



Progetto In.Tra: Intergenerational Transfer I processi trasformativi nell'individuo grupitale a partire dal gioco e dalla psicoeducazione

*In.Tra Project: Intergenerational Transfer
Transformative processes in the individual group
from the use of play and psychoeducation*

Cantiano A.¹, Cuzzocrea G.¹, Franquillo A. C.¹, Guccione C.¹, Caretti V.¹, Grassi A., Berivi S., Casamassima S., Russello C., Lucchese F.



¹ Dipartimento di Scienza Umane, Università LUMSA di Roma, a.franquillo@lumsa.it, g.cuzzocrea1@lumsa.it, a.cantiano@lumsa.it, c.guccione@lumsa.it, v.caretti@lumsa.it



Progetto In.Tra: Intergenerational Transfer I processi trasformativi nell'individuo gruppale a partire dal gioco e dalla psicoeducazione

Cantiano A.¹, Cuzzocrea G.¹, Franquillo A. C.¹, Guccione C.¹, Caretti V.¹,
Grassi A., Berivi S., Casamassima S., Russello C., Lucchese F.

Key Words: Gioco – Gruppo – Psicoeducazione – Regolazione emotiva

Citation: Cantiano A., Cuzzocrea G., Franquillo A. C., Guccione C., Caretti V.,
Grassi A., Berivi S., Casamassima S., Russello C., Lucchese F. (2022). *Progetto
In.Tra: Intergenerational Transfer I processi trasformativi nell'individuo gruppale
a partire dal gioco e dalla psicoeducazione.*

doi.medra.org: 10.48237/LIJ_051

lijedizioniretli03072018

Copyright:©LIRPA-International Journal

Finanziamento: nessuno

Interessi concorrenziali: nessuno

Autore Corrispondente

Cantiano A., Cuzzocrea G., Franquillo A. C., Guccione C., Caretti V., Grassi A.,
Berivi S., Casamassima S., Russello C., Lucchese F.

Abstract: Obiettivo: Il presente studio pilota evidenzia l'interazione tra il gioco e le dinamiche neurobiologiche, cognitive ed emotive.

Metodo: è stato proposto a 10 soggetti estratti dalla popolazione generale l'utilizzo di games individuali, competitivi e di cooperazione per valutare cambiamenti concomitanti nel funzionamento individuale e gruppale. Sono stati somministrati strumenti di indagine self-report e interviste semi-strutturate per valutare tratti di personalità, sintomi psicopatologici, condizioni traumatiche, sistema valoriale, disregolazione psicosomatica, intelligenza fluida e regolazione emotiva. Tutti i partecipanti, al termine di ogni sessione di gioco, svolgevano una psicoeducazione guidata al fine di rielaborare e mentalizzare le tematiche emerse.

Conclusioni: Le dinamiche mentalizzanti hanno favorito percorsi di crescita individuali sulla base dell'esperienza vissuta rispetto al gruppo e al gioco. Intergenerational Transfer sottolinea l'importanza dell'integrazione e regolazione bi-direzionale, l'implemento della esperienza esistenziale del singolo attraverso l'inserimento in dinamiche gruppali favorendo la dimissione di sintomi ascrivibili al gioco d'azzardo patologico.

¹ Dipartimento di Scienza Umane, Università LUMSA di Roma, a.franquillo@lumsa.it, g.cuzzocrea1@lumsa.it, a.cantiano@lumsa.it, c.guccione@lumsa.it, v.caretti@lumsa.it



Introduzione

Il concetto di gioco, intrinsecamente e in una prospettiva generalizzata, richiama un significato piacevole, motivante e aggregante tra gli individui, oltre che essere caratterizzato da una forte natura didattica ed evolutiva (Piaget 1936;1945). La prospettiva costruttivista di Piaget, evidenziando la stretta connessione che il gioco ha con la cognizione, vede il gioco come uno strumento di interazione con l'ambiente esterno, e, di conseguenza, come uno stimolatore dello sviluppo neurobiologico e cognitivo dell'individuo. Inoltre, il gioco permette di sviluppare, nel bambino, capacità essenziali come l'immaginazione e la strutturazione individuale delle emozioni.

A tal proposito, l'attività mentale immaginativa è un presupposto fondante della capacità umana della mentalizzazione (Fonagy and Allison, 2013). Innanzitutto, è fondamentale dire che la mentalizzazione (composta ad esempio da desideri, credenze, pensieri, sentimenti) contiene un vasto numero di operazioni cognitive essenziali per la relazione sé – altro, riguardanti stati mentali come l'attenzione, il riconoscimento, la riflessione, la descrizione e l'immaginazione (Allen and Fonagy, 2006). La capacità individuale di mentalizzare, quindi, è quel presupposto necessario affinché attraverso il riconoscimento dell'altro, comprendendo quindi i suoi stati mentali intenzionali come i bisogni, i desideri, i sentimenti, le credenze, si possa costruire una relazione efficace ed ottimale con il mondo esterno (Bateman & Fonagy, 2012). Inoltre, tale capacità fonda strutturalmente due condizioni basilari dell'essere umano: l'auto-organizzazione (chi sono, come mi rappresento) e la regolazione emotiva (come gestisco e modulo le mie emozioni?).

Tali presupposti teorici mettono in luce quanto il gioco sia fondamentale per lo sviluppo del bambino, tanto che l'interazione madre-bambino nel contesto di gioco sembra essere essenziale per la strutturazione di capacità quali la mentalizzazione, la regolazione affettiva e la simbolizzazione (Halfon et al., 2017).

Fondamentale è la concettualizzazione del costrutto dimensionale dell'alessitimia (Taylor and Bagby, 2000), che sembra andare di pari passo con la capacità di mentalizzazione dell'individuo (quando vi è una difficoltà nel riconoscere e comprendere gli stati mentali altrui). L'alessitimia, costrutto con caratteristiche di natura sia cognitiva che affettiva, rappresenta un deficit nella regolazione interpersonale dell'emozione e della componente cognitivo-esperienziale del soggetto. Ciò si traduce in una difficoltà di identificare i propri sentimenti (anche su un piano corporeo), in una conseguente difficoltà di verbalizzare e descrivere accuratamente tali sentimenti esperiti; in lacunose capacità di immaginazione e, infine, in uno stile cognitivo improntato fortemente nei confronti del mondo esterno. Pertanto, come conseguenza, si osserva una grande difficoltà di risonanza con il mondo esterno oltre che una mancanza di condivisione emotiva, presupposti di base di una deficitaria organizzazione del proprio sé (autostima, autoefficacia).



Come precedentemente menzionato, l'immaginazione è necessaria affinché si possano costruire immagini interne complesse che diano dinamismo ad una vita interiore emotiva e ricca. Pertanto, quando questa viene meno la capacità di esprimere le emozioni sarà maggiormente compromessa e lo stile di pensiero sarà più concreto e pratico.

A partire da tali presupposti teorici, il presente progetto si è posto l'obiettivo di comprendere quanto, attraverso l'utilizzo della psicoeducazione come strumento di rielaborazione delle tematiche personali e grupali emerse tramite il gioco, si potessero osservare cambiamenti effettivi individuali e di gruppo in termini di mentalizzazione, arricchimento delle capacità immaginative e capacità di autoregolazione.

Metodo

Partecipanti

Il presente studio pilota ha coinvolto soggetti in un *range* di età compreso tra i 19 e i 25 anni che, per facilitare l'iter di individuazione dei componenti del gruppo, definiamo come categoria "under" e soggetti di età superiore ai 60 anni definiti come categoria "over". Trattandosi di uno studio pilota, ovvero che ha lo scopo di verificare l'adeguatezza e fattibilità dell'intervento, si è ritenuto opportuno reclutare un campione interamente normativo tramite un metodo di *snowballing* attraverso i canali di reclutamento proposti dall'Università LUMSA di Roma. I partecipanti risultati idonei e con caratteristiche coerenti con quanto proposto dall'intervento corrispondono a 10 soggetti, rispettivamente cinque partecipanti della categoria under e cinque della categoria over, successivamente suddivisi in due gruppi: Gruppo A e Gruppo B. Il processo di suddivisione è avvenuto tramite l'appaiamento dei soggetti sulla base del genere e della categoria di appartenenza (*under/over*), definita in fase preliminare.

Procedura progettuale

Il rationale e il piano operativo del progetto, avvenuti nel periodo di piena emergenza sanitaria da Covid-19, risultano allineati alle disposizioni governative, motivo per cui tutti gli incontri con i partecipanti sono avvenuti da remoto tramite la piattaforma virtuale Google Meet. Durante il mese di dicembre si è svolto il primo incontro con i partecipanti durante il quale è stato presentato il progetto, i tempi e le modalità di svolgimento dello stesso ed è avvenuta la presa visione e la compilazione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e del modulo di consenso informato.

Il paradigma di ricerca si compone di tre fasi principali o bimestri, per una durata complessiva di sei mesi e di 46 incontri totali, rispettivamente 23 per il Gruppo A e 23 per il Gruppo B, ciascuno a cadenza settimanale della durata di due ore. La procedura sperimentale si caratterizza dall'utilizzo di differenti giochi, valutazioni psicologiche e ore di psicoeducazione,



suddivise attraverso un criterio bottom-up dal primo al terzo bimestre, a seconda del gradiente di collaborazione, crescita individuale dei membri dei due gruppi e dei temi trattati durante i colloqui. Le valutazioni, avvenute con l'utilizzo di self-report ed interviste semi-strutturate standardizzate, hanno indagato il profilo di personalità dei pazienti, le funzioni emotive, la sintomatologia fisica esperita e l'intelligenza fluida. Le valutazioni sono avvenute in tre tempi, coerentemente con il procedere delle fasi di gioco dei tre bimestri: ex ante, in itinere ed ex post. La prima ora di ogni incontro era dedicata all'utilizzo dei *videogames*, componente premiante dell'intero paradigma, a cui i partecipanti si dedicavano mediante un loro personale *device*. La seconda ora era dedicata alla psicoeducazione, atta alla rielaborazione degli stimoli cognitivo-emotivi che insorgevano nell'ora precedente di gioco. Successivamente a queste, una terza ora veniva dedicata all'analisi dei dati di gioco e alla stesura del tracciato emotivo-comunicativo emerso durante la psicoeducazione.

Psicoeducazione

La metodologia della psicoeducazione è efficace nel rendere consapevole una persona del disturbo che porta. Introdotta nel campo delle scienze della salute mentale negli anni '80 punta alla consapevolezza e all'acquisizione di mezzi di fronteggiamento delle problematiche scaturite dal un disturbo.

Gli interventi di psicoeducazione, applicati al gruppo A e gruppo B, seguivano le fasi del gioco e si sono susseguiti su tre tempi, in linea con le modalità di gioco: la fase del gioco individuale, la fase del gioco competitivo, la fase del gioco cooperativo. Concepito in un'ottica di condivisione e confronto, l'intervento psicoeducativo ha previsto una serie di unità didattiche finalizzate alla presa di consapevolezza della persona sulle tematiche affrontate di volta durante le sessioni di gioco. Dalla fase neurocognitiva, alla fase emotiva, alla fase del riconoscimento dell'altro, già studi passati ci hanno già confermato la forte correlazione tra neurocognizione e funzionamento sociale (Galderisi et al., 2014). Gli interventi di psicoeducazione, immediatamente successivi alla fase di gioco, prevedevano un focus indirizzato all'associazione stimolo – parola.

Gli interventi, calibrati in tre tempi (T1; T2; T3) seguivano le fasi del progetto.

T1: Tempo del gioco individuale. Gli interventi di psicoeducazione erano focalizzati sugli stimoli individuali posti in condivisione con resto del gruppo.

T2: Tempo del gioco competitivo. Gli interventi di psicoeducazione erano focalizzati sugli stimoli individuali scaturiti dal confronto con gli altri membri del gruppo.

T3: Tempo del gioco cooperativo. Gli interventi erano focalizzati sugli stimoli individuali scaturiti dal confronto e dalla collaborazione.

L'obiettivo di aprire una finestra mentalizzante (Fonagy, 2013) attraverso i passaggi dal cosa mi *accade/cosa l'altro mi provoca/cosa posso dare all'altro* possono essere ritenuti



necessari per una buona capacità di “*tenere a mente la mente dell'altro*” al fine di ridimensionare e migliorare il rapporto col mondo esterno (Fonagy, 2012).

Esemplificazioni cliniche

Fase I: Bimestre Gennaio – Febbraio

Il primo bimestre si è caratterizzato dall'utilizzo di giochi individuali in grado di stimolare contemporaneamente i due emisferi cerebrali, poiché attivavano l'emisfero cerebrale destro in compiti emotivi e visuospatiali e l'emisfero sinistro in compiti di organizzazione, pianificazione e svolgimento di calcoli. Prima dell'inizio del bimestre, si è svolta una prima valutazione psicologica (T1) attraverso la somministrazione dei seguenti reattivi e interviste cliniche:

- *Symptom Check List-90 (SCL-90; Derogatis et al., 1976);*
- *Psychosomatic Disregulation Inventory (PDI; Caretti et al., 2019);*
- *Relationship Questionnaire (RQ; Bartholomew, Horowitz, 1991);*
- *Childhood Trauma Questionnaire - Short Form (CTQ-SF; Bernstein & Fink, 2003);*
- *Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20; Bagby et al., 1994);*
- *Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA; Bagby et al., 2006);*
- *Personality Assessment Inventory (PAI; Morey, 1991, 2007, 2016).*

Fase II: Bimestre Marzo – Aprile

Durante il secondo bimestre, ai partecipanti è stato proposto l'utilizzo di giochi competitivi. La competizione veniva sollecitata attraverso la creazione di contesti di sfida nell'ora di gioco e, successivamente rielaborata e motivata durante l'ora di psicoeducazione. Al termine della Fase II, è avvenuta la somministrazione della seconda valutazione psicologica (T2), composta da:

- Portrait Values Questionnaire (PVQ; Schwartz, 1992, 2001);*
- Symptom Check List-90 (SCL-90; Derogatis et al., 1976).*

Fase III: Bimestre Maggio – Giugno

In fase conclusiva, si è proposto ai soggetti l'utilizzo di giochi collaborativi che consistevano nel trovare la risoluzione ad indovinelli di difficoltà crescente. La valutazione psicologica finale della Fase III (T3) proponeva la somministrazione delle interviste e dei questionari self-report proposti in Fase I (T1).



Strumenti

Symptom Checklist-90-R (SCL-90 R) (Derogatis, 1994; Prunas et al., 2011). È un questionario self-report a 90 item che valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando tanto i sintomi internalizzanti che quelli esternalizzanti nell'ultima settimana. Considera 9 dimensioni sintomatologiche primarie: *Somatizzazione (SOM)*, *Ossessività-Compulsività (O-C)*, *Ipersensibilità interpersonale (I-S)*, *Depressione (DEP)*, *Ansia (ANX)*, *Ostilità (HOS)*, *Ansia fobica (PHOB)*, *Ideazione paranoide (PAR)*, *Psicoticismo (PSY)*. Sono presenti anche 7 item aggiuntivi (*OTHER*) che valutano disturbi dell'appetito e del sonno e 3 indici globali completano la valutazione: *Global Severity Index (GSI)*: indicatore globale dell'intensità attuale del disagio psichico percepito dal soggetto; *Positive Symptom Total (PST)*: riflette il numero di sintomi riportati dal soggetto; *Positive Symptom Distress Index (PSDI)*: indice dello stile di risposta. È ammessa la possibilità di effettuare somministrazioni ripetute.

Psychosomatic Dysregulation Inventory (PDI) (Caretto et al., 2019) È un questionario self-report composto da 100 item, basato su una scala likert a 4 punti (1 = "Mai"; 2 = "Qualche volta"; 3 = "Spesso"; 4 = "Molto spesso o sempre"). Il PDI si impegna a rilevare i rischi di disregolazione psicosomatica, in particolare i sintomi e le alterazioni nelle esperienze corporee che testimoniano una disregolazione nell'acquisizione ed elaborazione. Il PDI si basa su ricerche attuali relative al trauma da attaccamento e conseguenti effetti sul cervello, integrando attuali concettualizzazioni dei disturbi psicosomatici alla luce delle teorie di Porges, Damasio e Panksepp. Lo strumento presenta una buona consistenza interna compresa tra 0,71 e 0,93.

The Relationship Questionnaire (RQ) (Bartolomew & Horowitz, 1991; Carli, 1995). È un questionario che consente di valutare l'orientamento generale dell'individuo verso le relazioni intime. L'innovazione di Bartholomew consiste proprio nell'aver introdotto una classificazione quadripartita dell'attaccamento adulto: Sicuro, Preoccupato, Evitante di tipo Distanziante/Svalutante, Evitante di tipo Timoroso. Lo strumento si compone di due parti. In una prima sezione viene chiesto ai soggetti di leggere quattro brevi paragrafi, ognuno dei quali descrive uno dei prototipi degli stili d'attaccamento (Sicuro, Distaccato/Svalutante, Preoccupato, Timoroso) e di selezionare il paragrafo che meglio descrive il loro modo di vivere e sentire le esperienze e le relazioni sentimentali presenti e passate. In una seconda sezione, viene chiesto ai soggetti di indicare, su una scala likert a sette passi (da 1 = "Per niente simile a me" a 7 = "Del tutto simile a me"), il grado in cui ciascuno dei quattro prototipi dell'attaccamento rispecchia il loro stile generale nelle relazioni intime. L'RQ permette di valutare non solo lo stile di attaccamento in cui i



soggetti si riconoscono maggiormente, ma anche il grado di cui pensano di assomigliare a ciascuno dei quattro stili proposti.

The Standard Progressive Matrices (SPM) (Raven, 1998; Raven, 2009). È un test che si propone di valutare l'intelligenza non verbale in bambini e adulti dagli 11 ai 65 anni attraverso compiti di ragionamento astratto. Si compone di 60 quesiti (cinque gruppi di dodici), ognuno dei quali comporta il completamento di un modello o una figura con una parte mancante: all'intervistato viene chiesto di scegliere l'alternativa corretta tra 6 proposte. Non implica una durata stabilita, ma generalmente riporta una durata di completamento stimata dai 15 ai 45 minuti. I risultati si traducono in un punteggio grezzo, che viene poi convertito in una classifica percentile.

Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA) (Bagby et al., 2006). È considerata oggi il criterio più affidabile per la misurazione del costrutto di alessitimia. Lo strumento valuta le quattro dimensioni salienti del costrutto in modo sistematico e complessivo: Difficoltà nell'identificare i sentimenti, Difficoltà nel descrivere i sentimenti ad altri, Pensiero orientato all'esterno, Fantasia e altri processi immaginative. Si compone di 24 item, (domande) sei item per ognuna delle quattro dimensioni. Gli item sono ordinati in sequenza tale da far seguire una domanda per ciascuna dimensione. Ogni item, riporta domande di approfondimento a cui segue la richiesta fornire degli esempi coerenti alle risposte date in precedenza, utili ad ottenere informazioni più accurate. Al fine di diminuire acquiescenze alle risposte, alcune domande esprimono l'assenza del sintomo in oggetto, anziché la presenza. La modalità di formulazione delle domande ha lo scopo di elicitare tipologie di risposte adatte per essere valutate su una scala disposta lungo un continuum lineare a tre punti (da 0 a 2), fatta eccezione delle domande che esprimono una negazione a cui si attribuisce il valore in maniera inversa (*reverse value*). Per alcuni item, il punteggio si basa sulla frequenza della caratteristica presa in esame, mentre per altri il punteggio deriva dal grado di invasività.

Childhood Trauma Questionnaire - Short Form (CTQ-SF) (Bernstein & Fink, 2003). È un questionario che si propone di identificare condizioni traumatiche dell'infanzia. Si compone di 28 item e comprende cinque sottoscale: abuso fisico, abuso emotivo, abuso sessuale, abbandono fisico e abbandono emotivo. Lo strumento include anche una scala di minimizzazione/negazione atto a rilevare la tendenza a sottostimare gli eventi traumatici, composta da 3 item. Tutte le domande del questionario sui traumi infantili sono precedute da "Durante la mia infanzia e la mia adolescenza (dalla nascita ai 15 anni)...". L'intervistato valuta quanto riportato nei singoli item e sceglie la risposta che meglio descrive le sue esperienze



su una scala likert a cinque punti (1 = mai; 2 = quasi mai; 3 = qualche volta; 4 = spesso; 5 = molto spesso). Il punteggio totale (da 5 a 25) di ogni sottoscala è dato dalla somma delle singole voci di cui si compone. Lo strumento inoltre fornisce il range per stabilire quattro livelli di abuso/negligenza per ciascuna sottoscala: Nessuno; Moderato; Acuto; Estremo.

Portrait Values Questionnaire (PVQ) (Schwartz, 1992, 2001). È un questionario self-report che si propone di indagare la modalità di pensiero attraverso la valutazione di 10 valori umani universali: Benevolenza, Universalità, Sicurezza, Realizzazione, Edonismo, Stimolazione, Potere, Autodirezione, Tradizione e Conformità. Si compone di 40 item o affermazioni su una scala likert a 6 punti (da "Per niente simile a me" a "Molto simile a me") in cui viene chiesto all'intervistato di definire quanto ritiene simile a lui/lei quanto in oggetto. Lo strumento nasce da una riflessione emersa in letteratura, secondo cui le persone di paesi diversi e, persino con percorsi di vita diversi, hanno profili nettamente distanti nei casi in cui si considera quale dei valori ritengono più importanti.

Personality Assessment Inventory (PAI) (Morey, 1991, 2007, 2016). È un efficace questionario di personalità teorico, pensato per l'età adulta (dai 18 anni in poi) e può essere agevolmente somministrato e compreso, per la sua brevità (45 per la somministrazione) ed esaustività diagnostica, anche da soggetti con basso livello di scolarità; non richiede per lo *scoring* l'uso di complesse griglie di correzione, ma offre un sistema di calcolo dei punteggi automatizzato. Lo strumento si propone di valutare la personalità e la psicopatologia ed indaga cinque aree: Validità delle risposte; Sintomi clinici; Stili interpersonali; Complicanze per il trattamento; Ulteriori indici supplementari per valutare aspetti dell'attendibilità e validità del test. Il PAI tiene conto sia della validità di contenuto, che garantisce la rappresentabilità dei costrutti presi in esame, sia della gravità del contenuto (es. la scala Ideazione suicidaria comprende differenti livelli: dalle idee vaghe di suicidio ai piani distinti per autolesionismo). Si compone di 344 item su una scala di risposta likert a 4 passi che comprendono 11 Scale Cliniche, 5 Scale di Trattamento e 2 Scale Interpersonali fra loro non sovrapponibili. Le Scale Cliniche includono tre grandi categorie di disturbi: relativi all'area nevrotica, relativi all'area psicotica e quelli associati a disturbi del comportamento e alle dipendenze. Due scale sono specifiche per le caratteristiche antisociali e per le caratteristiche borderline. Le Scale di Trattamento permettono di formulare ipotesi sulla compliance e sulle complicazioni dello stesso, rilevano il rischio potenziale per sé e per gli altri, l'impatto di eventuali fattori stressanti recenti sulle aree di vita, il livello e la qualità del supporto sociale e un indice di motivazione a intraprendere un eventuale trattamento. Le Scale Interpersonali forniscono informazioni importanti relativamente alle relazioni e alle interazioni della persona, le quali vengono valutate lungo due poli: caldo e socievole – freddo e riluttante. Lo strumento,



inoltre comprende 4 Scale di Validità: Inconsistenza (INC/10 paia di item: indica il grado di coerenza con cui il soggetto ha risposto all'intero inventario), Infrequenza (INF/8: indica se il soggetto ha risposto distrattamente, in modo casuale o idiosincratico), Impressione Negativa (NIM/9: suggerisce un'eccessiva impressione sfavorevole o simulazione di disturbo), Impressione Positiva (PIM/9: suggerisce la presentazione di un'impressione molto favorevole o una riluttanza ad ammettere piccoli difetti). Il questionario presenta 27 item critici, che valutano comportamenti patologici che possono richiedere attenzione immediata (ad es., rischio suicidario).

Inoltre, vengono misurati i seguenti indici: Indice difensivo (9 scale), Funzione discriminante Caschel, Indice di simulazione di malattia (8 scale), Funzione discriminante Rogers, Indice di potenziale suicidio, Indice di potenziale violenza, Indice di processo di trattamento.

Conclusioni

Il presente studio pilota è stato frutto del Progetto *Intergenerational Transfer* volto al potenziamento delle risorse emotive e cognitive di individui giovani e adulti attraverso due strumenti principali: il gioco e il dialogo relazionale.

Il periodo storico attuale, invaso principalmente dalla pandemia da Covid-19, ha fatto emergere ancor di più la necessità di utilizzare tali strumenti per favorire processi di salute psicologica e fisica dei nostri partecipanti.

Il gioco e il dialogo relazionale come fattori *core* del cambiamento, a cui si sono aggiunti fattori secondari, quali la continuità degli incontri, il rispetto del *setting* virtuale, la strutturazione degli incontri e la gestione da parte delle conduttrici, hanno permesso la promozione del cambiamento e la realizzazione dello studio. Tuttavia, a causa di tali fattori, associati certamente ad altre variabili di tipo individuale, come i tratti di personalità, sono stati riscontrati tre *drop-out*, per cui il percorso semestrale si è concluso con un totale di sette partecipanti.

Il cambiamento riscontrato è stato osservato direttamente, gradualmente e, in seguito, retrospettivamente, attraverso le analisi dei punteggi ai questionari somministrati.

Il gioco individuale, competitivo e collaborativo ha consentito il potenziamento delle risorse cognitive e favorito processi di mentalizzazione rispetto a sé stessi e agli altri migliorando indirettamente le dinamiche relazionali all'interno del gruppo.

La prima fase è stata caratterizzata dalla necessità di una costituzione grupale dove ogni partecipante ha offerto le proprie competenze individuali per raggiungere gli obiettivi prefissati sempre giocando.

In questa fase, gli over hanno mostrato maggiori sentimenti di rabbia, fastidio, nervosismo e irritazione nell'uso della tecnologia, seppur esprimendoli con minori difese rispetto agli



under. Questi ultimi, di contro, hanno manifestato un significativo senso di inadeguatezza e di insicurezza relazionale.

La seconda fase, dettata dal gioco di competizione, ha determinato l'emergere delle soggettività nel gruppo. Ognuno portatore della sua unicità ha messo in gioco le credenze, le risorse e le capacità personali potenziando dinamiche di *match*, *mismatch* e riparazione relazionale.

Infine, in seguito all'espressione e al riconoscimento delle somiglianze e delle differenze, durante la terza fase, è emersa l'efficacia e l'efficienza del gruppo stesso. Sia gli *over* che gli *under* hanno mostrato assertività nella comunicazione e nella cooperazione, stimolando comportamenti di co-costruzione dinamica delle risoluzioni e raggiungendo gli obiettivi prefissati. I partecipanti hanno acquisito maggiore senso di realizzazione e soddisfazione di sé per mezzo e insieme agli altri.

Accanto al gioco, il dialogo relazionale, stimolato dalle conduttrici, ha caratterizzato tutte e tre le fasi dello studio per mezzo della tecnica di psicoeducazione ad orientamento cognitivo. Quest'ultima ha invertito il flusso informativo/formativo intergenerazionale, per cui ha favorito uno scambio intersoggettivo e basato sulla creazione condivisa di dinamiche mentalizzanti. Così la trasmissione di conoscenze avveniva in maniera bi-direzionale: l'anziano insegnava al giovane e il giovane insegnava all'anziano.

Le dinamiche mentalizzanti hanno favorito percorsi di crescita individuali sulla base dell'esperienza vissuta rispetto al gruppo e al gioco. Inevitabilmente, per *bias* umano di generalizzazione, tale esperienza vissuta si è estesa alla complessità di tutta l'esperienza esistenziale di ogni singolo individuo, approfonditamente affrontata in sedute di psicoterapia individuale, organizzate dal progetto *Intergenerational Transfer*.

In conclusione, tale progetto *Intergenerational Transfer* ha promosso incontri di disseminazione in modo da permettere replicazioni dello studio e implementare modifiche interessanti come l'inserimento di un gruppo clinico caratterizzato per esempio da individui con sintomi ascrivibili al gioco d'azzardo patologico.



In.Tra Project: Intergenerational Transfer Transformative processes in the individual group from the use of play and psychoeducation

Cantiano A. ¹, Cuzzocrea G. ¹, Franquillo A. C. ¹, Guccione C. ¹, Caretti V. ¹,
Grassi A., Berivi S., Casamassima S., Russello C., Lucchese F.

Key Words: Game – Group – Psychoeducation – Emotional regulation

Citation: Cantiano A., Cuzzocrea G., Franquillo A. C., Guccione C., Caretti V.,
Grassi A., Berivi S., Casamassima S., Russello C., Lucchese F. (2022). "In.Tra Project:
Intergenerational Transfer Transformative processes in the individual group from
the use of play and psychoeducation

doi.medra.org: 10.48237/LIJ_058

lijedizioniretlis03072018

Copyright:©LIRPA-International Journal

Funding: None

Competing interests: None

Corresponding author:

Cantiano A. , Cuzzocrea G., Franquillo A. C. , Guccione C. , Caretti V. , Grassi A.,
Berivi S., Casamassima S., Russello C., Lucchese F.

Abstract: Introduction: The present paper highlights the interaction between play and neurobiological, cognitive and emotional dynamics.

Method: 10 subjects from the general population took part to a project which aimed to assess concomitant changes in individual and group functioning through the use of competitive and cooperative games. Self-report survey instruments and semi-structured interviews were administered to assess personality traits, psychopathological symptoms, traumatic conditions, value systems, psychosomatic dysregulation, fluid intelligence and emotional regulation. All the participants, at the end of each game session participated to guided psychoeducation conducted by the instructors in order to reframe and mentalize the emerged thematics stimulated by the previous sessions.

Conclusions: Mentalizing dynamics fostered individual growth paths based on lived experience with respect to the group and the game. Intergenerational Transfer emphasizes the importance of bi-directional integration and regulation, the embedding of the individual's existential experience through group dynamics which can foster the discharge of symptoms attributable to pathological gambling.

¹ Dipartimento di Scienze Umane, Università LUMSA di Roma, a.franquillo@lumsa.it, g.cuzzocrea1@lumsa.it, a.cantiano@lumsa.it, c.guccione@lumsa.it, v.caretti@lumsa.it



Introduction

The concept of play, intrinsically and from a generalized perspective, invokes a pleasurable, motivating, and aggregating meaning among individuals and is characterized by a strong didactic and developmental nature (Piaget, 1936;1945). Piaget's constructivist perspective, highlighting play's connection with cognition, sees it as a tool for the interaction with the external environment and, consequently, as a stimulator of the individual's neurobiological and cognitive development. In addition, play enables children to develop essential skills such as imagination and individual structuring of emotions.

In this regard, imaginative mental activity is a foundational prerequisite of the human capacity for mentalization (Fonagy & Allison, 2013). First of all, it is essential to say that mentalization (composed, for example, of desires, beliefs, thoughts, and feelings) contains a vast number of cognitive operations essential to the self-other relationship, concerning mental states such as attention, recognition, reflection, description, and imagination (Allen & Fonagy, 2006). Therefore, the individual's ability to mentalize is a necessary prerequisite so that through others' recognition, thereby understanding his or her intentional mental states such as needs, desires, feelings, and beliefs, an effective and optimal relationship with the external world can be built (Bateman & Fonagy, 2012). Moreover, such capacity structurally grounds two primary conditions of human beings: self-organization (who I am, how do I represent myself) and emotional regulation (how do I manage and modulate my emotions?).

Such theoretical assumptions highlight how fundamental play is to child development so much that mother-child interaction in the context of play seems to be essential for creating skills such as mentalization, affective regulation, and symbolization (Halfon et al., 2017).

Moreover, it is essential to report the dimensional construct of alexithymia (Taylor & Bagby, 2000), which seems to go hand in hand with the individual's ability to mentalize (when there is a difficulty in recognizing and understanding others' mental states). Alexithymia, a construct with both cognitive and affective characteristics, represents a deficit in the interpersonal regulation of emotion and the cognitive-experiential component of the subject. These issues translate into difficulty in identifying one's feelings and consequent difficulty in verbalizing and accurately describing such experienced feelings; deficient imaginative abilities; and, finally, a cognitive style markedly biased against the external world. Therefore, as a consequence, one observes a great difficulty in resonating with the external world and a lack of emotional sharing, basic assumptions of lacked self-organization (self-esteem, self-efficacy).

As previously mentioned, imagination is necessary to construct complex internal images that give dynamism to an emotional and rich inner life. Therefore, when this is lacking, the ability to express emotions will be more impaired, and the thinking style will be more concrete and practical.

From these theoretical assumptions, the present project sets out to understand how much, through psychoeducation as a tool for reframing personal and group themes that emerged through play, effective individual and group changes could be observed in terms of mentalization and enrichment of imaginative capacities and self-regulatory skills.



Method

Participants

This pilot study involved subjects in an age range between 19 and 25 years and subjects older than 60 years. Therefore, to facilitate the identification of the group members, we define the first age range as “under” and the second age range as “over”. Since this is a pilot study, which means it aims to verify the adequacy and feasibility of the intervention, it was considered appropriate to recruit an entirely normative sample through a *snowballing* method through the recruitment channels proposed by the LUMSA University of Rome. Participants were 10 subjects, respectively five participants of the category under and five of the category over who were subsequently divided into Group A and Group B. The process of subdivision took place through the pairing of subjects on the basis of gender and category of membership (*under/over*), defined in the preliminary phase.

Procedures

The present research project’s rationale and operational plan are aligned with government provisions because it took place during the period of full health emergency from Covid-19. All the meetings with the participants happened remotely via the virtual platform Google Meet. In December, the first meeting took place with all the participants, where the research project, the times, and methods were presented. Furthermore, we explained the information on processing personal data, and the informed consent form was also completed.

The research paradigm comprises three main phases, for a total duration of six months and 46 total meetings, respectively 23 for Group A and 23 for Group B, each weekly, lasting two hours. The experimental procedure is characterized by the use of different games, psychological evaluations, and hours of psychoeducation, divided through a bottom-up criterion from the first to the last month, depending on the gradient of collaboration, individual growth of the members of the two groups and the topics covered during interviews. The assessments involved the administration of self-reports and semi-structured interviews, which investigated the patient’s personality functioning, emotional regulation, physical symptoms, and fluid intelligence. There were three different times of assessment: *ex-ante*, *in itinere*, and *ex-post*. During the first hour of each meeting, the participants only dedicated it to videogames through their devices. The second hour was dedicated to psychoeducation, aimed at reworking the cognitive-emotional stimuli that arose in the previous hour of play. In addition to this, a third hour was dedicated to the analysis of game data and the drafting of the emotional-communicative path that emerged during psychoeducation.

Phase I: Bimonthly January - February

The first two months were characterized by using individual games capable of simultaneously stimulating the two cerebral hemispheres, as they activated the right cerebral hemisphere in emotional and visuospatial tasks and the left hemisphere in organizing, planning, and carrying out calculations. Before the start of the two months, a first psychological assessment (T1) was carried out through the administration of the following reagents and clinical interviews:



- Symptom Check List-90 (SCL-90; Derogatis et al., 1976);
- Psychosomatic Dysregulation Inventory (PDI; Caretti et al., 2019);
- Relationship Questionnaire (RQ; Bartholomew, Horowitz, 1991);
- Childhood Trauma Questionnaire - Short Form (CTQ-SF; Bernstein & Fink, 2003);
- Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20; Bagby et al., 1994);
- Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA; Bagby et al., 2006);
- Personality Assessment Inventory (PAI; Morey, 1991, 2007, 2016);

Phase II: Bimonthly March - April

During the second two months, participants were offered the use of competitive games. The competition was solicited by creating challenging contexts during the game hour and, subsequently, reworking and motivating during the psychoeducation hour. At the end of Phase II, the second psychological assessment (T2) was administered, consisting of:

Portrait Values Questionnaire (PVQ; Schwartz, 1992, 2001);
Symptom Check List-90 (SCL-90; Derogatis et al., 1976).

Phase III: Bimonthly May - June

In the final phase, the subjects were proposed to use collaborative games that consisted in finding the solution to riddles of increasing difficulty. The final psychological evaluation of Phase III (T3) proposed the administration of the interviews and self-report questionnaires proposed during the Phase I (T1).

Measurements

Symptom Checklist-90-R (SCL-90 R) (Derogatis, 1994; Prunas et al., 2011): it is a 90-item self-report questionnaire that evaluates psychological problems and psychopathological symptoms, measuring internalizing and externalizing symptoms in the last week. It considers 9 primary symptom dimensions: Somatization (SOM), Obsessivity-Compulsivity (O-C), Interpersonal Hypersensitivity (I-S), Depression (DEP), Anxiety (ANX), Hostility (HOS), Phobic Anxiety (PHOB), Paranoid Ideation (PAR), Psychoticism (PSY). There are also 7 additional items (OTHER) that evaluate appetite and sleep disorders, and 3 global indices complete the evaluation: Global Severity Index (GSI), which is a global indicator of the current intensity of mental distress perceived by the subject; Positive Total Symptom (PST): reflects the number of negative symptoms from the subject; Positive Symptom Distress Index (PSDI): response style index.

Psychosomatic Dysregulation Inventory (PDI) (Caretti et al., 2019): it is a self-report questionnaire composed of 100 items, based on a 4-point Likert scale (1 = "Never"; 2 = "Sometimes"; 3 = "Often"; 4 = "Very often or always"). The PDI detects the risks of psychosomatic dysregulation, specifically the symptoms and alterations in body experiences that show dysregulation in acquisition and processing. The PDI is based on current research related to attachment trauma and consequent effects on the brain, integrating current conceptualizations of psychosomatic disorders in the light of the theories of Porges, Damasio, and Panksepp. The instrument has a good internal consistency between 0.71 and 0.93.



The Relationship Questionnaire (RQ) (Bartolomew & Horowitz, 1991; Carli, 1995): it is a questionnaire that evaluates the general orientation of the individual towards intimate relationships. Bartholomew's innovation has introduced a quadripartite classification of adult attachment: Safe, Worried, Avoidant of the Distanting / Deprecating type, and Avoidant of the Fearful type. The tool consists of two parts. In the first section, the subjects are asked to read four short paragraphs, each of which describes one of the prototypes of attachment styles (Secure, Detached / Deprecating, Worried, Fearful), and select the paragraph that best describes their way of life, present and past experiences and sentimental relationships. In the second section, subjects are asked to indicate, on a seven-step Likert scale (from 1 = "Not at all like me" to 7 = "Completely like me"), the degree to which each of the four prototypes attachment corresponds to their general style in intimate relationships. The RQ allows us to evaluate the style of attachment in which the subjects identify themselves most and the degree to which they think they resemble each of the four styles proposed.

The Standard Progressive Matrices (SPM) (Raven, 1998; Raven, 2009). It is a test that aims to evaluate non-verbal intelligence in children and adults aged 11 to 65 through abstract reasoning tasks. It consists of 60 questions (five groups of twelve), each involving completing a model or figure with a missing part: the interviewee is asked to choose the correct alternative from 6 proposals. It does not imply a set duration but generally reports an estimated completion time of 15 to 45 minutes. The results translate into a raw score, which is then converted into a percentile ranking.

Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA) (Bagby et al., 2006): It is now considered the most reliable criterion for measuring the alexithymia construct. The tool systematically and comprehensively evaluates the construct's four salient dimensions: Difficulty in identifying feelings, Difficulty in describing feelings to others, Outward-oriented thinking, Fantasy, and other imaginative processes. It consists of 24 items, (questions) six items for each of the four dimensions. The items are ordered in such a sequence that a question for each dimension follows. Each item contains in-depth questions followed by a request to provide examples consistent with the previous answers, which is useful for obtaining more accurate information. In order to decrease acquiescence to the answers, some questions express the absence of the symptom in question rather than the presence. The method of formulating the questions aims to elicit types of answers suitable for being evaluated on a scale arranged along a linear continuum with three points (from 0 to 2), except for questions that express a negation to which the value is attributed (reverse value). For some items, the score is based on the frequency of the characteristic under consideration. In contrast, for others, the score derives from the degree of invasiveness.

Childhood Trauma Questionnaire - Short Form (CTQ-SF) (Bernstein & Fink, 2003): it is a questionnaire that aims to identify traumatic conditions of childhood. It consists of 28 items and includes five subscales: physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, physical neglect, and emotional neglect. The tool also includes a minimization/denial scale to detect the tendency to underestimate traumatic events, made up of 3 items. All the childhood trauma questionnaire questions are preceded by "During my childhood and my adolescence (from birth to 15 years)...". The interviewee evaluates what is reported in the individual items and chooses the answer that best describes his experiences on a five-



point Likert scale (1 = never; 2 = almost never; 3 = sometimes; 4 = often; 5 = very often). The total score (from 5 to 25) of each subscale is given by the sum of the individual items that compose it. The tool also provides the range for establishing four levels of abuse/neglect for each subscale: None; Moderate; Acute; Extreme.

Portrait Values Questionnaire (PVQ) (Schwartz, 1992, 2001): it is a self-report questionnaire that aims to investigate the way of thinking by evaluating 10 universal human values: Benevolence, Universality, Security, Achievement, Hedonism, Stimulation, Power, Self-direction, Tradition, and Conformity. It consists of 40 items or statements on a 6-point Likert scale (from “Not at all like me” to “Very similar to me”) in which the interviewee is asked to define how much they consider similar to him/her the question is asked. The tool stems from what emerged in the literature, according to which people from different countries and, even with different life paths, have distinctly distant profiles when considering which of the values they consider most important.

Personality Assessment Inventory (PAI) (Morey, 1991, 2007, 2016): it is an effective atheoretical personality questionnaire, designed for adulthood (from 18 years onwards) and can be easily administered and understood, due to its shortness (45 for administration) and diagnostic exhaustiveness, even by subjects with a low level of schooling; it does not require the use of complex correction grids for scoring but offers an automated scoring system. The tool aims to evaluate personality and psychopathology and investigates five areas: Validity of responses, Clinical symptoms; Interpersonal styles; Complications for treatment; Additional indices to evaluate aspects of the reliability and validity of the test. The PAI considers both the validity of the content, which guarantees the representability of the constructs examined and the severity of the content (e.g., the Suicidal ideation scale includes different levels: from vague ideas of suicide to separate plans for self-harm). It consists of 344 items on a 4-step Likert response scale that include 11 Clinical Scales, 5 Treatment Scales, and 2 Interpersonal Scales, which cannot be superimposed on each other. The Clinical Scales include three broad categories of disorders: the neurotic area, the psychotic area, and those associated with behavioral disorders and addictions. Two scales are specific for antisocial characteristics and for borderline characteristics. The Treatment Scales allow to formulate hypotheses on compliance and the complications of the same, detect the potential risk for oneself and others, the impact of any recent stressors on the areas of life, the level and quality of social support, and a motivation index to undertake any treatment. The Interpersonal Scales provide essential information regarding the person’s relationships and interactions, which are evaluated along two poles: warm and sociable - cold and reluctant. The tool also includes 4 Validity Scales: Inconsistency (INC / 10 pairs of items: indicates the degree of consistency with which the subject replied to the entire inventory), Infrequency (INF / 8: indicates whether the subject replied absently, randomly, or idiosyncratically), Negative Impression (NIM / 9: suggests excessive unfavorable impression or simulated disturbance), Positive Impression (PIM / 9: suggests presenting a very favorable impression or a reluctance to admit small defects). The questionnaire presents 27 critical items which evaluate pathological behaviors that may require immediate attention (e.g., suicidal risk).

In addition, the following indices are measured: Defensive index (9 scales), Caschel discriminating



function, Disease simulation index (8 scales), Rogers discriminating function, Suicide potential index, Violence potential index, and Treatment process index.

Psicoeducation

The methodology of psychoeducation is effective in making a person aware of the disorder he brings. Introduced in the field of mental health sciences in the 1980s, it aims at awareness and the acquisition of means to cope with the problems arising from a disorder.

The psychoeducational interventions, applied to groups A and B, followed the phases of the game and took place over three stages, in line with the game modes: the phase of the individual game, the phase of the competitive game, the phase of the game cooperative. The psychoeducational intervention, conceived with a view to sharing and confrontation, envisaged a series of didactic units aimed at raising awareness of the person on the issues addressed from time to time during the game sessions. Past studies have confirmed the strong correlation between neurocognition and social functioning, from the neurocognitive phase to the emotional phase to the phase of recognizing others (Galderisi et al., 2014). Psychoeducation interventions immediately following the game phase focused on the stimulus - word association.

The interventions, divided into three times (T1; T2; T3), followed the phases of the project.

T1: Individual game time. Psychoeducation interventions focused on individual stimuli shared with the rest of the group.

T2: Time of competitive play. The psychoeducational interventions focused on the individual stimuli from the comparison with the other group members.

T3: Time for cooperative play. The interventions focused on the individual stimuli arising from comparison and collaboration.

The goal of opening a mentalizing window (Fonagy, 2013), through the passages from “what happens to me / what the other causes me / what I can give to others”, can be considered necessary for a good ability to “keep others’ mind in order to reduce and improve the relationship with the outside world (Fonagy, 2012).

Conclusions

This pilot study is the result of the Intergenerational Transfer Project, aimed to enhance young and adult individuals’ emotional and cognitive resources through two main tools: play and relational dialogue.

The current historical period, mainly invaded by the Covid-19 pandemic, has highlighted the need to use these tools to foster our participants’ psychological and physical health processes.

Play and relational dialogue as core factors of change to which were added secondary factors such as continuity of meetings, respect for the virtual setting, structuring of meetings, and management by the conductors, enabled the promotion of change and the realization of the study. However, due to these factors, which were certainly associated with other individual-type variables such as personality traits, three drop-outs were found, so the six-month course ended with seven participants. The change observed was identified directly, gradually, and then retrospectively by analyzing the scores on the questionnaires administered.



The individual, competitive and collaborative game allowed to strengthen cognitive resources and favored mentalization concerning oneself and others, indirectly improving the relational dynamics within the group.

The first phase was characterized by the need for a group constitution where each participant offered their skills to achieve the set goals while playing.

In this phase, the over-participants showed more feelings of anger, annoyance, nervousness, and irritation in using technology, although expressing them less defensively than the under-participants. On the other hand, the under-participants showed a significant sense of inadequacy and relational insecurity.

The second phase, dictated by the competition game, determined the emergence of subjectivities in the group. Each person's uniqueness brought into play their beliefs, resources, and skills, enhancing the dynamics of a match, mismatch, and relational reparation.

Finally, following the expression and recognition of similarities and differences, during the third phase, the effectiveness and efficiency of the group itself emerged. Participants gained a greater sense of self-fulfillment and satisfaction through and with others. Both over- and under-participants showed assertiveness in communication and cooperation, stimulating dynamic co-construction behaviors of resolutions and achieving set goals.

Alongside play, relational dialogue, stimulated by the conductors, characterized all three phases of the study using the cognitively oriented psychoeducation technique. The latter inverted the intergenerational information/training flow, favoring an inter-subjective exchange based on the shared creation of mentalizing dynamics. Thus, the transmission of knowledge took place bi-directionally: the older participants taught the young participants, and the young participants taught the older participants.

The mentalizing dynamics fostered individual growth paths based on lived experience concerning the group and the game. Inevitably, due to the human bias of generalization, this lived experience was extended to the complexity of each individual's entire existential experience, which was thoroughly addressed in individual psychotherapy sessions organized by the Intergenerational Transfer project. In conclusion, this Intergenerational Transfer Project promoted dissemination meetings to allow replication of the study and implement interesting modifications such as the inclusion of a clinical group characterized by individuals diagnosed with gambling disorders.



Bibliografia

- Allen, J. G., & Fonagy, P. (Eds.). (2006). *The handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley & Sons.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23- 32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Dickens, S. E. (2006). Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA). APA PsycTests.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Dickens, S. E. (2006). The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(1), 25-39.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A tests of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Baselice, A., Alberini, S., Carcangiu, G., Corlito, G., (2013), *Manuale per la crescita dei Club*, Effigi, Arcidosso, 2013.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. E. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing, Inc..
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2): 169-190.
- Caretti, V., Schimmenti, A., Porcelli, P., Temperani, D., Temperani, A., Tizi, C., Baldoni, F. (2019). Psychosomatic Dysregulation Inventory: Italian validation in a clinical sample. *Psychother Psychosom*, 88(suppl 1):20.
- Colom, F., Vieta, E., (2006), *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare*, Fioriti Editore, Roma
- Corlito, G. (2006) (a cura di), *Alcologia e salute mentale*, Erickson, Trento, 2006.
- Derogatis, L., Rickels, K., & Rock, A. (1976). The SCL-90 e the MMPI: A Step in the Validation of a New Self-Report Scale. *British Journal of Psychiatry*, 128(3): 280-289. doi:10.1192/bjp.128.3.280.
- Falloon, I.R., (1992) *Intervento psico-educativo integrato in psichiatria*, Erickson, Trento.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2013). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. In *Minding the child* (pp. 25-48). Routledge.
- Halfon, S., Bekar, Ö., Ababay, S., & Dorlach, G. Ç. (2017). Dyadic mental state talk and sophistication of symbolic play between parents and children with behavioral problems. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 16(4), 291-307. <https://doi.org/10.1037/t65571-000>
- Morey, L.C. (1997). *The Personality Assessment Screener* (professional manual: Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.



- Morey, L.C.** (2007). *The Personality Assessment Inventory professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morey, L.C.** (2016). *PAI – Personality Assessment Inventory*. Edizione Hogrefe.
- Piaget, J.** (1936). *Origins of intelligence in the child*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Piaget, J.** (1945). *Play, dreams and imitation in childhood*. London: Heinemann.
- Schwartz, S. H. Melech, G., Lehmann, A., Burgess, S., Harris, M., & Owens, V.** (2001). Extending the crosscultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32, 519–542.
- Schwartz, S.H.** (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. *Advances in Experimental Social Psychology*, M. Zanna, San Diego: Academic Press
- Tansella, M.,** (2012). *Psichiatria epidemiologica*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma,
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M.** (2000). *An overview of the alexithymia construct*.
- Taylor, G. J., Bagby, M., Caretti, V., Schimmenti, A.** (2014). *La valutazione dell'alexitimia con la TSIA*. Raffaello Cortina Editore.