**Dal pensiero all'azione: il modello cognitivo-comportamentale nei processi di aiuto nel Servizio sociale**

**Autrice**: Fabiana Zaccagnini
**Ateneo:** Sapienza Università di Roma
**Corso di Laurea** in Servizio Sociale – Laurea in Servizio Sociale L-39
**Relatrice**: Maria Cecilia Russo
**Correlatore:** Fabio Alivernini

*"Non sono gli eventi a turbare gli uomini, ma i giudizi che gli uomini formulano sugli eventi"*
Epitteto, *Manuale*

La tesi ha come obiettivo quello di analizzare il modello cognitivo-comportamentale (CBT) nelle fasi del processo di aiuto del Servizio sociale, approfondendo l'aspetto teorico-pratico, le sue potenzialità, i limiti e le criticità. La scelta di tale tema nasce dall'interesse per questo approccio sviluppatosi inizialmente in ambito psicologico-clinico e, tuttavia, ancora poco utilizzato nel Servizio sociale italiano, in cui si tende a volte a "privilegiare" altri modelli.

L'ipotesi che attraversa l'elaborato si propone, pertanto, di interrogarsi sulla possibilità di considerare tale modello non come una semplice trasposizione dell'approccio dall'ambito clinico a quello sociale, bensì come un insieme di conoscenze, strumenti e competenze da integrare nel processo di aiuto. Questa prospettiva ci permette di dare particolare attenzione all'interazione che si sviluppa tra pensieri, emozioni e comportamenti, e chiederci come questo intreccio possa innescare la costruzione di schemi cognitivi disfunzionali. Ovviamente si parla anche di schemi cognitivi funzionali, ma in questa sede si vuol mettere in luce come, comprendendo questi meccanismi, l'assistente sociale può accompagnare con più strumenti la persona nell'individuazione di schemi cognitivi e comportamenti disfunzionali, costruendo insieme ad essa delle strategie adattive nel lungo termine e nella costruzione della propria autonomia.

Il lavoro è suddiviso in tre capitoli, il primo è focalizzato sulla ricostruzione delle origini e dell'evoluzione del modello cognitivo-comportamentale. La CBT, infatti, viene analizzata lungo un percorso caratterizzato da tre "ondate", che hanno portato allo sviluppo del modello che conosciamo oggi. La prima è legata al comportamentismo e agli studi sull'apprendimento, nei quali assumono rilievo figure di riferimento quali Pavlov e Skinner. L'attenzione viene posta inizialmente sul comportamento osservabile e sui processi attraverso i quali esso può essere modificato. Successivamente con Bandura (1977), viene valorizzato il ruolo dell'apprendimento osservativo e del modellamento, insieme al concetto di autoefficacia, inteso come percezione della propria capacità di affrontare determinate situazioni.

La seconda ondata introduce invece la dimensione cognitiva, nello specifico con il contributo di Albert Ellis e Aaron Beck. Questi autori hanno posto al centro dell'attenzione come le credenze, gli schemi cognitivi e i pensieri automatici influenzino il modo in cui le persone interpretano, e dunque, reagiscono agli eventi (il comportamento, in quest'ottica, non può essere compreso scindendolo dal significato che le persone attribuiscono alle esperienze). Per spiegare meglio questo aspetto, viene in aiuto il modello ABC riconducibile al contributo di Albert Ellis (1962) nell'ambito della *Rational Emotive Behavior Therapy,* che costituisce uno schema utile a comprendere la relazione tra eventi, interpretazioni cognitive e conseguenze emotive e comportamentali. Nello specifico, il modello mostra la relazione tra l'evento scatenante (A-*Activating event),* l'insieme delle convinzioni, interpretazioni, valutazioni e pensieri attraverso cui l'individuo attribuisce significato all'evento (B- *Beliefs*) e le conseguenze (C- *Consequences*). Queste ultime sono reazioni, emotive e comportamentali, che non sono determinate esclusivamente dall'evento A, ma sono influenzate in modo significativo dal modo in cui l'individuo interpreta e valuta tale evento attraverso il proprio sistema di credenze (B). Nell'ambito cognitivo-comportamentale, tale schema può quindi costituire un punto di partenza per individuare e mettere in discussione eventuali convinzioni disfunzionali e sviluppare modalità di interpretazione più funzionali.

Beck (1979; Beck, Clark & Alford, 1999), invece, approfondisce il concetto di schema cognitivo, inteso come la struttura attraverso cui le informazioni vengono organizzate e interpretate, portando dunque alla costruzione dei pensieri automatici.

Dopodiché, con la terza ondata si arriva all'effettiva unione di questi due approcci, il comportamentale e il cognitivo, ponendo però maggiore attenzione al contesto di vita, alla relazione della persona con la propria esperienza e alla promozione di nuove strategie di cambiamento. La CBT contemporanea, in ultima analisi, non si limita alla modifica del pensiero, ma mira a favorire una maggiore consapevolezza di sé stessi e dei propri pensieri, partendo dalla relazione alla base tra cognizione, emozioni e comportamenti.

Sempre nel primo capitolo, viene inoltre analizzato il rapporto tra CBT e Servizio sociale, partendo dal concetto che assume il modello in sé, ovvero come "ponte" tra la conoscenza teorica e l'azione professionale. I modelli teorico-operativi permettono infatti di orientare la valutazione e il processo di aiuto, offrendo una struttura alla pratica professionale, pur mantenendo la necessaria flessibilità rispetto alla complessità delle situazioni sociali (Sanfelici, 2024).

L'inserimento della CBT nel Servizio sociale viene promossa dai contribuiti di Goldstein e Sheldon. Nello specifico, Goldstein (1981,1984) propone una prospettiva più cognitiva e umanistica, nella quale il cambiamento della persona è favorito dalla consapevolezza della propria situazione e dalla capacità di messa in discussione degli schemi cognitivi. In questa prospettiva, la CBT presenta alcuni elementi di continuità con i valori stessi del Servizio sociale, quali la centralità della persona, la definizione condivisa degli obiettivi e la promozione dello sviluppo di competenze; pertanto, il modello nel tempo si è integrato al lavoro sociale.

Nel secondo capitolo, infatti, ci si è concentrati maggiormente sulla dimensione operativa del modello, analizzando la figura dell'assistente sociale che opera con la CBT e, dunque, gli strumenti e le tecniche utilizzate. In questo quadro, il professionista assume il ruolo di facilitatore del cambiamento che accompagna le persone nell'identificazione dei comportamenti maladattivi e di conseguenza nello sviluppo di strategie per la modifica di questi. L'assistente sociale non si limita alla mera applicazione delle tecniche ma, una volta acquisito il modello, utilizzando specifici criteri (e capacità) di valutazione e adattando gli strumenti professionali al contesto, sarà più in grado di tradurre il percorso condiviso operatore-persona in un intervento personalizzato.

Tra gli elementi che caratterizzano l'intervento dell'assistente sociale, vanno menzionati il colloquio, l'*assessment*, la definizione condivisa degli obiettivi e l'analisi funzionale del comportamento. Assume rilievo la definizione di obiettivi chiari, graduali e verificabili, che permettano un costante monitoraggio del percorso adatto a "quella" persona nella sua unicità. Oltre a questi elementi, si affiancano poi diverse tecniche che nella CBT possono essere sia cognitive sia comportamentali. Per citarne alcune possiamo parlare del *problem solving*, dell'esposizione graduale, del *role-playing* o della ristrutturazione cognitiva. Queste tecniche vengono stabilite a seconda degli obiettivi che vengono concordati insieme alla persona, e si possono individuare anche più aree di intervento. L'utilizzo di tali strumenti si colloca inoltre nella prospettiva dell'*Evidence-Based Practice*, considerando la consistente letteratura disponibile sull'efficacia della CBT, pur tenendo conto della specificità dei diversi contesti di intervento. Nello specifico del lavoro sociale, si sono riscontrati diversi vantaggi, tra cui la maggiore chiarezza nella definizione degli obiettivi, un monitoraggio più sistematico, oltre ad una elevata adattabilità ai contesti ed efficacia in interventi sia brevi che di medio-lungo periodo.

Accanto all'analisi di tali potenzialità, la tesi si è orientata anche sulle possibili criticità di tale modello. La prima questione riguarda il rischio di focalizzarsi eccessivamente sui processi cognitivi, trascurando le dimensioni sociali e culturali della persona. Un'applicazione eccessivamente individualizzata potrebbe portare a trascurare fattori come discriminazione, condizioni socioeconomiche o oppressione. Una seconda criticità potrebbe rivelare un eventuale intervento troppo direttivo, interferendo con il principio di autodeterminazione.

Da questo quadro deriva la promozione della CBT come modello nel Servizio sociale, da applicare non in maniera standardizzata, bensì integrata in una prospettiva relazionale, contestuale, multiculturale e anti-oppressiva. La sua efficacia viene valutata considerando il funzionamento complessivo della persona, delle sue relazioni e del suo contesto di vita. Tale modello risulta interessante proprio per il principio da cui parte, ovvero non quello di intervenire sul "qui ed ora", bensì quello di creare insieme alla persona un percorso che fornisca degli strumenti utili per il resto della vita alla persona stessa, sollecitando dei comportamenti adattivi e proattivi.

Dopo questa panoramica sulle premesse teoriche, l'elaborato propone uno studio di caso, finalizzato a rendere più concreta l'analisi del modello cognitivo-comportamentale applicato in un contesto operativo. Il caso trae spunto da un'esperienza di tirocinio svolto presso un Centro di Salute Mentale (CSM), liberamente rielaborato garantendo la *privacy* della persona; non è un report clinico, bensì un invito alla riflessione sul modello stesso.

La signora Marta si rivolge al servizio per un "disturbo d'ansia" con conseguente isolamento sociale, comportamenti di evitamento e difficoltà nella ripresa dell'attività lavorativa. Dopo *l'assessment,* la situazione viene analizzata in équipe procedendo così ad una formulazione condivisa del problema e alla definizione degli obiettivi. A tale fase è seguito un colloquio con la persona, svolto insieme all'assistente sociale e alla psicologa, in cui l'ansia è stata presentata come una risposta psicofisiologica distinguibile da una condizione di pericolo reale; per superare questo stato, è stato presentato il modello ABC, utile per favorire maggiore consapevolezza dei meccanismi alla base delle reazioni. Sono stati poi definiti progressivamente ed insieme alla persona gli obiettivi su tre differenti livelli. In primo luogo, sul piano comportamentale, si tendeva a contrastare la stagnazione e il ritiro sociale di Marta, promuovendo brevi uscite fino a creare una sorta di routine. Dal punto di vista cognitivo, l'obiettivo è stato l'identificazione - e dunque la messa in discussione - dei pensieri automatici catastrofici innescati dal rientro al lavoro. Infine, sul piano sociale, si mirava al recupero del ruolo occupazionale, oltre che ad un miglioramento della qualità della vita in senso lato.

L'intervento è stato articolato sulla base del modello cognitivo comportamentale, dunque su più compiti graduali, lavorando su pensieri automatici, *strategie di coping*, *problem solving* e sviluppo di abilità sociali. Parallelamente sono stati considerati anche gli aspetti familiari e lavorativi, per mantenere un'ottica multidimensionale, necessaria in ogni intervento. L'intero processo è stato accompagnato da un monitoraggio continuo, considerando il numero e le durate delle uscite, la frequenza dei comportamenti evitanti, i livelli di ansia percepita e l'aderenza ai compiti.

Al termine si sono evidenziati dei miglioramenti rilevanti, come il passaggio da una condizione di isolamento alle uscite (passeggiate, piccole commissioni ecc.) in autonomia di Marta, oltre alla ripresa graduale dell'attività lavorativa. Sul piano cognitivo, i pensieri catastrofici hanno in parte perso di centralità e "cristallizzazione", assumendo una più ampia visione di ipotesi. Proprio da qui emerge il senso dello studio di caso, ovvero l'idea che non viene eliminato del tutto il problema, bensì avviene un cambiamento nella relazione con esso. Il miglioramento è stato così favorito dall'integrazione tra intervento sui comportamenti di evitamento, ricostruzione della routine, attenzione del contesto familiare e lavorativo. In sostanza, lavorando insieme a Marta sul suo sistema interpretativo e di credenze disfunzionali, è stato possibile aiutare la stessa a superare il suo disturbo d'ansia, quantomeno renderlo significativamente meno invasivo e meno limitante la sua quotidianità.

Nel complesso l'analisi condotta consente di considerare il modello cognitivo-comportamentale come una efficace risorsa metodologica nel processo di aiuto del Servizio sociale. Nello specifico, risultano meritevoli di attenzione gli strumenti metodologici, la risposta correlata alla richiesta di aiuto, gli obiettivi condivisi e le modalità di monitoraggio, ricordando però che la sua applicazione non deve risultare rigida, bensì adattarsi al contesto per un intervento personalizzato. L'assistente sociale, ovviamente, non deve limitarsi ad intervenire nell'emergenza o nella formale erogazione di prestazioni, ma deve utilizzare tutti gli strumenti a sua disposizione per garantire un buon funzionamento della persona nella sua visione olistica. Per questo, anche nel modello cognitivo-comportamentale si parla della figura dell'assistente sociale come facilitatore del cambiamento.

Alla luce della letteratura esaminata e delle considerazioni emerse dallo studio di caso, la CBT può rappresentare una risorsa metodologica utile nei processi di aiuto del Servizio sociale se utilizzata in maniera flessibile ed integrata. Il nucleo della tesi, in ultima analisi, non è quello di sostituire i modelli maggiormente utilizzati con la CBT, bensì quello di ampliare il bagaglio teorico-metodologico, introducendo nuovi approcci e strumenti utili a costruire interventi sempre più aderenti ai bisogni, alle risorse e agli obiettivi delle persone.

**Riferimenti bibliografici**


- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Bellamy, J. L., Bledsoe, S. E., & Traube, D. E. (2006). The current state of evidence-based practice in social work: A qualitative review of expert interviews. *Journal of Evidence-Based Social Work, 3*(1), 23–48. https://doi.org/10.1300/J394v03n01_02
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Wiley.
- Early, B. P., & Grady, M. D. (2016). Embracing the contribution of both behavioral and cognitive theories to cognitive behavioral therapy: Maximizing the richness. *Clinical Social Work Journal*.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Goldstein, H. (1981). *Social learning and change: A cognitive approach to human services*. University of South Carolina Press.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36*(5), 427–440.
- Payne, M. (2014). Modern social work theory (4th ed.). Oxford University Press.
- Ronen, T., & Freeman, A. (Eds.). (2007). *Cognitive behavior therapy in clinical social work practice*. Springer Publishing Company.
- Sanfelici, M. (2024). *I modelli del servizio sociale: Dalla teoria all'intervento*. Carocci.
- Sheldon, B. (2009). *Cognitive-behavioural therapy in social work* (2nd ed.). Routledge.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Alfred A. Knopf.


**Sitografia**


https://beckinstitute.org/