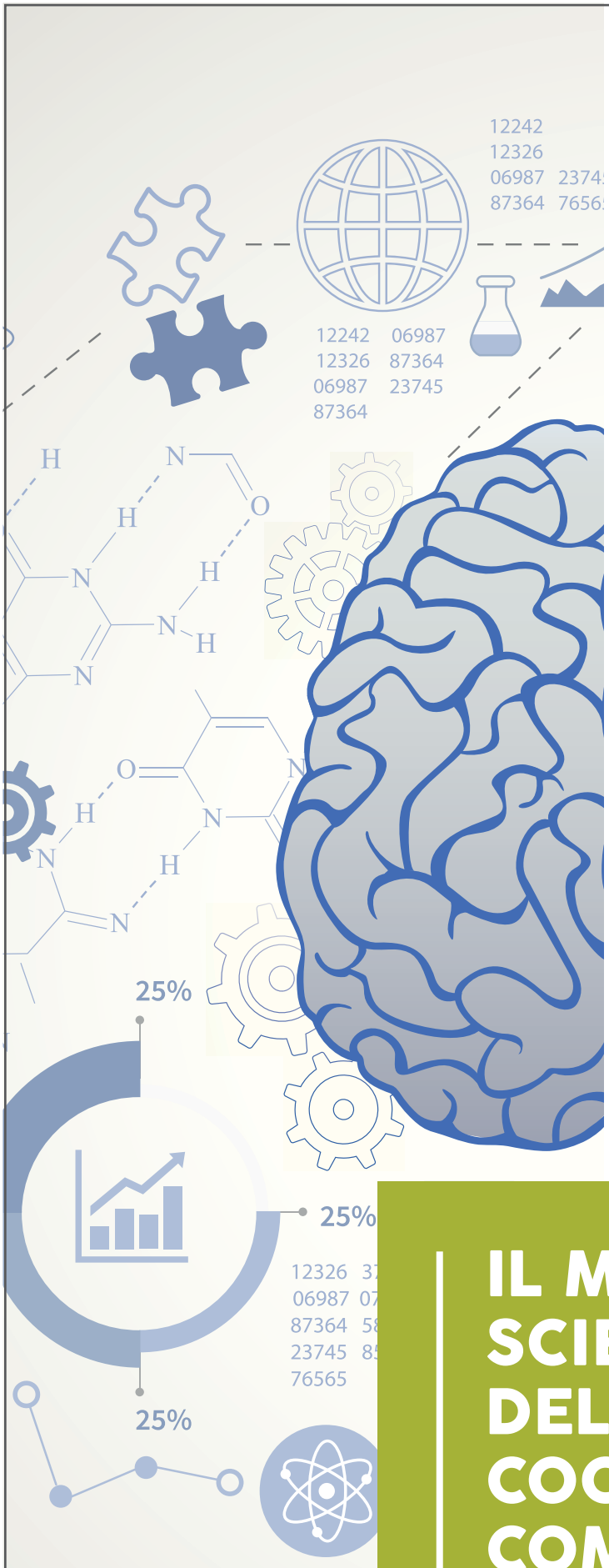


Scuola di specializzazione in
Psicoterapia
di Basilicata
cognitivo comportamentale

MUR

Scuola Quadriennale
post laurea di
specializzazione
in Psicoterapia

IL MODELLO SCIENTIFICO DELL'APPROCCIO COGNITIVO COMPORTAMENTALE

Il modello scientifico cognitivo comportamentale.

La Scuola di Specializzazione in Psicoterapia della Basilicata si basa sugli sviluppi più recenti e aggiornati della terapia cognitivo-comportamentale. La Scuola, al contempo, presenta ai partecipanti una molteplicità di modelli di intervento, tutti coerenti con l'orientamento cognitivo comportamentale, con l'obiettivo di sviluppare nei discenti la conoscenza dello stato dell'arte in psicoterapia e favorire lo scambio di informazioni con professionisti che operano utilizzando altri strumenti terapeutici. All'interno del percorso formativo ogni corsista viene messo in condizione di elaborare un modello personale di trattamento che rispetti i presupposti teorici dell'approccio comportamentale e cognitivista e le proprie caratteristiche di terapeuta in formazione. Proprio a tal fine i corsisti, per l'intera durata del corso, ricevono una formazione specifica sulle abilità tecniche funzionali ad un intervento nelle varie fasi del ciclo di vita della persona (terapia deli bambino, dell'adolescente, dell'adulto e dell'anziano. Secondo la stessa logica, il percorso di formazione è volto a presentare ai discenti, approfondendone i dettagli tecnico-applicativi, i principali modelli di intervento in ambito nevrotico, border e psicotico.

Scuola di specializzazione in Psicoterapia di Basilicata
cognitivo comportamentale

SSP Basilicata

Potenza
via Alberobello, 7
0971.21184

info@sspbasilicata.it
www.sspbasilicata.it

L'approccio cognitivo comportamentale rappresenta il trattamento d'elezione per molti disturbi e la sua efficacia è attualmente meglio dimostrata e sottoposta a controlli di validazione degli esiti. La terapia cognitivo-comportamentale deriva dalla tradizionale terapia del comportamento, nata negli anni '50 e che si è imposta fin dal principio come una delle terapie più in grado di fornire risposte rapide ed efficaci alle nuove forme di sofferenza (Moderato, 2002). L'approccio cognitivo-comportamentale odierno è il frutto di una lunga storia che ha inizio con la rivoluzione comportamentista dell'inizio del XX secolo e si arricchisce negli anni 60 con l'avvento del cognitivismo, fino ad arrivare agli odierni paradigmi della cosiddetta terza generazione. Storicamente, infatti, la terapia comportamentale può essere suddivisa in tre generazioni, intendendo per generazione l'insieme delle assunzioni dominanti, dei metodi e degli obiettivi che aiutano ad organizzare la ricerca, la teoria e la pratica del modello terapeutico. La prima generazione aveva rappresentato, in parte, una ribellione alle concezioni cliniche prevalenti dell'epoca di matrice psicoanalitica e i primi terapeuti si erano focalizzati direttamente sulla riduzione dei comportamenti problematici manifesti, mediante tecniche e procedure terapeutiche fondate su principi di apprendimento scientifici, ben specificati e rigorosamente validati. Il quadro di riferimento teorico era dato dall'insieme della psicologia sperimentale dell'epoca, con particolare riferimento al contributo della psicologia del comportamento ed alle teorie dell'apprendimento. Con l'avvento del cognitivismo, nello scenario della psicologia generale inizia a emergere un cambiamento paradigmatico che porta allo sviluppo della seconda generazione della terapia del comportamento. Il concetto associativo di apprendimento viene abbandonato,

SSP Basilicata
Potenza
via Alberobello, 7
0971.21184
info@sspbasilicata.it
www.sspbasilicata.it

per lasciare spazio a più flessibili principi mediazionali, che tengano in debita considerazione il ruolo delle esperienze interne (pensieri e sentimenti) nel determinare il comportamento umano. La persona è, prima di tutto, un essere pensante, in grado di organizzare il proprio comportamento e di modificarlo in base alle circostanze (Bandura, 1969). Lo studio dei pensieri irrazionali (Ellis, 1962, 1977) e degli schemi cognitivi patogeni (Beck, 1976, 1993; Beck & Freeman, 1990) permette di identificare come certi errori cognitivi possano essere prerogative di particolari tipologie di pazienti e come, per ognuna di queste, esista una varietà di tecniche finalizzate a modificare i pensieri automatici negativi e gli schemi cognitivi di riferimento. È proprio dall'integrazione tra le prime due generazioni della terapia comportamentale che nasce il concetto di psicoterapia cognitivo-comportamentale, caratterizzata da un insieme di interventi psicoterapeutici e educativi articolati, in cui confluiscono procedure mirate alla modificazione non solo dei comportamenti manifesti, ma anche delle convinzioni, degli atteggiamenti, degli stili cognitivi e delle aspettative del soggetto (Galeazzi & Meazzini, 2004). La terza generazione della psicoterapia cognitivo-comportamentale pone l'enfasi sulle strategie di cambiamento contestuali ed esperienziali, che modificano la funzione degli eventi psicologici, senza intervenire sulla loro forma. La filosofia sottostante agli approcci di terza generazione è il cosiddetto contestualismo funzionale, che opera uno spostamento di attenzione dai contenuti ai processi mentali e rivolge una considerazione particolare alla libertà di scelta e al perseguimento dei "valori personali" dei pazienti (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Hayes, 2004; Hayes et al., 2006). Questi, infatti, sono incoraggiati ad abbandonare ogni interesse nei confronti della verità dei propri pensieri e a dedicarsi alla realizzazione dei

dei propri scopi vitali. È da qui che prende origine un atteggiamento di apertura e di accettazione nei confronti degli eventi psicologici, anche se negativi dal punto di vista del contenuto, come opportunità per vivere appieno la propria vita. L'emergere del costruttivismo clinico (Kelly, 1955; Maturana, 1993; Maturana & Varela, 1980) e delle teorie cognitive post-razionaliste (Guidano, 1987; 1991), inoltre, ha indebolito l'idea che le teorie scientifiche identifichino parti elementari della realtà, da organizzare poi in modelli esplicativi (Hayes, Hayes, Reese & Sarbin, 1993). Questi cambiamenti nella filosofia della scienza, dunque, hanno gradualmente osteggiato la posizione meccanicistica, propria della prima e seconda generazione della terapia del comportamento, e delle loro sottostanti teorie, in favore di un approccio più contestuale (Moore, 2000). L'enfasi nei confronti del processo e della funzione, piuttosto che del contenuto, è in linea con ciò che caratterizza la terza generazione delle terapie cognitivo-comportamentali, che comprende, come ha descritto Hayes (2004): l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), la Terapia Dialettico Comportamentale (DBT; Linehan, 1993a, 1993b), la Psicoterapia Analitico- Funzionale (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991), la Terapia Comportamentale Integrata di Coppia (IBCT; Jacobson & Christensen, 1996), la Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2003) e la Terapia Metacognitiva (Wells, 2009). Negli ultimi anni, le tecniche cognitive e comportamentali originarie sono state dunque integrate con strategie derivate dalle tradizioni filosofiche orientali, quali quelle della Mindfulness, e da strategie dialettiche, finalizzate all'accettazione, alla validazione e alla regolazione delle emozioni, dedicando sempre più attenzione al potenziamento delle abilità metacognitive del paziente, al fine di poter modificare la qualità delle sue

relazioni interpersonali, oltre alla sua capacità di adattamento e di "flessibilità psicologica". La terapia cognitivo- comportamentale, inoltre, si è da sempre interessata del trattamento delle principali sindromi cliniche, trascurando, in una prima fase, le problematiche connesse alla struttura di personalità. Recentemente, anche in ambito cognitivo- comportamentale, clinici e ricercatori si sono interessati alla comprensione dei meccanismi psicopatologici implicati nell'eziopatogenesi e nel mantenimento dei disturbi di personalità e sono state proposte nuove forme di trattamento specificatamente mirate a queste complesse problematiche. Tra queste, la Schema Therapy di Young e collaboratori (2003) si presenta come un approccio sistematico, organizzato e metodico per il trattamento dei pazienti con disturbi della personalità o con una grande resistenza al cambiamento, che colma alcune lacune del modello cognitivista attraverso l'integrazione di contributi derivati da altre teorie, come la teoria dell'attaccamento, la teoria della Gestalt, quella psicodinamica e il comportamentismo. Altri importanti contributi, in relazione ai disturbi di personalità, sono quello della Terapia Dialettico Comportamentale (DBT; Linehan, 1993a, 1993b), approccio specifico e di dimostrata efficacia per il disturbo borderline di personalità, quello della Terapia Metacognitivo-Interpersonale (Dimaggio & Semerari, 2003), primariamente volto a intervenire sui deficit metacognitivi e sui cicli interpersonali problematici dei pazienti affetti da disturbo della personalità, e quello della Terapia Basata sulla Mentalizzazione (Bateman & Fonagy, 2006), che, pur partendo da un'impostazione psicodinamica, mira a ridurre i deficit metacognitivi del paziente. Da un'attenta analisi delle linee-guida stilate dall'APA (Practice Guidelines, consultabili sul sito http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm)

SSP Basilicata
Potenza
via Alberobello, 7
0971.21184
info@sspbasilicata.it
www.sspbasilicata.it

emerge come la psicoterapia cognitivo comportamentale, con le sue diverse tecniche e strategie, rappresenti ad oggi il trattamento di prima scelta, da consigliare al paziente come primo ed elettivo intervento, per molti disturbi psichiatrici. Nel corso degli anni molti studi hanno dimostrato l'efficacia dei protocolli di trattamento cognitivo comportamentale. Ad esempio, solo per citare i più recenti, in relazione al trattamento dei sintomi dei disturbi d'ansia (Zalta, 2011), del disturbo di panico (Hofmann, Rief, Spiegel, 2010; Otto et al., 2010; Pincus et al., 2010; Schmidt & Keough, 2010), del disturbo ossessivo-compulsivo (Frost, 2010; Jaurrieta et al., 2008; Storch et al., 2008), della fobia sociale (Beidel, Turner & Young, 2006; Clark et al., 2003; Mc Manus et al., 2009), della depressione (De Rubeis et al., 2005; Hollon, 2011), dei disturbi alimentari (Agras et al., 2000; Bowers & Andersen, 2009; Schlup et al., 2009; Wilson, Grilo & Vitousek, 2007; Wilson, Wilfley, Agras & Bryson, 2010), dei disturbi somatoformi (Allen & Woolfolk, 2010) e dei disturbi di personalità (Beck & Freeman, 1990; Dimaggio & Semerari, 2003; Semerari, 1999; Young, 1990; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Anche le terapie della cosiddetta terza generazione sono state sottoposte a studi di efficacia. Per esempio, la Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT) ha dimostrato la sua utilità nel trattamento dei disturbi della personalità (Feigenbaum, 2007; Harned, Jackson, Comtois & Linehan, 2010; Nee & Farman, 2005); la Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness (MBCT) ha dimostrato la sua efficacia nel trattamento e nella prevenzione delle ricadute dei disturbi dell'umore (Hollon & Ponniah, 2010; Kingston et al., 2007; Splevins, Smith & Simpson, 2009;) e l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) nel trattamento di diversi disturbi di asse I (Kansas & McDonald, 2011). Inoltre, la terapia cognitivo-comportamentale si è dimostrata ben applicabile a

SSP Basilicata
Potenza
via Alberobello, 7
0971.21184
info@sspbasilicata.it
www.sspbasilicata.it

specifiche popolazioni, come ad esempio gli anziani (Howard et al., 2010; Turner, Steketee & Nauth, 2010), i pazienti con danni cerebrali (Doering & Exner, 2011), i pazienti oncologici (McKiernan, Steggles, Guerin & Carr, 2009) e le popolazioni rurali (Crowther, Scogin & Norton, 2010). Infine, le terapie di approccio cognitivo-comportamentale sono state applicate in diversi setting, come quelli di coppia, di gruppo o familiare. Particolare importanza ha l'approccio cognitivo comportamentale in età evolutiva. La visione scientifica più moderna, cui esso aderisce, considera i problemi vissuti dai soggetti in età evolutiva in una visione sistemica. Ciò significa che il bambino e l'adolescente interagiscono con differenti ambienti di vita, la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari e la società, e che da questi ricevono influenze e, a sua volta, contribuiscono ad influenzarli. È per questo che il lavoro con i bambini viene spesso affiancato al lavoro con gli adulti, attraverso training informativi e formativi rivolti ai genitori e alle altre figure di riferimento; in quest'ottica, la caratteristica psicoeducazionale della terapia cognitivo-comportamentale risulta essere fondamentale. Numerose sono le ricerche che dimostrano l'alto livello di efficacia e di specificità della psicoterapia cognitivo-comportamentale nelle problematiche sia dei bambini che degli adolescenti (Creswell & Waite, 2009; Micco et al., 2008; Piacentini, 2008). Ad esempio, essa costituisce il trattamento d'elezione nella prevenzione e nella cura dei sintomi dei disturbi d'ansia e della fobia sociale (Khanna & Kendall, 2010; Melfsen et al., 2011; van der Leeden et al., 2011), del disturbo ossessivo-compulsivo (Barrett et al., 2008; Freeman, Garcia & Coyne, 2008; Kircanski, Peris & Piacentini, 2011), della depressione (Michelmore, 2011; Verduyn, 2011), dei disturbi alimentari (Goldfield, Raynor & Epstein, 2002; Gowers & Green, 2009; Jones et al., 2008; Wilfley, Kolko & Kass, 2011) e dei

disturbi dell'apprendimento (Doyle & Terjesen, 2006; Ek et al. 2004; Lickel, 2011). Infine, il trattamento farmacologico abbinato a quello cognitivo-comportamentale è risultato il metodo più efficace per la cura del disturbo da deficit d'attenzione e iperattività (Frazier, Youngstrom, Glutting & Watkins, 2007; Knouse & Safren, 2010; Roman, 2010; Verreault & Berthiaume, 2010) e dell'autismo (Lang et al., 2010; McNallyKeehn, 2011), soprattutto se associato all'intervento sui familiari. La TCC (Terapia Cognitivo Comportamentale) è probabilmente la forma più ampiamente studiata di psicoterapia. Hoffman ed altri (2012) hanno rilevato ed esaminato 269 studi sull'efficacia della TCC in riferimento ad una serie di problemi, tra i quali il disturbo da uso di sostanze, la schizofrenia e altri disturbi psicotici, la depressione e la distimia, il disturbo bipolare, i disturbi d'ansia, i disturbi somatoformi, i disturbi alimentari, l'insonnia, i disturbi della personalità, la rabbia e l'aggressività, i comportamenti devianti, lo stress in generale, le difficoltà rivenienti da condizioni mediche generali, il dolore cronico e la fatica, le difficoltà legate alla complicazioni in gravidanza e le condizioni ormonali femminili. Ulteriori studi sono stati condotti sull'efficacia della TCC per vari problemi nei bambini, negli adulti e negli anziani. I risultati dello studio meta-analitico rilevano che:

- nel trattamento del disturbo dipendenza e da uso di sostanze la TCC risulta altamente efficace per il trattamento della cannabis e dipendenza da nicotina;
- per il trattamento della schizofrenia e altri disturbi psicotici, la letteratura empirica suggerisce una apprezzabile efficacia della TCC in particolare per i sintomi positivi e le conseguenze secondarie del disturbo;
- risulta ben supportato all'interno degli studi, il trattamento dei

SSP Basilicata
Potenza
via Alberobello, 7
0971.21184
info@sspbasilicata.it
www.sspbasilicata.it

sintomi depressivi nel disturbo bipolare attraverso l'utilizzo della TCC;

- l'efficacia della TCC per i disturbi d'ansia risulta comprovata, con molte evidenze nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo, nel disturbo d'ansia sociale, nel disturbo di panico e nel disturbo post-traumatico da stress;
- risulta comprovata l'efficacia del trattamento con TCC nei disturbi somatoformi, come il disturbo da ansia di malattia ed il dimorfismo corporeo;
- per il trattamento della bulimia, la TCC risulta notevolmente più efficace rispetto ad altre forme di psicoterapia;
- la TCC inoltre mostra un'efficacia superiore, rispetto ad altri interventi, per il trattamento dell'insonnia in riferimento a parametri quali la qualità del sonno, il tempo totale di sonno, il tempo di veglia ed altre variabili;
- Si rilevano evidenze di efficacia superiore della TCC per i disturbi di personalità rispetto ad altri trattamenti psicosociali;
- la TCC si è mostrata inoltre efficace nel trattamento della rabbia e dell'aggressività, nel trattamento di comportamenti devianti, nella gestione dello stress. Tuttavia, in questi casi sarebbero necessarie ulteriori ricerche per confermarne la superiorità rispetta ad altri interventi;
- si rileva una prova preliminare dell'efficacia della TCC nel trattamento delle forme di disagio legate alle complicazioni in gravidanza e alle condizioni ormonali femminili; questi trattamenti, risultano molto interessanti in quanto alternativi a quelli farmacologici che potrebbero essere associati a gravi rischi di effetti negativi per le donne incinta e le madri che allattano;
- la TCC presenta una buona efficacia nel trattamento dei disturbi internalizzati dei bambini, sulla sintomatologia dell'umore e dell'ansia, e dei disturbi esternalizzati;

SSP Basilicata
Potenza
via Alberobello, 7
0971.21184
info@sspbasilicata.it
www.sspbasilicata.it

► la TCC, inoltre, risulta moderatamente efficace per il trattamento dei sintomi emotivi negli anziani.

La citata rassegna di studi meta-analitici (Hoffman et al. 2012) ha, inoltre, identificato 11 studi di confronto tra l'efficacia dell'TCC e quella di altri trattamenti o in condizioni di controllo. In sette di queste rassegne, La TCC ha dimostrato percentuali di risposta al trattamento più elevate rispetto alle condizioni di confronto, mentre una sola recensione (Leichsenring e Leibing 2003), condotta da autori con un orientamento psicodinamico, ha riferito che la TCC ha avuto percentuali di risposta inferiori rispetto ai trattamenti di confronto. In sintesi, sulla base degli studi condotti, si può affermare che la TCC è utilizzata per una vasta gamma di problemi psicologici e che, in generale, l'evidenza dei risultati è molto forte, e in particolare per il trattamento dei disturbi d'ansia. Inoltre, vista l'enorme validità in termini di costi-benefici dei trattamenti risulta sorprendente che molti paesi, tra i quali molte nazioni sviluppate, non abbiano ancora adottato TCC come trattamento di prima linea nei disturbi mentali.

SSP Basilicata
Potenza
via Alberobello, 7
0971.21184
info@sspbasilicata.it
www.sspbasilicata.it

Bibliografia consigliata

Agras, W. S., Walsh, T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., &Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. Archives of General Psychiatry, 57(5), 459- 466.

Allen, L. A., & Woolfolk, R. L. (2010). Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. Psychiatric Clinics of North America, 33(3), 579-593.

Bandura, A. (1969). Principles of Behavior Modification. New York: Holt.

Barrett, P. M., Farrell, L., Pina, A. A., Peris, T. S., &Piacentini, J. (2008). Evidence- based psychosocial treatments for child and adolescent OCD. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37, 131- 155.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2006). Mentalization based treatment for borderline personality disorder: a practical guide. Oxford: Oxford University Press. Trad. it.: Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline. Milano: Raffaello Cortina, 2006.

Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press. Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 2, 345-356.

Beck, A. T., Freeman, A., & Associates (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford. Trad. it.: Terapia cognitiva dei disturbi della personalità . Napoli: Mediserve, 1993.

Beidel, D. C., Turner, S. M., & Young, B. J. (2006). Social effectiveness therapy for children: Five years later. Behavior Therapy, 37, 416-425.

Bowers, W. A., & Andersen, A. E. (2009). Cognitive-behavior therapy with eating disorders: The role of medications in treatment. Journal of Cognitive Psychotherapy, 21(1), 16-27.

Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C., & Louis, B. (2003). Cognitive Therapy Versus Fluoxetine in Generalized Social Phobia: A Randomized Placebo-Controlled Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(6), 1058-1067.

Creswell, C., & Waite, P. (2009). The use of CBT with children and adolescents. Obsessive compulsive disorder: Cognitive behaviour therapy with children and young people. In P. Waite, P., & T. Williams (Eds), obsessive compulsive disorder: Cognitive behaviour therapy with children and young people. CBT with children, adolescents and families. New York: Routledge.

Crowther, M. R., Scogin, F., & Norton, M. J. (2010). Treating the aged in rural communities: The application of cognitive-behavioral therapy for depression. Journal of Clinical Psychology, 66(5), 502-512.

DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L., & Gallop, R. (2005). Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. Archives of General Psychiatry, 62(4), 409-416.

Dimaggio, G., & Semerari, A. (2003). I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Roma: Laterza.

SSP Basilicata

Potenza
via Alberobello, 7
0971.21184

info@sspbasilicata.it
www.sspbasilicata.it

Bibliografia consigliata

Doering, B. &Exner, C. (2011). Combining neuropsychological and cognitive– behavioral approaches for treating psychological sequelae of acquired brain injury. Current Opinion in Psychiatry, 24(2), 156-161.

Doyle, K. A., & Terjesen, M. D. (2006). Rational-Emotive Behavior Therapy and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders: Theory, practice and research. In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.), Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders: Theory, practice and research (pp. 281-309). New York: Springer.

Ek, U., Holmberg, K., de Geer, L., Swärd, C., & Fernell, E. (2004). Behavioural and learning problems in schoolchildren related to cognitive test data. Acta Paediatrica, 93, 976-81.

Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart. Trad. it: Ragione ed emozione in psicoterapia. Astrolabio, Roma, 1989.

Ellis, A. (1977). The basic clinical theory of rational-emotional therapy. In A. Ellis, & R. Grieger (Eds.), Handbook of Rational-Emotive Therapy. New York: Springer.

Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base. Journal of mental health, 16(1), 51-68.

Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J., & Watkins, M. W. (2007). ADHD and achievement: metaanalysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. Journal of Learning Disabilities, 40, 49- 65.

Freeman, J., Garcia, A. M., &Coyne, L. (2008). Early childhood OCD: preliminary findings from a familybased cognitive behavioral approach. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47(5), 593-602.

Frost, R.O. (2010). Treatment of hoarding. Expert Review of Neurotherapeutics, 10(2), 251-261.

Galeazzi, A. & Meazzini, P. (2004). Mente e comportamento. trattato italiano di psicoterapia cognitivo comportamentale. Firenze: Giunti Editore. Goldfield, G. S., Raynor, H. A., & Epstein, L. H (2002). Treatment of pediatric obesity. In T. A. Wadden, & A. J. Stunkard (Eds.), Handbook of obesity treatment (pp. 532-555). New York: Guilford.

Gowers, S. G., & Green, L. (2009). Eating disorders: Cognitive behavioural therapy with children and young people. East Sussex: Routledge.

Guidano V. F. (1987). The complexity of the self: a developmental approach to psychopathology and therapy. New York: Guilford. Trad. it.: La complessità del se: un approccio sistemico processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitive. Torino: Bollati Boringhieri, 1988.

Guidano V. F. (1991). The self in the process: Toward a post-rationalist cognitive therapy. New York: Guilford. Trad. it.: Il sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva post-razionalista. Torino: Bollati Boringhieri, 1992.

SSP Basilicata

Potenza
via Alberobello, 7
0971.21184

info@sspbasilicata.it
www.sspbasilicata.it

Bibliografia consigliata

Harned, M. S., Jackson, S. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy as a precursor to PTSD treatment for suicidal and/or self-injuring women with borderline personality disorder. Journal of traumatic stress, 23(4), 421-429.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy, 35, 639-665.

Hayes, S. C., Hayes, L. J., Reese, H. W., &Sarbin, T. R. (1993). Varieties of scientific contextualism. Reno: Context Press. Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. Behavior Research and Therapy, 44(1), 1-25.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and Commitment Therapy: An experimental approach to behavior change. New York: Guildford Press. Hofmann, S. G., Rief, W., & Spiegel, D. A. (2010). Psychotherapy for panic disorder. Arlington: American Psychiatric Publishing. Hollon, S. D. (2011). Cognitive and behavior therapy in the treatment and prevention of depression. Depression and Anxiety, 28(4), 263-266.

Hollon, S. D., & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. Depression and Anxiety, 27(10), 891-932.

Howard, C., Dupont, S., Haselden, B., Lynch, J., & Wills, P. (2010). The effectiveness of a group cognitive behavioural breathlessness intervention on health status, mood and hospital admissions in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. Psychology, Health & Medicine, 15(4), 371-385.

Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change. New York: Norton.

Jaurrieta, N., Jiménez-Murcia, S., Alonso, P., Granero, R., Segalàs, C., Labad, J., & Menchón, J. M. (2008). Individual versus group cognitive behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: Follow up. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62(6), 697-704.

Jones, M., Luce, K. H., Osborne, M. I., Taylor, K., Cunning, D., Doyle, A. C., Wilfley, D. E., & Taylor, C. B. (2008). Randomized, controlled trial of an internet- facilitated intervention for reducing binge eating and overweight in adolescents. Pediatrics, 121(3), 453-462.

Kansas, M., & McDonald, S. (2011). Is it time to act? The potential of acceptance and commitment therapy for psychological problems following acquired brain injury. Neuropsychological Rehabilitation, 21(2), 250-276.

Kelly, G. A. (1955). The psychology of personal constructs. New York: Norton. Trad. it.: La psicologia dei costrutti personali. Milano: Cortina, 2004.

Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2010). Computer-assisted cognitive behavioral therapy for child anxiety: Results of a randomized clinical trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78(5), 737-745.

SSP Basilicata

Potenza
via Alberobello, 7
0971.21184

info@sspbasilicata.it
www.sspbasilicata.it

Bibliografia consigliata

Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E. & Malone, K. (2007). Mindfulness- based cognitive therapy for residual depressive symptoms. Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 80(2), 193- 203.

Kircanski, K., Peris, T. S., & Piacentini, J. C. (2011). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 20(2), 239-254.

Knouse, L. E., &Safren, S. A. (2010). Current Status of cognitive behavioral therapy for adult attention deficit hyperactivity disorder. Psychiatric Clinics of North America, 33(3), 497-509.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships. New York: Plenum Lang, R., Regester, A., Lauderdale, S., Ashbaugh, K., & Haring, A. (2010). Treatment of anxiety in autism spectrum disorders using cognitive behaviour therapy: A systematic review. Developmental Neurorehabilitation, 13(1), 53-63.

Lickel, A. (2011). Assessment of the prerequisite skills for cognitive behavioral therapy in children with and without autism spectrum disorders. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 70-94.

Linehan, M. M. (1993a). Cognitive behavioral treatment for borderline personality disorder. New York: Guilford. Trad. it.: Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Milano: Cortina, 2001.

Linehan, M. M. (1993b). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford. Trad. it.: Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Milano: Cortina, 2001.

McKiernan, A., Steggles, S., Guerin, S., & Carr, A. (2009). A controlled trial of group cognitive behavior therapy for Irish breast cancer patients. Journal of Psychosocial Oncology, 28(1), 143-156.

McManus, F., Clark, D. M., Grey, N., Wild, J., Hirsch, C., Fennell, M., Hackmann, A., Waddington, L., Liness, S., & Manley, J. (2009). A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia. Journal of Anxiety Disorders, 23(4), 496-503.

McNally Keehn, R. (2011). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for children with high-functioning autism and anxiety. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 70-97.

Maturana H. (1993). Autocoscienza e Realtà. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Maturana, H., &Varela, F. J. (1980). Autopoiesis and cognition: the realization of the living. Dordrecht: Reidel. Trad. it.: Autopoiesi e cognizione. Venezia: Marsilio, 1985.

Melfsen, S., Kühnemund, M., Schwieger, J., Warnke, A., Stadler, C., Poustka, F., &Stangier, U. (2011). Cognitive behavioral therapy of socially phobic children focusing on cognition: A randomised wait-list control study. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 5, article 5.

SSP Basilicata

Potenza
via Alberobello, 7
0971.21184

info@sspbasilicata.it
www.sspbasilicata.it

Bibliografia consigliata

Michelmore, L. (2011). Review of Depression: Cognitive Behaviour Therapy with Children and Young People. International Journal of Social Psychiatry, 57(2), 207- 208.

Moderato, P. (2002). Postfazione: modelli e metafore nella psicologia del Novecento. In C. Morabito (a cura di), La metafora nelle scienze cognitive. Milano: McGraw-Hill.

Moore, J. (2000). Words are not things. The Analysis of Verbal Behavior, 17, 143- 160.

Nee, C., & Farman S. (2005). Female prisoners with borderline personality disorder: some promising treatment developments. Criminal Behaviour& Mental Health, 15(1), 2-16.

Otto, M. W., McHugh, R. K., Simon, N. M., Farach, F. J., Worthington, J. J., & Pollack, M. H. (2010). Efficacy of CBT for benzodiazepine discontinuation in patients with panic disorder: Further evaluation. Behaviour Research and Therapy, 48(8), 720-727.

Piacentini, J. (2008). Optimizing cognitive-behavioral therapy for childhood psychiatric disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47(5), 481-482.

Pincus, D. B., May, J. E., Whitton, S. W., Mattis, S. G., & Barlow, D. H. (2010) Cognitive-behavioral treatment of panic disorder in adolescence. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 39(5), 638-649.

Roman, M. W. (2010). Treatments for childhood ADHD part II: non-pharmacological and novel treatments. Issues in Mental Health Nursing, 31(9), 616-618.

Schlup, B., Munsch, S., Meyer, A. H., Margraf, J., & Wilhelm, F. H. (2009). The efficacy of a short version of a cognitive-behavioral treatment followed by booster sessions for binge eating disorder. Behaviour Research and Therapy, 47(7), 628- 635.

Schmidt, N. B., &Keough, M. E. (2010). Treatment of panic. Annual Review of Clinical Psychology, 6, 241- 256.

Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse. New York: Guilford Press. Trad. it.: Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero. Torino: Bollati Boringhieri, 2006.

Semerari A (1999). Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica. Milano: Raffaello Cortina Editore. Splevins, K., Smith, A., & Simpson, J. (2009). Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. Aging & Mental Health, 13(3), 328-335.

Storch, E. A., Merlo, L. J., Lehmkuhl, H., Geffken, G. R., Jacob, M., Ricketts, E., Murphy, T. K., & Goodman, W. K (2008). Cognitive-behavioral therapy for obsessive--compulsive disorder: A non-randomized comparison of intensive and weekly approaches. Journal of Anxiety Disorders, 22(7), 1146-1158.

SSP Basilicata

Potenza
via Alberobello, 7
0971.21184

info@sspbasilicata.it
www.sspbasilicata.it

Bibliografia consigliata

Turner, K., Steketee, G., &Nauth, L. (2010). Treating elders with compulsive hoarding: A pilot program. Cognitive and Behavioral Practice, 17(4), 449-457.

Van der Leeden, A. J. M., van Widenfelt, B. M., van der Leeden, R., Liber, J. M., Utens, E. M. W. J., & Treffers, P. D. A. (2011). Stepped care cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorders: A new treatment approach. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39(1), 55-75.

Verduyn, C. (2011). Cognitive-behavioral therapy for depression in children and adolescents. Tidsskrift for Norsk Psykolog forening, 48(1), 34-39.

Verreault, M., & Berthiaume, C. (2010). Efficacitéd'unethérapiecognitivo- comportementaleauprèsd'enfantsprésentanten concomitance un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et un trouble anxieux. / Efficacy of a cognitive-behavioral therapy for children with a comorbid attention deficit with hyperactivity disorder and anxiety disorder. Journal de Thérapie Comportamentale et Cognitive, 20(3), 93-98.

Wells, A. (2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford. Trad. it: Terapia metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione. Firenze: Eclipsi, 2011.

Wilfley, D. E., Kolko, R. P., & Kass, A. E. (2011). Cognitive-behavioral therapy for weight management and eating disorders in children and adolescents. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 20(2), 271-285.

Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. American Psychologist, 62(3), 199-216.

Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Agras, W. S., & Bryson, S. W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. Archives of General Psychiatry, 67(1), 94- 101.

Young, J. E. (1990). Cognitive therapy for personality disorders. Sarasota, FL: Professional Resources Press.

Young, J. E., Klosko, J. W., & Weishaar, M. E. (2003). Schema Therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford. Trad. it.: Schema Therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi di personalità. Firenze: Eclipsi, 2007.

Zalta A. K. (2011). A meta-analysis of anxiety symptom prevention with cognitive-behavioral interventions. Journal of Anxiety Disorders, 25(5), 749-760.

SSP Basilicata

Potenza
via Alberobello, 7
0971.21184

info@sspbasilicata.it
www.sspbasilicata.it



SSP Basilicata

Potenza
via Alberobello, 7

0971.1520092

info@sspbasilicata.it
www.sspbasilicata.it