

## LA NECESSITÀ DI SETTING MULTIPLI PER L'INTERVENTO IN ETÀ EVOLUTIVA: IL CONTESTO TERAPEUTICO

Lorenza Isola\*, Elisa De Matteis\*\*

\*A.S.T.I.A. Asl RM-E, Didatta e docente APC, SPC, SITCC. Responsabile Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma

\*\*Psicologo. Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma

### Riassunto

L'articolo si propone di evidenziare l'importanza di utilizzare setting diversi con operatori diversi, integrati tra loro come unica modalità di intervento con soggetti in età evolutiva.

Tale scelta è sottesa dai contributi teorici di teoria dell'attaccamento, teoria della mente e *developmental psychopathology* che, da diversi punti di vista, spiegano l'insorgenza di sofferenza psichica come il risultato di un processo di compenso/scompenso di diversi fattori e quindi l'esito della combinazione di diverse variabili in un "dato" momento.

**Parole chiave:** rappresentazione, multisetting, integrazione.

## MULTIPLE SETTING INTERVENTION IN THE DEVELOPMENTAL THERAPY AREA: THE THERAPEUTIC CONTEXT

### Abstract

The aim of this article is to evidence how the elective intervention in the developmental therapy area is the one where various operators work together using different but integrated settings. This choice is guided by the attachment theory, theory of mind and developmental psychopathology contributions: from different points of view, these theories explain the psychical suffering onset as the result of several factors process of compensation or lack of balance and, therefore, as different variable combination outcome in a specific moment.

**Key words:** representation, multiple setting, integration.

### Introduzione

La teoria dell'attaccamento e la teoria della mente bene evidenziano quanto le diverse fasi di sviluppo siano sottese da una continua interazione tra bambino e adulti prima, e coetanei dopo, e quindi possiamo osservare le varie fasi della costruzione del processo di elaborazione di informazioni provenienti dall'ambiente. Con il termine TOM (Theory of Mind) ci si riferisce alla

capacità di attribuire a se stessi e ad altri stati mentali come intenzioni, scopi, desideri e credenze, e di utilizzare la conoscenza di tali stati mentali per prevedere il comportamento proprio ed altrui. Si tratta di un meccanismo cognitivo di base necessario per lo sviluppo di competenze metacognitive più complesse.

D'altra parte, le esperienze delle relazioni di attaccamento offrono un modello di regole per organizzare i ricordi e i contenuti dell'esperienza, ed è nel rapporto con le altre persone che la mente costruisce le regole del suo funzionamento durante lo sviluppo. Fonagy (1997) osserva che il bisogno fondamentale di tutti i bambini è quello di individuare la loro mente nella mente dell'altro.

Gli schemi di rappresentazioni dell'esperienza precoce costituiscono dunque l'elemento di trasmissione intergenerazionale delle modalità interpersonali genitoriali e sono necessari per codificare l'esperienza nei tre livelli di: percezione, interpretazione e previsione degli eventi attraverso il confronto con i dati di memoria (Zimmermann 1999).

Il bambino/a costruisce la rappresentazione di sé utilizzando le rappresentazioni che gli vengono rimandate dal *caregiver* prima e dagli altri adulti di riferimento poi. I processi principali che sottendono tale costruzione riguardano: la regolazione dei ritmi corporei, la regolazione delle emozioni, la formazione di relazioni interpersonali, l'esplorazione dell'ambiente.

Risulta inoltre utile tenere a mente il concetto di resilienza poiché il potenziale di tale capacità che ogni bambino/a ha necessita, per svilupparsi, di una presenza sensibile del *caregiver* che sia in grado di proporre un sostegno adeguato all'età. Gli studi sulle capacità di riparazione dei bambini, conseguenti a eventi traumatici o stressanti, riconducono tale risorsa a un processo interazionale. I bambini riescono a fronteggiare situazioni stressanti attraverso "il sostegno e l'incoraggiamento di adulti fidati" (Lieberman et al. 2007).

## Relazioni e sviluppo della teoria della mente

La psicopatologia e i disturbi dello sviluppo sono da più parti considerati come "disturbi relazionali". Assistiamo, più che in altri ambiti, a un cambiamento nei modelli interpretativi della sofferenza mentale. L'area d'intervento sarà dunque rappresentata dalle problematiche relazionali di bambini e genitori e, quindi, dalle rappresentazioni implicate. Un bambino può essere "travolto" dalla propria esperienza soggettiva e, soprattutto se molto piccolo, può non riuscire a manifestarla e segnalarla. Ciò sarà più evidente in occasione di traumi o lutti (Lieberman et al. 2007).

Le aree di intervento diventano dunque: l'immagine di sé, l'immagine dei genitori e l'immagine della relazione.

I genitori si trovano a svolgere la funzione di organizzatori della vita emotiva dei loro figli, sia attraverso il loro atteggiamento, sia mediante i commenti che accompagnano le interazioni con essi.

Nelle relazioni sociali precoci, la comunicazione tra i bambini e le persone significative sui pensieri e i sentimenti di altri, facilita lo sviluppo di una teoria della mente che costituisce la base per l'elaborazione dell'esperienza (Symons 2004).

Attraverso il processo di internalizzazione delle modalità di organizzazione e regolazione delle emozioni il bambino potrà attribuire significato alla propria esperienza emotiva e individuare sentimenti, pensieri e interazioni in se stesso e nell'altro.

La possibilità di attribuire significato agli eventi e di rispecchiarsi nei significati genitoriali, consentirà al bambino di elaborare una teoria della mente, così che diventerà più capace di riflettere e di regolare il proprio mondo emotivo rispetto agli eventi e sarà anche in grado di inserire elementi di novità nei propri schemi relazionali.

La comprensione di sé e dell'altro è un obiettivo estremamente importante e ci dobbiamo

perciò aspettare che per raggiungerlo vengano impiegate diverse fonti informative e differenti meccanismi tra loro complementari.

Ad esempio, nel contesto familiare gli studi mettono in evidenza le seguenti caratteristiche che risultano facilitare la qualità e la precocità dello sviluppo metacognitivo:

- 1) il numero dei fratelli,
- 2) lo stile familiare di risoluzione dei conflitti,
- 3) il gioco cooperativo,
- 4) la frequenza del discorso genitoriale sulle emozioni (Colle 2006).

Meins e colleghi (2002) suggeriscono l'ipotesi interpersonale dello sviluppo metacognitivo, sostenendo che la *mind-mindedness* (la propensione del genitore a trattare il bambino come un individuo dotato di stati mentali) dei genitori o di altri adulti vicini al bambino, possa rappresentare il fattore sottostante alla molteplicità di relazioni tra struttura familiare, linguaggio del genitore e sviluppo della teoria della mente.

Per quanto fin qui esposto ci possiamo aspettare che alle modificazioni delle capacità di rappresentazione dell'esperienza corrisponderanno nuove letture degli eventi e conseguenti nuove attribuzioni di significato e, infine, nuove modalità di relazione. Se utilizziamo i dati della letteratura fin qui presentati, per costruire prassi cliniche risulterà indispensabile l'intervento nei contesti che il bambino frequenta.

## Intervento in setting multipli

Le modalità di lavoro saranno quindi rappresentate dalla strutturazione di setting diversi con operatori diversi integrati tra loro. Alcuni autori parlano di "strategia multifocale".

Il fare riferimento a setting multipli nel lavoro clinico in età evolutiva rappresenta perciò l'unica modalità di intervento. La necessità, infatti, di attivare tutte le risorse presenti nei diversi contesti con cui il/la bambino/a entra in contatto per fronteggiare le sue difficoltà o già i segnali psicopatologici, è riconosciuto da più parti. Anche se questa modalità risulta essere prevalente nell'area dell'infanzia, a tutt'oggi non sono stati presentati risultati di ricerche sugli esiti di tale modo di operare. Sono presenti in letteratura dati di un intervento integrato per gli adulti (Swenson e Sanderson 1997; Linehan e Shearin 1993), e diversi studi sull'efficacia degli interventi multimodali (MTA Cooperative Group, 1996), che riferiscono esiti positivi in queste aree:

1. comportamenti oppositivi/aggressivi,
2. sintomi internalizzanti,
3. punteggi di lettura.

In questi trattamenti è lo stesso terapeuta, e quindi un unico setting, che fornisce consulenza ai genitori e alla scuola, supervisiona il lavoro comportamentale focalizzato sul/la bambino/a che avviene in gruppo. L'intervento a scuola prevede altresì la presenza in classe di un assistente part-time addestrato per un lavoro comportamentale. Lo stesso operatore effettua una consultazione quindicinale con gli insegnanti.

## La terapia multisistemica

Sono numerose le ricerche effettuate per valutare l'efficacia di un particolare modello di trattamento denominato terapia multisistemica (MST), che prevede un intervento mirato non al singolo individuo ma a tutto il contesto sociale di quest'ultimo.

Le fondamenta concettuali di tale modello risalgono alla teoria socio-ecologica di

Bronfenbrenner (1979), secondo la quale lo sviluppo umano si caratterizza per un interscambio bidirezionale tra individuo e sistemi interconnessi come la famiglia, la famiglia allargata, il gruppo dei pari, la scuola, il lavoro, la comunità ed il contesto culturale in genere. Il bambino esperisce un complesso di interrelazioni tra diversi e numerosi microsistemi, i quali, a loro volta, sono connessi a formare un mesosistema che ha importanti implicazioni dal punto di vista della sviluppo culturale e psicologico del bambino stesso. A partire da tali assunti di base, tale teoria attribuisce l'insorgenza ed il mantenimento di comportamenti problematici e di psicopatologie ad interazioni disfunzionali tra i sistemi. Tali interazioni disfunzionali sono oggetto del trattamento multisistemico tanto quanto il singolo individuo.

Il target della MST è rappresentato da bambini ed adolescenti a serio rischio di allontanamento dal nucleo familiare a causa di persistenti comportamenti antisociali e gravi problemi emotivi e comportamentali.

Il trattamento prevede l'adozione di elementi di terapia familiare strategica, *parent training* comportamentale e di terapia cognitivo comportamentale, utilizzati al fine di intervenire in tutti i microsistemi facenti parte del contesto culturale a cui l'individuo problematico appartiene.

L'intervento viene effettuato solitamente presso l'abitazione della famiglia interessata, presso la scuola o il contesto ecologico del paziente, nello sforzo di rendere il trattamento il più possibile aderente alle esigenze dell'ambiente di vita del paziente stesso; il focus del trattamento è quindi strettamente individualizzato, progettato in base a risorse e vulnerabilità del soggetto, della famiglia, dei pari e di tutti i membri dei sistemi coinvolti. Il terapeuta è a disposizione 24 ore su 24 e la durata media del trattamento è compresa tra i 4 ed i 6 mesi.

Nel processo di comprensione delle relazioni che intercorrono tra il problema del singolo ed il più ampio sistema nel quale egli si trova, il terapeuta ingaggia la famiglia e gli altri appartenenti al contesto, visti come veri e propri partners e collaboratori del processo terapeutico, e, con loro, progetta un intervento atto a modificare il contesto sistemico in modo da ridurre il problema identificato. Generalmente, gli interventi sono tesi a migliorare le prestazioni del *caregiver*, a rendere più adattivi e funzionali le relazioni e gli stili comunicativi all'interno della famiglia, a ridurre le possibilità che il giovane si associ a gruppi di pari devianti ed a promuovere la collaborazione positiva tra famiglia e scuola, oltre che ad assicurare un intervento mirato alle difficoltà del singolo paziente in esame.

L'intervento è diretto, inoltre, a promuovere la generalizzazione ed il mantenimento a lungo termine dei cambiamenti raggiunti, attraverso, ad esempio, un *parent training* mirato a fornire ai genitori capacità e risorse utili a fronteggiare le inevitabili future difficoltà legate alla crescita del loro figlio all'interno del contesto multi-sistemico.

In letteratura sono presenti numerosi studi effettuati per verificare l'efficacia del trattamento multisistemico, la maggior parte dei quali riguardano il trattamento di giovani criminali, cosiddetti *offenders*. Il più rappresentativo è lo studio effettuato nel 2005 da Schaffer e Borduin nel quale viene verificata l'efficacia a lungo termine della MST di cui, 13 anni prima, 176 adolescenti *offenders* avevano beneficiato nel corso di uno studio che valutava le differenze di efficacia tra MST e trattamento individuale standard (Borduin et al. 1995), dal quale era emerso che oltre al minor numero di recidive, il gruppo MST presentava maggiore coesione familiare.

I risultati dello studio di Schaffer, evidenziano come, a 13 anni di distanza, coloro che avevano beneficiato della MST, presentano una differenza significativa nel numero di arresti rispetto al gruppo di controllo: i primi presentano una percentuale di nuovi arresti pari al 50%, contro l'81% del gruppo trattato solo con terapia individuale.

Inoltre, un ulteriore studio (Huey et al. 2000) che esamina i cambiamenti apportati dalla MST, evidenzia come i miglioramenti nel funzionamento familiare predicono un decremento di affiliazione con gruppi di pari delinquenti e di conseguenza un decremento dell'attività criminale

dei giovani trattati con MST. Forse, quindi, gli effetti a lungo termine osservati nello studio di Borduin sono collegati al cambiamento apportato dalla MST nelle relazioni familiari e con il gruppo dei pari.

Precedentemente, uno studio di Henggeler del 1986 aveva sottolineato come gli adolescenti *offenders* che con le loro famiglie beneficiano di MST mostrano meno problemi di comportamento, minore ansia e comportamenti più maturi, oltre al minor coinvolgimento in gruppi di pari devianti.

Per quanto riguarda gli aspetti di prevenzione, troviamo un programma messo a punto dal Conduct Problems Prevention Research Group, nel 2002: il Fast Track Program, progettato per assistere bambini ritenuti a rischio di sviluppo di disturbo della condotta. L'intervento preventivo coinvolgeva la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari e la comunità, nello sforzo di individuare fattori di rischio e fattori protettivi per il suddetto disturbo. Le analisi valutative hanno rivelato come i bambini assegnati alle condizioni di trattamento così concettualizzate, mostravano meno problemi comportamentali rispetto ai bambini assegnati alle condizioni di controllo.

Nonostante il principale campo di applicazione della MST sia quello della devianza adolescenziale, si rintracciano in letteratura anche studi il cui campo di interesse è leggermente diverso : vi è infatti un primo studio effettuato da Henggeler e collaboratori nel 1999 teso a valutare la possibilità che la MST si potesse come alternativa al ricovero psichiatrico per giovani che presentavano emergenze psichiatriche quali suicidio, omicidio, psicosi, rischio di danno per sé e altri. I risultati indicarono come il gruppo dei giovani e delle loro famiglie che avevano beneficiato della MST presentavano una riduzione del 90% dei giorni di ricovero nelle prime 2 settimane e del 75% nei primi 4 mesi successivi. La MST si è rivelata più efficace del ricovero nella riduzione dei sintomi esternalizzanti, nel migliorare le relazioni familiari, nel promuovere la frequenza scolastica e la soddisfazione di chi beneficiò del trattamento.

Sulla stessa linea, un altro studio del 2003 di Huey, Henggeler e collaboratori, valuta l'efficacia della terapia multisistemica nel ridurre i tentativi di suicidio in un gruppo di 156 giovani afro-americani tra i 10 ed i 17 anni che erano stati destinati al ricovero psichiatrico. I risultati, anche qui, mostrano come la MST sia più efficace del ricovero psichiatrico nel ridurre il numero dei tentativi di suicidio durante i 16 mesi successivi all'inizio del trattamento in quantità significativamente superiore rispetto al gruppo di controllo trattato con ricovero psichiatrico.

Tutti gli studi sono quindi concordi nel dimostrare come un trattamento orientato al contesto che prenda in considerazione la molteplicità di variabili intervenienti nel generare e mantenere un disturbo od un comportamento problematico, sia più efficace dei trattamenti standard di tipo individuale non solo nel ridurre la sintomatologia ma anche nel migliorare le relazioni familiari e sociali in genere e come, spesso, sia proprio il miglioramento delle capacità relazionali a promuovere la riduzione della sintomatologia presentata. Inoltre, è bene notare come spesso in questi studi un particolare risalto sia dato ad un altro effetto generato dall'impiego di trattamenti di tipo multisistemico, rappresentato dalla sostanziale riduzione dei costi per l'amministrazione pubblica sanitaria. Da una parte, infatti, la riduzione del numero di arresti di giovani *offenders*, apporta una sensibile diminuzione delle spese a carico non solo dell'amministrazione penitenziaria ma anche di quella sanitaria, deputata a fornire assistenza medica e psicologica ai giovani carcerati; dall'altra, l'utilizzo della MST a scopo preventivo ha dato risultati così soddisfacenti che non è difficile immaginare come un più vasto e strutturato utilizzo di questa modalità di intervento possa sempre più essere di aiuto nel prevenire l'insorgere di molti disturbi ad esordio infantile o adolescenziale, con un effetto di nuovo favorevole non solo alla salute psicologica della popolazione ma anche all'amministrazione sanitaria che si troverebbe a stanziare una minor quantità di fondi per la cura dei suddetti disturbi.

## La nostra proposta di *setting* integrati

I programmi di trattamento proposti variano a seconda dei modelli teorici di riferimento ed a prassi cliniche diverse.

Il lavoro qui presentato fa riferimento alla presenza di operatori di differenti professionalità (fisioterapista, logopedista, neuropsichiatra infantile, psicologo) che condividono lo stesso modello teorico (teoria dell'attaccamento) con cui concettualizzano il disturbo ed il percorso terapeutico. Si tratta di promuovere assetti relazionali maggiormente cooperativi tanto da costruire un approccio multidisciplinare alla cura. È inoltre necessario coinvolgere gli adulti di riferimento (genitori, nonni, insegnanti, etc.) nel progetto terapeutico.

L'operatore avrà la funzione di integrare tutti gli interventi. L'impegno maggiore sarà "creare" nuove situazioni operative che possano essere rappresentate da un lavoro sistematico con i genitori, con gli insegnanti, con gli istruttori di attività sportive, con gli educatori (assistente domiciliare, etc.). È, pertanto, una proposta di molteplicità integrata di *setting* come cornice che facilita lo stabilirsi di alcuni fattori terapeutici.

In età evolutiva, infatti, sono da prevedere interventi multidisciplinari poiché, come è noto, sono presenti implicazioni ed influenze reciproche più strette rispetto agli adulti tra problemi fisici e problemi psicologici. Inoltre, combinazioni di differenti fattori conducono a manifestazioni psicopatologiche diverse che implicano differenze nell'espressione sintomatica e nel decorso naturale. Si attiveranno simultaneamente modalità riabilitative insieme ad un lavoro strettamente psicoterapeutico. La necessità, dunque, di organizzare il lavoro utilizzando *setting* differenti ma integrati è motivata, in primo luogo, da quanto sopra detto, cioè dall'utilità della presenza di figure professionali diverse a seconda dei problemi presentati dal/la bambino/a. La seconda motivazione è legata al fatto di dover intervenire sugli ambienti di accudimento (famiglia, scuola, etc.) al fine di renderli emotivamente disponibili. Questo secondo aspetto discende dalla considerazione che gli *Internal Working Models* (Bowlby 1969), che sono inizialmente proprietà delle relazioni, divengono, nel processo di crescita, caratteristiche individuali della persona, cioè strutture della sua personalità. Bretherton (1990) ci ricorda che "gli IWM non sono sistemi rappresentativi rigidi ma piuttosto una rete rappresentativa che può essere attivata dalle circostanze ambientali ed interpersonali". È, dunque, importante proporre interventi nei contesti che il/la bambino/a frequenta.

L'infanzia rappresenta un periodo importante per prevenire il disordine mentale e promuovere uno sviluppo corretto. Ed è proprio per salvaguardare questo scopo che l'ambiente di accudimento deve essere rispettoso dei bisogni del/la bambino/a e disponibile a negoziare le controversie.

È utile ricordare che il/la bambino/a è un paziente non convenzionale i cui genitori collaborano al trattamento. Il terapeuta diventa così un intermediario tra genitori e bambino/a e "parla per conto del bambino", prendendone in considerazione gli affetti ed i bisogni e, soprattutto, stimola i genitori ad interpretare in modo diverso le risposte del figlio/a.

I programmi di trattamento integrato, pure essendo diversi, perseguono obiettivi comuni:

1. aiutare il/la bambino/a a costruire relazioni interpersonali efficaci;
2. aiutare il/la bambino/a a acquisire un senso di sé stabile;

3. aiutare il/la bambino/a a sviluppare la capacità di esprimere le proprie emozioni in modo spontaneo.

Nel lavoro clinico in età evolutiva è, dunque, utile articolare *setting* multipli che prevedano l'intervento in contesti differenziati a seconda dei diversi sistemi relazionali in cui il/la bambino/a è inserito. Sta al singolo operatore evidenziare la competenza specifica e soprattutto selezionare la strategia più utile per raggiungere l'obiettivo che, in un dato momento, appare prioritario e

quindi attivare i setting necessari. Tale assetto terapeutico può cambiare nel tempo; è indispensabile però pensare ad un'opzione di setting praticabile rispetto alla premesse culturali e ai vincoli cognitivi ed emotivi di quella famiglia e di quel/la bambino/a (Lambruschi 2004).

I programmi di trattamento variano a seconda dei setting che si possono attivare, dell'età del bambino e del tipo di problema che si sceglie di affrontare, nonché delle strategie applicabili. Il punto cruciale del trattamento è rappresentato dall'efficacia della valutazione diagnostica che ci consente di evidenziare l'obiettivo prioritario da raggiungere, soprattutto quando sono presenti altre condizioni sintomatologiche in comorbidità.

Una valutazione, per essere utilizzabile, deve darci informazioni su diverse aree di funzionamento del bambino/a e della sua famiglia:

1. sviluppo sensomotorio,
2. capacità linguistiche e funzionamento cognitivo,
3. livello di sviluppo di teoria della mente (risoluzione compito di falsa credenza, etc.),
4. capacità di esprimere e modulare emozioni,
5. rete di relazioni e funzionamento sociale,
6. atteggiamento di apertura o chiusura rispetto alle novità,
7. tendenza prevalente dell'umore e dell'atteggiamento di base,
8. grado e durata dell'attenzione,
9. principi educativi della famiglia e sue tradizioni culturali,
10. risorse e vulnerabilità della famiglia nel processo di accudimento,
11. teorie naive della famiglia.

I risultati della valutazione devono essere comunicati alla famiglia all'interno di un incontro di restituzione nel corso del quale verranno anche formulate le proposte di trattamento.

Il numero di setting da proporre dipende da:

- problemi presentati dal/la bambino/a,
- momenti di vita del/la bambino/a,
- problemi presentati dalla famiglia,
- momenti di vita della famiglia.

Tali contesti terapeutici possono essere modificati in presenza di nuove contingenze e possono essere cambiati a seconda delle esigenze del/la bambino/a e della sua famiglia. Si possono utilizzare simultaneamente sedute individuali e di gruppo per i genitori e tale procedura può essere usata anche per il/la bambino/a.

Si possono dunque immaginare diverse tipologie di intervento che vanno da incontri di *developmental guidance*, psicoterapia genitore-bambino, psicoterapia individuale per il bambino, sedute di sostegno alla funzione genitoriale individuali e/o di gruppo, gruppi di *parent training*, consultazioni scolastiche, etc.

L'obiettivo prioritario dei diversi interventi è quello di accrescere il riconoscimento e l'accettazione da parte dell'adulto dei bisogni del bambino e, nel contempo, di sostenere quest'ultimo affinché diventi maggiormente abile nel riconoscere ed esprimere i propri bisogni. Il bambino deve essere aiutato a ritrovare e riprendere il suo itinerario di sviluppo.

I diversi ambienti terapeutici è utile che abbiano in comune la caratteristica di "contesto sicuro" (Liotti 2005) e perciò altamente prevedibile, in cui il bambino possa diventare consapevole dello stato mentale di un'altra persona. Quest'acquisizione, fra gli altri vantaggi, accrescerà la capacità di prevedibilità del/la bambino/a.

La qualità della relazione costruita all'interno dei singoli setting influenzerà il percorso

terapeutico di ognuno e anche i contesti implicati. È indispensabile che ognuno (bambino/a, coppia genitoriale, insegnanti, etc.) si senta sostenuto e compreso. Attraverso quest'acquisizione i soggetti coinvolti potranno rendersi disponibili a esplorare alternative comportamentali e cognitive.

È utile formare setting attivi e dinamici, contesti caldi e stimolanti che abbiano lo scopo di rappresentare occasioni continue di interazione in cui il bambino e i genitori si trovino al fine di costruire le premesse affinché la loro relazione possa essere "efficace".

L'esito atteso è la modifica della rappresentazione di "quel" bambino: le informazioni su di lui cambiano, muta il modo di descriverlo e si modificano le aspettative nei suoi confronti. Questo risultato è ottenuto dallo scambio di informazioni su di lui che gli adulti di riferimento operano attraverso interazioni sistematiche orientate dall'osservazione accurata di comportamenti del bambino e un coinvolgimento attivo dei genitori.

## Bibliografia

- Borduin CM, Mann BJ, Cone LT, Henggeler SW, Fucci BR, Blaske DM, Williams RA (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63, 569-578.
- Bowlby J (1969), *Attaccamento e perdita. Vol. I. L'Attaccamento alla madre*. Bollati Boringhieri, Torino 1982
- Bretherton I (1990), *Open communication and internal working models: their role in attachment relationships*. In Tompson RA (Ed.) *Nebraska Symposium on Motivation* Vol. 36, pp. 57-113. University of Nebraska Press, Lincoln.
- Bronfenbrenner U (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Colle L, Del Giudice M, Bara B (2007). La natura interpersonale della metacognizione, uno studio in età evolutiva. *Giornale Italiano di Psicologia* 34, 161-192.
- Conduct Problems Prevention Research Group (2002). Evaluation of the first 3 years of the fast track prevention trial with children at high risk for adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology* 30, 1, 19-35.
- Fonagy P, Target M (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina Editore. Milano.
- Henggeler SW, Rodick JD, Borduin CM, Hanson CL, Watson SM, Urey JR (1986). Multisystemic Treatment of Juvenile Offenders: Effects on Adolescent Behavior and Family Interaction. *Developmental Psychology* 22, 1, 132-141.
- Henggeler SW, Rowland MR, Randall J, Ward D, Pickrel SG, Cunningham PB (1999). Home-based Multisystemic Therapy as an Alternative to the Hospitalization of Youths in Psychiatric Crisis: Clinical Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 1331-1339.
- Huey SJ, Henggeler SW, Brondino MJ, Pickrel SG (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 451-467.
- Isola L (2006). *L'intervento in età evolutiva: intervento sui contesti come intervento di setting diversi e integrati*. Comunicazione personale. XIII Congresso SITCC Napoli.
- Isola L, Mancini F (2007). *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Franco Angeli Milano.
- Lambruschi F (2004). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*. Bollati Boringhieri. Torino.
- Lieberman AF, Compton NC, Vanhorn P, Ghosh Ippen C (2007). *Il lutto infantile*. Il Mulino. Bologna.
- Linehan MM, Shearin EN (1993). *La terapia dialettica comportamentale del disturbo borderline*. In: Paris J (a cura di) *Il disturbo borderline di personalità: eziologia e trattamento*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1995.
- Liotti G, Farina B, Rainone A (2005). *Due terapeuti per un paziente*. Laterza, Roma.



- Meins E, Fernyhough C, Wainwright R, Das Gupta M, Fradley E, Tuckey M (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development* 73, 1715-1726.
- Schaeffer CM, Borduin CM (2005). Long-Term Follow-Up to a Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Serious and Violent Juvenile Offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73, 3, 445-453.
- Swenson C, Sanderson C (1997). Verso un approccio integrato di due modelli di gestione dell'esperienza emotiva del paziente borderline nel trattamento ospedaliero. In Barone L, Maffei C (a cura di) *Emozione e conoscenza nei disturbi di personalità*. Franco Angeli, Milano.
- Symons DK (2004) Mental state discourse, theory of mind, and the internalisation of self-other understanding. *Developmental Review* 24, 159-188.
- Zimmermann P (1999). Structure and functioning of internal working models of attachment and their role during emotion regulation. *Attachment and human development* 1, 291-307.

**Corrispondenza**

Dott.ssa Lorenza Isola c/o Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC.  
Viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma. Email: [lorenzaisola@tiscali.it](mailto:lorenzaisola@tiscali.it)