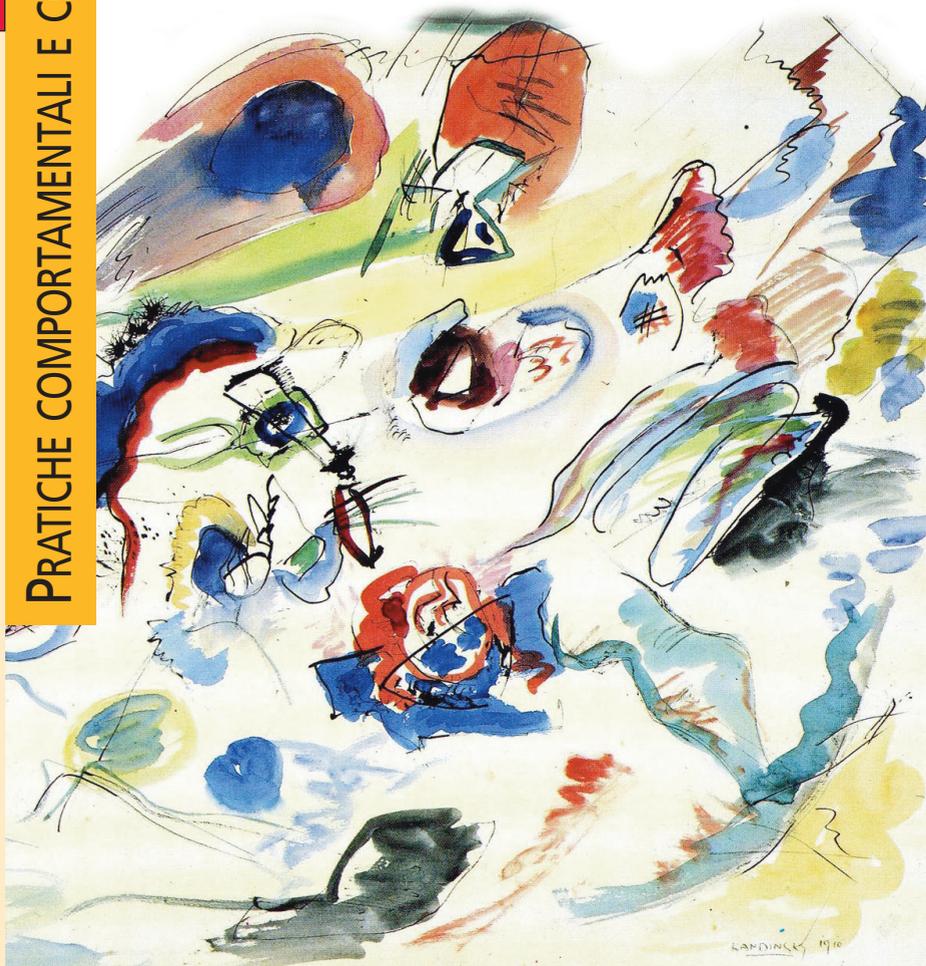
La guida del terapeuta
al Protocollo Unificato

di Jill Ehrenreich-May, Sarah M. Kennedy,
Jamie A. Sherman, Emily L. Bilek, Brian A. Buzzella,
Shannon M. Bennett, David H. Barlow

*Edizione italiana a cura di
Carlotta Bertini e Giulia Mori*

PRATICHE COMPORTAMENTALI E COGNITIVE

FrancoAngeli



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

PRATICHE COMPORTAMENTALI E COGNITIVE

Direzione: Paolo Moderato

Comitato Scientifico:

Roberto Anchisi (*Università degli Studi di Parma*),
Maurizio Cardaci (*Università degli Studi di Palermo*),

Roberto Cavagnola (*ANFFAS di Brescia*),

Rosalba Larcán (*Università degli Studi di Messina*),

Fabio Celi (*Università degli Studi di Parma*),

Giovambattista Presti (*Libera Università di Lingue e Comunicazione – IULM*),

Vincenzo Russo (*Libera Università di Lingue e Comunicazione – IULM*),

Gabriella Pravettoni (*Università degli Studi di Milano*),

Francesco Rovetto (*Università degli Studi di Pavia*).

La necessità e la richiesta sempre maggiore di psicoterapie brevi basate su evidenze (EBI) ha contribuito alla crescente diffusione delle terapie cognitive comportamentali (CBT). Tali terapie sono presenti nel mondo scientifico e professionale da 50 anni e hanno conosciuto importanti evoluzioni, pur mantenendo il forte radicamento nella visione scientifica della terapia.

La Collana si propone di presentare un panorama di queste buone “pratiche”, prima di tutto in ambito clinico; ma non solo in quello, data la versatilità dimostrata dal modello cognitivo comportamentale anche in ambito evolutivo, organizzativo e nella prevenzione.

Stanti con date, i volumi della Collana si rivolgono principalmente ai professionisti del settore, ma si ritengono utili anche a studenti in formazione e specializzandi.

Tutti i volumi della Collana vengono sottoposti a referaggio tra pari.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

I disturbi emotivi negli adolescenti: oltre la diagnosi

La guida del terapeuta
al Protocollo Unificato

di Jill Ehrenreich-May, Sarah M. Kennedy,
Jamie A. Sherman, Emily L. Bilek, Brian A. Buzzella,
Shannon M. Bennett, David H. Barlow

Edizione italiana a cura di
Carlotta Bertini e Giulia Mori

FrancoAngeli

PRATICHE COMPORTAMENTALI
E COGNITIVE

*Unified Protocols for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders
in Children and Adolescents: Therapist Guide. First Edition*
by Jill Ehrenreich-May, Sarah M. Kennedy, Jamie A. Sherman, Emily L. Bilek,
Brian A. Buzzella, Shannon M. Bennett, David H. Barlow

Copyright © 2018 by Oxford University Press

All rights reserved

*Unified Protocols for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children and
Adolescents: Therapist Guide. First edition* was originally published in English in 2018.

This translation is published by arrangement with Oxford University Press.

FrancoAngeli is solely responsible for this translation from the original work
and Oxford University Press shall have no liability for any errors, omissions or inaccuracies
or ambiguities in such translation or for any losses caused by reliance thereon

Traduzione italiana a cura di Veronica Cavalletti

Traduzione realizzata con il contributo scientifico di Tages Onlus

In copertina: Vasilij Kandinskij, *Primo acquerello astratto*, 1910, Centre Pompidou, Parigi

Isbn: 9788835156949

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel
momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso
dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.*

Indice

Prefazione. Un protocollo per i tratti internalizzanti e i disturbi emotivi negli adolescenti, di <i>Simone Cheli</i>	pag.	7
Ringraziamenti	»	11
Introduzione	»	13
1. Modulo di base 1: Sviluppare e mantenere la motivazione	»	31
2. Modulo 2: Conoscere le tue emozioni e i tuoi comportamenti	»	64
3. Modulo 3: Introduzione agli esperimenti comportamentali incentrati sulle emozioni	»	86
4. Modulo 4: La consapevolezza delle sensazioni fisiche	»	103
5. Modulo 5: La flessibilità di pensiero	»	114
6. Modulo 6: La consapevolezza delle esperienze emotive	»	137
7. Modulo 7: Esposizioni situazionali alle emozioni	»	154
8. Modulo 8: Andare avanti. Mantenere i risultati raggiunti	»	172
9. Modulo-P: Essere genitori di un adolescente emotivo	»	182
10. Varianti della terapia e altri adattamenti per l'UP-A in gruppo	»	207
Bibliografia	»	217
Note sugli autori	»	221

Prefazione. Un protocollo per i tratti internalizzanti e i disturbi emotivi negli adolescenti

di *Simone Cheli**

L'adolescenza rappresenta una sorta di paradosso nell'ambito della psicoterapia e della salute mentale in genere. Da un lato tutta la moderna psicopatologia individua nell'adolescenza una fase centrale nella manifestazione delle traiettorie e dei tratti alla base della concettualizzazione della sofferenza umana (Dalsgaard *et al.*, 2020; Cicchetti, 2016). I modelli evolutivi che ne emergono suggeriscono una complessa interazione tra temperamento, storia di vita, tratti e stressor ambientali che portano tanto ad uno sviluppo adattivo della personalità quanto all'emergere dei diversi disturbi (McAdamans, Shiner e Tackett, 2019). Dall'altro lato le meta-analisi mostrano una limitatissima efficacia dei protocolli disponibili: pochissimi sono gli studi che testano in maniera approfondita la sicurezza e l'efficacia a lungo termine delle terapie farmacologiche (Solmi *et al.*, 2020), mentre gli interventi psicosociali hanno spesso un'utilità clinica assai parziale al punto da suggerire, in alcuni casi, un monitoraggio piuttosto che un trattamento attivo (Roest *et al.*, 2022).

Quando poi il clinico sceglie di occuparsi dei disturbi e dei tratti riferibili allo spettro internalizzante si trova a fronteggiare lo stesso problema presente nell'età adulta. Ovvero si trova di fronte a un panorama scientifico che sembra primariamente focalizzato sui disturbi esternalizzanti. Per quanto i dati non sembrano indicare uno spettro che sia più o meno rilevante, più o meno a rischio di sofferenza emotiva (Cheli *et al.*, 2022; Danielson *et al.*, 2021).

Se poi andiamo ad indagare quali siano gli interventi psicosociali disponibili per quali problematiche, emerge una disparità spesso ravvisabile

* Adjunct Professor presso la St. John's University (Roma), Fondatore e Presidente di Tages Onlus (Firenze), Membro dell'Advisory Board della Collana Treatment that Works, Oxford University Press.

anche negli studi sugli adulti. L'attenzione è quasi sempre rivolta ai disturbi esternalizzanti, per quanto questi ultimi in termini di prevalenza e severità non siano da considerarsi prioritari nelle politiche sanitarie rispetto a quelli internalizzanti (Danielson *et al.*, 2021). Dunque se un clinico vuole aiutare un bambino o un adolescente che si confronta con uno dei molti disturbi emotivi (es. ansia, depressione, ecc.) manifestando una tendenza ad un funzionamento internalizzante, avrà pochi protocolli su cui basarsi. E molti di questi protocolli saranno supportati da ben poche evidenze scientifiche.

Il manuale (nonché il workbook) che qui viene presentato per la prima volta in lingua italiana vuole cercare di offrire uno strumento utile al trattamento dei disturbi emotivi negli adolescenti. Per quanto di recente sviluppo il protocollo si basa su delle prime incoraggianti evidenze scientifiche (Ehrenreich-May *et al.*, 2016; Kennedy *et al.*, 2019) e su un modello di concettualizzazione e trattamento che negli adulti è considerato un riferimento nell'ambito dello spettro internalizzante o del nevroticismo (Barlow *et al.*, 2021). David Barlow ha infatti sviluppato un protocollo cognitivo-comportamentale (*Unified Protocol*) che integra tutte le più recenti conoscenze sui meccanismi di funzionamento (es. evitamento) e le strategie di cambiamento (es. esposizione) che sono efficaci nella concettualizzazione e nel trattamento delle manifestazioni cliniche del nevroticismo (Sauer-Zavala e Barlow, 2023). Il vantaggio di questo approccio clinico è quello di offrire una prospettiva transdiagnostica e dimensionale, in cui si lavora su meccanismi comuni a tutti i disturbi emotivi piuttosto che sulla singola categoria diagnostica. Se tale prospettiva è risultata efficace negli adulti (Carlucci *et al.*, 2021), è sensato ipotizzare che si possano raccogliere solide evidenze anche in ambito evolutivo. La prospettiva dimensionale è infatti quanto mai utile nel concettualizzare le traiettorie neuroevolutive riferibili ad un macro-spettro come quello internalizzante e nello sviluppare degli interventi che si spera possa offrire degli strumenti utilizzabili anche in età adulta (Cicchetti, 2016).

Infine, è a mio avviso importante sottolineare l'approccio integrativo e pragmatico che il gruppo formatosi attorno a David Barlow ha utilizzato nello sviluppare lo *Unified Protocol* e tutte le sue declinazioni, inclusa quella per l'età evolutiva. Innanzitutto, il trattamento vuole declinare la cornice cognitivo-comportamentale in un'ottica dimensionale, senza stravolgerne le fondamenta. Questo ha permesso agli autori di inserire anche tutti quei nuovi sviluppi (es. mindfulness) che caratterizzano la Terza Ondata. Secondariamente, la struttura si presenta come flessibile e sartorializzabile (es. numero di sedute totali o per modulo) sulle esigenze e sulle caratteristiche specifiche del paziente. Questi due aspetti permettono al clinico di bilanciarsi tra rigore scientifico e sostenibilità pratica, senza perdersi in

infinite ridefinizioni degli stessi costrutti o in prese di posizione rigide ben lontane dal lavoro quotidiano.

Bibliografia

- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., Murray-Latin, H., Bullis, H. R., Ellard, K. K., Bentley, K. H., Boettcher, H. T. e Cassiello-Robbins, C. (2021). *Il protocollo unificato per il trattamento transdiagnostico dei disturbi emotivi (Edizione Italiana a cura di V. Cavalletti)*. FrancoAngeli.
- Carlucci, L., Saggino, A. e Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 87, 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Cheli, S., Mori, G. e Cavalletti, V. (2022). Lo spettro internalizzante in adolescenza: la prospettiva della compassione e della metacognizione. In R. Capo, K. Aringolo e I. Mammone (Eds.), *Nuovi argomenti di psicoterapia cognitivo-comportamentale in età evolutiva* (pp. 506–519). FrancoAngeli.
- Cicchetti, D. (Ed.) (2016). *Neurodevelopmental psychopathology. Third edition*. John Wiley & Sons.
- Dalsgaard, S., Thorsteinsson, E., Trabjerg, B. B., Schullehner, J., Plana-Ripoll, O., Brikell, I., Wimberley, T., Thygesen, M., Madsen, K. B., Timmerman, A., Schendel, D., McGrath, J. J., Mortensen, P. B. e Pedersen, C. B. (2020). Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA psychiatry*, 77(2), 155–164. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3523>
- Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Charania, S. N., Claussen, A. H., McKeown, R. E., Cuffe, S. P., Owens, J. S., Evans, S. W., Kubicek, L. e Flory, K. (2021). Community-Based Prevalence of Externalizing and Internalizing Disorders among School-Aged Children and Adolescents in Four Geographically Dispersed School Districts in the United States. *Child psychiatry and human development*, 52(3), 500–514. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01027-z>
- Ehrenreich-May, J., Rosenfield, D., Queen, A. H., Kennedy, S. M., Remmes, C. S., & Barlow, D. H. (2017). An initial waitlist-controlled trial of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents. *Journal of anxiety disorders*, 46, 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.006>
- Kennedy, S. M., Bilek, E. L. e Ehrenreich-May, J. (2019). A Randomized Controlled Pilot Trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children. *Behavior modification*, 43(3), 330–360. <https://doi.org/10.1177/0145445517753940>
- McAdams, D. P., Shiner, R. L. e Tackett, J. L. (Eds.) (2019). *Handbook of personality development*. The Guilford Press.
- Roest, A. M., de Vries, Y. A., Wienen, A. W. e de Jonge, P. (2023). Editorial Perspective: Are treatments for childhood mental disorders helpful in the

long run? An overview of systematic reviews. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 64(3), 464–469. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13677>

Sauer-Zavala, S. e Barlow, D.H. (2023). *Nevroticismo (Edizione italiana a cura di S. Cheli)*. Giovanni Fioriti Editore.

Solmi, M., Fornaro, M., Ostinelli, E. G., Zangani, C., Croatto, G., Monaco, F., Krinitski, D., Fusar-Poli, P. e Correll, C. U. (2020). Safety of 80 antidepressants, antipsychotics, anti-attention-deficit/hyperactivity medications and mood stabilizers in children and adolescents with psychiatric disorders: a large scale systematic meta-review of 78 adverse effects. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(2), 214–232. <https://doi.org/10.1002/wps.20765>

Ringraziamenti

L'UP-C e l'UP-A¹ sono frutto di una collaborazione. La loro genesi risiede nel supporto di David H. Barlow, Ph.D. e dei colleghi del Center for Anxiety and Related Disorders dell'Università di Boston, in particolare la *mentorship* ricevuta attraverso un iniziale premio finanziato ricevuto dal National Institute of Mental Health all'autore (K23 MH073946) che ha aperto la strada al primo sviluppo e alla valutazione dell'UP-A. Nel tempo, il supporto, la creatività e l'input di numerosi laureati e dello staff sia dell'Università di Boston che del Child and Adolescent Mood and Anxiety Treatment Program dell'Università di Miami hanno ulteriormente plasmato e definito l'UP-C e l'UP-A. Stefania Pinto ha dato un contributo particolarmente degno di nota a questi volumi creando tutte le illustrazioni e molte delle schede, i fogli di lavoro e gli opuscoli disponibili in ogni parte dell'UP-C e dell'UP-A. Monica Nanda, Ph.D. ha fornito un contributo scritto rilevante per il modulo 6 dell'UP-A. Julie Lesser, M.D. ha anche gentilmente contribuito a una concettualizzazione della struttura "Doppio prima/durante/dopo" che è stata adattata e incorporata in questa stesura per i genitori di giovani nel trattamento con l'UP-C o l'UP-A.

È importante notare che molte delle idee che hanno aiutato a formare l'UP-C e l'UP-A sono frutto del fatto che noi stessi siamo appassionati studenti di psicoterapia infantile e delle idee che sono germogliate dall'osservazione del grande lavoro dei colleghi che operano in ambiti di intervento simili o correlati nel corso degli anni e dall'ascolto del loro feedback

1. Nella traduzione italiana, secondo una prassi comune nella letteratura scientifica (es. Dialectical Behavior Therapy – DBT) si è mantenuto il nome e l'acronimo nel formato inglese originale. Pertanto qui ci si riferisce a *Unified Protocol for Children, UP-C* (Protocollo Unificato per i Bambini) e a *Unified Protocol for Adolescents, UP-A* (Protocollo Unificato per gli Adolescenti).

critico al nostro approccio. In generale, gli studenti e colleghi che hanno contribuito a questi volumi è vasta, con un numero specifico di persone che hanno dato il loro apporto troppo lungo da elencare. I contributi di ciascuno di questi studenti e colleghi sono vivamente riconosciuti.

Introduzione

Il protocollo proposto in questo volume potrebbe essere diverso da altri che hai precedentemente usato con giovani che manifestavano ansia, disturbi ossessivo-compulsivi, depressivi e/o correlati allo stress. In ogni caso, esistono delle somiglianze tra questo protocollo e altri materiali di formazione clinica che potresti aver adoperato in passato:

- l'UP-A **include** strategie terapeutiche *evidence-based* per aiutarti ad assistere i clienti adolescenti a funzionare meglio nella loro vita;
- l'UP-A **include** specifiche linee guida per l'erogazione del trattamento;
- l'UP-A **contiene** informazioni su come coinvolgere i genitori nel trattamento e presentare strategie a loro dirette per aiutare a promuovere un utilizzo a lungo termine delle abilità terapeutiche rivolte ai giovani.

Inoltre, in modo simile a *Il protocollo unificato per il trattamento transdiagnostico dei disturbi emotivi. Guida per il terapeuta* (FrancoAngeli, 2021) di Barlow *et al.*, è unico per il fatto che le abilità terapeutiche *evidence-based* presentate possono essere applicate da te, il terapeuta, ad adolescenti con un'ampia gamma di disturbi emotivi. Infatti, questa guida per il terapeuta dell'UP-A e i materiali integrativi presentati nel quaderno di lavoro correlato (*Come aiutare i propri figli adolescenti con disturbi emotivi. Un quaderno di lavoro con l'UP-A*, FrancoAngeli, 2023) in realtà **non si concentrano su nessun disturbo emotivo specifico**, ma presentano piuttosto strategie d'intervento *evidence-based*, usando ogniqualvolta sia possibile un linguaggio generale incentrato sull'emozione, e utilizzano esempi che fanno riferimento a esperienze di paura, preoccupazione, tristezza e rabbia. In altre parole, questa *Guida per il terapeuta* assume un approccio *transdiagnostico* verso il trattamento dei disturbi emotivi. Tra i disturbi che si potrebbero affrontare con l'UP-A sono inclusi – senza

limitarsi a questi – disturbi di ansia (per esempio, disturbo di ansia generalizzata, disturbo di ansia sociale, disturbo di ansia da separazione, fobie specifiche, disturbo di panico, disturbo di ansia da malattia, agorafobia) e disturbi depressivi (per esempio, disturbo depressivo persistente, disturbo depressivo maggiore). In ogni caso, questo trattamento è anche abbastanza flessibile per essere usato con alcuni disturbi correlati a trauma e stress (inclusi disturbi dell’adattamento), disturbi da sintomi somatici, disturbo da tic, e disturbo ossessivo-compulsivo. In realtà, la presentazione transdiagnostica delle tecniche d’intervento *evidence-based* all’interno di questi trattamenti potrebbe essere particolarmente utile con adolescenti che presentino plurimi disturbi emotivi o sintomi misti/subclinici di vari disturbi emotivi. In generale, questo manuale è pensato per essere usato con qualsiasi adolescente la cui principale area di preoccupazione – come identificata da te e dalla famiglia – sia un disturbo emotivo e per cui ridurre la frequenza e l’intensità dei comportamenti emotivi problematici sia l’obiettivo primario del trattamento.

Applicazioni dei *Protocolli Unificati*

Abbiamo scoperto tramite la ricerca sui *Protocolli Unificati* per gli adulti, gli adolescenti e i bambini/e che un approccio transdiagnostico al trattamento dei disturbi emotivi potrebbe essere utile anche con clienti che hanno problemi con altri tipi di disturbi, in cui predomina l’esperienza frequente e intensa di certe emozioni, e anche una difficoltà a regolare in modo efficace queste emozioni. Si includono sintomi di disturbi dell’alimentazione; autolesionismo non suicidario; difficoltà nella regolazione dell’umore o alcune manifestazioni di disturbo bipolare; e alcuni problemi di comportamento disturbante, come disturbo oppositivo provocatorio, quando co-occorrono insieme ad altri disturbi emotivi. In ogni caso, idealmente si tentano queste applicazioni quando si ha familiarità o esperienza nell’uso dei *Protocolli Unificati*, poiché sono ancora oggetto di studio e/o potrebbero comportare l’integrazione delle abilità dell’UP-C e dell’UP-A con altri approcci terapeutici *evidence-based*. Pertanto, i lettori interessati alle applicazioni avanzate dell’UP potrebbero anche voler esaminare una pubblicazione sull’uso dell’UP per adulti con una varietà di popolazioni cliniche (Farchione e Barlow, 2017).

Materiali contenuti in questa introduzione

Nel resto di questa introduzione, si troverà una panoramica sui fondamenti logici per l'uso dell'UP-A, insieme a un riepilogo dell'attuale base di evidenza per i *Protocolli Unificati*. Nelle sezioni conclusive dell'introduzione, forniamo inoltre un quadro d'insieme solo dell'UP-A e una breve guida per erogare questo trattamento. Alla fine di ogni capitolo dell'UP-A vengono forniti degli opuscoli per i genitori che riassumono il contenuto del capitolo per facilitare la comunicazione tra i clienti adolescenti e i loro genitori in merito al contenuto della sessione.

L'ultimo capitolo contiene delle linee guida per adattare e applicare questi trattamenti in formati diversi e per adolescenti con vari profili sintomatici di disturbi emotivi, che comprendono ossessivo-compulsivo, tic e preoccupazioni correlate a trauma/stress. Insieme, speriamo che questi materiali aiutino a pensare in modo flessibile all'erogazione di questi trattamenti ad adolescenti che presentino sintomi differenti.

Il fondamento logico dell'UP-A per i clienti adolescenti

Il Protocollo Unificato fornisce uno strumento per affrontare le caratteristiche comuni ai disturbi emotivi

Una ragione per applicare un approccio unificato o transdiagnostico con i clienti adolescenti è che le tecniche che questo approccio mette insieme sono indirizzate alle principali disfunzioni che potrebbero essere alla base dei disturbi emotivi (Marchette e Weisz, 2017). Ansia e disturbi depressivi, in particolare, condividono comuni fattori genetici, neurobiologici e di rischio ambientale (Boomsma, Van Beijsterveldt e Hudziak, 2005; Eley *et al.*, 2003; Middeldorp, Cath, Van Dyck e Boomsma, 2005; Wilamowska *et al.*, 2010).

Barlow e colleghi (2014b) hanno affermato che la ragione di questa alta co-occorrenza tra disturbi emotivi è che tali disturbi condividono una disfunzione di base conosciuta come *nevroticismo*. Il nevroticismo è considerato uno stile di temperamento, o un pattern di approccio al mondo relativamente stabile presente sin dalla giovane età (Barlow, Ellard, Sauer-Zavala, Bullis e Carl, 2014; Barlow e Kennedy, 2016). Bambini, adolescenti e adulti con alti livelli di nevroticismo spesso manifestano *alti livelli di affetto negativo*, per cui provano forti emozioni come paura, ansia, tristezza, e/o rabbia più frequentemente di quanto facciano gli altri. In risposta a queste emozioni forti o intense, gli individui con alti livelli di nevroticismo

diventano *stressati, ansiosi e inquieti*. Per quanto un bambino possa non esprimere necessariamente questa sofferenza, le sue azioni o il modo in cui esprime le emozioni potrebbero comunicare che tali esperienze emotive sono molto difficili per lui da sopportare. Per alleviare questa sofferenza, gli individui solitamente *agiscono per sopprimere, evitare, scappare, cercare una distrazione o altrimenti controllare queste sensazioni spiacevoli*. Questi comportamenti sono negativamente rinforzati nel tempo perché quando gli individui evitano o scappano dalle forti emozioni e dalle situazioni che le provocano, il disagio se ne va! Sfortunatamente, sul lungo termine, adottare questo tipo di strategie di evitamento per alleviare la sofferenza impedisce all'individuo di apprendere modalità più utili ed efficaci per affrontare queste forti emozioni. Adolescenti con alti livelli di nevroticismo potrebbero mostrare questo pattern di comportamento per una molteplicità di *trigger* nei loro ambienti e una gamma di stati emotivi, esponendoli al rischio di uno qualsiasi di diversi disturbi emotivi.

Quando si sta valutando se il cliente adolescente sia adatto al Protocollo Unificato, lo scopo generale qui non deve essere quello di eliminare le emozioni forti o intense! Quello non solo è un obiettivo impossibile, ma fraintende lo scopo che ci poniamo nel Protocollo Unificato. L'obiettivo dell'UP-A è, in realtà, di permettere ai giovani di provare emozioni forti o intense con minore sofferenza e un migliore uso di azioni più utili e meno evitanti per gestire tali esperienze.

Il Protocollo Unificato affronta abitudini e comportamenti genitoriali associati a più disturbi emotivi

In aggiunta a fattori di rischio e di vulnerabilità per i disturbi emotivi specifici dei giovani, i genitori di ragazzi con disturbi emotivi potrebbero cadere in schemi di comportamento o di risposta che, nel corso del tempo, rinforzano involontariamente l'esperienza intensa di forti emozioni dei giovani e l'uso di strategie di *coping* inefficaci (Ginsburg, Siqueland, Masia-Warner e Hedtke, 2004; Drake e Ginsburg, 2012). Nello specifico, i genitori con vari sintomi di un disturbo emotivo potrebbero avere difficoltà a gestire in modo efficace la sofferenza emotiva, potrebbero diventare impazienti o critici quando l'adolescente ha problemi con forti emozioni e adottare modalità che non sono di aiuto o sono inefficaci per gestire la *propria* sofferenza davanti al figlio/a. Pertanto, i *comportamenti genitoriali emotivi* di base (per esempio, critiche, ipercontrollo/iperprotezione, modellamento dell'evitamento e incoerenza) che di solito esacerbano o mantengono i sintomi del disturbo emotivo sono anche il target dell'UP-A. In ogni caso, è importante tenere a mente che questi trattamenti sono principalmente foca-

lizzati sull'adolescente e potrebbe essere necessario discutere la possibilità di indirizzare il genitore a un trattamento individuale se la psicopatologia del genitore dovesse interferire con il raggiungimento degli obiettivi terapeutici dell'adolescente.

Il Protocollo Unificato mette insieme in un unico trattamento i principi del cambiamento *evidence-based*

Poiché i problemi o disturbi emotivi hanno così tanto in comune, potrebbero rispondere a simili strategie d'intervento come quelle fornite nel Protocollo Unificato. In verità, molti manuali di terapia cognitivo-comportamentale (TCC) per i disturbi emotivi nei giovani condividono un insieme comune di componenti terapeutiche, che comprendono l'educazione alle emozioni, tecniche di ristrutturazione cognitiva e strategie di cambiamento comportamentale. Una differenza tra questi manuali e il Protocollo Unificato è che la maggior parte dei manuali di TCC esistenti descrivono l'applicazione di abilità del genere a un'area problematica specifica, come depressione, ansia o disturbo ossessivo-compulsivo, ai disturbi emotivi più in generale. Il Protocollo Unificato applica la TCC e altre tecniche terapeutiche *evidence-based*, come abilità di consapevolezza e mindfulness, in un modo flessibile che permette al terapeuta di personalizzare e adattare le strategie a quasi ogni emozione e tipo di problemi che un giovane stia attualmente sperimentando. Di fatto, ogni modulo dell'UP-A è esplicitamente ideato per affrontare i meccanismi di mantenimento dei disturbi emotivi sopra descritti (per esempio, ridurre la sofferenza o le reazioni evitanti a un'emozione intensa). Un altro aspetto unico e specifico dell'UP per adulti e dell'UP-A (come descritto di seguito) è la loro struttura di presentazione per moduli, che dà l'opzione di erogare il trattamento nel suo complesso o velocizzarlo per personalizzare ulteriormente l'intervento.

La base di evidenza per un approccio unificato e transdiagnostico al trattamento dei disturbi emotivi

L'evidenza a supporto dell'UP per adulti

L'UP per adulti (Barlow *et al.*, 2011, tr. it. 2021) è un trattamento che funziona per adulti con ansia e disturbi emotivi co-occorrenti. Il supporto all'efficacia dell'UP si può osservare all'interno di esperimenti di controllo randomizzati (RCTs), a fianco di molti studi secondari. In un iniziale RCT

dell'UP, i ricercatori hanno riscontrato un'ampia misura di effetto per la riduzione della gravità dei disturbi emotivi sia primari sia co-occorrenti dopo il trattamento (Farchione *et al.*, 2012). In aggiunta ai miglioramenti riportati immediatamente dopo il trattamento, gli adulti che si erano sottoposti al trattamento con l'UP in genere mantenevano i risultati raggiunti nel trattamento al momento del follow-up dopo sei mesi (Bullis *et al.*, 2014). Un esperimento clinico sull'UP di cinque anni, finanziato a livello federale, suggerisce che questo approccio potrebbe essere similmente efficace se comparato ai risultati derivati da trattamenti *evidence-based* indirizzati a singoli disturbi emotivi, e potrebbe promuovere un minore *dropout* o abbandono del trattamento rispetto a manuali che hanno come target singoli disturbi (Barlow *et al.*, 2017). I ricercatori dell'UP stanno anche studiando molti aspetti ampi e trasversali del nevroticismo che teoricamente sottostanno ai disturbi emotivi che l'UP si pone come target. Fin qui l'evidenza suggerisce che cambiamenti nei fattori sottostanti teoricamente collegati alla presenza di disturbi emotivi, compresi strategie di regolazione delle emozioni maladattive, affetto negativo, paura o emozioni negative, sensibilità verso l'ansia, sono correlati in modo significativo a cambiamenti nei sintomi dei disturbi emotivi nel corso del trattamento (Conklin *et al.*, 2015; Farchione *et al.*, 2012; Sauer-Zavala *et al.*, 2012). Uno studio suggerisce che cambiamenti negli aspetti teorici trasversali dei disturbi emotivi (cioè, *mindfulness* e *reappraisal*) così come nei sintomi di ansia e depressione emergono dopo l'attuazione di certe componenti terapeutiche fondamentali dell'UP (ovvero, cambiamenti della *mindfulness* dopo l'uso di tecniche di consapevolezza emotiva e cambiamenti del *reappraisal* in seguito all'uso di abilità di flessibilità cognitiva/*reappraisal* cognitivo) in un adulto con vari sintomi di disturbo emotivo (Boswell, Anderson e Barlow, 2014). Si va delineando la potenziale efficacia dell'UP per individui con un'ampia varietà di problemi emotivi di base, compreso il disturbo borderline di personalità o il disturbo bipolare (Ammerman *et al.*, 2012; Ellard, Deckersbach, Sylvia, Nierenberg e Barlow, 2012; Lopez *et al.*, 2015). L'UP è stato anche considerato soddisfacente e adeguato come trattamento di supporto per pazienti ricoverati con tendenze suicide con vari problemi emotivi (Bentley, 2017; Bentley *et al.*, 2017). Un lavoro preliminare ha inoltre suggerito che l'UP è efficace sia che venga attuato nel suo più tipico formato di terapia individuale sia nel formato della terapia di gruppo (Bullis *et al.*, 2015).

Evidenza a supporto dell'UP-A

È anche stato dimostrato come l'UP-A aiuti adolescenti con disturbi emotivi come ansia e depressione attraverso molteplici *baseline*, *open*

trial, e studi clinici controllati randomizzati (RCT) (Ehrenreich, Goldstein, Wright e Barlow, 2009; Ehrenreich-May *et al.*, 2017; Queen, Barlow e Ehrenreich-May, 2014). Nel nostro standard iniziale e negli studi preliminari dell'UP-A, gli adolescenti con un disturbo di ansia o depressione sperimentavano miglioramenti significativi in questi sintomi da prima a dopo il trattamento (Ehrenreich *et al.*, 2009; Trooper, Buzzella, Bennett e Ehrenreich, 2009). I risultati da un RCT *waitlist-controlled* (Ehrenreich-May *et al.*, 2017) ha fornito prove che l'UP-A funziona come trattamento per adolescenti con vari disturbi emotivi. Gli adolescenti nello RCT registravano significative riduzioni nei sintomi di ansia e depressione e nella gravità complessiva da prima a dopo il trattamento e continuavano a trarne beneficio fino al follow-up a sei mesi, sebbene con un ritmo più lento (Ehrenreich-May *et al.*, 2017; Queen, Barlow e Ehrenreich-May, 2014). In aggiunta ai continui studi sull'efficacia dell'UP-A, diverse ricerche attuali dell'UP-A sono in corso in contesti non di ricerca, come centri di salute mentale di comunità e ospedali pediatrici. Si stanno anche studiando le applicazioni dell'UP-A come programma di prevenzione universale per i disturbi emotivi e a scopo terapeutico in molti Paesi.

Panoramica strutturale e pragmatica dell'UP-A

Introduzione all'UP-A

L'UP-A è un approccio transdiagnostico per il trattamento degli adolescenti (età 13-18) con disturbi emotivi. A seconda del livello di sviluppo, anche gli individui appena fuori da questa fascia di età potrebbero essere adatti a questo trattamento, per quanto forse si vorrà prendere in considerazione l'uso dell'UP-C (incluso in questo volume) o la versione per adulti dell'UP come opzioni per coloro che siano appena sotto o appena sopra i limiti di questa fascia di età o il livello di capacità cognitiva. L'UP-A viene presentato in questo volume come **approccio modulare, basato su terapia individuale** per il trattamento dei disturbi emotivi, sebbene si forniscano nel capitolo 23 di questa *Guida per il terapeuta* le modifiche consigliate per l'attuazione di questo trattamento in un contesto di gruppo. Le sezioni seguenti riassumono il contenuto generale del trattamento, la sua struttura a moduli e importanti considerazioni per i terapeuti che erogano questo trattamento agli adolescenti e alle loro famiglie.

Descrizione dei moduli del trattamento dell'UP-A

L'UP-A è unico nel suo uso di un *approccio flessibile e modulare*. Ci sono otto moduli primari o **di base** di lunghezza variabile in questo trattamento e un modulo aggiuntivo per il genitore, come delineato nella Tabella I.1 (Panoramica sull'UP-A). Si prega di notare che specifichiamo un raggio di sessioni raccomandate per la maggior parte dei moduli. Sono solo consigli, ma seguirli permetterà di attuare l'UP-A tra le 12 e le 21 sessioni (la media nella nostra ricerca precedente è di circa 16 sessioni). **Incoraggiamo a usare tutti i moduli di base nell'ordine in cui vengono presentati (cioè, 1-8)** e attingere al modulo opzionale per i genitori quando necessario. Si può anche ricorrere a un'applicazione del tutto modulare del trattamento (ovvero, in cui ogni modulo del trattamento può essere scelto in qualsiasi ordine), sebbene si incoraggi a farlo solo dopo aver attuato i moduli di base nell'ordine specificato ad almeno un caso completo, poiché ci sono un flusso e uno sviluppo logico dei materiali nel tempo. Dato il grado di flessibilità che questo trattamento permette, è essenziale che il terapeuta sia competente per quel che riguarda le basi della sua struttura e i punti di flessibilità prima di cominciare con un primo adolescente.

Le informazioni sul cliente adolescente (ovvero, livello cognitivo, consapevolezza emotiva, motivazione), i dati raccolti dalle valutazioni settimanali dei principali problemi del cliente (descritti nelle sezioni sottostanti e nel capitolo 1 di questa *Guida per il terapeuta*), e/o qualsiasi altro strumento basato sui dati per monitorare i sintomi settimanalmente e i compiti per casa, potrebbero aiutarvi a determinare la lunghezza di ogni modulo. Attraverso ogni modulo, si noteranno delle caselle che identifichino e descrivono possibili compiti per casa che si potrebbero voler assegnare. Per i moduli che possono occupare molte sessioni, si possono usare le posizioni di queste caselle come linee guida per delle naturali pause. In generale, incoraggiamo ad assegnare i compiti per casa alla fine di ogni sessione dopo il primo modulo, anche se è necessario spostare il materiale dei moduli.

Il coinvolgimento del genitore nel trattamento

Modulo-P: le sessioni **Essere genitori di un adolescente emotivo** possono essere usate come *sessioni solo per il genitore* oppure come *tempo dedicato solo al genitore in una sessione incentrata sull'adolescente* e quindi essere incorporate in qualsiasi sessione quando ce n'è il bisogno. Il tempo o le intere sessioni rivolte al genitore **possono essere utili per qualsiasi genitore** ma sono particolarmente importanti nei casi in cui i

comportamenti del genitore e i suoi atteggiamenti stanno contribuendo in modo evidente ai sintomi di un adolescente o interferendo con la sua capacità di impegnarsi pienamente nelle sessioni di terapia o con l'applicazione delle strategie terapeutiche a casa. Situazioni di questo tipo potrebbero comprendere alti livelli di coinvolgimento da parte del genitore nei sintomi del disturbo emotivo, comportamenti di ipercontrollo e iperprotezione che limitano l'autonomia dell'adolescente, mancanza di un rinforzo positivo del comportamento appropriato dell'adolescente, una leggera difficoltà a gestire il comportamento dell'adolescente, un atteggiamento sprezzante rispetto a ciò che prova o ai suoi progressi, e una mancanza di comprensione degli obiettivi del trattamento. Secondo la nostra esperienza con l'UP-A, è utile *almeno una sessione rivolta al genitore o una sessione con un tempo significativo rivolto al genitore* per ottenere il suo sostegno e l'ingaggio per programmare ed eseguire esperimenti comportamentali incentrati sulle emozioni e/o esposizioni situazionali a specifiche emozioni. In particolare, se c'è bisogno che il genitore abbia un ruolo attivo nella loro organizzazione e se nella vita del genitore c'è stata una figura che l'ha aiutato nella regolazione emotiva. Inoltre, se si vuole si può coinvolgere il genitore alla fine di ogni sessione (se disponibile) per rivedere il contenuto trattato. All'inizio del modulo 1, tu e l'adolescente dovreste discutere su come sia meglio coinvolgere il genitore nel trattamento.

Tab. 1.1 - Panoramica sull'UP-A

Modulo	Titolo	Numero consigliato di sessioni	Contenuto del modulo
1	Sviluppare e mantenere la motivazione [capitolo 1 della <i>Guida per il terapeuta</i>]	1 o 2	<ul style="list-style-type: none"> • Costruire il rapporto con il cliente adolescente. • Discutere i problemi chiave e impostare gli obiettivi. • Determinare cosa motiva l'adolescente al cambiamento.
2	Conoscere le tue emozioni e i tuoi comportamenti [capitolo 2 della <i>Guida per il terapeuta</i>]	2 o 3	<ul style="list-style-type: none"> • Fornire una psicoeducazione sulle diverse emozioni. • Discutere lo scopo delle emozioni. • Presentare le tre parti di un'emozione. • Presentare il ciclo di evitamento e altri comportamenti emotivi.

Tab. 1.1 - Segue

Modulo	Titolo	Numero consigliato di sessioni	Contenuto del modulo
3	Introduzione agli esperimenti comportamentali incentrati sulle emozioni [capitolo 3 della <i>Guida per il terapeuta</i>]	1 o 2	<ul style="list-style-type: none"> • Presentare i concetti di azione opposta e di esperimenti comportamentali incentrati sulle emozioni.
4	La consapevolezza delle sensazioni fisiche [capitolo 4 della <i>Guida per il terapeuta</i>]	1 o 2	<ul style="list-style-type: none"> • Esaminare la connessione tra le sensazioni fisiche e le forti emozioni. • Sviluppare nell'adolescente la consapevolezza delle sue sensazioni fisiche. • Svolgere esercizi di esposizione situazionale per aiutare l'adolescente a imparare a tollerare sensazioni fisiche spiacevoli.
5	La flessibilità di pensiero [capitolo 5 della <i>Guida per il terapeuta</i>]	2 o 3	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare la capacità dell'adolescente di pensare in modo flessibile alle situazioni emotive. • Presentare alcune comuni "trappole del pensiero" (per esempio, le distorsioni cognitive). • Collegare i pensieri alle azioni insegnando le abilità del pensiero del detective e del problem solving.
6	La consapevolezza delle esperienze emotive [capitolo 6 della <i>Guida per il terapeuta</i>]	1 o 2	<ul style="list-style-type: none"> • Presentare e praticare la consapevolezza del momento presente. • Presentare e praticare la consapevolezza non giudicante. • Condurre esposizioni generalizzate alle emozioni chiedendo all'adolescente di praticare abilità di consapevolezza quando è esposto a <i>trigger</i> emotivi generici.
7	Esposizioni situazionali alle emozioni [capitolo 7 della <i>Guida per il terapeuta</i>]	2+	<ul style="list-style-type: none"> • Rivedere le abilità apprese finora dall'adolescente durante il trattamento.

Tab. 1.1 - Segue

Modulo	Titolo	Numero consigliato di sessioni	Contenuto del modulo
			<ul style="list-style-type: none"> • Discutere il fondamento logico delle esposizioni situazionali alle emozioni, presentate all'adolescente come un altro tipo di esperimento comportamentale. • Condurre esposizioni situazionali alle emozioni durante la sessione e assegnare altre esposizioni per casa.
8	Andare avanti. Mantenere i risultati raggiunti [capitolo 8 della <i>Guida per il terapeuta</i>]	1	<ul style="list-style-type: none"> • Rivedere le abilità e i progressi fatti verso gli obiettivi. • Creare un programma di prevenzione delle ricadute.
P	Essere genitori di un adolescente emotivo [capitolo 9 della <i>Guida per il terapeuta</i>]	1-3	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare consapevolezza nel genitore della sua risposta alla sofferenza dell'adolescente. • Presentare quattro comportamenti genitoriali emotivi comuni e le azioni a essi opposte (comportamenti genitoriali opposti).

Struttura delle sessioni del trattamento dell'UP-A

Dopo la prima sessione con l'adolescente (come descritto nel modulo 1), la maggior parte delle sessioni dovrebbe seguire la stessa struttura generale:

1. **Acquisire una valutazione settimanale dei principali problemi.** Le valutazioni settimanali dei problemi principali potrebbero essere ottenute in modo facile e veloce dall'adolescente all'inizio di ogni sessione e inserite nella *Scheda di monitoraggio settimanale dei problemi principali* (si veda il capitolo 1 per maggiori dettagli). Si potrebbe acquisire una valutazione dei principali problemi dal genitore prima che cominci la sessione, alla fine della sessione quando il genitore viene fatto rientrare in stanza, o in qualsiasi altro momento. Elemento importante per svolgere questa parte in modo corretto è che l'identificazione dei pro-

blemi venga fatta in OGNI sessione. **Coinvolgere brevemente l'adolescente nello sviluppo del rapporto facendo domande su un'attività, un evento, o interessi, che possano essere rilevanti per lui/lei.** Si faccia tuttavia attenzione a non passare troppo tempo a discutere di fattori di stress o eventi familiari o personali meno rilevanti (ovvero, un disaccordo con un amico, una litigata con un genitore o con il partner romantico) che sembrino solo temporaneamente problematici. Spesso, discutere di questi eventi comuni della vita di un adolescente può velocemente essere inquadrato in termini di obiettivi dell'UP-A per una certa sessione. In questi casi, una buona strategia è notare la crisi o il problema attuale e lasciare che l'adolescente (o il genitore) sappia che si tornerà a discuterne con lui. Potrà poi essere usato come esempio in seguito durante la sessione quando si andrà ad insegnare un concetto o un'abilità all'interno di un modulo. Vale lo stesso per le indicazioni su uno schema di cambiamento di sintomi, una nuova difficoltà di comportamento o emotiva. Si riassume la preoccupazione presentata e si suggerisce di gestire la difficoltà con le abilità che devono essere presentate nel modulo, se appropriato. Chiaramente ci saranno volte in cui sarà necessario che una nuova crisi o emergenza diventi il focus di una certa sessione, ma se ciò si verifica regolarmente o limita del tutto la possibilità di seguire il manuale dell'UP-A, si prega di valutare se avvenga perché i problemi del giovane non si adattano più all'UP o per una difficoltà a portare l'attenzione del giovane o del genitore sulle abilità dell'UP durante la sessione. Qualsiasi sia la causa si dovrebbe cercare di affrontare prontamente e direttamente il problema con l'adolescente e il genitore.

2. **Rivedere i compiti per casa che l'adolescente ha completato per riconoscere e rinforzare gli sforzi fatti per questo lavoro.** Se l'adolescente non porta a termine i compiti in modo autonomo, si fanno emergere gli eventi e le interazioni della settimana evocative a livello emotivo (si usi il genitore come risorsa se l'adolescente non sta fornendo le informazioni necessarie) e si utilizzano questi eventi per aiutare l'adolescente a completare i compiti per casa durante la sessione. Se si desidera, si può anche guidare l'adolescente nell'uso delle abilità del problem solving (modulo 5 dell'UP-A) per identificare e affrontare gli ostacoli allo svolgimento dei compiti. Sebbene non sia ideale passare un lasso di tempo significativo della sessione concentrandosi e portando a termine i compiti per casa rimasti incompleti, si dovrebbe assistere l'adolescente nello svolgimento di almeno una parte del compito durante la sessione per non rinforzare l'evitamento e l'inadempimento del compito e fornirgli una guida. Il modulo 1 contiene ulteriori informa-

zioni sui passi da compiere se settimanalmente ci sono problemi con lo svolgimento dei compiti per casa. Quando si rivedono questi compiti, si supporta l'adolescente nella comprensione delle relazioni funzionali tra le sue emozioni, le sue reazioni e le conseguenze, fornendo esempi dalla scheda dei compiti per casa "Prima, durante e dopo" (si veda il modulo 2 dell'UP-A). Ci si assicuri di usare specifici rinforzi positivi (lodi o complimenti) quando si nota che l'adolescente comprende e applica dei concetti del trattamento per incoraggiare i comportamenti correlati al di fuori delle sessioni.

3. **Presentare nuove abilità.** La quantità di tempo passato a presentare o a rivedere un'abilità varia a seconda del modulo. Per esempio il modulo 2 dell'UP-A comporta una grande mole di materiale educativo sulle emozioni e sui comportamenti, richiedendo potenzialmente una presentazione più didattica, mentre i moduli successivi prevedono esercitazioni pratiche delle abilità.
4. **Praticare nuove abilità durante la sessione, usando un esempio neutro o ipotetico che non si applica direttamente alle emozioni e ai comportamenti dell'adolescente.** Mettersi a discutere delle proprie esperienze emotive personali è spesso più difficile che parlare delle esperienze di altri. Ogni volta in cui è possibile nell'UP-A, suggeriamo di presentare una nuova abilità insieme a un'attività o a un esempio gradevole per richiamare l'attenzione dell'adolescente e migliorare la comprensione di quella tecnica o di quel concetto. Per gli adolescenti che hanno una consapevolezza emotiva più limitata, una sensibilità interpersonale alta o delle difficoltà cognitive, può essere utile anche illustrare un concetto o ricorrere a un contesto più generale quando si insegna una nuova abilità (*"Alcuni ragazzi/e con forti sensazioni di rabbia potrebbero usare il problem solving per elaborare possibili soluzioni che potrebbero essere utili. Lascia che ti faccia un esempio..."*) prima di spostarsi su esempi più delicati o personali adatti ad allenare l'abilità.
5. **Praticare la nuova abilità durante la sessione, applicandola alle esperienze emotive e personali dell'adolescente.** Una volta che l'abilità è stata presentata nella sua interezza e compresa, un adolescente può applicare più facilmente il concetto alle proprie esperienze. È altamente preferibile fare riferimento al maggior numero possibile di esempi e attività rilevanti a livello personale per rinforzare la conoscenza dell'abilità, compresa la libera evocazione delle emozioni in seduta. Nello specifico, potrebbero esserci alcuni moduli in cui una pratica personalizzata di questo tipo si attua in una sessione separata rispetto alla presentazione dell'abilità.

6. **Assegnare compiti per casa.** I compiti per casa dovrebbero essere quanto più possibile collegati direttamente al contenuto della sessione. Praticare le abilità a casa permette agli adolescenti di applicare i concetti alle esperienze della vita vera, fuori dal contesto della terapia, cosa che aiuta a generalizzare le abilità. Ci si aspetta che l'adolescente sia in grado di usare e applicare le abilità apprese in terapia alla sua vita. Inoltre, possono essere fornite come compiti per casa le schede per il monitoraggio (cioè, *Prima durante e dopo* e la scheda di *Monitoraggio settimanale delle attività*), regolarmente nel corso della terapia, per mantenere l'attenzione dell'adolescente sulle esperienze emotive e sui comportamenti orientati all'esposizione.

I materiali necessari per le sessioni

Il materiale necessario per le sessioni del modulo può variare a seconda del contenuto degli esercizi di esposizione alle emozioni pianificati per quella sessione. Tuttavia, si dovrebbero avere degli strumenti disponibili per la spiegazione del materiale didattico in ogni sessione (ovvero, un supporto su cui presentare visivamente il materiale, come una lavagna, carta, un evidenziatore o delle penne e o il *Quaderno di lavoro* dell'UP-A). In linea generale, l'accesso a un computer fisso o a un portatile e la connessione Internet/Wi-Fi è utile in certi moduli per trovare idee di esposizione alle emozioni o per mettere in pratica delle esposizioni alle emozioni durante la sessione. Potrebbero essere utili anche una televisione, un tablet o altri dispositivi per la riproduzione di contenuti multimediali, se un computer o l'accesso a Internet non sono disponibili. Se si vuole, si può anche considerare con cura la propria abilità di condurre esperimenti comportamentali incentrati sulle emozioni e sessioni di esposizione situazionale all'esterno. Prima di tali sessioni è utile considerare le risorse locali (per esempio, scuola, stazioni del treno, centri commerciali, librerie) che potrebbero tornare utili per condurre esposizioni situazionali adatte al cliente adolescente (si vedano i moduli 3 e 7 dell'UP-A).

I materiali presentati nel libro di Jill Ehrenreich-May, Sarah M. Kennedy, Jamie A. Sherman, Shannon M. Bennett, David H. Barlow, *Come aiutare i propri figli adolescenti con disturbi emotivi. Un quaderno di lavoro con l'UP-A* favoriranno la comprensione da parte dell'adolescente dei concetti di questo trattamento. Il *Quaderno* contiene spiegazioni didattiche ed esempi delle abilità, fogli di lavoro per i moduli e schede e fogli di lavoro per i compiti per casa. I terapeuti che si preparano a usare questa

Guida dovrebbero anche rivedere i materiali del *Quaderno* in anticipo per ottimizzare l'uso di specifiche schede, fogli di lavoro e altri materiali li forniti durante le sessioni. Si può dare il *Quaderno* al cliente adolescente e lasciare che lo guardi in autonomia, altrimenti si potrebbe anche rivedere con l'adolescente i materiali del *Quaderno* in porzioni più piccole, in ogni sessione, esaminare insieme i compiti per casa in modo attento per garantirne la comprensione e alleggerire il carico di lavoro che l'adolescente deve svolgere in autonomia. Sono anche disponibili delle schede riassuntive dei moduli dell'UP-A per il genitore; compaiono alla fine di ogni modulo dell'UP-A nella *Guida per il terapeuta*. Queste pagine dovrebbero essere distribuite durante il corso di ogni modulo per promuovere nel genitore empatia e consapevolezza delle abilità dell'UP-A.

L'importanza dei compiti per casa

La gestione dei compiti per casa in questo trattamento è insolita per il fatto che è collegata alla sua struttura modulare. Dal momento che le sessioni all'interno di un dato modulo possono variare in lunghezza e nel numero degli obiettivi del modulo trattati, i compiti per casa individuali sono assegnati dopo il completamento di un obiettivo del modulo, a prescindere dalla sessione in cui questo obiettivo viene raggiunto. Pertanto, dopo la presentazione del materiale del trattamento relativo a ciascun obiettivo, si elencano i compiti per casa suggeriti. Si presti attenzione ai problemi relativi al carico di lavoro dell'adolescente quando si assegnano questi compiti per casa, specialmente per gli adolescenti che raggiungono un grande numero di obiettivi in una data sessione settimanale, e si modifichino o combinino i compiti quando necessario. Un'eccezione a queste regole è la scheda "Prima, durante e dopo", che viene consegnata in ogni sessione dalla fine del modulo 2 in poi per aiutare a monitorare la consapevolezza delle emozioni e la pratica dell'azione opposta nel corso del trattamento. In aggiunta, in ogni sessione si chiede di tenere traccia delle attività usando la *Scheda di monitoraggio settimanale delle attività* a cominciare dalla fine del modulo 3 in poi, per coloro che svolgono esperimenti comportamentali incentrati sulle emozioni continui. In generale, su base settimanale, si presti molta attenzione a quali compiti per casa siano più appropriati per uno specifico adolescente, alla luce della sua motivazione, della sua preparazione e delle particolari sfide che gli pone il suo disturbo emotivo.

Considerazioni generali per l'uso dell'UP-A

A causa della natura transdiagnostica di questo trattamento, parte della terminologia in questa *Guida per il terapeuta* potrebbe risultare non familiare o venire usata in modo diverso da come si è incontrata prima in altri manuali di trattamento *evidence-based*. Di seguito forniamo alcune note aggiuntive su come inquadrare certi concetti terapeutici e alcuni termini che ci auguriamo vengano presi in considerazione mentre ci si prepara all'uso di questo trattamento.

1. In generale ci si dovrebbe astenere dall'usare il termine “negativo” per descrivere le emozioni e gli stati emotivi di un adolescente, per quanto sia spesso difficile trattenerci dal farlo. Per scopi descrittivi, lo facciamo anche nella *Guida per il terapeuta*. Invece, come si noterà andando avanti, in genere incoraggiamo l'uso dei termini “intenso”, “forte” o “sgradevole” per descrivere queste emozioni o stati. Qui il punto principale è che si dovrebbe tentare di evitare la stigmatizzazione dell'esperienza emotiva dell'adolescente come particolarmente negativa o etichettarla come estremamente positiva. Piuttosto, incoraggiamo il riferimento ai livelli di intensità e di agio associati alle emozioni provate, a prescindere dal tipo di emozione discusso.
2. In modo simile, quando ci riferiamo alla componente fisiologica di un'emozione, incoraggiamo l'uso di termini come “sensazioni corporee”, “indizi corporei” o “sensazioni fisiche”, poiché il termine “sensazioni” è troppo spesso confuso con i concetti più ampi delle emozioni.
3. Usiamo il termine “genitore” per descrivere il caregiver (o i caregiver) che frequentano il trattamento con l'adolescente nel corso di questa *Guida per il terapeuta*. Riconosciamo liberamente l'ampia varietà di figure genitoriali (per esempio nonni, genitori adottivi, tutori, altri parenti, fratelli e sorelle più grandi) che potrebbero essere il principale caregiver dell'adolescente e l'ampia varietà di composizione di una famiglia che si può osservare nella pratica, compresa la possibilità di più caregiver principali. Usiamo semplicemente il termine “genitore” qui come scorciatoia per riferirci al caregiver primario (o a più caregiver) che frequentino il trattamento con un adolescente.
4. Il genere di cliente adolescente a cui ci si riferisce nel corso di questo manuale viene intenzionalmente scambiato tra maschio e femmina da un modulo a quello successivo. Riconosciamo che alcuni adolescenti potrebbero identificare il proprio genere in modo diverso rispetto a femminile o maschile e incoraggiamo anche te a usare pronomi e riferimenti all'identità di genere appropriati al cliente adolescente.

5. Ci sono riferimenti a numerosi modelli, fogli di lavoro e figure in questo manuale. In generale il termine “scheda” si riferisce a qualcosa che nelle intenzioni deve essere completato dall’adolescente in una serie di occasioni durante il trattamento. Con “foglio di lavoro” ci si riferisce al materiale pensato per essere completato nella sua interezza in una singola occasione o per un singolo compito per casa. Le “figure” sono immagini, diagrammi o schede/fogli di lavoro di esempio che compaiono nel *Quaderno* per aiutare a illustrare specifici concetti o competenze. Si potrebbe trovare utile a volte rimandare l’adolescente a figure rilevanti durante la sessione mentre si introducono e spiegano vari concetti e abilità.

Concludere bene l’UP-A

Una particolare sfida a un approccio flessibile, modulare, a un trattamento come questo è decidere quando portarlo a termine. Per quanto questa sfida si presenti con molti modelli terapeutici, la natura flessibile di ogni modulo dell’UP-A, in particolare il modulo 7, può complicare la decisione sulle tempistiche della conclusione. Si può valutare quanto si è pronti per concludere in vari modi, ma forniamo molti suggerimenti per guidarti nella decisione. Una diminuzione della valutazione dei *Problemi principali* al range da basso a medio per ciascun problema (per esempio, “0-3”) potrebbe segnalare che i problemi originari che si presentavano non stanno più interferendo in modo sostanziale o non generano più sofferenza, e potrebbe essere consigliabile avviarsi alla conclusione. Questo è vero in particolar modo se un adolescente ha completato tutti o la maggior parte dei punti sulla *Scheda del comportamento emotivo*, e le valutazioni per tutti o la maggior parte dei punti si sono ridotte in modo sostanziale. È importante notare che non devono essere completati tutti i punti della *Scheda del comportamentale emotivo* prima della fine, e il modulo 8 contiene materiali per assistere te e l’adolescente nella programmazione di esposizioni o altre abilità che l’adolescente può usare a casa dopo il termine del trattamento.

Come minimo, suggeriamo di procedere lungo ciascun modulo dell’UP-A prima di avviare la fase conclusiva e rispettare il numero consigliato di sessioni per ogni modulo delineato nella tabella I.1 di questa introduzione. Ovviamente, alcune famiglie decidono di terminare il trattamento in anticipo rispetto a quanto consigliato per motivi di stress, limiti finanziari o altri fattori. In questi casi, sicuramente raccomanderemmo l’uso del problem solving (modulo 5) per affrontare qualsiasi potenziale

ostacolo al trattamento, così come l'uso di strategie di potenziamento motivazionale (modulo 1) per rinvigorire la motivazione verso il trattamento. Se l'adolescente o la famiglia continua a indicare l'intenzione di porre fine al trattamento, suggeriamo fortemente di programmare una sessione conclusiva per discutere i materiali del modulo 8, a prescindere dal punto di arresto del trattamento in generale.

È ora di cominciare

Grazie per aver dedicato del tempo a saperne di più sull'UP-A! Apprendere un nuovo approccio terapeutico può essere qualcosa di travolgente, ma speriamo sinceramente che questo trattamento ti offra un insieme di strumenti flessibili e ampiamente applicabili che potrebbero tornare utili per ogni adolescente che abbia difficoltà con i disturbi emotivi. Sappiamo che la flessibilità di questi materiali e la loro applicazione è un vantaggio, e riconosciamo anche che possa servire tempo per sentirsi a proprio agio sia con i principi di base del cambiamento presentati in ciascun modulo dell'UP-A sia per imparare come integrare quelle idee con le particolarità del cliente e della famiglia che si intende aiutare. A tal fine, all'inizio di ogni capitolo dell'UP-A, troverai una sezione che ti aiuterà a orientarti non solo nei materiali pratici e negli obiettivi di quel modulo, ma anche nello scopo teorico complessivo di quel modulo e nella sua applicabilità a varie presentazioni dei disturbi emotivi. Rivedendo lo scopo chiave di ogni modulo mentre procedi e tenendolo la mente, imparerai presto a usare i materiali del Protocollo Unificato in modo sia flessibile sia fedele per ottenere eccellenti risultati con un ampio numero di clienti adolescenti.