

La psicoterapia cognitiva e cognitivo-comportamentale: storia ed evoluzione della tecnica, metodologia, applicazioni cliniche, prove di efficacia

*Cognitive and cognitive-behaviour psychotherapy:
history and evolution of the procedure, methodology
and clinical applications, test effectiveness*

A.M. INVERSO, F. LAMBRUSCHI*

*Ambulatorio di Neuropsichiatria Infantile Ausl, Valle d'Aosta ; *U.O. NPI Ausl, Cesena*

PAROLE CHIAVE. – Terapia cognitiva - Terapia cognitivo-comportamentale - Elaborazione emotiva - Attaccamento

KEY WORDS. – *Cognitive therapy - Cognitive-behavior therapy - Emotional processing - Attachment*

Summary

After a reconstruction of the complex historical and epistemological development of cognitive and cognitive-behavioral therapy in infancy, the article presents the basic and shared methodological aspects of this approach and the results of the research on the effectiveness of treatments. The authors highlight how the development of therapeutic methodology, results from the incorporation in the clinical practice of new theories of cognitive mental functioning, which gives a central role to the emotional development and interpersonal cognitive cycles. In particular, some Italian developments of cognitive psychotherapy emphasize the role of therapeutic relationship, the conception of the subject as active constructor of meaning, and the fundamental importance of the attachment relationships.

Evoluzione storica del modello clinico cognitivista

L'attuale cognitivismo clinico e l'approccio cognitivo alla psicoterapia si sviluppano nel corso degli anni '60-'80 del secolo scorso a partire da due distinte radici: la prima rappresentata dallo sviluppo concettuale e metodologico del comportamentismo¹; la seconda, che nasce all'interno del movimento critico della psicoanalisi nel mondo anglosassone, e più specificamente nordamericano, rappresenta lo sviluppo di modelli e tecniche di focalizzazione sul mondo interno e di costruzione di schemi interpretativi della realtà^{2 3}.

Sono disponibili in letteratura diverse rassegne che tracciano in modo chiaro e dettagliato l'evoluzione storica del modello clinico cognitivista, dalle sue radici nell'approccio comportamentale e cognitivo-comportamentale, fino ai più recenti sviluppi teorici e clinici⁴⁻⁸. A tali contributi, dunque, rimandiamo il lettore desideroso di ricostruire tale percorso con completezza e dovizia di dettagli. A questa genesi, già complessa ed eterogenea, si aggiunge, nel contesto italiano, l'apporto costruttivista, evoluzionista, e, più in generale, relazionale, che ha segnato un vero e proprio cambiamento di prospettiva in ambito cognitivo e i cui sviluppi sono tuttora in atto⁸.

Com'è noto, per il *comportamentismo* costituiscono oggetto di studio della psicologia scientifica solo i fatti oggettivamente osservabili, gli eventi ambientali e il comportamento manifesto; con l'esclusione decisa dei fenomeni soggettivi, considerati privi di tali caratteristiche di oggettività, misurabilità, operazionalità. Al centro dell'unità di analisi sta il comportamento osservabile (R) inteso come il prodotto di fattori che hanno la funzione di antecedenti (S) e di conseguenti (Sr). Ciò può essere sintetizzato nella semplice equazione comportamentale: S-R-Sr. L'analisi dei rapporti tra questi elementi è chiamata *analisi funzionale* in quanto mira a sottolineare come il comportamento sia appunto "funzione" dei fattori che lo precedono e che lo seguono. In quest'ottica, lo sviluppo infantile viene visto come graduale acquisizione di sequenze comportamentali e di abitudini, sulla base di processi associativi stimolo-risposta e di rinforzi ambientali. Il comportamento adattivo del bambino è considerato un comportamento in linea con le norme sociali dell'ambiente in cui vive, mentre i comportamenti disadattivi sono visti come modalità di risposta apprese in eccesso o in difetto rispetto alla norma sociale. I teorici comportamentisti in genere non parlano di "sintomi", in quanto questo termine rimanda a un qualche disturbo interno o sottostante non osservabile, ma si limitano a parlare di abitudini disadattive apprese.

I principi del *condizionamento classico* sono alla base dei processi di apprendimento stimolo-risposta, e sostanziano quindi la prima parte dell'equazione comportamentale (S-R); principi su cui si sviluppò il modello clinico denominato *Behavior Therapy*^{9 10}. Il primo pionieristico tentativo di applicazione in ambito clinico dei principi del condizionamento classico, per la verità, fu effettuato proprio nell'ambito delle fobie infantili da Mary Cover Jones (1924). Nelle sue applicazioni infantili questo modello prevede un dettagliato *assessment* com-

portamentale: una descrizione il più possibile operativa, concreta e obiettiva dei comportamenti problematici del bambino (comportamenti motori; comportamenti verbali; comportamenti neurofisiologici); degli stimoli elicитanti (specifiche situazioni-stimolo, persone-stimolo, modalità di relazione genitore/bambino-stimolo), costruendone, eventualmente un elenco gerarchico. Il passo successivo consiste nell'applicazione di tecniche basate principalmente sul controcondizionamento e l'inibizione reciproca.

Sulla seconda parte dell'equazione comportamentale (R-Sr), che risponde invece ai principi del *condizionamento operante*, fu elaborato un ricco repertorio di tecniche che va sotto il nome di *Applied Behavior Analysis* (Analisi e Modificazione del Comportamento)^{11 12} e che si basano sulla gestione del rinforzo allo scopo di modificare comportamenti disadattivi e sostituirli con altri più adattivi. Le procedure di analisi e modificazione del comportamento sono state applicate a numerosi contesti clinici, tra cui psicosi, disabilità, problemi comportamentali, ed alcuni problemi infantili quali l'enuresi, l'encopresi, le fobie scolastiche. In effetti, queste tecniche, per la loro semplice focalizzazione sul comportamento manifesto, si prestano molto bene all'affronto delle più varie problematiche infantili. L'intervento si basa principalmente sull'alterazione e gestione delle contingenze ambientali e dei rinforzi, attraverso adeguati programmi.

Nel corso degli anni '70 si svilupparono gradualmente le prime *terapie cognitivo-comportamentali*, che cominciarono a focalizzare l'attenzione clinica non solo sul comportamento manifesto ma anche su variabili interne all'individuo¹³⁻¹⁶. Si iniziò, in tal modo, ad aprire uno spiraglio sui sistemi rappresentativi del bambino, sebbene venissero considerati alla stessa stregua dei comportamenti manifesti, applicandovi gli stessi principi. In particolare, Meichenbaum, riprendendo le teorie di Vygotsky¹⁷ e di Luria¹⁸ sul ruolo del linguaggio nell'attivazione e nell'inibizione del comportamento motorio di un individuo, concentrò la sua attenzione sul ruolo dei processi rappresentativi interni (immaginazione e dialogo interno) nel controllo del comportamento e considerò il linguaggio interiorizzato, cioè il pensiero, come principale regolatore e guida del comportamento esterno e come variabile cruciale nella determinazione dello stile di soluzione dei problemi e delle capacità di autocontrollo. A ciò giunse proprio dall'osservazione di alcuni disturbi comportamentali infantili (deficit d'attenzione, iperattività e impulsività), ricollegabili appunto ad un deficit di mediazione cognitiva e delle capacità di autoregolazione tramite il linguaggio. Sulla base di queste osservazioni, Meichenbaum elaborò alcune tecniche di intervento, tra cui le più note sono il *self instructional training* e lo *stress inoculation training*, nelle quali uno dei principali obiettivi è rappresentato proprio dal riconoscimento e successiva riformulazione del dialogo interno, in modo da far acquisire al bambino un adeguato controllo del comportamento verbale su quello non verbale.

I primi veri e propri modelli clinici cognitivisti nascono invece non già come sviluppo della radice comportamentista ma come crescente insoddisfazione verso l'approccio psicoanalitico; alcuni clinici provenienti da questa area si concentraro-

no particolarmente sull'esperienza interna dei pazienti e sui loro sistemi di regole e di convinzioni, giungendo alla definizione dei primi veri e propri modelli di terapia cognitiva, in cui si postula una stretta interdipendenza tra comportamenti, emozioni e cognizioni²³. Secondo l'A-B-C cognitivista, dato un evento attivante (A), le particolari conseguenze comportamentali ed emotive (C) che si possono osservare, saranno dovute non già all'evento in sé, quanto piuttosto al sistema interno di convinzioni (B), cioè alle modalità specifiche e selettive di percezione, definizione, interpretazione e valutazione dello stimolo messe in atto dal soggetto; quindi dalla sua particolare elaborazione cognitiva. Ellis focalizza maggiormente la sua attenzione sull'aspetto contenutistico del sistema di convinzioni, identificando una serie di cosiddette convinzioni "irrazionali", ovvero non corrispondenti alla realtà, che quindi interferirebbero con il benessere individuale. Ret si pone come obiettivo quello di identificare le forme di pensiero assolutistico, renderne cosciente il paziente ed aiutarlo a sostituirle con modalità più razionali ed adattive. Beck parla di "pensieri automatici" connessi alle sequenze sintomatiche, cioè ideazioni caratterizzate da estrema rapidità ed automaticità, e non sempre così accessibili alla coscienza; l'obiettivo del terapeuta diventa quello di rendere il paziente consapevole di tali pensieri automatici, di riconoscerli come relativi e soggettivi, e di aiutarlo a modificare i processi di pensiero distorti in essi presenti (astrazione selettiva, pensiero dicotomico, ingigantimento, ipergeneralizzazione ecc.).

Questi diversi modelli cognitivisti non sembravano tuttavia prestarsi ad essere utilizzati in età prescolare e, in parte, in età scolare, richiedendo competenze linguistiche e di pensiero particolarmente sviluppate. Vi sono stati, tuttavia, diversi tentativi di adattamento delle procedure di analisi e critica dei pensieri irrazionali, allo scopo di renderle più attraenti e fruibili per il bambino, sia facendo ricorso a disegni, giochi, fumetti o favole, sia integrando in vario modo le tecniche cognitive standard con le tecniche di tipo comportamentale¹⁹⁻²¹.

Nel corso del tempo si è determinata una graduale integrazione di tutti questi approcci entro la definizione condivisa di approccio cognitivo-comportamentale²², che utilizza, in modo variamente combinato, un nutrito repertorio di tecniche, riconducibili fondamentalmente a tre grandi gruppi: 1) tecniche centrate sugli antecedenti del comportamento bersaglio; 2) procedure basate sulle conseguenze di tale comportamento; 3) tecniche cognitive di autocontrollo²³.

Modelli clinici costruttivisti ed evolutivi

Il modello cognitivo-comportamentale è stato fatto oggetto di numerose critiche, sia per quanto riguarda l'atteggiamento del terapeuta nei confronti del sintomo, sia per quanto attiene alla concezione della relazione medico-paziente. L'autore che ha formulato con più completezza tali critiche, proponendo un nuovo manifesto per lo sviluppo della terapia cognitiva è stato Mahoney²⁴, il quale ha articolato la sua critica e la sua proposta nei punti seguenti:

- a) la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) tende ad ignorare o minimizzare la rilevanza dei processi inconsci (dimensione tacita della conoscenza)²⁵;
- b) la TCC considera le emozioni come sottoprodotto delle convinzioni. Trascura, perciò, il valore informativo ed il ruolo delle emozioni nel processo di conoscenza. In terapia, questo atteggiamento si traduce nella tendenza a concentrarsi sul controllo delle emozioni, trascurando la rilevanza dell'espressione delle stesse nei processi di cambiamento;
- c) la TCC considera i processi cognitivi come risposte a stimoli ed il modello mentale che ne deriva è un modello sensoriale;
- d) la TCC teorizza, in modo implicito, un isomorfismo pensiero/linguaggio che si esprime nella forma linguistica, che viene data ai pensieri automatici ed alle convinzioni;
- e) la razionalità è considerata il miglior fattore di adattamento, e in sostanza questo delinea una visione ipercoscienzialista e iperrazionalista dell'adattamento e del buon funzionamento mentale dell'uomo;
- f) la relazione terapeutica è centrata su aspetti pedagogici e normativi con oscuramento del ruolo che gli eventi relazionali hanno sulla terapia.

Ai punti proposti da Mahoney nel suo manifesto programmatico e alle diverse problematiche teoriche e cliniche che si sviluppano nel corso degli anni Settanta danno una risposta organica e articolata Vittorio Guidano e Giovanni Liotti²⁶, che con il loro modello clinico e terapeutico provocano una svolta sostanziale nell'evoluzione del cognitivismo clinico non solo italiano. Gli aspetti teorici e metodologici che caratterizzano i due autori possono essere così sintetizzati: la conoscenza personale è il risultato di una costruzione individuale, e non è possibile spiegare la costruzione di Sé se non in termini evolutivi; la teoria dell'attaccamento occupa un posto centrale nel delineare il contesto interpersonale entro cui si costituisce la conoscenza individuale. Questa concezione della costruzione del Sé comporta una serie di conseguenze sul piano clinico. Infatti, insieme alla sottolineatura della dimensione costruttivistica della conoscenza umana e all'analisi dei suoi aspetti strutturali e organizzativi viene posta in risalto la necessità di considerare tale conoscenza dal punto di vista evolutivo.

In altri termini, una volta riconnessi in forma unitaria ed organizzata i singoli elementi e processi che si presentano in modo frammentato all'attenzione del clinico, sorge il problema della loro genesi, la necessità di comprendere meglio l'organizzazione della conoscenza personale osservandone le caratteristiche nel corso dello sviluppo individuale. Le idee sulle diverse modalità di rappresentazione vengono collegate alle tappe dell'itinerario di sviluppo, adattandole, per usare un'espressione di Bruner, a una "camicia di forza cronologica". La modalità tacita appare dunque per prima durante l'infanzia; ad essa segue l'emergere progressivo delle altre modalità della conoscenza nel corso dell'infanzia, dell'età prescolare e della fanciullezza e il loro organizzarsi in una modalità dinamica e complementare, che comunque vede la sequenza cronologica dello sviluppo on-

togenetico rispecchiare il ruolo primario degli aspetti taciti nell'organizzazione della conoscenza. La cornice concettuale atta ad integrare, in una prospettiva teorica e clinica, sia gli aspetti relativi alla maturazione della conoscenza che le influenze dei contesti ambientale e interpersonale propri della storia personale di ogni individuo, è rappresentata dalla teoria dell'attaccamento di John Bowlby²⁷. Il punto di vista evolutivo sulla conoscenza personale viene a porre in evidenza il ruolo cruciale della storia di vita e del contesto interpersonale nell'influenzare le caratteristiche della conoscenza di sé, consentendo di delineare meglio i differenti assetti organizzativi che questa viene ad assumere in specifiche sindromi cliniche.

La novità e la complessità di questi contributi teorici e clinici, hanno rappresentato uno stimolo intenso e fecondo non solo per la terapia cognitiva dell'adulto²⁸⁻³², ma hanno anche reso possibile una importante evoluzione e ampliamento dei modelli teorici e delle modalità applicative del modello clinico cognitivista all'infanzia e all'adolescenza³³.

Considerazioni epistemologiche

Se cerchiamo di guardare l'evoluzione storica che abbiamo delineato da un punto di vista teorico ed epistemologico possiamo tracciare la seguente sintesi: l'approccio cognitivo alla psicoterapia risente in modo rilevante della discontinuità prodottasi all'interno dell'approccio cognitivo-comportamentale negli anni '80 del secolo scorso. Tale discontinuità riguarda non tanto, come parrebbe ovvio, il superamento dell'a-mentalismo del comportamentismo ortodosso; infatti già all'interno del comportamentismo erano state introdotte varianti allo schema stimolo-risposta che introducevano, sia pure in modo surrettizio, fatti "quasi mentali", come intermediari della risposta espressa in termini di comportamenti osservabili. La vera discontinuità, che costituisce un trauma non del tutto superato in ambito cognitivo-comportamentale, è la constatazione che processi di acquisizione e trasformazione della conoscenza individuale avvengono attraverso meccanismi non associativi e che fanno riferimento a processi interamente mentali, che prescindono da fattori stimolo esterni.

L'esistenza di processi mentali che si sviluppano in rapporto all'organizzazione della conoscenza e non a stimoli esterni porta a riconsiderare ampiamente il senso e le procedure di un intervento psicoterapeutico, che si propone un cambiamento della conoscenza individuale. Progressivamente da una metodologia che puntava alla costruzione di percorsi organizzati in modo sequenziale, utilizzando come strumenti principali per il cambiamento tecniche di modificazione dello stimolo e che facevano dell'aumento della capacità di controllo l'obiettivo principale del trattamento, si è passati a procedure che definiscono come elemento strategico l'incremento della conoscenza del soggetto.

Una prima linea di sviluppo della metodologia non si distacca dall'idea che l'incremento di conoscenza sia collocato all'interno di un percorso di apprendimento associativo. La metodologia psicoterapeutica si basa prevalentemente sulla costruzione di un curriculum che definisce le aree di deficit conoscitivo riguardo a sé e al mondo; il processo psicoterapeutico è un percorso di apprendimento, guidato da un terapeuta, che svolge una funzione pedagogica. Esistono numerosi programmi di questo tipo, citati nel presente articolo, alcuni dei quali hanno mostrato efficacia reale in studi controllati. Una seconda linea di sviluppo prende atto dalla discontinuità e costruisce un modello di intervento che tiene conto degli sviluppi intervenuti nelle conoscenze di base, in particolare della rilevanza della conoscenza tacita²⁵ nel guidare il comportamento, e del primato della conoscenza emozionale per cui le emozioni non sono il risultato di una precedente valutazione cognitiva (fredda) ma una modalità primaria di elaborazione delle informazioni^{34 35}. Sotto il profilo metodologico, l'influenza più significativa del complesso di tali innovazioni teoriche si sviluppa sulla relazione terapeutica, che perde in modo più o meno rilevante i suoi tratti pedagogici e normativi. Infatti se la mente non è un semplice dispositivo di risposta a stimoli esterni ma effettua previsioni, crea piani d'azione, regola il suo stato interno, articola il suo sistema di conoscenza secondo un'organizzazione intrinseca e persegue scopi, in maniera rilevante, idiosincrasi, allora il cambiamento non può che essere mediato dal soggetto stesso. È all'interno di tale linea di sviluppo che prende corpo una metodologia che individua nella relazione terapeutica e nella sua gestione uno dei fattori strategici centrali del cambiamento.

Pur all'interno di tale evidente differenziazione esistono comuni assunzioni tra i diversi orientamenti della psicoterapia cognitiva e cognitivo-comportamentale. La principale di esse è che le manifestazioni comportamentali, emotive, psicofisiologiche dell'individuo siano il prodotto della rappresentazione che il soggetto ha di sé, del mondo e del suo rapporto con il mondo. In secondo luogo, il complesso di tali rappresentazioni si è venuto costruendo a partire dal rapporto tra l'individuo e il contesto di sviluppo. Inoltre, le manifestazioni psicopatologiche altro non sono che il risultato di particolari modalità di rappresentazione che il soggetto è venuto costruendosi. Le rappresentazioni mentali sono, a loro volta, un prodotto del funzionamento mentale, ossia di processi realizzati da strutture mentali. Queste strutture vengono comunemente denominate *schemi* o *modelli* e si ritiene siano organizzati in un sistema complessivo. Gli schemi sono il frutto delle interazioni tra componenti innate e contesto ambientale ed emergono come risultato di una evoluzione storica dell'individuo. Lo scopo strategico della psicoterapia consiste nella modificazione di schemi disadattativi (o nella creazione di nuovi schemi che integrino o sostituiscano quelli patogeni) che causano e mantengono la sofferenza o il disadattamento.

Metodologie e tecniche terapeutiche

L'obiettivo conclusivo della psicoterapia è rappresentato, dunque, dal cambiamento di schemi cognitivo emotivi disfunzionali attraverso un ampliamento della conoscenza individuale. Il principio psicopatologico generale, su cui si realizza la maggior convergenza degli studiosi e che guida l'agire terapeutico, assume che la genesi dei disturbi mentali sia riconducibile a due tipologie di fattori: a) Il deficit negli schemi cognitivo-emotivi, inteso come assenza o carenza di processi mentali in circostanze in cui sarebbe fondamentale il loro impiego; b) Le *distorsioni* cognitive, intese come applicazione di schemi interpretativi inappropriati ad una determinata situazione contestuale.

È importante precisare che la "situazione contestuale" comprende non solo lo stato delle cose ma anche lo stato interno del soggetto e lo stato delle relazioni con gli altri. Deficit e distorsioni degli schemi interpretativi delle contingenze attuali possono realizzarsi per: insufficienza di informazioni pertinenti; perseguimento di scopi incompatibili con le conoscenze attuali; esigenze interne al sistema che vietano l'applicazione di schemi interpretativi più appropriati. Quest'ultima possibilità si ricollega alla concezione secondo la quale gli esseri umani possiedono un'attività mentale intrinseca, che può essere "perturbata" nel suo rapporto con il mondo esterno ma non da esso "causata" (teoria motoria della mente). La modificazione, o creazione, o riorganizzazione degli schemi mentali (prevalentemente interpersonali), che la terapia si propone, per la complessità che abbiamo cercato di riassumere, non può utilizzare tecniche specifiche, né può essere perseguita intrinsecamente e direttamente⁵, pertanto si avvarrà di strumenti tecnici che creano la possibilità di tale cambiamento.

Nell'età evolutiva la metodologia dell'intervento deve tener conto di due fattori specifici: da un lato l'accentuata dipendenza del bambino dal suo ambiente di accudimento, data dalla immaturità di importanti funzioni mentali oltre che della immaturità fisica; dall'altro la rapidità con cui i processi evolutivi generano modificazioni nell'assetto fisiologico e mentale del bambino stesso. L'attività terapeutica si svolgerà sostanzialmente su due aree: la ristrutturazione di scenari interpretativi della realtà e la costruzione di processi di *problem-solving* più adeguati alle sfide poste dallo sviluppo e dall'ambiente di vita.

Le procedure terapeutiche che vengono via via attivate, rivolte a specifici disturbi hanno come base comune la creazione e gestione di una relazione interpersonale peculiare che definiamo *relazione terapeutica*. Il valore e la centralità della relazione terapeutica dipende sia dal fatto che essa costituisce il supporto per l'*alleanza terapeutica*, ossia la condizione cooperativa che consente di rivolgersi ad un obiettivo comune, riconosciuto e condiviso⁵, sia dalla portata intrinseca della relazione stessa nel permettere la formazione di "modelli operativi interni"²⁷. Infatti è riconosciuto, e ampiamente accettato anche in terapia cognitiva (pur con una propria peculiare concettualizzazione), che la relazione terapeutica definisce un contesto che rende possibile il cambiamento, e di fatto lo produ-

ce³⁶. È essa stessa oggetto di intervento, oltre ad essere strumento della terapia. I modelli di riferimento per la costruzione della relazione terapeutica si rifanno a diverse metafore, rimaneggiate nel corso del tempo in rapporto a cambiamenti sia culturali che tecnici. Le metafore più suggestive e attualmente in uso sono, in riferimento al ruolo del terapeuta, quelle dello “scienziato esperto”, che guida il paziente a costruire nuove teorie su di sé, sugli altri e su di sé-con-gli-altri, e quella del terapeuta “base sicura”, che consente al paziente di esplorare aspetti di sé e del mondo altrimenti preclusi.

Per quanto riguarda l'intervento in età evolutiva, questa seconda metafora è quella più comunemente adottata. L'idea centrale è che il posizionamento del terapeuta come “base sicura”, sviluppata secondo la descrizione di Bowlby, permette al bambino un vero e proprio processo di sviluppo^{37 38}: in questo senso la relazione è terapeutica in modo specifico. Uno dei meccanismi attraverso cui la relazione terapeutica si ritiene agisca si ricollega alle modalità con cui il terapeuta, interagendo con il paziente, offre la possibilità di “leggere” la propria mente; e il terapeuta, a sua volta, offre al paziente una lettura attenta del suo stato mentale. La chiarezza con cui è possibile questo processo di riconoscimento reciproco degli stati interni consente l'accrescimento delle capacità di mentalizzazione del paziente, che è uno dei requisiti per l'acquisizione di più sofisticate strategie metacognitive³⁹.

All'interno di una relazione terapeutica così costituita e costantemente rielaborata si svolge il lavoro di esplorazione e costruzione di rappresentazioni mentali che possiamo così riassumere: il lavoro sul dialogo interno e sugli scenari immaginativi; il lavoro sulle emozioni e sulla regolazione emotiva; il lavoro di costruzione di strategie di fronteggiamento (*problem-solving*, modellamento ecc.).

Nel lavoro sul dialogo interno con il bambino vi è una difficoltà supplementare a quella presentata da tutti i pazienti, cioè quella di orientarsi sul mondo interno e a riconoscerlo. Tecniche come il disegno, i disegni in sequenza, i fumetti, le fiabe, il gioco permettono l'esteriorizzazione del mondo interno³³. In questo modo il lavoro sul dialogo interno va pressoché di pari passo col lavoro su scenari immaginativi visivi. Il senso di tale attività è quello di ridefinire il significato delle produzioni mentali del bambino ampliando le connessioni e precisandone i significati. Il terapeuta cerca di entrare cautamente all'interno di tali scenari arricchendone le componenti, permettendone lo svolgimento e l'esplorazione.

Il lavoro sulle emozioni e sulla regolazione degli stati emotivi consiste nell'aiutare il bambino a identificare, riconoscere ed esprimere stati emotivi e a modularne l'intensità in modo da renderli da un lato riconoscibili e dall'altro non destabilizzanti. Le emozioni, che vengono sentite nel corpo, acquisiscono una più precisa identità se semantizzate, ossia quando venga loro attribuito un nome. Questo primo passaggio consiste nel discriminare in modo più accurato lo stato emotivo che si sta sperimentando; un secondo passaggio è quello di connettere lo stato emotivo con pensieri ed eventi che lo spieghino e gli diano senso. A

questo scopo sono state create alcune tecniche, tra cui molto usata è quella della scheda ABC cognitivista, ovviamente adattata alle competenze e agli interessi del bambino. In questa scheda un comportamento o emozione (C) viene messa in relazione a pensieri, convinzioni e immagini (B) e ad eventi che hanno una correlazione temporale con essi (A). Questo non è che uno dei modi per collegare eventi, pensieri, emozioni e comportamenti e attribuire un significato a stati emotivi e modalità comportamentali. Strumenti utilizzati con il medesimo obiettivo sono i diari e le schede di autosservazione.

Al di là delle singole e specifiche tecniche il tratto comune a queste tipologie d'intervento è lo scopo di consentire il riconoscimento e la esplorazione di contesti e contenuti della propria esperienza emotiva. Elemento decisivo per l'efficacia di tutto il lavoro sulle emozioni è la possibilità che il bambino sperimenti, riconosca, esplori ed esprima i propri stati emotivi, anche intensi, in condizioni relazionali di sicurezza.

Il lavoro di costruzione di procedure di *problem solving* è prezioso soprattutto in alcuni importanti disturbi esternalizzanti. In terapia i problemi ci si presentano come non "ben formati" e pertanto è necessario da parte degli adulti di riferimento e del bambino costruire e riformulare il problema stesso in termini chiari, condivisi ed operazionali. Il lavoro sul *problem solving* procede attraverso una sequenza canonica: riformulazione del problema, che metta in evidenza gli aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali dello stesso; circoscrizione e ridefinizione dell'ambito problematico effettuata in un formato che chiarisca gli aspetti principali dello stesso; elicitazione di alternative, formulazione di una strategia, organizzazione delle informazioni, allocazione delle risorse, monitoraggio dell'attività, valutazione.

Infine, in terapia cognitivo-comportamentale si cerca attivamente la graduale costruzione di modelli comportamentali più adattativi. Per favorire il processo di cambiamento intenzionale, possono essere messe in atto procedure di guida attiva, in particolare l'insegnamento di nuove abilità comportamentali. Là dove il paziente non riesca ad immaginare comportamenti di adeguamento alla circostanza problematica si può procedere attraverso tecniche di *skills training*, di modellamento attraverso *role-playing* o altre tecniche di apprendimento sistematico. Gli *skills* da apprendere non consistono necessariamente in comportamenti ma anche in capacità cognitive ed emotive.

Prove di efficacia

È ormai ampiamente condivisa la necessità di individuare standard minimi e criteri di garanzia nell'applicazione delle psicoterapie in età evolutiva. L'ottica cognitivista ha sempre posto, talvolta inascoltata, il problema della necessità di un accurato *assessment* clinico come guida rigorosa per la definizione e condivisione col paziente di chiari e verificabili obiettivi terapeutici; dell'importanza

di una adeguata formulazione del caso e dei rischi insiti nel navigare a vista o nell'immediatezza della relazione terapeutica, pur sottolineando la necessità di concettualizzare in termini rigorosi i fenomeni che nella relazione stessa si determinano⁴⁰⁻⁴²; della necessità, infine, di adeguati strumenti di valutazione del cambiamento in termini di processo e di esito.

Come abbiamo già sottolineato, nell'ambito del cognitivismo clinico attuale convivono posizioni epistemologiche e teoriche assai differenti fra loro, ognuna delle quali sostiene uno specifico modello d'uomo e una propria teoria della sofferenza umana⁴³. Al di là di tali differenziazioni, comunque, l'ottica cognitivo-comportamentale, come modello integrato, ha rappresentato e rappresenta tuttora a livello internazionale uno degli approcci più riconosciuti e di dimostrata efficacia, nell'ambito della *Evidence Based Mental Health* anche per quanto concerne l'età evolutiva⁴⁴. Ciononostante, non ha ancora avuto nella nostra cultura italiana quell'impatto e quella diffusione che si sono invece determinati in altri contesti.

Altri articoli di questo numero della rivista tratta delle terapie cognitivo comportamentali in ambiti clinici specifici come i disturbi d'ansia e i disturbi ossessivo compulsivi⁴⁵⁻⁴⁸; qui tratteremo solo di quei disturbi non altrove esaminati.

Depressione

I disturbi depressivi rappresentano un'area tradizionalmente "forte" per l'approccio psicoterapeutico cognitivo negli adulti; non sempre esso è però facilmente applicabile al trattamento dei bambini le cui convinzioni su di sé e sul mondo si esprimono primariamente per via procedurale ed emozionale. Le diverse componenti del modello cognitivo standard hanno dovuto trovare nel tempo una adeguata "traduzione" e semplificazione che tenga conto della concretezza e giocosità del linguaggio infantile. Laddove l'apporto comportamentale contribuisce con tecniche come il monitoraggio e la programmazione di attività piacevoli e i training per le abilità sociali, le tecniche di matrice cognitiva (derivate principalmente dal lavoro di Beck) offrono un ventaglio molto ampio di risorse.

Brent et al.⁴⁹ hanno sottoposto a una verifica empirica di efficacia un trattamento psicoterapico individuale per la depressione negli adolescenti basato sull'adattamento del protocollo di Beck³ per gli adulti. Lo studio ha confrontato questo modello cognitivo-comportamentale con una terapia familiare sistemico-comportamentale (volta alla gestione dei conflitti e dei malfunzionamenti familiari) e con una terapia di sostegno non direttiva. L'intervento cognitivo-comportamentale si è dimostrato più veloce nel far rientrare i sintomi (nei casi trattati con successo), e alla fine del trattamento i soggetti non rientravano più nei criteri diagnostici per la depressione maggiore più frequentemente (83%) rispetto alla terapia di sostegno (58%). La remissione clinica completa era più frequente per questo approccio (60%) che negli altri (terapia familiare 38%, sostegno 39%). Il follow up a 2 anni però non mostrava differenze chiaramente significative nel-

l'incidenza ed entità della depressione nei tre gruppi (la depressione maggiore era meno frequente nel gruppo trattato con approccio cognitivo-comportamentale, ma senza arrivare ad una chiara significatività).

Il modello CWDA⁵⁰, basato su un modello multifattoriale della depressione, è un approccio psicoeducativo condotto in un setting di gruppo per adolescenti (utilizzabile anche in contesti scolastici). La valutazione dell'efficacia del programma CWDA, effettuata in quattro studi randomizzati, ha usato come criterio la somministrazione della intervista psichiatrica strutturata K-SADS. Due studi sul programma-base hanno mostrato: una remissione di depressione maggiore o distimia nella metà dei casi trattati rispetto al 5% nei soggetti in lista d'attesa, oppure un recupero nel 67% dei soggetti trattati rispetto a un 48% dei controlli. L'inclusione dei genitori nel programma non ha evidenziato effetti apprezzabili. Nel secondo studio, è stata testata l'efficacia di sedute mensili di consolidamento post-programma, che hanno aumentato il numero di remissioni, ma non hanno avuto effetto sulla successiva ricorrenza degli episodi depressivi. In uno studio su adolescenti depressi con concomitante disturbo della condotta, il programma CWDA ha dato un modesto miglioramento delle remissioni post-trattamento, non mantenuto a 12 mesi. In una ulteriore comparazione del programma CWDA con un trattamento convenzionale (psicoterapia breve e/o farmacoterapia), non si sono evidenziate differenze di efficacia⁵⁰.

Il programma PASCET⁵¹ per soggetti depressi tra gli 8 e i 15 anni, si basa su un modello cognitivo-comportamentale in cui all'intervento sui comportamenti che possono avere un ruolo genetico o di mantenimento sul disturbo depressivo (controllo primario), si aggiunge l'intervento sulle cognizioni ed emozioni che favoriscono il disturbo stesso (controllo secondario). Nella valutazione del programma PASCET, si è usato un modello volto all'applicazione finale del programma in contesti clinici, il più possibile assimilabili ai servizi clinici diretti alla popolazione generale. Dopo una prima valutazione "di laboratorio" di una versione del programma rivolta a gruppi di pazienti (basata su questionari autosomministrati e su interviste psichiatriche, che hanno mostrato una riduzione dell'entità sintomatologica del 50-70% nei pazienti sottoposti al programma, a confronto con una riduzione del 15-24% nei controlli non trattati), il programma è ora studiato in un contesto "naturalistico" di applicazione i cui risultati rispetto alle modalità abituali di cura, sono ancora in corso.

Disturbi di deficit attentivi/iperattività

I modelli di trattamento più sperimentati sui problemi di inattenzione, impulsività e iperattività hanno appuntato la loro attenzione su tre ambiti possibili di intervento: 1) il miglioramento delle abilità autoregolative nel bambino (*self instructional training* abbinato a *problem solving* e contrattazione delle contingenze di rinforzo); 2) il coinvolgimento delle figure genitoriali nel contenimento

e nella gestione educativa quotidiana del bambino (*Parent Training*); 3) il sostegno agli insegnanti e al contesto scolastico, ambito entro il quale le risorse del bambino con ADHD mostrano più chiaramente i loro limiti (*Teacher Training*).

Il primo programma psicologico, basato sull'insegnamento dell'autoregolazione attraverso procedure di autoistruzione verbale fu ideato da Douglas nel 1972⁵²; successivamente, Kendall e Braswell⁵³, integrarono al programma di autoistruzione l'uso di tecniche cognitivo-comportamentali (il rinforzo, il costo della risposta, il modellamento ecc.) e l'approccio al *problem solving*⁵⁴. In Italia sono a disposizione alcuni programmi di intervento sperimentati (Cornoldi et al., 1996), con l'obiettivo di far acquisire una migliore competenza di regolazione autonoma al bambino ADHD.

Per ovviare al limite che a miglioramenti nell'utilizzo delle risorse attentive di questi bambini, non corrisponda una riduzione di comportamenti di iperattività e di disattenzione nei contesti di vita quotidiana, sono stati elaborati specifici percorsi di lavoro per genitori^{55,56}. Il *Parent Training* ha evidenziato cambiamenti significativi osservati nel comportamento del figlio all'interno della vita familiare, ma anche un miglior senso di competenza nei genitori (in particolare nelle madri); ciò favorirebbe circolarmente una maggiore disponibilità di interazione positiva con il proprio figlio⁵⁷.

Per quanto concerne infine le modalità di aiuto che possono essere messe in atto dalla scuola (dalla organizzazione dell'aula, all'analisi funzionale dei comportamenti problema, all'introduzione di tecniche metacognitive di controllo dell'attenzione) si può fare riferimento al programma strutturato da Cornoldi et al.⁵⁸, con sperimentazioni per ora incoraggianti.

Uno studio abbastanza recente sul trattamento dell'ADHD⁵⁹ si focalizza sugli effetti di diminuzione dei sintomi dei bambini, e di miglioramento della condizione generale della famiglia, che possono essere ottenuti con un programma di *Parent Training*.

Gli studi sull'efficacia di questo approccio, tuttavia, non sembrano fornire evidenze nette della superiorità del *Parent Training* rispetto a forme più generiche di *counseling* ai genitori⁵⁹. In generale, le valutazioni attuali dei risultati dei trattamenti sull'ADHD si muovono verso un maggiore affidamento su valutazioni effettuate da terzi non coinvolti nel trattamento, su dimensioni specifiche di risultati. Di recente, la valutazione dell'impatto del trattamento sui comportamenti genitoriali "misurati oggettivamente" in situazioni con ADHD⁶⁰, ha mostrato che, eliminando dal disegno sperimentale i dati ricavati dai genitori o dagli insegnanti implicati nel trattamento e basandosi solo su osservatori esterni ciechi alle variabili relative al trattamento, la combinazione di trattamento psicofarmacologico e intervento comportamentale (*parent training* e intervento sui bambini) è efficace nell'aumentare comportamenti genitoriali costruttivi, ma non in modo così significativo nel ridurre i comportamenti inattentivi e iperattivi dei bambini.

Disturbi della condotta

Hanish e Tolan⁶¹ nel sintetizzare un'ampia mole di lavori su questo complesso ambito psicopatologico hanno sottolineato che un intervento efficace nel trattamento del comportamento aggressivo ed antisociale di bambini e adolescenti richiede necessariamente l'integrazione di svariate tecniche di cambiamento sul piano *cognitivo, comportamentale*, ma anche *familiare e ambientale*⁶².

Il programma *The Incredible Years*⁶³, mirato a disturbi oppositivo-provocatori e a disturbi della condotta in bambini tra i 2 e i 10 anni, è nato come programma di *parent-training*, a cui sono gradualmente state aggiunte componenti rivolte agli insegnanti e ai bambini stessi.

L'efficacia del programma di *parent-training* BASIC è stata studiata in sei studi randomizzati, e ha dimostrato efficacia nella riduzione dei problemi di condotta dei bambini, ma anche di dimensioni problematiche del comportamento genitoriale. Sono anche emersi vantaggi del programma ADVANCE, sia in termini di miglioramento del funzionamento genitoriale, sia in termini di maggior soddisfazione dei soggetti. Al *follow-up* a 3 anni, il programma BASIC mostrava miglioramenti clinicamente significativi in due terzi dei bambini (i genitori trovavano ancora problemi nel 25%-46% dei casi; gli insegnanti nel 26% dei casi); i casi non migliorati avevano fattori di rischio importanti nella storia familiare, ma *non* una diagnosi concomitante di ADHD. Anche a un *follow-up* a 8-12 anni i ragazzi sono nel 75% liberi da diagnosi.

I trattamenti proposti alla *Yale Child Conduct Clinic*⁶⁴, cioè il *training* per le abilità di *problem-solving* (PSST, rivolto ai bambini), e il *training* per la gestione genitoriale (PMT, per i genitori), sono proposti individualmente ai bambini (tra i 2 e i 13 anni) e alle famiglie inviati alla clinica per problemi di disturbi oppositivo-provocatori e della condotta. I due programmi di trattamento sono combinati qualora l'età del bambino (fino ai 6 anni si applica solo PMT) e le condizioni della famiglia lo permettano, ma sono usati anche separatamente. Il PMT è un *parent-training* focalizzato sullo sviluppo nei genitori della capacità di utilizzare correttamente gli strumenti del condizionamento operante sui figli (somministrazione del rinforzo, uso dell'attenzione, modellamento, negoziazione), in 12-16 sedute settimanali di 45-60 minuti. Il PSST è un lavoro cognitivo-comportamentale sull'uso di autoistruzioni che definiscono "passi ordinati", applicati a situazioni dapprima più astratte (da "esercizio"), in *role-playing* in seduta, poi a casa, poi via via in situazioni sempre più concrete, anche in compiti domestici e in contesti "naturali".

Gli studi sugli effetti di questi programmi hanno messo in luce che il PSST è in grado di ridurre i comportamenti antisociali e di aumentare i comportamenti pro-sociali dei bambini; la combinazione di PSST e PMT tende ad essere più efficace di ciascuno dei trattamenti da solo. Gli effetti non sembrano essere aspecifici, e sono più pronunciati e positivi dei cambiamenti in condizioni di controllo (non trattamento o trattamenti diversi). Gli effetti sono evidenti a casa, a scuola

e nella comunità, sia subito dopo il trattamento che a un anno di distanza; non riguardano solo i bambini, ma anche il livello di stress e depressione materna, e le relazioni familiari. Il miglioramento dei bambini è favorito dall'aggiunta al trattamento di una componente che riguardi le fonti di stress per i genitori. Fattori pre-trattamento che ostano al miglioramento sono: più grave devianza dei bambini, psicopatologia e stress nei genitori, disfunzioni familiari. Secondo Kazdin non è ancora adeguatamente documentato il modo in cui i cambiamenti sintomatologici si riflettano sull'effettiva qualità di vita delle famiglie. Da segnalare un alto livello di *drop-out* prima della conclusione del trattamento (40-60%), che sorprendentemente si contraddistinguono per un frequente buon livello di funzionamento (cambiamenti positivi significativi si registrano nel 34% dei *drop-out*, a confronto con il 79% di chi completa il trattamento).

L'*Anger Coping Program*, di recente sviluppato nel *Coping Power Program*⁶⁵, è basato su un modello che considera due stadi nella generazione di una risposta aggressiva: il primo stadio comprende i processi cognitivi di percezione e attribuzione riguardo a un evento problematico, il secondo stadio riguarda il piano cognitivo di risposta alla minaccia/provocazione percepita. Il programma, oltre che alla modifica degli schemi di risposta dei bambini, è volto anche alle pratiche genitoriali non adattive (tramite una componente rivolta ai genitori).

L'efficacia dei programmi *Anger Coping* è stata valutata in diversi studi mediante osservazioni di genitori e insegnanti, osservazioni dei comportamenti dei bambini in classe, punteggi sociometrici derivati dai pari, e misure riguardanti i comportamenti bersaglio. L'efficacia nella riduzione dei comportamenti aggressivi della componente mirata al controllo della collera risultava intensificata dall'aggiunta del lavoro sulle mete positive. L'aggiunta del lavoro sulla scuola non appariva modificare significativamente i risultati. La riduzione dei comportamenti aggressivi subito dopo il comportamento concomitava, al *follow-up*, con una riduzione della tendenza all'uso di sostanze, ma non a una modificazione della tendenza ai comportamenti delinquenti. Fattori che moderano l'efficacia del programma sono: bambini con livelli più bassi di ostilità percepita, con peggiore capacità di *problem-solving*, che sono rifiutati di più dai pari tendono ad avere risultati migliori nel programma. Lo stesso vale per bambini con stile attribuzionale più internalizzato, maggiori livelli di ansia, e problemi somatici. Migliori risultati sono predetti anche da una più alta consapevolezza di problematicità del comportamento aggressivo e dal desiderio di modificarlo. Il *Coping Power Program* ha mostrato un simile profilo di efficacia. Rimane il dato importante di una percentuale di soggetti che non rispondono al trattamento.

Conclusioni

A conclusione di questa rassegna (non abbiamo tra l'altro trattato l'ambito in forte sviluppo dei trattamenti cognitivo-comportamentali nei disturbi pervasivi dello sviluppo tra cui è qui utile ricordare il metodo TEACCH, il programma

UCLA YAP, il PRT di Koegel), va comunque sottolineato come i programmi di trattamento/ricerca illustrati siano attuati prevalentemente in ambito universitario. Alla gratuità dei trattamenti fa da contraltare in tali contesti la rigida selezione delle caratteristiche dei soggetti trattati, l'assegnazione randomizzata a diversi programmi di trattamento, e l'enfasi sulla manualizzazione dei trattamenti (a relativo scapito dell'individualizzazione dei trattamenti stessi). In questo senso, Chorpita⁶⁶ sottolinea come un'ampia area di ricerca sulla "trasportabilità" di questi programmi di trattamento a contesti più vicini alla pratica clinica corrente sia ancora relativamente inesplorata, ma potenzialmente determinante rispetto all'utilizzo su vasta scala di processi e procedure terapeutiche efficaci.

Nel complesso, inoltre, va osservato come gli effetti documentabili siano prevalentemente riferibili ad aspetti sintomatologici, ed è quindi a questo livello che va riferita l'efficacia empiricamente documentata degli interventi citati, piuttosto che al piano "eziologico" (sebbene alcuni modelli teorizzino esplicitamente la non necessità di un intervento sulle cause del problema per raggiungere l'obiettivo della guarigione). L'operazionalizzazione di variabili relative a cambiamenti post-trattamento riferibili a processi che generano e sostengono i disturbi è necessaria per un salto qualitativo nell'evidenza empirica sull'efficacia della psicoterapia. La breve durata dei programmi cognitivo-comportamentali citati, assieme alla consistente percentuale di soggetti che non rispondono al trattamento, consente di valutare in tempi medio-brevi chi può necessitare di approcci diversi; dato che l'effetto sintomatico dei trattamenti cognitivo-comportamentali sembra verificarsi entro 3-5 mesi di trattamento, è possibile identificare in modo relativamente rapido chi non sarà in grado di beneficiare del trattamento.

Il graduale ampliamento del modello clinico cognitivista standard in un'ottica costruttivista ed evolutiva ha introdotto un arricchimento sia nelle procedure di *assessment*, volte ad una sempre più accurata diagnosi *esplicativa* del sintomo, sia nei diversi protocolli di intervento, che tendono ad inserire la classica strumentazione cognitivo comportamentale entro una cornice e una strategia terapeutica che tenga in debita considerazione la più ampia strutturazione del sé del bambino e la qualità dei suoi legami d'attaccamento. In questa prospettiva, al termine di un articolato e dinamico percorso di *assessment*, ci aspettiamo ragionevolmente di aver costruito^{33 67}:

- a) *un'ipotesi riguardo agli schemi primari d'attaccamento di cui si è nutrito il Sé del bambino e dell'itinerario di sviluppo che da lì si è gradualmente dispiegato*, riguardo alla ricchezza, o viceversa alla coartazione, del suo repertorio di schemi cognitivi interpersonali. Su questi elementi può basarsi la nostra comprensione delle risorse del bambino, e quindi anche la nostra ipotesi "prognostica";
- b) *un'ipotesi, sempre in divenire, sull'organizzazione del Sé del nostro piccolo paziente*, e su come i vari "pezzi", che rappresentano la sua forma specifica e unica di conoscenza di sé e del mondo, sono tenuti insieme ben armonizzati e coesi, o viceversa scarsamente integrati. I livelli percepiti d'integrazione

del Sé del bambino e quindi le sue competenze metacognitive (riflesso della complessità e “gravità” dei *pattern* interattivi esperiti), potranno offrirci una ulteriore e più articolata visione “prognostica”, nel senso più profondo e più vero del termine;

- c) *un’analisi funzionale e storica del sintomo*, strumenti centrali di un *assessment* cognitivo-comportamentale, potranno consentirci di formulare plausibili e condivisibili *ipotesi sulla natura e sulla dinamica dei meccanismi di scompenso*, orientando tra l’altro la nostra attenzione in modo più mirato sui “fronti affettivi” familiari critici sui quali presumibilmente si sono manifestati gli sbilanciamenti più importanti.

Una più ampia e accurata formulazione del caso, di tal genere, può introdurre una più estesa capacità predittiva riguardo a quale intervento può funzionare per quale popolazione; definendo la popolazione anche in termini funzionali/esplicativi, oltre che descrittivi e rendendo conto in tal modo delle quote di soggetti che non rispondono ad un particolare programma di trattamento. Stesse categorie nosografiche descrittive possono correlarsi ad itinerari di sviluppo e organizzazioni del Sé anche molto diverse: per cui possiamo facilmente immaginare che stesse procedure, ad esempio, tecniche autoregolative di self instructional training o di *problem solving* (indicate, come abbiamo visto, nei programmi di trattamento dell’ADHD o nei disturbi della condotta) possano sortire effetti assai diversi calate entro organizzazioni del Sé e contesti relazionali diversi. I programmi di intervento, dunque, dovrebbero essere più strettamente legati ad un approfondito lavoro di *assessment* su come funziona il sintomo per la persona, per il suo sistema familiare e per il suo contesto di vita. I vantaggi dello strutturare l’intervento su ipotesi diagnostiche di tipo funzionale/esplicativo (basate su un modello e su strumenti esplicitabili e condivisibili) potrebbero risiedere in una definizione più chiara degli effetti attesi non solo in termini di cambiamento quantitativo di un sintomo, ma anche di armonizzazione della struttura cognitivo-emotiva del sé, e di qualità della vita.

I dati di ricerca di orientamento cognitivista e le considerazioni cliniche sopra esposte offrono, inoltre, suggerimenti importanti per una possibile organizzazione e verifica dei percorsi psicoterapeutici in età evolutiva. In primo luogo, la maggior parte dei modelli di trattamento più efficaci è di tipo multimodale e attribuisce un valore di grande rilievo al lavoro con le figure genitoriali e sul contesto di vita del bambino (non solo per i bambini più piccoli ma anche per i fanciulli e gli adolescenti). Inoltre, gli spazi e i momenti di lavoro dedicati alle figure genitoriali, a differenza di quanto accade frequentemente nei servizi (dove prendono spesso la forma di generici e periodici colloqui di sostegno alla coppia genitoriale), risultano altamente strutturati nel setting e negli obiettivi di lavoro a seconda dell’area psicopatologica (usualmente in forma di *Parent Training* di gruppo).

Peraltro, tale necessità di ricorrere a *setting* clinici multipli, caratterizzati da più sponde relazionali, in particolare nel trattamento di patologie complesse come

i gravi disturbi della condotta (spesso precursori dei gravi disturbi di personalità del *cluster B*), è ampiamente sostenuta e caldeggiata nell'ottica cognitivo-evolutiva. Nel confrontarsi con i più gravi e pericolosi contesti relazionali (e con le relative organizzazioni del Sé strutturatisi nel bambino, così deficitarie sul piano delle competenze integrative), il terapeuta deve sapere, quasi come regola, che occorre rinunciare all'idea onnipotente di poter vicariare e compensare tali limiti metacognitivi affidandosi alle sole potenzialità contenitive della propria mente e della relazione terapeutica che il bambino o l'adolescente hanno stabilito con lui. Quella relazione, anzi, proprio nell'attivarsi degli stati emotivi e affettivi connessi all'attaccamento, diverrà con ogni probabilità teatro di drammatici agiti, esito delle imponenti disconnessioni interne tra sistemi di memoria, e più adeguatamente gestibili entro un contesto terapeutico strutturato su *setting* multipli. L'introduzione di un *setting* parallelo (l'educatore domiciliare, il neuropsichiatria infantile che gestisce il piano farmacologico, un *setting* gruppale per il bambino o per i genitori ecc.) limita l'attivazione intensa del sistema motivazionale dell'attaccamento e impedisce che un'unica relazione divenga ricettacolo di rappresentazioni non integrate, contraddittorie e sature di intensi stati affettivi, positivi e negativi, divenendo confondente e minacciosa e determinando agiti impulsivi e *drop-out* "inspiegabili"^{68 69}.

I dati raccolti, infine, orientano verso un'idea di flessibilità nella programmazione dell'intervento, sforzandosi di adattare, *selettivamente e flessibilmente*, la metodologia e il *setting* di lavoro alla situazione clinica diagnosticata. I diversi programmi di intervento, come abbiamo visto, sono costruiti per adattarsi alle caratteristiche diagnostiche di ogni particolare condizione, con un numero di sedute molto variabile. In altri termini, il terapeuta cognitivo non chiede al bambino e al suo sistema familiare di adattarsi rigidamente al proprio *setting*, ma si adopera per costruire ogni volta il *setting* di lavoro più adatto a quel bambino, con quel problema particolare, entro quel particolare contesto di relazioni.

Riassunto

Dopo una ricostruzione della complessa evoluzione storica ed epistemologica del cognitivismo clinico e della terapia cognitivo-comportamentale nell'età evolutiva, l'articolo presenta gli aspetti metodologici salienti e condivisi di tale approccio e i risultati prodotti dalle ricerche sull'efficacia dei trattamenti.

Gli autori mettono in risalto come gli sviluppi della metodologia terapeutica siano il risultato dell'incorporazione nella clinica delle nuove teorie cognitive sul funzionamento mentale, le quali assegnano un ruolo fondamentale all'elaborazione emotiva e ai cicli cognitivi interpersonali.

In particolare, alcuni sviluppi italiani della psicoterapia cognitiva enfatizzano il ruolo della relazione terapeutica, la concezione del soggetto come attivo costruttore di significato, la fondamentale importanza delle relazioni d'attaccamento.

Bibliografia

- ¹ Meichenbaum D. *Cognitive-behaviour modification: an integrative approach*. New York: Plenum Press 1977.
- ² Ellis A. *Reason and emotions in psychotherapy*. New York: Stuart 1962. Trad. it. *Ragione ed emozione in psicoterapia*. Roma: Astrolabio 1984.
- ³ Beck AT. *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press 1976. Trad. it. *Principi di terapia cognitiva*. Roma: Astrolabio 1984.
- ⁴ Cionini L (a cura di). *Psicoterapie: modelli a confronto*. Roma: Carocci 1998.
- ⁵ Semerari A. *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Roma-Bari: Laterza 2000.
- ⁶ Nardi B. *Processi psichici e psicopatologia nell'approccio cognitivo. Nuove prospettive in psicologia clinica*. Milano: Franco Angeli 2001.
- ⁷ Chiari G, Nuzzo ML. *Le basi epistemologiche delle psicoterapie cognitive*. In: Bara BG. (a cura di) *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Vol I. Teoria*. Torino: Bollati Boringhieri 2005.
- ⁸ Lambruschi F, Lenzi S, Leoni F. *Sviluppo del modello clinico cognitivista in età evolutiva*. In: Lambruschi F (a cura di). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*. Torino: Bollati Boringhieri 2004.
- ⁹ Wolpie J. *The practice of behaviour therapy*. New York: Pergamon Press 1969. Trad. it. *Tecniche di terapia del comportamento*. Milano: Franco Angeli 1972.
- ¹⁰ Eysenck HJ, Rachman SJ. *The causes and the cures of neurosis*. London: Rautledge and Kegan Paul 1965. Trad. it. *Terapia del comportamento nevrotico*. Milano: Angeli 1971.
- ¹¹ Martin G, Pear J. *Behaviour modification*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall 1983. Trad. it. *Strategie e tecniche per il cambiamento. La via comportamentale*. Milano: MacGraw-Hill 2000.
- ¹² Kazdin AE. *The token economy: a review and evaluation*. New York: Plenum Press 1977.
- ¹³ Cautela JR. *Behaviour therapy and the need for behavioural assessment*. *Psychoter Theory Res Pract* 1968;5:175-9.
- ¹⁴ Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall 1977.
- ¹⁵ Meichenbaum D. *Cognitive-behaviour modification. An integrative approach*. New York: Plenum Press 1977.
- ¹⁶ Meichenbaum D, Cameron R.. *Un modello cognitivo-comportamentale del cambiamento terapeutico*. In: Guidano V, Reda M (a cura di). *Cognitivismo e psicoterapia*. Milano: Angeli 1981.
- ¹⁷ Vygotskij LS. *Thought and language*. Cambridge, Mass.: MIT Press 1962. Trad. it. *Pensiero e linguaggio*. Firenze: Giunti Barbera 1967.
- ¹⁸ Lurija AR. *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behaviour*. New York: Liverlight 1961.
- ¹⁹ Ellis A, Bernard ME. *Rational-emotive approaches to the problems of childhood*. New York: Plenum Press 1984.
- ²⁰ Bernard ME, Joyce MR. *Rational emotive therapy with children and adolescents: theory, treatment strategies, preventive motives*. New York: Wiley Cichester 1984.
- ²¹ Knell SM. *Cognitive-behavioural play therapy*. Northvale: Aronson 1993. Trad. it. *Il gioco in psicoterapia: nuove applicazioni cliniche*. Milano: MacGraw-Hill 1998.
- ²² Kendall PC (eds.). *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioural procedures*. New York: Guilford 2000.
- ²³ Vera L, Leveau J. *Psicoterapia cognitivo-comportamentale nei disturbi dell'età evolutiva*. Milano: Masson 1991.
- ²⁴ Mahoney M. *Psychotherapy and the structure of personal devolution*. In: *Psychotherapy process: current issue and future directions*. New York: Plenum Press 1980.
- ²⁵ Polanyi M. *The tacit dimension*. New York: Doubleday, Garden City 1966.
- ²⁶ Guidano VF, Liotti G. *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford 1983.
- ²⁷ Bowlby J. *Attachment and loss. Vol. I, attachment*. London: Hogart Press. II ed. 1982. Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. I, l'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri. II ed. 1982.
- ²⁸ Reda MA. *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma: La Nuova Italia Scientifica 1986.

- ²⁹ Bara BG. (a cura di). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri 2005.
- ³⁰ Veglia F. (a cura di). *Storie di vita: narrazione e cura in psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri 1999.
- ³¹ Lorenzini R, Sassaroli S. *La mente prigioniera. Strategie di psicoterapia cognitiva*. Milano: Cortina 2000.
- ³² Nardi B. *CostruirSi. Sviluppo e adattamento del Sé nella normalità e nella patologia*. Milano: Franco Angeli 2007.
- ³³ Lambruschi F. (a cura di). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*. Torino: Bollati Boringhieri 2004.
- ³⁴ Le Doux JE. *The emotional brain: the mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon and Shuster 1996.
- ³⁵ Damasio AR. *The feeling of what happens: body and emotion in the making of consciousness*. New York: Hartcourt 1999. Trad. it. *Coscienza e emozione*. Milano: Adelphi 2000.
- ³⁶ Bara BG. *La dinamica del cambiamento e del non-cambiamento*. Torino: Bollati Boringhieri 2007.
- ³⁷ Vygotskij LS. *Mind in society: the development of higher processes*. Cole M, Johnsteiner V, Scribner S, Souberman E (eds.). Cambridge, Mass.: Harvard University Press 1978. Trad. it. *Il processo cognitivo*. Torino: Bollati Boringhieri 1980.
- ³⁸ Bruner J. *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press 1986. Trad. it. *La mente a più dimensioni*. Roma-Bari: Laterza 1988.
- ³⁹ Fonagy P, Target M. *Attachment and reflective function: their role in self-organization*. *Development and Psychopathology* 1997;9:679-700.
- ⁴⁰ Semerari A. *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: Nuova Italia Scientifica 1991.
- ⁴¹ Safran JD, Segal ZV. *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books 1990. Trad. it. *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*, Milano: Feltrinelli 1993.
- ⁴² Safran JD, Muran JC. *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. The Guilford Press 2000. Trad. It. *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*, Editori Laterza 2003.
- ⁴³ Dobson KS. (eds.) *Handbook of cognitive-behavioural therapies*. New York: Guilford 1988.
- ⁴⁴ Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford (*Psicoterapia e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente?* Roma: Il Pensiero Scientifico 1997).
- ⁴⁵ Kendall PC. *Coping Cat Workbook*. Ardore, PA: Workbook Publishing 1990.
- ⁴⁶ Kendall PC, Aschenbrand SG, Hudson JL. *Child-Focused Treatment of Anxiety*. In: Kazdin AE, Weisz JR (eds). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and adolescents*. New York: Guildford 2003.
- ⁴⁷ Barrett PM, Lowry-Webster H, Turner C. *FRIENDS program for children and youth: participants and group leaders manuals, Parents supplement*. Brisbane: Australian Academic Press 2000.
- ⁴⁸ Barrett PM, Shortt AL. *Parental involvement in the treatment of anxious children*. In: Kazdin AE, Weisz JR (eds). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guildford 2003.
- ⁴⁹ Brent DA, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M, Roth C, et al. *A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive treatments*. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:877-85.
- ⁵⁰ Clarke GN, DeBar LL, Lewinsohn PM. *Cognitive-behavioral group treatment for adolescent depression*. In: Kazdin AE, Weisz JR (eds). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guildford 2003.
- ⁵¹ Weisz JR, Southam-Gerow MA, Gordis EB, Connor-Smith J. *Primary and secondary control enhancement training for youth depression*. In: Kazdin AE, Weisz JR (eds). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guildford 2003.
- ⁵² Douglas VI. *Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulsive control in hyperactive and normal children*. *Can J Behav Sci* 1972;4:259-81.
- ⁵³ Kendall PC, Braswell L. *Cognitive-behavioural therapy for impulsive children*. New York: Guilford 1985.
- ⁵⁴ Vio C. *Disturbi da deficit d'attenzione e iperattività*. In: Lambruschi F. *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*. Torino: Bollati Boringhieri 2004.

- ⁵⁵ Barkley RA. *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. New York: Guilford Press 1987-97.
- ⁵⁶ Vio C, Marzocchi GM, Offredi F. *Il bambino con deficit di attenzione/ipervattività: diagnosi psicologica e formazione dei genitori*. Trento: Edizioni Erickson 1999.
- ⁵⁷ Cornoldi C, Gardinale M, Masi A, Pettenò L. *Impulsività e autocontrollo*. Trento: Edizioni Erickson 1996.
- ⁵⁸ Cornoldi C, De Meo T, Offredi F, Vio C. *Iperattività e autoregolazione cognitiva*. Trento: Edizioni Erickson 2001.
- ⁵⁹ Anastopoulos AD, Farley SE. *A Cognitive-behavioral training program for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. In: Kazdin AE, Weisz JR (eds). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guildford 2003.
- ⁶⁰ Wells K, Chi TC, Hinshaw SP, Epstein JN, Pfiffner L, Nebel-Schwalm M, Owens EB, et al. *Treatment-related changes in objectively measured parenting behaviors in the multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:649-57.
- ⁶¹ Hanish LD, Tolan PH. *Antisocial behaviors in children and adolescents: expanding the cognitive model*. In: Lyddon WJ, Jones JV (eds.). *Empirically-supported cognitive therapies: current and future applications*. New York: Springer-Verlag 2001, pp. 182-199.
- ⁶² Guerra NG, Eron LD, Huesmann LR, Tolan PH, Van Acker R. *A cognitive ecological approach to the prevention and mitigation of violence and aggression in inner-city youth*. In: Fry DP, Bjorkqvist K. *Cultural variation in conflict resolution: Alternatives to violence* 1997, pp. 199-213.
- ⁶³ Webster-Stratton C, Reid MJ. *The Incredible Years Parents, Teachers, and Children Training Series. A multifaceted approach for Young Children with Conduct Problems*. In: Kazdin AE, Weisz JR, eds. *Evidence-Based Psychotherapies for Children and adolescents*. New York: Guildford 2003.
- ⁶⁴ Kazdin AE. *Problem-solving skills training and parent management training for conduct disorder*. In: Kazdin AE, Weisz JR, eds. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guildford 2003.
- ⁶⁵ Lochman JE, Barry TD, Pardini DA. *Anger control training for aggressive youth*. In: Kazdin AE, Weisz JR, eds. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guildford 2003.
- ⁶⁶ Chorpita BF. *The Frontier of Evidence-Based Practice*, in Kazdin AE, Weisz JR (eds). *Evidence-Based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guildford 2003.
- ⁶⁷ Lambruschi F. *Il bambino*. In: Bara BG (a cura di). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri. Nuova edizione 2006.
- ⁶⁸ Liotti G. *Le opere della coscienza*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2001.
- ⁶⁹ Liotti G, Farina B, Rainone A. *Due terapeuti per un paziente. Dalla teoria dell'attaccamento alle terapie a setting multipli*. Roma-Bari: Laterza 2005.