L'INTERVENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE NEL TRATTAMENTO DEL MUTISMO SELETTIVO

Articolo pubblicato sulla rivista "I care" n. 27:3, pag. 97-103 anno 2002

Mario D'Ambrosio
Beatrice Coletti

Introduzione

La leggenda narra che Michelangelo, una volta completato il Mosè, al cospetto di un opera così realistica, abbia provato frustrazione e rabbia di fronte al mutismo della statua, tanto da colpirla col martello ancora in pugno. In effetti, non sappiamo se il silenzio dell'opera provocò realmente la reazione del Maestro, ma di certo, quando le parole attese non arrivano, le emozioni che emergono sono davvero forti. Di ciò ne hanno consapevolezza i genitori, gli insegnanti e quanti altri abbiano un rapporto significativo con bambini affetti da Mutismo Selettivo (MS) che devono integrare, con considerevole sforzo, l'osservazione degli atteggiamenti che emergono in diversi momenti con le informazioni contrastanti su quanto accade in altri contesti. Infatti, la principale caratteristica di questi bambini è la persistente incapacità di parlare che incorre solo in situazioni sociali specifiche, ad esempio a scuola o con i coetanei, mentre si mostrano sufficientemente abili in contesti differenti, ad esempio con i familiari stretti. La selezione degli interlocutori può essere più o meno ampia, e quindi per alcuni la limitazione funziona solo in pochi ambienti, mentre per altri può giungere ad una platea di ascoltatori ridotta anche ad uno solo dei genitori. Una restrizione di tal consistenza non può non incidere sul grado di adattamento alle richieste socio-ambientali, pertanto insorgono frequentemente serie difficoltà nella carriera scolastica e, successivamente, se il disturbo persiste nel tempo, nella vita lavorativa e sociale dell'adulto. I criteri diagnostici del DSM IV (APA, 1994) danno risalto alla durata della disfunzione e alla necessità di discriminare il MS da altri comportamenti mutacici di differente natura. Infatti nei primi mesi di scolarizzazione molti bambini possono manifestare inibizione e ritrosia marcata. D'altronde, condotte fobiche riguardanti il parlare sono relativamente frequenti in soggetti con disturbi della comunicazione o della fonazione, come ad esempio accade ai balbuzienti e ai dislalici, dove la limitazione è solo l'esito di una tendenza ad evitare strumentalmente la comunicazione per nascondere un linguaggio poco estetico. In altri casi l'atteggiamento restio alla comunicazione verbale deriva da una più forte determinante ambientale, come quando emergono forti differenze socioculturali tra i soggetti e il contesto sociale. Ciò può accadere per gli immigrati o per bambini allevati in condizioni di svantaggio abituati ad esprimersi con un registro esclusivamente dialettale e che rilevano la disparità comunicativa con l'interlocutore. In tutti questi casi è inopportuno diagnosticare il MS, pur evidenziandosi, in buona parte, una sovrapposizione col disturbo sul piano comportamentale. Nel MS vero e proprio, l'evitamento si struttura in un impedimento nell'emissione dei suoni, presentandosi quindi come deficit funzionale con manifestazione occasionale. D'altro canto la vulnerabilità della voce all'azione delle emozioni è ben nota alla maggior parte delle persone che possono rendersi conto, anche nella quotidianità, di quanto il timbro vocale possa variare in condizione di attivazione emotiva. E, frequentemente l'alterazione si accompagna alla percezione di un "nodo alla gola", in particolare in soggetti ansiosi, ma anche in persone stabili che occasionalmente vivono un accesso emotivo.

Le manifestazioni associate al MS appartengono prevalentemente all'area dell'ansia sociale, con un ampio repertorio di emozioni e comportamenti inquadrabili come imbarazzo, timidezza, isolamento sociale e ritrosia. In alcuni casi emergono condotte

vischiose nei riguardi degli interlocutori selezionati. Viceversa, in ambiente domestico, possono essere presenti accessi di collera, oppositività e un controllo eccessivo del comportamento altrui.
Gli anni che precedono l'insorgenza sono segnati da manifestazioni d'ansia più tipiche dell'età minore. In età prescolare troveremo quindi più frequentemente segni di ansia da separazione che con il progredire dell'evoluzione virerà sempre più decisamente verso un'ansia di natura sociale. L'esordio del MS di frequente precede i cinque anni, e più specificamente le prime manifestazioni si evidenziano con la scolarizzazione. In genere, alcune condotte sono meglio tollerate nei primi anni della scuola materna, mentre, quando si inizia a considerare l'opportunità dell'accesso alle scuole elementari, la persistenza del comportamento mutacico inizia ad allarmare istituzioni e famiglia proprio perché diventano più evidenti l'interferenza con gli apprendimenti e l'integrazione, e la diversità con la maggioranza dei bambini di pari età.

Due casi di MS

Nelle pagine che seguono illustriamo un intervento di psicoterapia effettuato con due bambine con MS. Riferendosi in modo ristretto ai criteri diagnostici sopra esposti, il MS appare relativamente raro ed è ancora più raro, così come e capitato per i casi riportati, di trovare concentrati nella stessa classe scolastica due soggetti affetti dal disturbo, una condizione che ha richiesto impegni particolari delle maestre e dei terapeuti che hanno dovuto operare con le difficoltà, ma anche con le risorse eccezionali che tale situazione ha comportato.
La bambina A. - Il trattamento psicoterapico di A. iniziò a sei anni e mezzo, nell'ottobre 98 contestualmente ad un intervento di psicomotricità. Nei primi incontri col terapeuta la madre la descriveva come una bambina molto timida, che non aveva compagni con cui giocare, che in presenza di altre persone era sempre appiccicata a lei. Il rendimento scolastico era deficitario e, per tale ragione le era stato assegnato l'insegnante di sostegno. A casa, invece era abbastanza disponibile nel prendere l'iniziativa nelle piccole faccende domestiche. Spesso litigava con i fratelli maggiori manifestando intolleranza alle frustrazioni. Sin dai tempi della prima scolarizzazione la bambina aveva presentato difficoltà relazionali.
All'osservazione A. si mostrava taciturna restia a relazionarsi, evitava il contatto visivo con l'interlocutore, ma osservava con un certo interesse l'ambiente circostante. Alle domande dello psicologo rispondeva esclusivamente attraverso modalità non verbali. Nel corso dell'approfondimento diagnostico veniva attuata la valutazione delle risorse cognitive e delle abilità linguistiche in ricezione della piccola, attraverso la somministrazione delle Coloured Progressive Matrices di Raven (1984) e le sole scale di performance della WISC-R (Wechsler, 1986) e il Test del linguaggio Ricettivo (Mainardi, 1992). Alle prove A. presentò un livello cognitivo nei limiti della norma ed un linguaggio ricettivo sufficientemente integro. Dall'analisi funzionale (Bijou, Peterson, & Ault, 1968) dei comportamenti di A. emerse che il mutismo era presente quando la bambina si trovava in luoghi estranei al contesto domestico. In queste occasioni, se era presente la madre, la piccola le si nascondeva dietro, ci si attaccava, a volte trascinandola via, piagnucolando fino ad ottenere l'allontanamento dalla situazione. Alla luce dei dati emersi fu posta la diagnosi di MS.
La bambina B. – La piccola arrivò al servizio all'età di 8 anni dopo oltre un anno dall'inizio della terapia di A.. I genitori la descrivevano come una bambina paurosa. Aveva mostrato già negli anni precedenti segni d'ansia da separazione ed una marcata fobia della scuola. Più recentemente aveva mostrato forte paura dei cani, anche piccoli, e del buio. In anamnesi risultava un parto difficoltoso alla nascita della piccola che, fortunatamente, non aveva avuto alcuna conseguenza se non lo sviluppo di preoccupazione ed iperprotezione da parte della madre negli anni successivi. All'osservazione si rilevò un quadro clinico in linea con le descrizioni fornite dai genitori, con evidenti elementi di inibizione e basso tono dell'umore. La condizione

emotiva influenzava anche il profilo prestazionale della piccola che sia alle Matrici Progressive Colore e sia alle prove di performace della WISC-R ottenne risultati a cavallo tra i limiti inferiori della norma e il ritardo mentale lieve. Di contro, le prove fornite al Test della figura umana di Goodenough e Harris (1977) e la buona comprensione linguistica rilevata con il Test del Linguaggio Ricettivo contrastavano con l'ipotesi diagnostica del ritardo mentale. In effetti ai controlli successivi effettuati a oltre un anno dall'inizio del trattamento psicoterapico con gli stessi test, la bambina presentò un incremento significativo dei punteggi rientrando in valori più decisamente nei limiti della norma. Anche in questo caso, a conclusione dell'iter valutativo il disturbo presentato dalla bambina fu diagnosticato come MS.

Il trattamento

Il trattamento del M.S è, prevalentemente, un intervento orientato alla riduzione di un'ansia sociale abnorme della quale diventa importante individuarne gli indici comportamentali e cognitivi per giungere ad un'effettiva modificazione degli stessi. Come già abbiamo indicato, la presenza di ansia sociale induce alla ritrosia, a porsi in disparte, anche in condizioni allettanti per qualsiasi altro bambino. Questa condizione emotiva si autoalimenta poiché, l'assenza di esperienza che ne deriva, rende il soggetto sempre più povero nella capacità di instaurare relazioni sociali, le quali restano ferme allo stato di desiderio, mentre la visione del sé ne è sensibilmente penalizzata. Anche quando si desidera fortemente di poter avere degli amici, il soggetto può convincersi che gli altri non siano interessati a lui, che non lo notino o che lo ignorino intenzionalmente; la ridotta esperienza aumenta la fatica sia nel gestire le interazioni e sia nella decodifica dei comportamenti altrui che possono apparire maggiormente imprevedibili.

Il trattamento dei due casi è stato condotto ispirandosi ai principi della Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale (Beck, 1976; Ellis, 1962; Meichenbaum, 1985) e allo sviluppo di programmi terapeutici diretti al trattamento dell'ansia in età evolutiva (Kendall & Di Pietro, 1996).

L'intervento comportamentale

Le tecniche di rinforzo -Uno degli elementi essenziali della prospettiva cognitivo-comportamentale è l'impiego di tecniche di gestione delle conseguenze dei comportamenti. Il modo più comune è la presentazione di gratificazioni come sistema per incrementare la probabilità di comparsa dei comportamenti desiderati. La gestione di queste contingenze viene effettuata secondo i principi del condizionamento operante di Skinner (1966). Le principali tecniche impiegate con entrambe le bambine sono state:

Il rinforzo positivo – In questa tecnica i genitori assumono un ruolo di estrema importanza nello svolgimento del lavoro terapeutico. Nei casi illustrati, nel corso di colloqui svolti periodicamente coi terapeuti, i genitori delle bambine furono guidati all'uso di tecniche di rinforzo per incoraggiare comportamenti funzionali alla comunicazione. Ad esempio, quando la bambina A. si mostrò in grado di parlare in un determinato negozio le furono affidati compiti di spesa nell'esercizio ottenendo la possibilità di effettuare piccoli acquisti personali.

Lo shaping – consiste in un particolare programma in cui si rinforza ogni approssimazione al comportamento desiderato. La procedura fu utile nelle fasi iniziali del trattamento di A. quando anche nella stanza di terapia emergevano prevalentemente inibizione e ritrosia. Nei primi giorni la terapeuta si astenne dal richiederle di parlare mentre erano accettati e sostenuti con attenzione e rinforzo sociale tutti i comportamenti che A. intraprendeva di iniziativa. Successivamente i criteri di rinforzo divennero progressivamente più selettivi ed inclusero tutte le forme utili di comunicazione che la bambina sceglieva (scrittura, disegni, gesti). Ancora oltre, furono introdotte nel setting attività (giochi da tavolo) in cui le modalità di

comunicazione usate in precedenza risultavano inefficienti, per numero di informazioni da veicolare o per i tempi di risposta necessari, tanto da non soddisfare l'intenzione comunicativa della piccola. In quella fase del programma la piccola era rinforzata socialmente solo se comunicava verbalmente, anche se con voce afona. Nell'ultimo periodo il criterio di rinforzo fu ulteriormente ristretto, mirando al sostegno esclusivo della comunicazione con voce sonora. Con questo programma A. giunse a comunicare verbalmente con la terapeuta nell'arco di un paio di mesi.
La generalizzazione – una volta conquistati alcuni ambienti alla comunicazione verbale fu svolto, in collaborazione con entrambe le famiglie il programma di generalizzazione, cioè l'estensione a nuovi stimoli delle condotte comunicative corrette. Le bambine erano incoraggiate ad entrare in negozi nuovi, a rivolgere la parola ai commessi, e, nello stesso tempo i genitori fecero in modo che, con buona periodicità, giungessero in casa visite di amici e parenti precedentemente esclusi dalla comunicazione delle piccole.
L'estinzione – Potremmo definirla "l'altra faccia del rinforzo". In effetti si tratta di una procedura orientata a ridurre la frequenza di un comportamento attraverso la sottrazione di rinforzi ad esso associato. Nel nostro caso i comportamenti da ridurre erano tutti quelli in conflitto con una comunicazione verbale adeguata. In combinazione con il rinforzo positivo l'estinzione fu utilizzata per ridurre l'interloquire indirettamente con gli altri sussurrando all'orecchio del genitore, richiedendo loro di astenersi dai comportamenti rinforzanti che precedentemente susseguivano queste condotte come, ad esempio, l'adesione alle richieste avanzate in tal modo.
L'autorinforzo – nella fase finale del trattamento le bambine furono istruite a valutarsi positivamente ogni qual volta riuscivano a parlare con una persona non ancora inclusa tra gli interlocutori abituali.

La modificazione delle strutture cognitive
La psicoterapia cognitiva è un tipo di intervento che tende a modificare l'attività di pensiero disfunzionale che sottostà l'insorgenza del disturbo emotivo. In età evolutiva la disfunzione può essere determinata sia da una ridotta conoscenza della propria sfera emotiva e sia da elementi di distorsione nella interpretazione della realtà. Nella specificità, entrambe le bambine avevano un repertorio molto ridotto per descrivere le proprie ed altrui emozioni ed i comportamenti. Appare davvero molto significativa un'affermazione di B. che in un colloquio col terapeuta, riferendosi all'altra bambina, disse che non parlava con gli adulti e che non ne comprendeva la ragione, e allo stesso tempo mostrava poca consapevolezza di comportarsi allo stesso modo. Se con gli adulti l'intervento terapeutico ruota quasi esclusivamente intorno alla modificazione delle idee disfunzionali e all'acquisizione di abilità di fronteggiamento nelle condizioni ambientali percepite avverse, nell'età infantile più frequentemente si ricorre anche alla guida del soggetto alla conoscenza del mondo delle emozioni. Va da sé che nei due casi riportati ci si orientò verso un buon funzionamento nei due ambiti, ed essendo la competenza nel primo propedeutica alla modificazione del secondo, furono impiegati in prima istanza programmi educativi sul riconoscimento e la gestione delle emozioni (Bash.& Camp, 1986; Di Pietro, 1992), mirando a rafforzare le capacità delle bambine di riconoscere e denominare le proprie emozioni, definirne le caratteristiche, di coglierne il rapporto con i comportamenti e della loro modificabilità in relazione agli eventi. I primi passi in questa direzione furono mossi attraverso percorsi "non verbali" con attività di disegno ed espressione grafica sulla conoscenza di sé (Sunderland, 1993) giungendo successivamente all'introduzione dei colloqui durante le sedute. In tal modo si dischiusero le porte agli ulteriori interventi di terapia cognitiva che descriviamo di seguito:
Ristrutturazione cognitiva – Come già indicato le emozioni e i comportamenti disturbanti possono essere correlati a processi ideativi disfunzionali e queste vanno ristrutturate con contro-argomentazioni, proposte dallo stesso soggetto, in grado di

portarlo verso una loro riformulazione razionale. Un esempio riportato da una seduta di terapia di A. mostra meglio di ogni altra cosa l'impiego della tecnica. In quel periodo il trattamento era in fase avanzata e quindi la piccola paziente aveva già una maggiore consapevolezza delle proprie emozioni e comportamenti, parlava ormai con molte persone, ma si mostrava ancora particolarmente resistente nell'estendere questi progressi nell'ambiente scolastico dove colloquiava solo con una maestra e alcuni coetanei.
B. – Oggi ho detto "buongiorno" all'insegnante di matematica.
Terapeuta – Bene! Credo proprio che sia stata contenta di sentire per la prima volta la tua voce.
B. – L'ho fatto senza pensarci. Non lo rifarò.
Terapeuta – Puoi decidere se farlo ancora oppure no.
B. – No, domani sto zitta!
Terapeuta – In questo momento hai in testa dei pensieri che ti fanno vedere questa cosa in modo brutto. Me li puoi dire?
B. – Se parlo mi interroga.
Terapeuta – E quest'idea ti spaventa. Ti serve per imparare a non avere paura di parlare?
B. – No.
Terapeuta – Bene, proviamo a trovare delle idee che ti fanno stare bene quando saluti la maestra. Con la maestra K. stai parlando da molto tempo, come ti trovi.?
B. – Bene, mi vuole bene.
Terapeuta – Ma prima di parlarci eri preoccupata allo stesso modo. Hai delle buone ragioni per pensare che la maestra G. non ti voglia bene?
B. - No.
Terapeuta - Proviamo a scriverle queste idee che ti possono far stare bene quando parli con la maestra G. così dopo le leggiamo tutte insieme e vediamo se funzionano.
B. (scrivendo) – Non ho alcuna ragione per pensare che la maestra G. non mi vuole bene.
Terapeuta – Molto bene! Adesso troviamone tante altre.
B. (scrivendo) – Mamma e papà saranno contenti quando lo sapranno.
Terapeuta – Benissimo. Adesso rifletti; puoi essere proprio così certa che appena saluterai la maestra G. lei ti interrogherà? Con K. è andata così?
B. – No, non è andata così. Devo scrivere anche questo?……..
La seduta andò avanti così fino giungere ad una riformulazione più razionale delle idee presentate: "Posso continuare a salutare la maestra G. e forse proverò delle emozioni perché non sono abituata. Se non mi trovo bene posso sempre smettere".
Autoistruzioni, modeling, role-playng, tecniche immaginative – Man mano che le bambine ristrutturavano in modo funzionale le proprie idee erano incoraggiate ad utilizzarle quando emergevano emozioni tali da indurre comportamenti di evitamento della comunicazione verbale. Nelle sedute fu costruito un repertorio di autoistruzioni (Meichenbaum, 1985) includenti la messa in atto delle abilità di fronteggiamento. Le bambine simulavano in immaginazione e, in seguito in role-playing, la messa in atto delle tecniche per poter giungere successivamente ad autogestire le procedure durante l'esposizione agli stimoli temuti. I terapeuti fungevano da modelli (Bandura, 1986), ma in seguito alla più rapida evoluzione di B., la stessa bambina assunse questo ruolo con un effetto maggiore per i progressi di A..
Problem solving e training sulle abilità sociali – Possiamo immaginare che, un bambino che evita sistematicamente di parlare con altre persone, consideri l'evitamento del dialogo come l'unica soluzione possibile per non sentire la spiacevole sensazione dell'ansia che prova in queste situazioni. Nella tecnica del problem solving focalizzato sulle difficoltà in area sociale il terapeuta guida il bambino a:

1) *Riconoscere gli elementi della situazione che sono percepiti come problematici*. In questo senso il mutismo è vissuto in modo problematico prevalentemente

dalla famiglia e dal mondo educativo. Dal punto di vista del bambino, più che la condotta mutacica, è lo stato emotivo provato ad essere percepito come problema, di cui il mutismo è la principale risposta. Nel caso specifico entrambe le bambine furono aiutate a comprendere come il loro stare zitte corrispondesse alla sgradevole sensazione d'ansia provata in presenza di interlocutori.

2) *Ipotizzare comportamenti diversi da quelli solitamente prodotti per risolvere il problema*. Le ricerche di Shure e Spivak (1978) sottolineano l'importanza di insegnare al soggetto a pensare varie alternative prima di dare una risposta a situazioni interpersonali problematiche. In questo senso, facendo riferimento al perpetrarsi di comportamenti schivi nei riguardi dell'ultima insegnante, la maestra di italiano, con la quale ancora non aveva interloquito, la bambina B., alla richiesta di trovare comportamenti alternativi al mutismo, formulò l'ipotesi di rivolgerle la parola, ma di fingersi malata nel caso l'avesse voluta interrogare, e, in alternativa, l'intendimento di evitare la possibile interrogazione richiedendone il rinvio anziché tacendo.
3) *Scegliere le condotte che meglio soddisfino la soluzione del problema e applicare il pensiero consequenziale*. La scelta della soluzione da mettere in atto va effettuata immaginando la sequenza completa degli eventi che possono scaturire da ogn'una delle diverse soluzioni ipotizzate. In effetti, B. trovò improbabile che la maestra potesse credere alla scusa del malore se questa veniva fornita troppo frequentemente per cui optò per il richiedere esplicitamente il rinvio dell'interrogazione nel caso ne avesse ravvisata la necessità, ritenendo di poter ottenere in tal modo più facilmente la comprensione della maestra.
4) *Messa in pratica delle soluzioni scelte*. Passarono alcuni mesi prima che B. riuscisse effettivamente a mettere in pratica quanto si riproponeva nelle sedute di terapia, scegliendo quindi, in tutte le occasioni di interazione con la maestra, comportamenti mutacici aderenti alle vecchie abitudini, rinviando puntualmente la messa in atto dei comportamenti alternativi, fino a quando non crebbe ulteriormente la convinzione di poter effettivamente contare sulla benevolenza della maestra. D'altro canto sarebbe stato controproducente forzare la bambina ad un comportamento per il quale non si sentiva pronta.
5) *Verifica dell'efficacia della soluzione*. Dopo aver provato a parlare con la maestra di italiano la bambina poté effettivamente verificare che esistevano altri precorsi in grado di proteggerla dall'ansia i quali potevano essere battuti sistematicamente e, a partire da quel momento, non furono più segnalati comportamenti di mutismo degni di nota. Esso non rappresentava più una risposta obbligata alle situazioni ansiogene.

Conclusioni

Un luogo comune, relativo al MS, attribuisce a questi bambini una certa intenzionalità nel sostenere il loro silenzio. In realtà un atteggiamento di questo tipo sarebbe davvero in contrasto con l'intenzione comunicativa che normalmente manifestano. Queste comuni convinzioni contribuiscono a creare il clima di pressione e colpevolizzazione che ostacola la costruzione di un ambiente emotivo favorevole all'emersione della comunicazione verbale, aumentando, paradossalmente, la tendenza a comportamenti inibiti e l'insorgenza dell'ansia sociale. D'altro canto la presenza di precursori in periodi dell'infanzia in cui non è ipotizzabile un'intenzionalità così raffinata in relazione agli elementi in campo, spingono con maggior forza verso ipotesi con presupposti differenti. Nel nostro approccio riteniamo che i segni del disturbo considerato siano delle condizioni estreme di vulnerabilità dell'espressione

vocale all'azione delle emozioni, rappresentando gli elementi più evidenti, in termini comportamentali, di un chiaro mal'adattamento emotivo che ricade in area sociale. Queste reazioni si presentano in modo particolarmente intenso, tanto da inficiare la funzionalità dell'apparato fonatorio. Infatti in entrambi i casi che abbiamo descritto e in molti altri trattati, rapidamente emerse una sana e sufficiente intenzione comunicativa, ma la verbalizzazione prodotta nei primi mesi era comunque compressa in un vero e proprio sforzo diretto al superamento dei limiti, e delle tensioni, di un apparato fonatorio bloccato dall'emozione. Per tutta quella fase A. e B. comunicarono con evidente fatica e con voce afona, ma in modo sufficientemente efficace. L'intenzionalità del mutismo si manifestò molto dopo, quando entrambe le bambine erano già in grado di parlare con voce sonora con qualsiasi persona, anche sconosciuta, ad esclusione della sola maestra di italiano. Ma anche quest'ultimo obiettivo fu velocemente raggiunto. Attualmente entrambe le bambine possono svolgere una vita normale. Sono impegnate nel recupero degli apprendimenti che anni di scolarizzazione trascorsi sotto l'influenza del MS non le hanno potuto offrire. A. ha partecipato alla sua prima recita scolastica e tra pochi mesi sarà dimessa dal trattamento. B. ha lasciato il centro già da molti mesi. Frequenta un buon numero di nuove amiche, anche più grandi di lei. Le notizie che giungono dalla scuola riferiscono che occasionalmente manifesta ansia soprattutto quando le è richiesto di impegnarsi in attività che non sente immediatamente alla sua portata, ma di certo le sue emozioni, per quanto sgradevoli, non possono più rubarle la voce.

Bibliografia

Bandura A.: Social foundations of thought and action: A social cognitive theory, *Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall. 1986*

Bash M.A. & Camp B.W: Teacher training in the think aloud classroom program. In G. Cartledge & Milburn J.F. (Eds.), Teaching social skills to children (seconda edizione). *Elmsford, N.Y., Pergamon Press, 1986.*

Beck A.T.: Cognitive Therapy and emotional disorders*. International Universities Press, New York,*

Kendall P & Di Pietro M.: La terapia scolastica dell'ansia. *Erickson, Trento, 1996.*

Bijou S.W., Peterson R.F., Ault M.H.: A method to integrate descriptive and experimental fieldstudies at the level of data and empirical concepts. *J of Appl. Behav. Analysis. 1968.*

Di Pietro M.: L'educazione razionale-emotiva. *Erickson, Trento, 1992.*

Mainardi M.: TLR Test di valutazione del linguaggio ricettivo. *Erickson, Trento, 1992*

Meichenbaum D. : Stress inoculation Training. *Pergamon Press, New York, 1985. Ed. it.* Al termine dello stress*. Erickson, Trento, 1990.*

Polacek K. & Carli D.: Test della figura umana di Goodenough e Harris. *O.S. Firenze 1977.*

Ellis A.: Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart, New Jersey, 1962. Ed. it.* Ragione ed Emozione in Psicoterapia*. Astrolabio, Roma 1989.*

Raven C. J.: Coloured Progressive Matrices. *O.S., Firenze,1984.*

Shure M.B. & Spivack G.: Problem-solving techniques in childrearing. *Jossey-Bass*, *San Francisco 1978.*

Skinner B.F.: Operant Behavior. In W.K. Honig (Ed.), Operant Behavior: Areas of research and application. *Appleton-Century-Crofts, New York, 1966.*

Sunderland M.: Draw on your emotions. *Winslow Press Limited, Oxon,U.K. 1993 Ed. it.* Disegnare le emozioni. *Erickson, Trento, 1997.*

Wechsler D.: WISC-R Scala di Intelligenza per Bambini - Riveduta. *O.S., Firenze,1986.*