

Dimitropoulos G., Lindenbach D., Anderson A., Rowbotham M., Wang E., Heintz M., Ehrenreich-Madison J., Arnold P.D. (2023) A qualitative study on the implementation of a transdiagnostic cognitive behavioral therapy for children in a child welfare residential treatment program, *Child Abuse & Neglect*, 146, 106487.

*Esperienze sfavorevoli infantili, terapia, gruppo, contesto residenziale*

Giovani con gravi problemi emotivi e comportamentali che sono coinvolti con le autorità di tutela sono a volte inseriti in cura intensiva in programmi di trattamento residenziale. Psicoterapie evidence-based sono spesso usate nei trattamenti residenziali, ma c'è poca ricerca su come adattarle a questi contesti. In questo studio si descrive l'applicazione di una terapia cognitivo comportamentale trans diagnostica in un programma residenziale per bambini in Canada.

Le forme trans diagnostiche di CBT possono essere utili per i bambini in trattamento residenziale perché questi interventi non richiedono una specifica diagnosi o uno specifico gruppo di sintomi. Uno degli interventi più popolari di CBT trans diagnostica è il Unified Protocol (UP) for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders, che contempla manuali separati per gli adulti, gli adolescenti e i bambini. Nei Hull Services la principale filosofia che guida l'ambiente terapeutico è il Neurosequential Model of Therapeutics, che sostiene che il maltrattamento infantile provoca una plasticità cerebrale maladattiva, facendo riferimento ai lavori di Perry. Questo programma si basa sull'uso di attività somatosensorie ripetitive per supportare le regioni non sviluppate e per costruire delle abilità di regolazione delle emozioni. Questo modello sottolinea anche l'importanza di relazioni personali e di attaccamento per permettere ai bambini di raggiungere il loro massimo potenziale.

Per la prima volta si è fatta una ricerca sulla applicazione di questo modello in un formato di gruppo all'interno di un trattamento residenziale, quando gli studi precedenti avevano esplorato trattamenti individuali all'interno dei contesti residenziali. I 20 componenti dello staff hanno avuto delle interviste qualitative e dei focus groups prima e dopo la terapia per identificare gli ostacoli e le facilitazioni nella applicazione del modello.

Sono state apportate delle modificazioni al programma UP-C, tra cui creare un linguaggio inclusivo (per esempio sostituendo la parola 'genitore' con la parola 'caregiver', in quanto spesso i bambini coinvolti con il sistema di tutela non avevano un genitore stabile), integrare dei contenuti rilevanti che riguardassero l'irritabilità dei bambini, fornire sessioni online per i caregivers e utilizzare un personale addizionale per aiutare i giovani a imparare e praticare l'applicazione degli interventi sia nei contenuti che nel comportamento. Va notato che questi adattamenti si rivelano utili anche nel trattamento ambulatoriale dei bambini esposti a trauma.

E' anche stato deciso che il programma UP-C venisse applicato a soggetti nelle fasi finali del loro trattamento residenziale, quando avevano già raggiunto dei risultati di base nella regolazione delle emozioni e del comportamento, e bambino e caregiver potevano lavorare congiuntamente su obiettivi condivisi per facilitare una transizione efficace a strutture comunitarie. Questo uso selettivo del programma comporta meno rischi di entrare in conflitto con precedenti trattamenti avuti dal bambino e risulta facilitante anche per la struttura perché non richiede che tutto lo staff sia formato ma utilizza solo alcuni operatori con maggiore esperienza.

Altro fattore facilitante è stato percepire la qualità del programma e i vantaggi che procuravano ai bambini e ai loro caregiver.

Le barriere più importanti riguardavano il turnover dello staff e la difficoltà di sostenere i carichi di lavoro, ovviati con la scelta di applicazione selettiva.

Un'altra preoccupazione dello staff riguardava i bambini che non avevano un caregiver stabile, supponendo che traessero meno benefici dal trattamento e che potessero sentirsi stigmatizzati. La soluzione trovata è stata di assegnare ai bambini senza caregiver un membro dello staff in funzione di caregiver per l'applicazione del trattamento. Questa soluzione è apparsa migliore rispetto a quella di adottare programmi di trattamento che non prevedessero il coinvolgimento del caregiver in quanto percepiti come meno efficaci

In conclusione questo studio sostiene la fattibilità e l'accettabilità di provvedere terapie cognitive comportamentali trans diagnostiche di gruppo ai bambini in trattamento residenziale e fornisce un modello in proposito e suggerisce adattamenti utili.